ENVELOPE 1: PROPOSTA DE TRABALHO

Á SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO

CHAMAMENTO PÚBLICO - N° 006/2024

PROCESSO 202300010051875

HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO – HEJ

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

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

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

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

ÍNDICE

Apresentação da OSS: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	0005
Titulo, justificativa, caracterização da unidade	0037
FA. 1 - ÁREA DE ATIVIDADE	0045
Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)	0046
Fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritivas, externas e internas	0047
Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	0063
Fluxo unidirecional de Resíduo de saúde	0080
Implantação da Logística de Suprimentos	0137
Implantação da gestão: Proposta para Regimento Interno da Unidade	0187
Implantação da gestão: Proposta para regimento itnerno do serviço multiprofissional	0202
Implantação da gestão: Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	0217
Implantação da gestão: Proposta para Regimento do Corpo Clínico	0260
Implantação de processos: Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais	0267
Implantação de processos: Proposta de Manual de rotinas para a administração financeira e gestão de custos.	0282
Incremento das atividades: Proposição de projetos assistenciais de saúde e/ou sociais dentro do custeio previsto para a unidade	0334
FA. 2 - ÁREA DA QUALIDADE	0348
Comissão médica	0349
Comissão de ética multiprofissional	0361
Comissão de biossegurança	0374
Comissão de infecção hospitalar	0383
Comissão de análise e revisão de prontuários	0399
Comissão de verificação de óbitos	0408
Comissão intra-hospitalar de Doação de Órgãos e tecidos para transplantes - CIHDOTT	0416
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	0430
Serviço Especializado em Engenharia e Segurança em Medicina do trabalho (SESMT)	0443
Comissão de documentação Médica e Estatística	0470
Comissão de Ética em Pesquisa (CEP)	0479
Equipe Multiprofissional de terapia nutricional (EMTN)	0497
Comissão de Proteção Radiológica	0509
Comissão de Resíduos de Serviço de Saúde	0518

Comitê Transfusional	0526
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	0533
Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	0540
Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	0549
Comissão de Farmácia e Terapêutica	0557
Comitê de Compliance	0565
Comissão de Análise de Óbitos Maternos, Fetais e Neonatais	0586
Outras comissões	0600
Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde	0611
Fluxo de Manutenção Preventiva e corretiva de equipamentos para a unidade de saúde	0625
Possuir parceria com instituições de ensino, ou suas próprias para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência hospitalar e/ou de saúde pública em concordância com o Plano Estadual de Saúde Vigente	0722
Projeto de Hospital de ensino para a unidade	0916
Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aosusuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco	0930
Proposta e metodologia e instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários	1012
Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente	1019
Proposta de desenvolvimento das ações da ouvidoria cinulada a SES, com pesquisa de satisfação	1030
FA. 3 – QUALIDADE TÉCNICA	1057
Experiência anterior em gestão hospitalar da proponente: Experiência da Organização da Sociedade Civil – OSC na gestão de Hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos	1059
Experiência anterior em gestão hospitalar da proponente: Experiência da Organização da Sociedade Civil – OSC na gestão de Hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos	1188
Experiência anterior em gestão hospitalar da proponente: Experiência da Organização da Sociedade Civil – OSC na gestão de Hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos	1226
Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação de recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO	1310
Certificado de acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade Hospitalar durante a gestão da OSC proponente	1315
Apresentação do organograma da unidade com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	1320
Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto)	1345
Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular (cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)	1374
Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho.	1393
Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e urgência	1398

Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto	1551
Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos.	1765
Proposta para convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágio curriculares, treinamentos em serviços, residências e estágios	2158
Apresentação de título stricto sensu na área de gestão em saúde dos indicados para a gestão da unidade, com documento comprobatório de interesse do titular	2166
Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico.	2171
Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	2576
Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.	2600
Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	2797
Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares	2813
Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigia/vigilância e manutenção predial	2856
Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.	2873
Apresentação de plano de cargos e salários	2911
Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção	3667
Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	3755
Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis	3771
Declaração de Validade Jurídica da Proposta	3785
PROPOSTA FINANCEIRA	3789

HMTJ

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS







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

- **Histórico:**

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

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

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



Um novo alicerce para o HMTJ:

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

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

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

Novos serviços também passaram a ser oferecidos, entre eles:

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

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento:

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

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

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

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

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

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

Ampliando horizontes gerenciais para melhoria continua da saúde pública

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOSSA MISSÃO:

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

VALORES E POLÍTICAS:

- **ÉTICA:**

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

- **QUALIDADE**

  Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas;

- **HUMANIZAÇÃO**

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

- **INOVAÇÃO**

  Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalhos inovadores;

- **SUSTENTABILIDADE**

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

- **TRANSPARÊNCIA**

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

- **Unidades Gerenciadas:**

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

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



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



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



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

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

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



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

Hospital Estadual Vereador MelchiadesCalazans – Nilópolis/RJ



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



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



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



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



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



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



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



desafios foram assumidos pela HMTJ, quando em março de

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

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

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

SAÚDE INDÍGENA

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



Betim/MG

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

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

UPA 24 –
Timóteo/MG



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

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



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

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

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



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

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

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

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



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

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



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

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

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

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

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



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

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



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

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



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

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

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



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

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



- **Políticas da Qualidade:**

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Comissões / Comitês / Núcleos e Grupos Técnicos:

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

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

1. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

- **Requisitos Gerais**

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

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

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

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

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

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

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

- **Requisitos de documentação**

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

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

Ferramentas da Qualidade:

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

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

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

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

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

RESPONSABILIDADE DA DIREÇÃO

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

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

FOCO NO CLIENTE

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

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

POLÍTICA AMBIENTAL

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

POLÍTICA DA SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL

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

GESTÃO DE RECURSOS

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

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

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

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

RECURSOS HUMANOS: Competência, Treinamento e Conscientização

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

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

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

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

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

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

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

Bianualmente é realizada a pesquisa de clima interno conforme

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

INFRAESTRUTURA

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

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

AMBIENTE DE TRABALHO

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

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

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

Plano de Emergência.

PLANEJAMENTO DA REALIZAÇÃO DO PRODUTO

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

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

Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos;

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

PROCESSOS RELACIONADOS A CLIENTES

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

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

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

COMUNICAÇÃO COM O CLIENTE

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

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

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

1. TÍTULO:

O presente Edital tem por objeto a seleção de entidade para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo, Jataí, Goiás, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e seus anexos, parte integrante do presente Edital.

2. JUSTIFICATIVA DA PARCERIA

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

OBJETIVOS DO MODELO GERENCIAL :

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

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

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

São objetivos de deste:

- ✓ Promover a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde
- ✓ Humanizar as relações entre os profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de atender este usuário, seus problemas e demandas;
- ✓ Mudar o objeto da doença para doente (sujeito);
- ✓ Realizar abordagem, integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- ✓ Aperfeiçoar o trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais, buscando orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber tecnologias exigidas para solução;
- ✓ Aumentar a responsabilidade dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevar o grau de vínculo e confiança entre eles;
- ✓ Proporcionar maior agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;
- ✓ Ter uma contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;
- ✓ Operacionalizar uma clínica ampliada que implica na abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construir o vínculo terapêutico visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de promoção a saúde, e a elaborar o projeto terapêutico individual e coletivo.
- ✓ Maior satisfação do usuário SUS, que passa a contar com uma maior resolubilidade;
- ✓ Continuidade do tratamento através de orientação e preparo do paciente/familiar antes da alta hospitalar com resultado efetivo;
- ✓ Melhoria na oferta de assistência pública de saúde, pelo aumento da capacidade instalada.

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

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

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

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

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

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

ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL:

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

1. Análise e Diagnóstico

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

2. Definição dos Objetivos

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

3. Desenvolvimento do Modelo

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

- **Processos e Procedimentos**: Desenvolvimento de documentos, processos e procedimentos que serão seguidos, em conformidade com as Diretrizes da ONA (Organização Nacional de Acreditação)

- **Tecnologia e Ferramentas**: Implementação das ferramentas tecnológicas necessárias para suportar o modelo.(Sistema de gestão da qualidde - Sigquali)

4. Planejamento e Preparação

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

5. Implementação

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

6. Monitoramento e Avaliação

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

7. Ajustes e Melhoria Contínua

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

8. Documentação e Comunicação

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

9. Sustentabilidade

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

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

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

3. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

O **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ)** é uma unidade de Assistência 24 horas, com atendimentos de demanda espontânea para Obstetrícia, assim como demanda regulada pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, sendo referência para todo o Estado de Goiás, em Média e Alta Complexidade.

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ possui edificação térrea e três andares superiores. A Unidade possui recepção ambulatorial, laboratório, ambulatório, setor de exames por imagem, centro de testagem e aconselhamento, unidade do hemocentro, maternidade, centro cirúrgico, centro de material e esterilização, farmácia, almoxarifado e serviços de apoio.

O HEJ possui 128 leitos destinados à internação de pacientes adultos e pediátricos, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do HEJ

DIMENSÃO	QUANTIDADE
UTI Adulto	20 leitos
Enfermaria Adulto Clínico	34 leitos
Enfermaria Obstétrica	11 leitos
Enfermaria Pediátrica	05 leitos clínicos 01 leito cirúrgico
Enfermaria Cirúrgica	45 leitos
Enfermaria Saúde Mental	10 leitos
UCIN	02 leitos
Total	**128 leitos**
Escritório de gestão de altas	10 Poltronas /Leitos
Centro Cirúrgico (Salas Cirúrgicas)	05*
Centro Cirúrgico (RPA)	04
Consultórios	10
Sala de estabilização Vermelha	02 leitos
Sala de estabilização Amarela	04 leitos
Sala de Observação	10 leitos

* 01 sala específica para cirurgias oftalmológicas

Atenderá nas Especialidades médicas iniciais para porta de entrada (urgência) – HEJ: Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ortopedia e Traumatologia, Obstetrícia, Neurologia, Pediatria, Urologia Para as especialidades de Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica, Vascular e Psiquiatria deverão ser asseguradas a oferta de parecer, conforme a demanda/necessidade.

DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

Linhas de Serviços: Para o funcionamento do HEJ serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

1. **Internação**

I - Saídas de Clínica Médica;

II - Saídas Obstétricas;

III - Saídas Pediátricas;

IV - Saídas Cirúrgicas Pediátricas;

V - Saídas Cirúrgicas;

VI - Saídas Saúde Mental;

VII - Internações em leitos de UTI adulto (não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas);

VIII - Internações em leitos de UCIN (não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas).

2. **Cirurgia Eletiva Ambulatorial**

I - Cirurgias oftalmológicas que não necessitem de internação, realizadas em centro cirúrgico.

3. **Cirurgias Eletivas**

I - Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro;

II - Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade;

III -Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo.

Nas especialidades: Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral Adulto, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vascular, Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Urologia

4. **Atendimento Ambulatorial:**

O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Superintendência de Regulação, Controle Avaliação, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório;

I - Consulta médica na atenção especializada realizadas em ambulatório;

II - Consulta multiprofissional na atenção especializada realizadas em ambulatório;

III - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ)

- Angiologia e Cirurgia Vascular
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Cirurgião Pediátrico
- Dermatologia
- Ginecologia
- Infectologia (VVS)
- Obstetrícia (egresso)
- Oftalmologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Otorrinolaringologia adulto e pediátrica
- Pediatria (egresso)
- Psiquiatria
- Urologia

Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ)

- Bucomaxilofacial - egresso
- Enfermagem - egresso
- Farmácia
- Fisioterapia - egresso
- Fonoaudiologia
- Nutricionista - egresso
- Psicologia
- Serviço social - egresso
- Terapia Ocupacional – egresso

5. **SADT:**

I - Biópsia de tireóide (PAAF);

II – Endoscopia e colonoscopia;

III - Tomografia Computadorizada com e sem contraste;

IV - Ultrassonografia Convencional;

V - Ultrassonografia Doppler.

6. **Serviço de Urgência/Emergência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) interno**

I - O Serviço de Urgência/Emergência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o deverá ser ofertado esses serviços conforme necessidade do usuário internado, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada, via Sistema de Gestão Hospitalar e garantir a informação também no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

7. Assistência Hospitalar: A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar 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, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME);

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

O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação

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

A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos pactuados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

Em casos de pacientes fora do perfil da unidade, encaminhados para avaliação pela mesa reguladora, devido a urgência/emergência do quadro clínico, o HMTJ, por meio do NIR, após avaliação e estabilização do paciente, poderá proceder a solicitação de transferência por meio do sistema de regulação estadual, para as demais unidades especializadas da rede com o respectivo perfil, devendo o NIR atentar para o correto preenchimento da AIH - Autorização de Internação Hospitalar pelo médico assistente ou plantonista inserindo os exames pertinentes ao diagnóstico.

ÁREA DE ATIVIDADE

Área atividade: avalia as ações propostas para a organização Da unidade



ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS INDIVIDUALIZADA AO PERFIL DA UNIDADE DESAÚDE

ÁREA DE ATIVIDADE

Fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritivas, externas e internas

Fluxos operacionais compreendendo circulação de áreas restritas, internas e externas

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

Ao se tratar dos fluxos, dentro do ambiente hospitalar, pode-se categorizá-los em dois grandes grupos: interfuncionais, que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais e intrafuncionais, que ocorrem dentro de uma única unidade funcional. Para efeitos de cumprir com o proposto no Edital de Chamamento Público 006/2024 - SES, tendo em vista também esta categorização, divide-se os fluxos para implantação no Hospital de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, nos moldes abaixo.

A gestão eficiente do fluxo do paciente tornou-se um desafio para as instituições de saúde. Adaptar a relação entre capacidade e demanda é essencial para assegurar que os pacientes recebam o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa promovendo maiores níveis de segurança e satisfação.

Os fluxos elencados neste item atenderão as normas legais e serão implantados no hospital. Em consonância com a Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, o HMTJ, propõe a implantação de mecanismos de gestão da clínica e urgências, visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e implantação de equipe de referência.

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

- Orientar as pessoas que passam pelas portarias, indicando o caminho aos serviços quando perguntado;
- Certificar o ingresso de pessoas devidamente identificadas através de etiquetas de identificação (funcionários, visitantes, acompanhantes, fornecedores, pacientes e representantes comerciais autorizados pelo setor de Compras);
- Respeitar os horários de visitas, troca de acompanhantes e outros serviços afim de não prejudicar o atendimento ao usuário;
- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e comércio de produtos não autorizados;
- Ter em seu poder os números de emergência, tais como: Delegacia de Polícia Civil; Delegacia de Polícia Militar; Corpo de Bombeiros; Conselho Tutelar, entre outros;

- Registrar todas as informações em instrumentos criados para que possa ser utilizado na troca de plantão e para verificação de sua liderança. Durante a troca de plantão deverá ser passado aos respectivos porteiros que assumirem o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como não conformidades observadas nas instalações.

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

Uma unidade Hospitalar 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.

No Hospital de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ os usuários e seus acompanhantes poderão contar com fluxos que buscam permitir sua circulação de forma eficiente e ágil e garantindo-lhes um acolhimento de qualidade e digno.

Deve-se destacar que o fluxo destinado ao paciente e eventuais acompanhantes é restrito às áreas funcionais da unidade, de modo que não ocorra sua movimentação em locais destinados à empregados da unidade. O Hospital de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ funciona em regime de 24 horas/dia e é caracterizado como Hospital Geral de Alta e Média Complexidade, com classificação de risco, leitos clínicos, leitos obstétricos, pediátricos, cirúrgicos, saúde mental e de terapia intensiva (UTI) e UCIN.

A RDC nº 50 – Resolução da Diretoria Colegiada, discrimina que as circulações externas e internas do Estabelecimentos Assistenciais à Saúde correspondem aos seus fluxos (acessos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, tudo isso em conformidade com a NBR-9050 da ABNT. Deste modo é possível entender as áreas de circulação hospitalares em 03 principais dimensionamentos:

A) Áreas restritas: Trata-se dos ambientes onde existe aumentado risco de infecção, locais onde se realizam procedimento de risco, havendo ou não pacientes, ou ainda, onde se encontram pacientes imunodeprimidos.

B) Áreas internas: são os ambientes gerais Hospital de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ. que circulam todos os envolvidos, tanto os profissionais da unidade quanto pacientes, acompanhantes e visitantes, os fornecedores. Nesse cenário é importante fracionar e classificar os envolvidos nos fluxos do seguinte modo:

- Pacientes internos: são contemplados pelos fluxos de pacientes em regime de observação/internação na própria unidade. Estando acompanhados por funcionários ou acompanhantes, buscando diagnóstico e terapia, acessam as diferentes unidades funcionais.

- Pacientes externos: O paciente externo é aquela cuja entrada se dá pela recepção ambulatorial do Hospital. Nesse fluxo o profissional da recepção fará um primeiro atendimento, procedendo com a abertura ou confirmação do cadastro (caso já o possua na unidade) e posteriormente encaminha o paciente para o setor específico à sua demanda, via de regra, primeiramente considera-se a passagem dos pacientes pela triagem (acolhimento), salvo exceções.

- Acompanhantes: fluxos contemplados por familiares ou amigos dos pacientes internos ou externos que acompanham o paciente durante sua permanência na unidade hospitalar, inclusive na fase de internação, quando se tratar de grupos mais vulneráveis como é o caso de crianças/adolescentes e idosos. A circulação destas pessoas na unidade, deve ser restrita às áreas funcionais.

- Funcionários: São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, dietistas etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. Sua circulação deve se dar nas áreas em que atuam, salvo os casos de profissionais cuja atuação contemple todo o Hospital de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ. Na maioria dos casos circulação de funcionários, principalmente a de profissionais da saúde (denominada circulação branca) se confunde com a circulação dos pacientes em regime de internação, não devendo se misturar, em princípio, com a circulação de pacientes externos.

- Visitantes: É constituído por toda sorte de visitantes, que demandam a unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços – terceirizados etc. Os fluxos que contemplem esse público no Hospital de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, primarão sempre pela observância de horários e cuidado com a segurança da unidade.

C) Áreas Externas:

A unidade não dispõe de estacionamento, apenas rampas de acesso e locais destinados para ambulâncias realizarem o transporte dos pacientes regulados para a unidade.

a) pacientes externos sendo transportado (paciente emergencial), aquele que chega ou parte de automóvel ou de ambulância;

b) paciente interno: o paciente a ser internado na unidade.

c) profissionais: aqueles que atuam na unidade não contarão com vaga de estacionamento exclusiva a este fim internamente na unidade.

d) entrega de insumos e materiais no Hospital de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ. (área demarcada para carga/descarga)

e) deslocamento de cadáveres

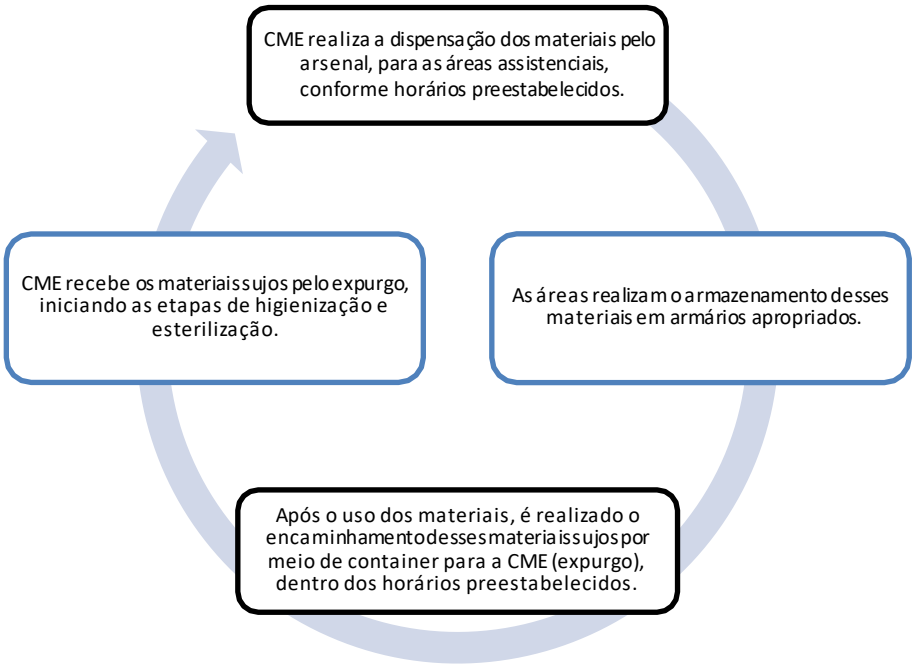
f) remoção de resíduos

Sobre os elementos "d" à "e" mencionados acima, vale o seu detalhamento da seguinte forma:

Insumos e materiais: São 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 do hospital verifica-se uma concentração maior destes insumos, fator que deve sempre 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 a Central de Material Esterilizado.

FLUXO DE CIRCULAÇÃO CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO



FLUXO DE CIRCULAÇÃO CADÁVERES:

Os cuidados especiais tomados com a chamada "circulação do cadáver" devem-se, principalmente, pela necessidade de evitar o impacto psicológico que a passagem de um corpo pode provocar principalmente em pacientes e acompanhantes, já que se espera que esse transporte se dê de forma adequada, eliminando qualquer risco de contaminação aos usuários do Hospital de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

Assim, deve-se sempre proceder com as adequações físicas para que o trajeto do cadáver do local onde ocorreu o óbito até a anatomia patológica, morgue ou a área de preparo e dispensação do corpo, evite as internações, salas de espera, refeitórios e as circulações com grande presença de pacientes e acompanhantes.

FLUXO DE CIRCULAÇÃO DE RESÍDUOS E MATERIAIS CONTAMINADOS:

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 própria 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 a possibilidade de instalação de lavatórios nos diversos ambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das ante câmaras, quando necessários. 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 imunodeprimidos).

OS PRINCIPAIS TIPOS DE FLUXO

Ao analisarmos os fluxos propriamente ditos veremos que estes podem ser divididos, para fins de análise, em dois grandes conjuntos: os fluxos inter-funcionais (que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais) e os intra-funcionais (que ocorrem dentro de uma única unidade funcional).

a) Fluxos Inter-funcionais: O 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.

b) Fluxos Intra-funcionais Os fluxos que ocorrem dentro de uma mesma unidade podem ser divididos para efeito de avaliação em dois principais tipos : 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.

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

Para tanto, os usuários da Unidade serão categorizados como:

- Usuário a ser registrado: trata-se dos usuários que adentraram a Unidade e estão aguardando o registro da recepção;
- Usuário em espera do ACCR: trata-se dos usuários que já foram registrados pela recepção e, portanto, já estão portando a pulseira de identificação da Unidade;
- Usuário em Atendimento: trata-se dos usuários que já foram classificados e, portanto, já estão com a identificação da classificação na pulseira de identificação.
- Usuários que estão com procedimento agendado no ambulatório da Unidade;
- Usuários em Observação: trata-se dos usuários que já foram atendidos pelo médico e necessitam ficar em observação de até 24 horas;
- Usuários em Internamento: trata-se dos usuários que estão em leito de internamento da enfermaria ou das unidades de terapia intensiva.
- Usuário de Alta: trata-se dos usuários que já foram atendidos e o médico assistente liberou para casa;
- Usuário de Procedimento Diferenciado: trata-se dos usuários que procurem a Unidade para realização de curativos portando a solicitação ou aqueles que cheguem com cortes em sangramento que possam necessitar de sutura. Neste caso também estão os pacientes remanejados para realização de exame e avaliação especializada.

O fluxo de atendimento dos pacientes iniciará quando da realização da ficha de atendimento e o encaminhamento para a sala de classificação de risco. Ao entrar na unidade, o usuário deverá retirar uma senha para realizar o cadastro na recepção, sendo atendido por este setor por ordem de chegada.

A recepção principal (pronto atendimento) irá realizar o cadastro do paciente e direcioná-lo ao atendimento solicitado. Ao ser cadastrado no sistema de prontuário MV SOUL, o paciente receberá umapulseira de identificação com seus dados impressos.

A pulseira será afixada pelo recepcionista que orientará ao usuário a mantê-la durante todo o período que estiverem em atendimento nas unidades. Os usuários autorizados a ter acompanhante, receberão também uma etiqueta de identificação para o acompanhante, quedeverá ser afixada na roupa, em local de fácil leitura.

Depois de realizar a Ficha de Atendimento e ser identificados pela pulseira, o paciente passará pelo Acolhimento de Classificação de Risco, neste momento, o paciente é atendido por um profissional enfermeiro (a) que amplia a escuta de suas queixas a partir do Protocolo de Classificação de Risco adotado pela unidade, classifica o grau de risco do paciente, identificando na pulseira do paciente a cor da sua classificação. Desta forma, o atendimento assistencial passa a ser encaminhado de acordo com gravidade do caso, e não por ordem de chegada.

Após o ACCR o paciente é encaminhado para a sala de espera, aguardando o atendimento médico. A partir da consulta médica, o paciente poderá fazer exames, receber medicação (na sala de medicações), ou ainda ser encaminhado para a leitos de internação ou ter alta orientada para casa, dependendo de seu estado clínico ou necessidade de saúde. Destes usuários, aqueles que necessitarem de internação para elucidação diagnóstica, tratamento terapêutico clínico, cirúrgico ou ainda transferência, passarão a ser usuário em internação sendo conduzido pela enfermagem ao leito de acordo com quadro clínico.

FLUXO NAS ÁREAS INTERNAS DA UNIDADE

As condições ambientais necessárias ao auxílio do controle da infecção hospitalar dependem de pré-requisitos dos diferentes ambientes do estabelecimento, quanto a risco de transmissão da mesma.

Nesse sentido, o HEJ sistematizará o fluxo de pacientes, acompanhantes, visitantese funcionários respeitando a classificação das áreas conforme descrito a seguir:

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

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

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

Fluxo nas Áreas Restritas

São os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Ex: Unidade de Terapia Intensiva, Isolamentos, Bloco cirúrgico e CME. Somente os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas próprias da unidade.

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

Fluxo paciente interno

O fluxo dos pacientes internos diz respeito aos deslocamentos dos pacientes que são internados. O paciente interno, no nosso entender, é o mesmo que o paciente internado. Consideramos o paciente internado o indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento para diagnóstico ou tratamento, que ocupa uma cama com permanência igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas.

Serão também considerados como pacientes internados aqueles que venham a falecer, os que sejam transferidos para outro estabelecimento de saúde ou os que saiam do estabelecimento contra o parecer médico, independentemente de permanecer menos de 24 (vinte e quatro) horas nesse estabelecimento.

O fluxo dos pacientes internos não se restringe apenas às unidades de internação, estes podem ainda aceder a outras unidades funcionais para diagnóstico, terapia ou cirurgia, sempre que necessário.

Fluxo paciente externo

O fluxo dos pacientes externos diz respeito aos deslocamentos dos pacientes que pretendem um atendimento imediato (urgências e emergências). Quando procura assistência à saúde, o paciente externo, geralmente, não necessita de internação, ou seja, não pernoita na Instituição.

Entre a admissão e alta hospitalar, a estadia do paciente externo na Instituição de Saúde não excederá as 24 (vinte e quatro) horas, no entanto, caso suceda alguma complicação do seu estado clínico que exija o seu internamento, o paciente externo passa a ser um paciente interno, uma vez que pernoita na unidade de saúde.

Como o paciente externo não necessita de internamento, o seu deslocamento e o dos seus acompanhantes pelo Serviço será restringindo apenas às unidades funcionais que prestem os serviços de atendimento correspondentes a este tipo de paciente.

O fluxo do paciente é RESTRITO aos serviços de urgência e emergência e, seguirá por meios de diagnóstico, de terapêutica e do setor de urgência e emergência, sendo monitorado por fluxos e critérios pré-estabelecidos.

Fluxo de Acompanhantes

O fluxo de acompanhantes é relativo aos deslocamentos das pessoas que encaminham e apoiam o paciente, as quais tanto podem ser familiares como amigos.

Os acompanhantes encaminham os pacientes aos serviços hospitalares e poderão estar presentes até à sua admissão formalizada na Instituição, de forma a oferece-lhes apoio moral naquele momento difícil. Por vezes, os familiares poderão permanecer no Hospital durante o período de internação dos pacientes, desde que haja um alojamento conjunto e autorização prévia da Supervisão local, esta situação geralmente acontecerá

quando os pacientes são mulheres, crianças ou idosos.

Os pacientes internados menores de idade têm o direito de serem acompanhados pelos pais ou por outra pessoa que os substitua, esse direito poderá ser cessado ou limitado caso o paciente seja portador de doenças contagiosas (LEI N. º 106/2009 DE 14 DE SETEMBRO).

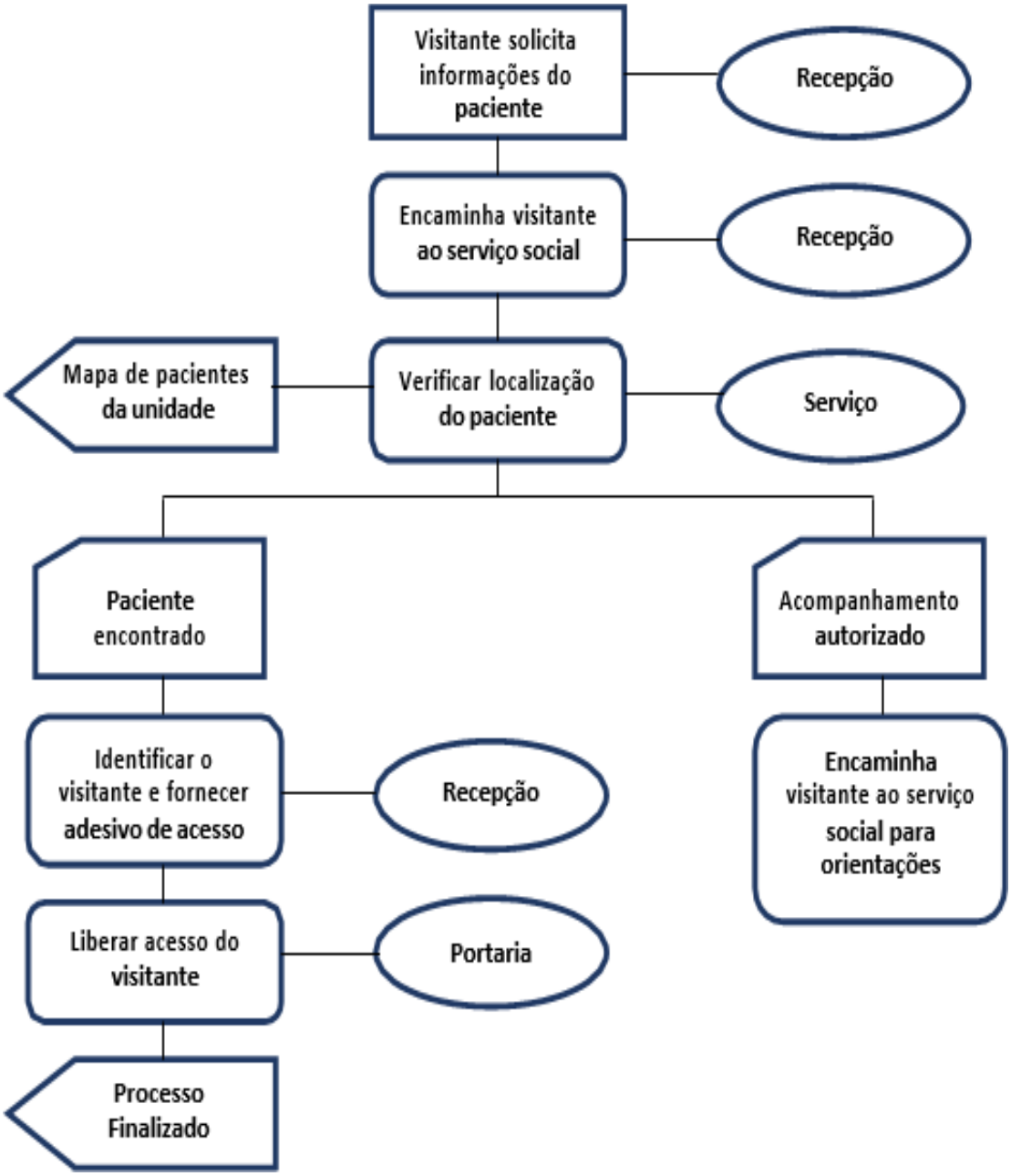
Da mesma forma, os pacientes idosos e/ou com deficiência ou em situação de dependência também terão o direito de ser acompanhado por um familiar ou por uma pessoa que designe.

O paciente admitido no serviço de urgência e emergência poderão ter a presença de um acompanhante, mesmo que não possa comunicar a sua vontade. Este acompanhante pode acompanha-lo sempre desde que não assista aos procedimentos assistenciais, intervenções cirúrgicas, exames ou tratamentos, assim só poderão presenciar estes momentos clínicos se tiver a autorização do médico clínico responsável.

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

Fluxo para visitantes

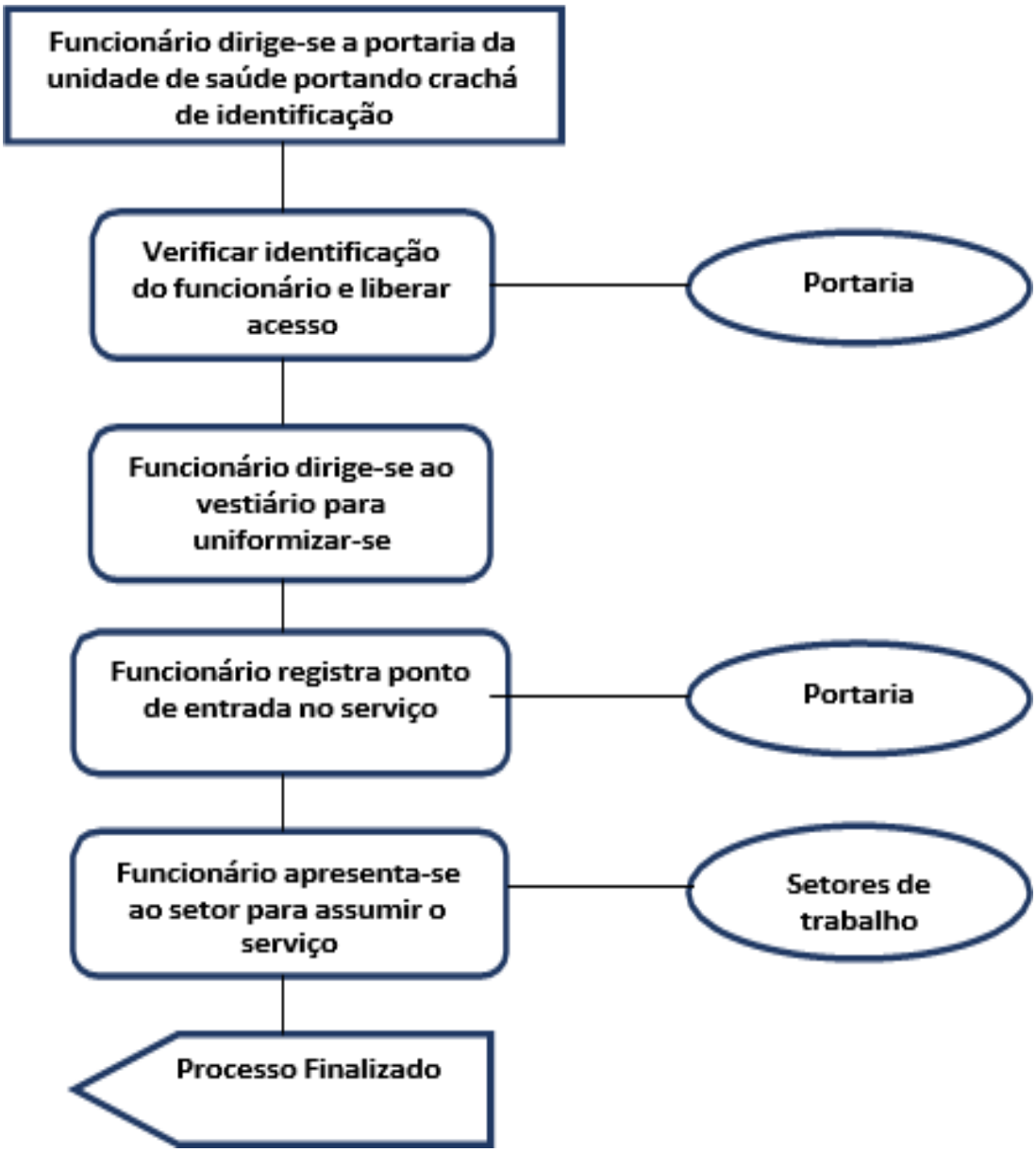
Os visitantes são demandas para a unidade hospitalar para as visitas aos pacientes internados, ou atividades administrativas como serviços de terceiros, comprase outros. Situação em que o acompanhamento dos fluxos é de extrema importância tanto para verificar as restrições e permissões de acesso às áreas específicas, de acordo com a visita.



Fluxo para Funcionários:

O processo de acesso de funcionários são constituídos pelos profissionais de saúde

e de todos técnicos e colaboradores de apoio para que a unidade de saúde possa estar em operação. Os profissionais da unidade hospitalar, tem que apresentar identificação para o acesso da unidade, o registro da entrada e o momento para assumir o serviço.



Fluxo áreas externas

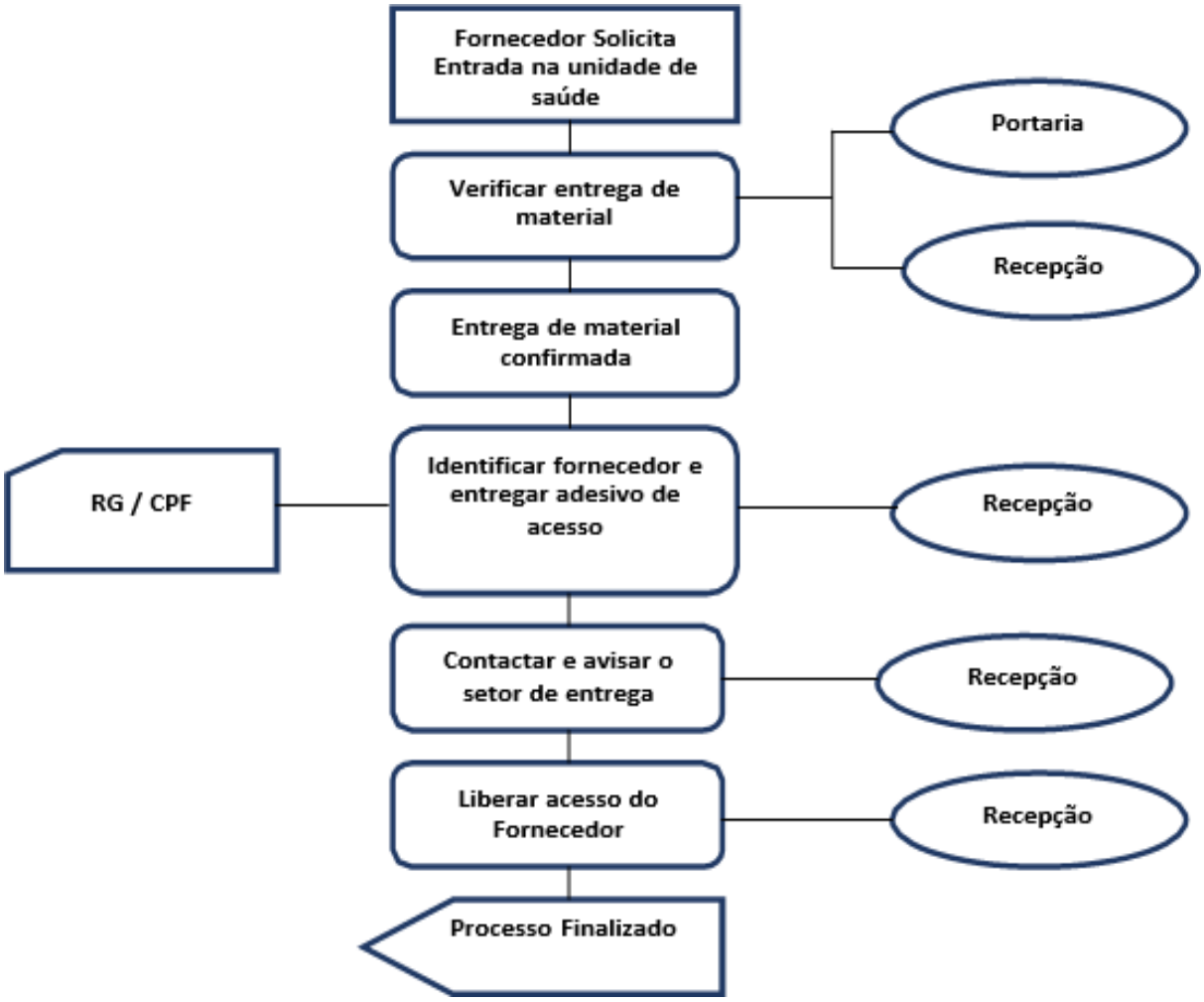
As áreas externas da unidade hospitalar estão relacionadas há alguns tipos de serviços e a necessidade da utilização de estacionamento no hospital. São destacados os fluxos como de prestadores de serviços na unidade de saúde, acesso de veículos oficiais à unidade de saúde e o acesso de fornecedores na unidade de saúde

Tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamentos:

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

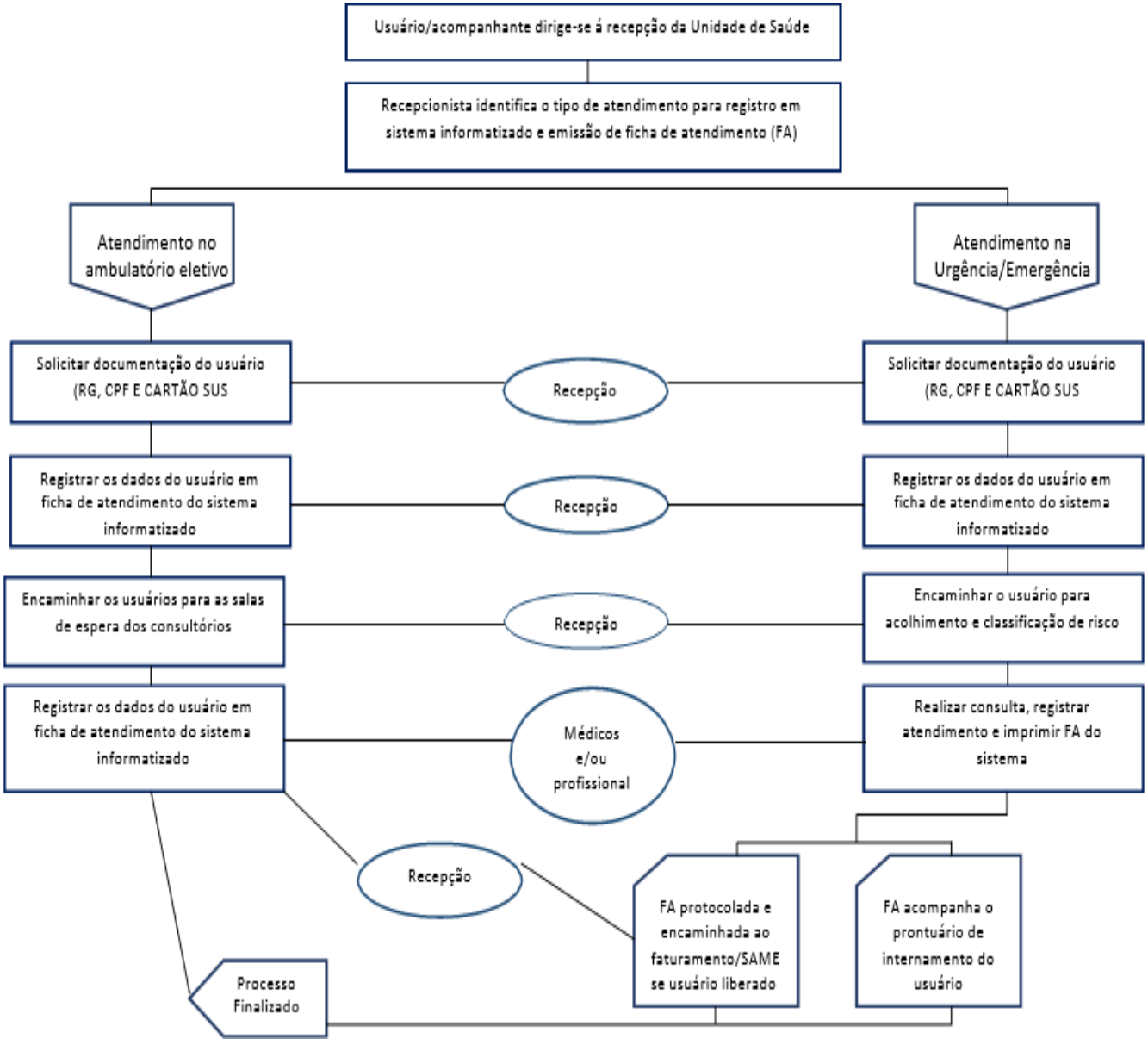
- Paciente a ser internado (paciente interno);
- Funcionários (médicos, enfermeiros),
- Demais funcionários;
- Entrega de fornecimentos: combustível, mantimentos, medicamentos, etc; (área demarcada como carga e descarga).
- Remoção de cadáveres;
- Remoção de resíduos.

FLUXODE ACESSO FORNECEDORES:



Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos

O registro dos usuários tem que ser completo, para que possa proporcionar uma identificação rápida. O primeiro atendimento garante o registro completo do usuário, seja para atendimento ambulatorial, hospitalar. O registro será feito através de um sistema informatizado.



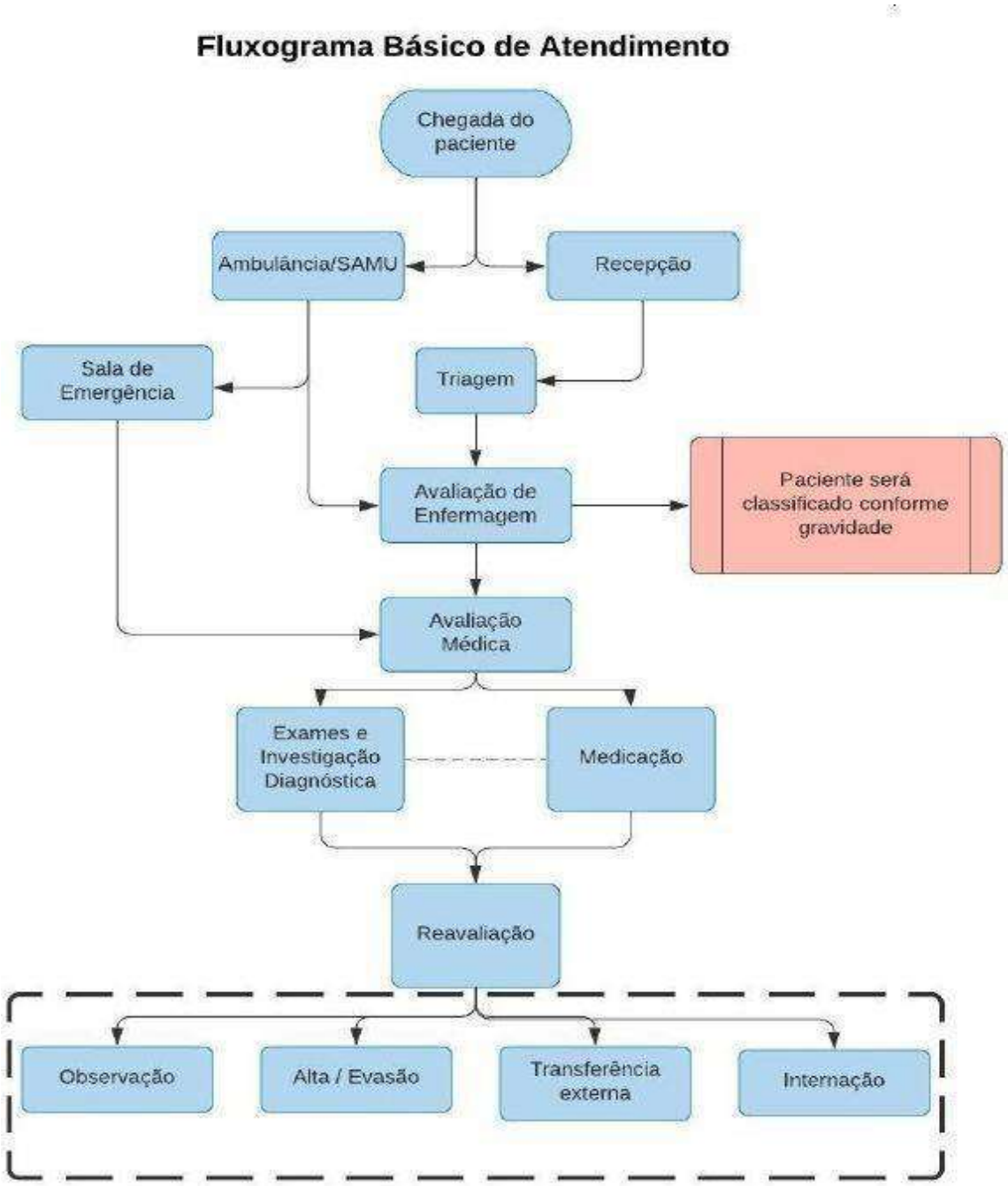
Os prontuários dos pacientes são conferidos diariamente em relação ao seu preenchimento de acordo com todos os documentos. Com a saída do usuário com o prontuário incompleto, será solicitado a correção da documentação incorreta ou a documentação necessária.

FLUXOGRAMA PADRÃO DE ACESSO DE PACIENTES A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O atendimento é realizado com Acolhimento e Classificação de Risco, uma importante ferramenta desenvolvida para promover melhorias na organização dos serviços de emergência, onde os atendimentos são realizados conforme o grau de gravidade apresentado pelo paciente, por riscos de agravamento ou ainda pelo grau de vulnerabilidade dos mesmos.

O principal propósito é promover um atendimento mais qualificado, organizado e humanizado, definindo prioridades de acordo com o grau de complexidade apresentado pelos usuários dos serviços de emergência.

O objetivo desse fluxo é estabelecer a padronização dos atendimentos, otimizando a assistência de enfermagem e médica, com a finalidade de conscientizar a população sobre quais são as portas de entradas dos pacientes dentro do serviço.



Pacientes com entrada por SAMU, Corpo de Bombeiros e Serviços de Saúde.

Compete ao setor de Pronto atendimento o acolhimento e atendimento às pessoas encaminhadas pela Central de Regulação, SAMU e demais origens pactuadas, durante 24h por dia, ininterruptamente, caracterizada pela situação de sofrimento, com risco de vida.

Pacientes encaminhados por este tipo de serviço deverão dar entrada diretamente pela Sala de Reanimação/Estabilização ou para avaliação primária médica e/ou do Enfermeiro, a depender da gravidade do caso, posteriormente devem ser encaminhados a outras acomodações caso seja descartada a possibilidade de agravos.

As prescrições e evoluções da equipe, com a conduta a ser seguida, serão atualizadas, sempre que necessário. Todas as intercorrências médicas e de enfermagem serão legivelmente registrados e assinados com data e hora, e permanecerá disponível no prontuário eletrônico enquanto o paciente permanecer na Unidade.

ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOSINDIVIDUALIZADA AO PERFIL DAUNIDADE DE SAÚDE (A FORMA DE APRESENTAÇÃO SERÁ CONSIDERADA LEVANDO-SE EMCONTA A CLAREZA E ENTENDIMENTO DO FLUXO)

Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas

Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

A equipe de auxiliar local ficará responsável por todo o processo da CME (limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição dos produtos para todas as unidades).

A periodicidade de processamento desses materiais será diária e nas 24 horas, onde serão estabelecidos fluxos de recebimento, processamento e entrega.

O Hospital de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ irá atender a RDC 15 de 2012 que estabelece sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, estabelecendo os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

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

- Receber, desinfetar e separar os produtos para a saúde;
- Lavar esses produtos;
- Receber roupas limpas vindas da lavanderia;
- Realizar o empacotamento;
- Esterilizar esses produtos por meio de métodos físicos;
- Realizar o controle microbiológico e o prazo de validade de esterilização desses produtos;
- Acondicionar e distribuir os instrumentais e as roupas esterilizadas;
- Zelar pela segurança e proteção dos funcionários desse setor;

Os conceitos usados para os procedimentos são:

LIMPEZA

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

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

DESCONTAMINAÇÃO

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

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

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

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

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

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

- Os pisos e paredes devem ser laváveis, com o mínimo de juntas e em bom estado de conservação.
- As bancadas devem ser usadas para inspeção, preparo, embalagem, conferência e apoio. Devem ser de fácil higienização e favorecer a ergonomia do funcionário.
- As superfícies devem ser impermeáveis, lisas, laváveis, de cor clara e de fácil manutenção.
- O ambiente deve ser iluminado para favorecer a conferência da limpeza. Porém deve-se evitar o contato direto da luz do sol na área de armazenagem.

- As janelas da CME devem ser protegidas com telas milimétricas para evitar a entrada de insetos e roedores.
- A ventilação mecânica ou natural é permitida na área suja, porém deve ser evitada na área limpa e estéril.

A Central de Material e Esterilização devem ser divididas minimamente em três áreas separadas por barreira física, são elas:

Área Suja

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

Área Limpa

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

Área de Guarda e distribuição de artigos esterilizados

Local destinado à guarda dos instrumentais esterilizados e dispensação dos mesmos, com fluxo restrito de pessoas e a lavagem das mãos realizada rigorosamente para manipulação dos materiais esterilizados.
Os profissionais que trabalham na "área suja" não poderão transitar pela "área limpa" e vice-versa.

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

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

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



Conforme a RDC 35 de 2010 áreas são descritas em:

Área crítica

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

Área semicrítica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O Hospital de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEJ manterá o funcionamento da Central de Material de Esterilização no período de 24 horas com jornada de trabalho 12x36 horas (07:00 as 19:00 horas e das 19:00 as 07:00 horas) o quadro de profissionais será composta por enfermeiro responsável pelo setor, auxiliar/técnico de enfermagem.

Atribuições do Enfermeiro:

- Planejar, organizar, coordenar, orientar, supervisionar as atividades de enfermagem no setor;
- Responsabilizar-se pela aplicação das normas e rotinas deste manual ou adaptá-las às especificidades de seu serviço;
- Manter o Manual de Normas e Rotinas disponível para consulta dos profissionais;
- Prever e solicitar os materiais/instrumentais necessários para as unidades consumidoras;
- Manter-se atualizado quanto às novas tecnologias para procedimentos realizados na CME;
- Zelar pela limpeza e organização desse setor;
- Monitorar efetiva e continuamente os indicadores químicos e biológicos de cada carga após processo de esterilização;

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

Atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem:

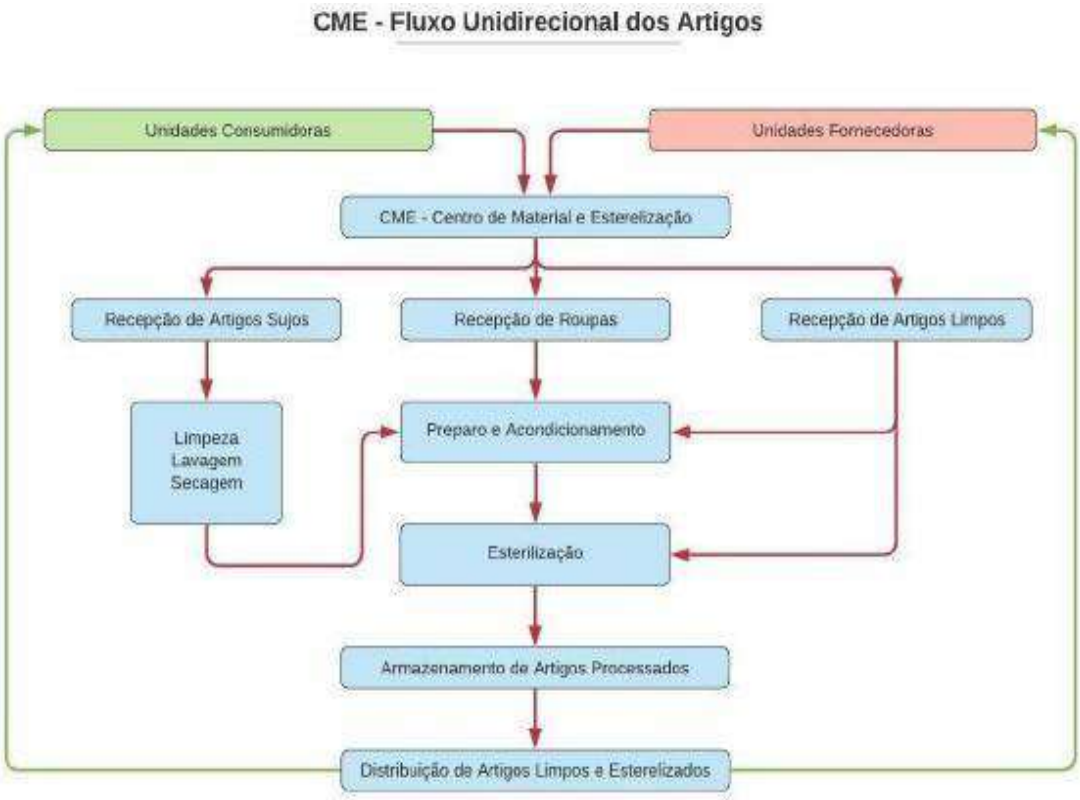
- Receber e conferir os materiais;
- Realizar limpeza e desinfecção dos materiais;
- Realizar a limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais;
- Receber e preparar as roupas;
- Monitorar os parâmetros do processo de esterilização e anotar em impresso próprio
- Realizar controle dos indicadores biológicos
- Comunicar o enfermeiro sobre as intercorrências assim como registrá-las em impresso próprio;
- Zelar pelo funcionamento da autoclave, incubadora e seladora;
- Manter a CME limpa e organizada;
- Realizar as atividades de acordo com rotinas técnicas e sobre supervisão do enfermeiro.

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

- **Artigos críticos:** entram em contato com tecidos estéreis ou com o sistema vascular e penetram em órgãos e tecidos, bem como todos os que possuem alto risco de causar infecção. Estes requerem esterilização para satisfazer os objetivos a que se propõem. Ex.: **roupas**; instrumentos cirúrgicos; soluções injetáveis.
- **Artigos semicríticos:** são aqueles que entram em contato com mucosa e pele não íntegra do paciente ou com mucosas íntegras e exigem desinfecção de médio ou

alto nível ou esterilização. O risco potencial de transmissão de infecção é intermediário, porque as membranas apresentam certa resistência à entrada de esporos. Alguns deles necessitam de desinfecção de alto nível e outros de desinfecção de nível intermediário (material para assistência ventilatória, espéculo otológico, circuitos, etc.) realizada com termodesinfecção.

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



RECOLHIMENTO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALAR

Responsável pelo setor: Enfermeiro
Atividades: Treinar, orientar e supervisionar o recebimento de artigos para esterilização.

Objetivos:

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

Normas:

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

METODOLOGIA DE RETIRADA DO MATERIAL

- Levar o carro fechado até o CC e o CCA;
- Aguardar a funcionária responsável pelo expurgo do CC e CCA colocar os artigos contaminados em carro inox com identificação de material contaminado;
- Retornar com materiais contaminados para o expurgo da CME;
- Colocar luvas;
- Retirar os materiais contaminados do carro de transporte e colocar na bancada para o processo da limpeza;
- Retirar luvas;
- Lavar as mãos.

RECEBIMENTO DE ARTIGOS CONTAMINADOS

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

- ✓ Luvas de látex (especial) ou borracha, óculos, avental;
- ✓ Calçar luvas;
- ✓ Receber os artigos contaminados no expurgo juntamente com o impresso próprio;
- ✓ Separar materiais de acordo com a limpeza a ser realizada: desinfecção, esterilização a vapor e/ou óxido de etileno;
- ✓ Os materiais que serão enviados para o óxido de etileno devem ser acondicionados em contêiner específico e listados em impresso próprio da firma prestadora de serviço;
- ✓ Retirar luvas;
- ✓ Lavar mãos.

TRANSPORTE AUTOMOTIVO DO MATERIAL CONTAMINADO

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

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

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

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

Objetivos: Reprocessar artigos que são autorizados pela ANVISA para realização de novo procedimento.
Para organização de materiais contaminados, o funcionário deve paramentar-se:

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

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

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

CARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

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

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Abrir a autoclave;
- ✓ Colocar o rack na posição (puxar para fora da autoclave);
- ✓ Pegar pacotes que estão sobre a bancada;
- ✓ Carregar a autoclave;
- ✓ Dispor os artigos verticalmente nos racks e não os compactar;
- ✓ Respeitar a distância de 2,5cm a 5cm entre os pacotes;
- ✓ Colocar os artigos côncavos/convexos na posição vertical;

- ✓ Colocar artigos como jarros/baldes/ e frascos na posição de "emborcados";
- ✓ Respeitar o volume máximo do preenchimento da câmara;
- ✓ Registrar em planilha própria, tipo de pacotes e quantidade;
- ✓ Fechar a porta da autoclave;
- ✓ Ligar a autoclave;
- ✓ Ligar a impressora.

DESCARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

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

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

CONFERÊNCIA DE MATERIAL

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

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Conferir com atenção caixas, bandejas e pacotes que foram usados de acordo com o descrito na cartela;
- ✓ Conferir os artigos observando número de peças, funcionamento das peças e limpeza do material;
- ✓ Na falta de artigo: separar caixa ou bandeja,
- ✓ Registrar em planilha própria o artigo em falta;
- ✓ Comunicar o enfermeiro da CME;
- ✓ Deixar caixa ou bandeja "parada" até que encontre o artigo e/ou no caso de caixas e/ou bandejas muito utilizadas repor o material, caso tenha o mesmo em nosso armário de estoque
- ✓ Enviar para o setor onde o material não foi encontrado a folha de não conformidade preenchida;
- ✓ Caixas ou bandejas completas:
- ✓ Montar usando a técnica correta;
- ✓ Separar os artigos que são empacotados;
- ✓ Fechar as caixas ou bandejas.
- ✓ Colocar em local apropriado para que seja encaminhado para esterilização.

LIMPEZA DIÁRIA DOS EQUIPAMENTOS

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

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

Fluxo unidirecional para roupas

A lavanderia de uma unidade de saúde é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, sendo responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

A roupa coletada será levada para local próprio para pesagem e preparo do rol e, posterior entrega à empresa para processamento, na lavanderia dentro da unidade. Haverá um controle semanal do enxoval e ao serem detectadas possíveis faltas, estas deverão ser comunicadas ao responsável para as providencias cabíveis.

A unidade de processamento da roupa de serviços de saúde é considerada um setor de apoio que 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.

Ela exerce uma atividade especializada, que pode ser própria ou terceirizada, intra ou extra-serviço de saúde, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência. No caso da Unidade em questão, Hospital de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ é feita internamente por empresa terceira.

As roupas utilizadas nos serviços de saúde incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes, compressas, campos cirúrgicos, aventais, dentre outros. Por meio desses exemplos, percebe-se que existe uma grande variedade de sujidades, locais de origem e formas de utilização dessas roupas nos serviços de saúde.

Organização do serviço

Para fornecer o serviço de lavanderia do enxoval e das roupas privativas utilizadas na unidade, o Hospital de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ manterá contrato de prestação de serviço com uma lavanderia especializada neste fim.

A coleta de roupa utilizada na unidade será realizada pela equipe do Hospital e entregue na lavanderia prestadora de serviço, diariamente, incluindo-se além do enxoval da unidade, as roupas privativas usadas pelas equipes multiprofissionais.

A organização de um processo de trabalho em equipe, com cooperação e visão integral do usuário, constitui-se numa tarefa diária de superação de desafios.

O que se pretende é alcançar os objetivos na construção de uma prática que vise à melhoria contínua da qualidade, sem fragmentação, possibilitando um melhor atendimento ao usuário, conferindo boas condições de trabalho para a equipe e minimizando a exposição aos agentes de risco inerentes às atividades executadas.

Remoção de roupa suja da unidade geradora

O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foram utilizadas, também chamadas nesse manual de unidade geradora.

Na retirada da roupa suja da unidade geradora, 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 microorganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes. Neste sentido está indicada apenas a pesagem e nunca a contagem de roupas sujas.

A roupa suja deve ser imediatamente colocada em saco hamper, onde permanecerá até a sua chegada ao serviço de processamento. Recomenda-se transportá-la dobrada ou enrolada a partir da área de maior sujidade para a de menor sujidade e colocar no centro do saco aquelas que estiverem molhadas ou mais sujas, evitando o vazamento de líquidos e a contaminação do ambiente, dos funcionários ou de outros pacientes.

Grande quantidade de sujeira sólida, como fezes e coágulos, presentes na roupa devem ser removidos, pela equipe de saúde ou hotelaria, com as mãos enluvadas e jogados no vaso sanitário, dando-se descarga com a tampa fechada. Essas excretas não podem ser removidas com jato de água.

Estudos mostraram que a prática de usar sacos duplos para a retirada da roupa suja de áreas de isolamento é desnecessária e apenas aumenta os custos. Esses estudos também mostraram que não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes em isolamento ou de enfermarias comuns. Portanto, todas as roupas utilizadas no serviço de saúde devem ser consideradas como contaminadas.

A equipe de saúde 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 nos sacos de coleta

Para o acondicionamento da roupa suja, recomenda-se saco hamper de plástico ou de tecido, que tenha qualidade suficiente para resistir ao peso da roupa, de modo a não romper-se durante a sua manipulação e transporte.

Os sacos de tecido são adequados para a maioria das roupas e devem ser submetidos ao mesmo processo de lavagem da roupa antes de serem reutilizados. Já os sacos plásticos são de uso único e sugere-se que possuam cor diferente dos sacos de

resíduos de serviços de saúde, evitando-se com isso confusão, troca dos sacos e o seu destino errado.

Outros cuidados com o acondicionamento da roupa devem incluir: 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, segundo a RDC/Anvisa 50/02, pode ser a sala de utilidades.

A coleta será realizada em horário pré-determinada, visando sempre a redução da circulação da roupa suja pelo serviço de saúde, e a mesma deve permanecer o menor tempo possível na unidade geradora antes de ser transportada para a unidade de processamento.

O tempo em que a roupa suja permanece depositada antes de ser processada está mais relacionado a questões práticas, como remoção de manchas e aspectos estéticos, do que ao controle de infecção.

Coleta e transporte de roupa suja

Para a coleta e o transporte da roupa suja, o trabalhador da unidade de processamento deverá seguir as orientações de manuseio contidas no item anterior e também estar adequadamente paramentado.

O trabalhador que realiza o transporte de roupa suja deve utilizar equipamento de proteção individual – EPIs no momento do recolhimento da roupa, porém, ao abrir portas ou apertar botão de elevador deve fazê-lo sem luva.

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que o seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. O transporte pode ser efetuado por meio de carro de transporte ou por tubo de queda.

O carro utilizado para o transporte de roupa suja dentro do HOSPITAL deve ser 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.

ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS INDIVIDUALIZADA AO PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE

Fluxo unidirecional de Resíduo de saúde

Fluxo unidirecional para resíduos de saúde

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS do Hospital de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, 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.

A gestão compreende as ações referentes às tomadas de decisões nos aspectos administrativo, operacional, financeiro, social e ambiental e tem no planejamento integrado um importante instrumento no gerenciamento de resíduos em todas as suas etapas - geração, classificação, segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, destinação até a disposição final ambientalmente adequada, possibilitando que se estabeleçam, de forma sistemática e integrada em cada uma delas, metas, programas, sistemas organizacionais e tecnologias, compatíveis com a realidade local.

Com o planejamento, a adequação dos procedimentos de manejo, o sistema de sinalização e o uso de equipamentos apropriados, não só é possível diminuir os riscos, como reduzir as quantidades de resíduos a serem tratados e, ainda, promover o reaproveitamento de grande parte dos mesmos pela segregação de boa parte dos materiais recicláveis, reduzindo os custos de seu tratamento desnecessário e disposição final que normalmente são altos.

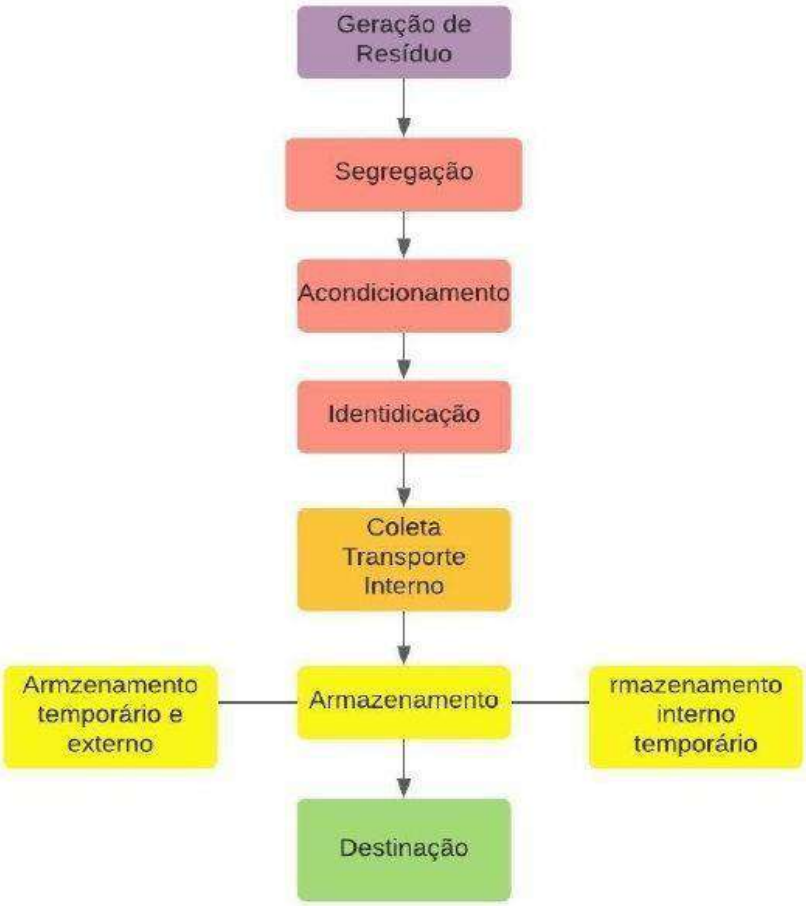
O HMTJ em seu modelo de gestão irá atender os dispositivos da Legislação Ambiental além de manter atualizada toda a documentação exigida.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde PGRSS da Unidade será implantado até 60 dias após a assinatura do contrato, mantendo-se atualizado de acordo com as Normas do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), do Ministério da Saúde, bem como da Vigilância.

O gerenciamento inicia pelo planejamento dos recursos físicos e dos recursos materiais necessários, culminando na capacitação dos recursos humanos envolvidos. Para transporte externo e acondicionamento, a equipe gestora do HMTJ irá contratar um prestador de serviços para fornecimento da estrutura externa de acondicionamento e destino dos resíduos.

O PGRSS será compatível com as normas federais, estaduais e municipais, estando de acordo com os procedimentos institucionais de Biossegurança, relativos à coleta, transporte e disposição final.

Fluxo Unidirecional de Resíduos



O manejo dos resíduos produzidos na Unidade, será direcionado por um conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos produzidos e irá focar os aspectos intra e extra estabelecimento, incluindo desde a geração até a disposição final, conforme as etapas descritas:

Segregação: consiste na separação, de acordo com as características, estado físico e riscos envolvidos, dos resíduos no momento e local de sua geração. Para tanto as equipes serão treinadas a segregar no ato da produção, tendo os ambientes da Unidade sido preparados para tal.

Grupo A - Resíduo Biológico ou Infectante: devem ser acondicionados no momento da sua geração em saco plástico leitoso, resistente, impermeável, identificado com a simbologia de resíduo infectante conforme ABNT-NBR 7500/94 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de material - Simbologia - e ABNT-NBR 9191/93 – Sacos Plásticos para Acondicionamento de Lixo - Especificação).

Os perfurantes e cortantes devem ser descartados separadamente e imediatamente após o seu uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa e no local da sua geração, identificados com a inscrição "PÉRFURO-CORTANTE".

Grupo B - Resíduo Químico: devem ser acondicionados em recipiente que garanta a integridade física dos frascos, evitando choque mecânico, e mantendo seus recipientes originais. Na ausência destas embalagens originais, devem ser acondicionados em frascos de até dois litros ou em bombonas plásticas, resistentes, rígidas e estanques, com tampa rosqueada, vedante e identificadas com simbologia de substância tóxica, acrescida da expressão "RESÍDUOS QUÍMICOS", indicando o risco que representa e informações sobre o elemento químico e sua toxicidade.

Os resíduos quimioterápicos (incluindo equipos, restos de fármacos administrados, compressas, vestimenta de trabalho, luvas e outros descartáveis) devem ser acondicionados em separado dos demais resíduos químicos, em saco impermeável e resistente, devendo ser colocado em outro saco devidamente identificado.

Os perfurantes e cortantes devem ser descartados separadamente e imediatamente após o seu uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa e no local da sua geração, identificados com a inscrição "PÉRFURO-CORTANTE"

Grupo C - Rejeito Radioativo: os resíduos sólidos deste grupo deverão ser acondicionados em saco branco leitoso, resistente, impermeável, utilizando saco duplo para os resíduos pesados e úmidos, devidamente identificado utilizando-se os símbolos baseados na norma da ABNT-NBR 7500/94 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material - Simbologia.

Deverá ainda indicar o risco que representa, informações sobre o conteúdo, nome do elemento radioativo, tempo de decaimento, data de geração, nome da unidade geradora e outras que exigir a Resolução CNEN-NE-6.05 - Gerência de Rejeitos Radioativos em Instalações Radiativas - DOU 17/12/85.

Os perfurantes e cortantes devem ser descartados separadamente e imediatamente após o seu uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa e no local da sua geração, identificados com a inscrição "PÉRFURO-CORTANTE".

Grupo D - Resíduo Comum: os resíduos deste grupo, do tipo finais, devem ser acondicionados em saco plástico, de qualquer cor, exceto na cor branca (ABNT-NBR 9191/93 – Sacos Plásticos para Acondicionamento de Lixo - Especificação).

O resíduo de cozinha, que é pesado e úmido, deve ser acondicionado em saco duplo, também de qualquer cor, exceto na cor branca, com peso de até 16kg.

O material reciclável, após classificação (papel/papelão, metais, vidros, plásticos) deve ser acondicionado em sacos transparentes, o que facilita a sua visualização.

Grupo E: Materiais perfuro cortantes ou escarificastes: tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta de sangue e placas de Petri) e outros similares

ATENÇÃO:

É importante lembrar que todo o recipiente tem que ser fechado ao atingir 2/3 da sua capacidade, de forma a não possibilitar vazamento.

Os resíduos provenientes dos atendimentos domiciliares deverão ser recolhidos pelos próprios agentes e encaminhados aos EAS de origem, sempre e de acordo com o disposto nas normas de segregação.

Acondicionamento: consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. Será estudada a partir da produção por setor qual a capacidade necessária dos recipientes de acondicionamento para acondicionar a produção diária de cada tipo de resíduo por setor Segregação: consiste na separação, de acordo com as características, estado físico e riscos envolvidos, dos resíduos no momento e local de sua geração. Para tanto as equipes serão treinadas a segregar no ato da produção, tendo os ambientes do Hospital sido preparados para tal.

Em cumprimento as determinações, os resíduos sólidos serão acondicionados em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, sendo respeitado o limite de peso de cada saco e sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Os sacos serão colocados em coletores de material lavável, resistente ao processo de descontaminação (nos setores que assim exigirem), com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual e com cantos arredondados. Os resíduos perfuro cortantes serão acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento, e ao processo de descontaminação.

Identificação: nesta etapa do manejo dos resíduos é possível reconhecer os resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. Os sacos de acondicionamento, os recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e os locais de armazenamento serão identificados de forma a permitir fácil visualização, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referendados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

Transporte Interno: esta é a etapa que consiste no translado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. O PGRSS das unidades apresentará, após estudo dos fluxos e funcionamento da unidade, qual deve ser o melhor caminho, sendo a coleta transportada atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. O transporte será feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

Armazenamento Temporário: a guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta interna e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. O armazenamento temporário será feito em sacos e recipientes de acondicionamento adequados e de acordo com o PGRSS. O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

Armazenamento Externo: a guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. Neste local não será permitido a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.

Tratamento: o tratamento dos RSS gerados pela unidade será realizado por prestador de serviço especializado e legalizado contratado para este fim. Neste caso, a Coleta e Transporte Externos também serão de responsabilidade da contratada que deverá utilizar ferramentas e 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, cumprindo as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

- **Definição do Quantitativo de Lixeiras**

Para definir a quantidade e a localização de lixeiras em uma unidade de saúde, é fundamental adotar uma metodologia quantitativa que considere tanto a planta física da unidade quanto as atividades realizadas. Essa abordagem garante que a disposição e o número de lixeiras atendam de forma eficaz às necessidades de gerenciamento de resíduos e mantenham a higiene e segurança do ambiente.

Para determinação do números de Lixeira o HMTJ adota a metodologia abaixo, passo a passo para determinar o número adequado de lixeiras:

1. Levantamento de Dados e Análise da Planta

- **Mapeamento da Planta Física**: Com a planta baixa da unidade de saúde, será identificado áreas principais, como consultórios, salas de espera, enfermarias, banheiros, áreas administrativas, e espaços de armazenamento.
- **Identificação de Áreas de Gerenciamento de Resíduos**: Localizado áreas onde os resíduos são gerados e onde a coleta é necessária. Isso inclui áreas de alto tráfego e locais específicos como salas de procedimentos e áreas de descarte de resíduos biológicos.

2. Classificação dos Resíduos

- **Tipo de Resíduos**: Os resíduos gerados em diferentes categorias, como resíduos comuns, recicláveis, resíduos perigosos (como materiais contaminados e resíduos químicos) e resíduos biológicos.
- **Volume de Resíduos**: Será estimada a quantidade média diária de resíduos para cada categoria com base no tipo de atividade e no fluxo de pacientes. Poderá ser utilizado dados históricos ou realizar medições para estimar a produção de resíduos.

3. Determinação das Necessidades de Lixeiras

- **Número de Lixeiras por Tipo**: Baseado na classificação e no volume estimado dos resíduos, defina o número e o tipo de lixeiras necessárias para cada categoria de resíduos. Para isso, considere:
    - **Lixeiras para Resíduos Comuns**: Recomendação de lixeiras a cada 5-10 metros em áreas de alto tráfego, e próximas aos pontos de geração de resíduos.
    - **Lixeiras para Resíduos Recicláveis**: Lixeiras específicas para recicláveis devem ser colocadas em áreas principalmente administrativas, onde há maior utilização de papel, almoxarifado, farmacia onde há descarte de embalagens, estando estas de fácil acesso e rotineiramente monitoradas.

- **Lixeiras para Resíduos Perigosos**: Devem ser colocadas em locais específicos e sinalizados claramente, geralmente próximas a áreas onde esses resíduos são gerados ou processados.
- **Lixeiras para Resíduos Biológicos**: Estas devem ser de fácil acesso em áreas como salas de procedimentos e enfermarias, e com rotulagem adequada.

4. Estabelecimento de Diretrizes de Localização

- **Distribuição Uniforme**: As lixeiras serão distribuidas de forma equitativa pela planta física, garantindo que não haja longas distâncias para descarte e que todas as áreas sejam atendidas.
- **Acesso e Visibilidade**: As lixeiras serão alocadas em locais visíveis e de fácil acesso para incentivar o uso correto. Evite áreas congestionadas ou de difícil acesso.
- **Segurança e Conformidade**: As lixeiras para resíduos perigosos e biológicos serão localizadas em conformidade com as regulamentações de saúde e segurança, e com sinalização adequada.

5. Implementação e Ajustes

- **Instalação**: Com base na análise, as lixeiras serão instaladas conforme o plano.
- **Monitoramento e Avaliação**: Após a instalação, será monitorado o uso das lixeiras e o volume de resíduos gerados. Diariamente será avaliado se há necessidade de ajustes no número ou na localização das lixeiras.

6. Revisão Periódica

- **Reavaliação**: Será Realizado revisões periódicas para garantir que o sistema de lixeiras continue a atender às necessidades da unidade de saúde, especialmente se houver mudanças na planta física ou nas atividades.
- **Ajustes Contínuos**: Poserão ser realizados ajuste no número e a localização das lixeiras com base nas alterações no fluxo de resíduos e na evolução das atividades da unidade.

Considerações Finais

A abordagem quantitativa para a definição de lixeiras deve levar em conta tanto a quantidade estimada de resíduos quanto a eficiência na coleta e manejo. A metodologia deve ser flexível o suficiente para permitir ajustes conforme as necessidades da unidade de saúde mudem e o volume de resíduos varie. Com um planejamento adequado e monitoramento contínuo, é possível manter um ambiente de saúde limpo e seguro

PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

PGRSS

Hospital l de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

2024

CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Identificação do Empreendimento

Razão Social: HOSPITAL ESTADUAL JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO

Empresa Administradora: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

CNPJ

Localização do Empreendimento

Endereço: Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo, Jataí - GO

Município: Jataí - GO

Telefone: (32) 9 8886-0663

E-mail: gestaoambiental@hmtj.org.br

Caracterização do Empreendimento

Área total do terreno:

Área construída:

código e descrição da atividade econômica principal: Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

Horário de funcionamento: 24 horas por dia, sete dias por semana por dia, sete dias por semana.

Número de leitos Geral: 128 leitos

Número de funcionários:

Propriedade: Pública

Responsável Técnico pelos Estudos e Elaboração do PGRSS

Nome: Laiane dos Reis Oliveira.

Identificação Profissional: Engenheira Sanitarista e Ambiental.

Registro profissional: CREA/MG – 282849 – CREA/GO – 1419076841/V

Responsável pela Manutenção e Controle do PGRSS

Nome:

Identificação Profissional: Enfermeiro SCIRAS

Registro profissional:

COMISSÃO DE APOIO AO GERENCIAMENTO DO PGRSS

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

Presidente

Secretário

MEMBROS

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

SIGLAS

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas;

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

ART: Anotação de Responsabilidade Técnica;

CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

CONAMA: Conselho Nacional de Meio Ambiente;

EPI: Equipamento de Proteção Individual;

FISPQ: Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos;

SCIRAS: Serviço de Controle Infeção Relacionada à Assistência à Saúde

NBR: Norma Brasileira Registrada;

PEP: Profilaxia Pós Exposição;

SMO: Serviço Médico Ocupacional;

NR: Norma Regulamentadora;

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

RDC: Resolução de Diretoria Colegiada;

RSS: Resíduos de Serviços de Saúde;

SESMT: Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho;

SHL: Serviço de Higiene e Limpeza;

MTR: Manifesto de Transporte de Resíduos;

FEAM: Fundação Estadual do Meio Ambiente;

COVID-19: Corona Vírus Diseas

1. INTRODUÇÃO

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

2. OBJETIVO

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

3. APLICAÇÃO

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

4. IMPACTO NA SAÚDE E NO AMBIENTE

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

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

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

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

5. IMPACTO INTRAESTABELECIMENTO DE SAÚDE

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

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

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

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

PRINCIPAIS PROBLEMAS GERADOS PELO MANEJO INADEQUADO DOS RSS:

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

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

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

6. RISCO OCUPACIONAL

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

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

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

7. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

O uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) é de suma importância por todo e qualquer colaborador envolvido em alguma das etapas do processo de gerenciamento dos

RSS. Os colaboradores do serviço de higiene e limpeza estão envolvidos diretamente nas atividades de manejo dos resíduos, sendo assim são capacitados quanto a adequada utilização dos EPI's: luva de borracha de cano médio, capote, manga e/ou avental impermeável, máscara, botas antiderrapantes cano longo e óculos de proteção. Os EPI's são higienizados a cada processo e guardados em locais apropriados.

8. HIGIENE, SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL

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

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

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

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

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

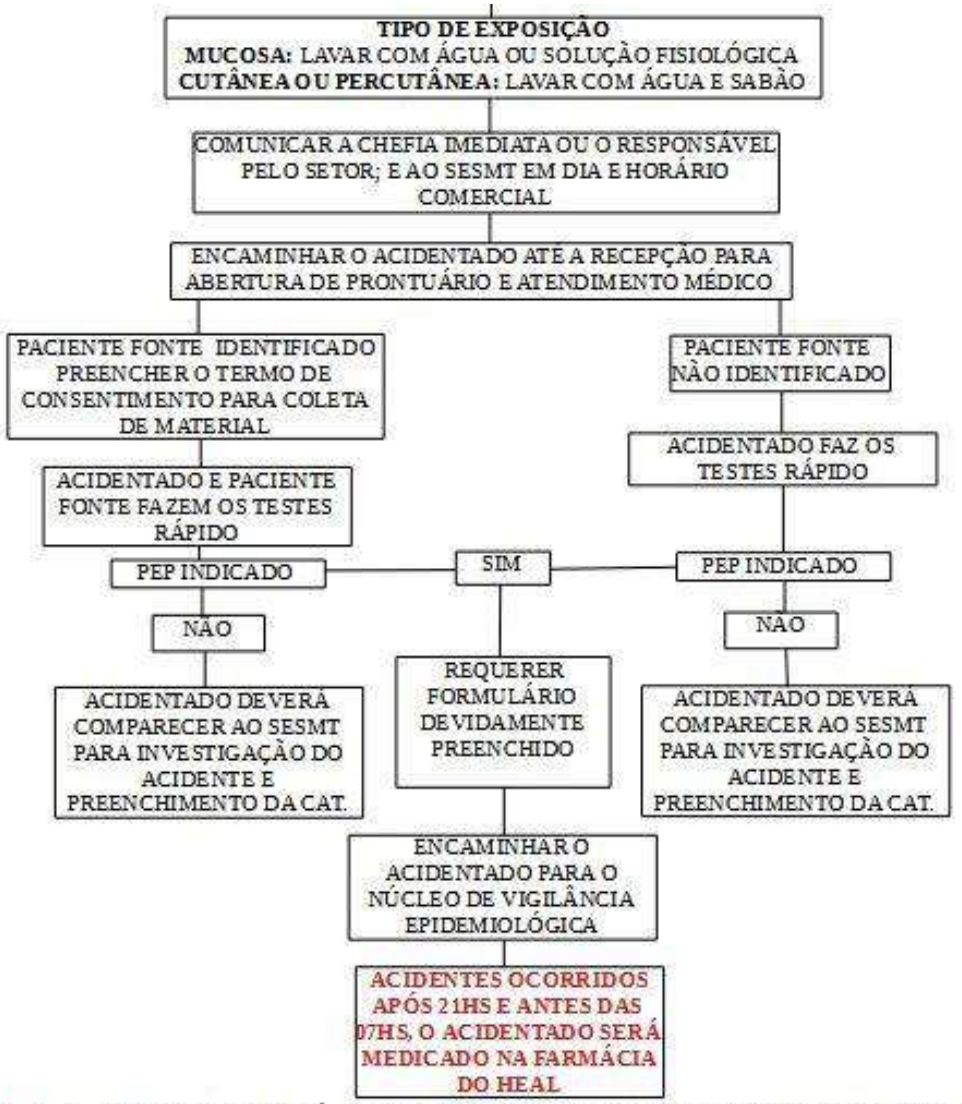
O serviço de Comissão de Controle de Infecção (SCIRAS) atua em parceria com os

programas de segurança e saúde do trabalhador, reforçando e conscientizando as boas práticas para higienização das mãos a fim de prevenir as infecções cruzadas e preservando também a saúde ocupacional dos colaboradores e equipe muticiplinar.

9. IMUNIZAÇÃO

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

10. FLUXO DE ATENDIMENTO DE ACIDENTE COM RISCO BIOLÓGICO



OBS 1. O TRATAMENTO DEVERÁ SER INICIADO NO PRAZO MAXIMO DE 72HS, TERA DURAÇÃO DE 28 DIAS E O ACIDENTADO DEVERÁ COMPARECER AO SESMT PARA INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE E PREENCHIMENTO DA CAT, SERÁ ACOMPANHADO PELO SESMT POR 06 MESES.

ENDEREÇO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: Area Especial 4, Avenida 02, Jardim Querência, Aguas Lindas de Goiás

OBS 2. ACIDENTES OCORRIDOS EM DIA OU HORÁRIO EM QUE O SESMT NÃO ESTIVER FUNCIONANDO, COMUNICAR NO PRÓXIMO DIA UTIL.

11. ASPECTOS LEGAIS

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

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

12. CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS

Os resíduos sólidos podem ser classificados de várias formas:

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

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

O segundo grupo, dos resíduos de fontes especiais, abrange: resíduos industriais; resíduos da construção civil; rejeitos radioativos; resíduos de portos, aeroportos e terminais rodoferroviários; resíduos agrícolas; resíduos de serviços de saúde.

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

Figura 1:

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

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

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

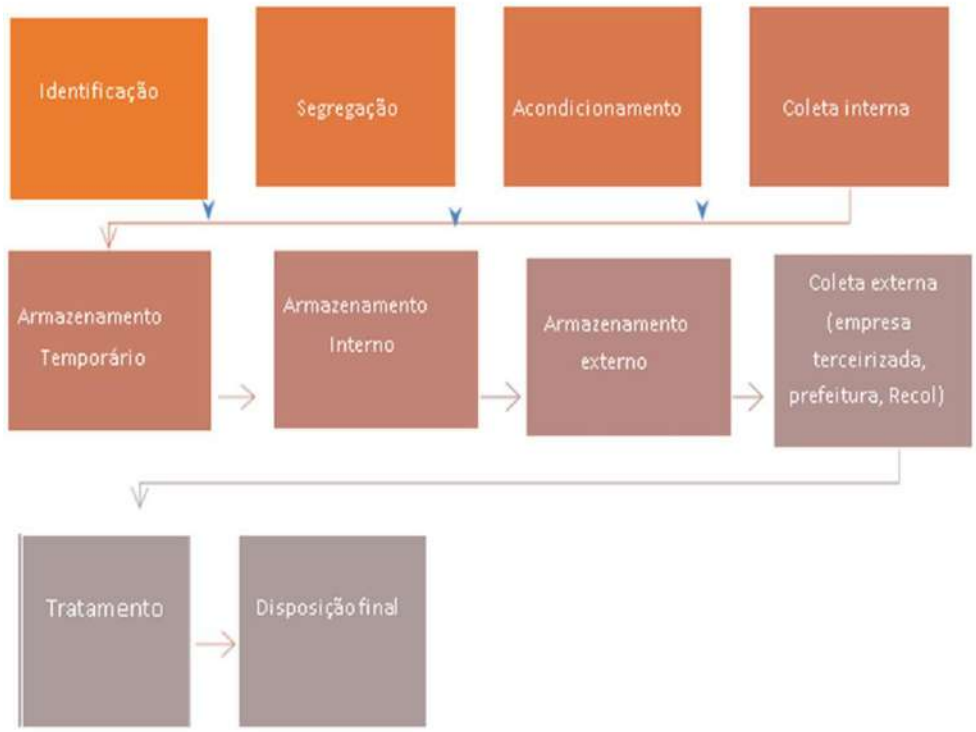
SÍMBOLOGIA	IDENTIFICAÇÃO POR GRUPO
	**A3:** Peças anatômicas (membros) do ser humano; produtos de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição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

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

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

14. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL DAS ETAPAS DO PGRSS

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



15. CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS GERADOS NA UNIDADE

IDENTIFICAÇÃO DOS RESIDUOS GERADOS POR SETOR										
LOCAL	CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS POR GRUPO									
	A1	A2	A3	A4	A5	B	C	D	E	CLASSE I
RECEPÇÃO GERAL								x		
BANHEIROS GERAL								x		
CORREDORES GERAL								x		
ADMINISTRAÇÃO GERAL								x		
TRIAGEM GERAL				x				x	x	
COPA DE FUNCIONARIOS GERAL								x		
AMBULATÓRIO – SALA DE CURATIVOS				x				x	x	
AMBULATÓRIO - CRIE				x				x	x	
AMBULATÓRIO – CONSULTÓRIO MÉDICOS								x		
AMBULATÓRIO – CONSULTÓRIO MULTI								x		
AMBULATÓRIO – CONSULTÓRIO GINICOLOGIA				x				x	x	
AMBULATÓRIO – UROLOGIA				x				x	x	
AMBULATÓRIO – ORTOPEDIA				x				x	x	
SADT IMAGEM – ULTRASSONOGRAFIA				x				x		

IDENTIFICAÇÃO DOS RESIDUOS GERADOS POR SETOR										
LOCAL	**CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS POR GRUPO**									
	A1	**A2**	**A3**	**A4**	**A5**	**B**	**C**	**D**	**E**	**CLASSE I**
IMAGEM – RAIO – X								x		
– IMAGEM – LAVAGEM E ESTERELIZAÇÃO				x						
– IMAGEM – ENDOSCOPIA E COLONO				x		x		x	x	
– IMAGEM – COLETA DE MATERIAL				x				x	x	
– IMAGEM – TOMOGRAFIA				x				x		
IMAGEM – INDUÇÃO E RECUPERAÇÃO/ POS ANESTESICA				x		x		x	x	
– IMAGEM – LABORATOTIO				x		x		x	x	
– INTERNAÇÃO - ENFERMARIA				x				x		
– INTERNAÇÃO - ISOLAMENTO GERAL				x				x	x	
INTERNAÇÃO - POSTO DE ENFERMAGEM								x		
INTERNAÇÃO – MEDICAÇÃO/CURATIVO				x			x	x	x	

IDENTIFICAÇÃO DOS RESIDUOS GERADOS POR SETOR										
LOCAL	CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS POR GRUPO									
	A1	A2	A3	A4	A5	B	C	D	E	CLASSE I
INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA – SALA DE MEDICAÇÃO				x		x		x	x	
INTERNAÇÃO PEDIATRICA – CONSULTORIO								x		
CENTRO CIRURGICO	x			x		x		x	x	
CENTRO CIRURGICO - RPA				x		x		x	x	
CME – AREA SUJA				x				x	x	
CME – AREA LIMPA								x		
ALMOXARIFADO								x		
NUTRIÇÃO – COZINHA - REFEITORIO								x		
LACTÁRIO								x		
LAVANDERIA								x		
VESTIARIO GERAL								x		
UCIN	x			x				x	x	
UTI ADULTO				x		x		x	x	

IDENTIFICAÇÃO DOS RESIDUOS GERADOS POR SETOR										
LOCAL	**CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS POR GRUPO**									
	A1	**A2**	**A3**	**A4**	**A5**	**B**	**C**	**D**	**E**	**CLASSE I**
P.A -PROCEDIMENTO				x		x		x	x	
P.A – SALA AMARELA				x		x		x	x	
P.A – SALA VERMELHA EMERGÊNCIA				x		x		x	x	
EXPURGO GERAL				x		x		x	x	

Segunda Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n°04/2020, todo resíduo gerado na assistência de pacientes confirmado ou com suspeita de covi-19 devem ser enquadrados na categoria A1 e acondicionado em sacos vermelhos.Segunda Nota Técnica nº 96/2022-CGZV/DEIDT/SVS/MS, todo resíduo gerado na assistência de pacientes confirmado ou com suspeita de MONKEYPOX devem ser enquadrados na categoria A1 e acondicionado em sacos vermelhos.

16. SEGREGAÇÃO

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

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

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

Importância da separação dos resíduos de serviços de saúde:

- Impedir a contaminação dos resíduos comuns pelos resíduos infectantes;
- Redução do volume de resíduos contaminados pelo contato por outros;
- Diminuir os recursos necessários a adequada coleta, tratamento e destinação final tanto dos resíduos infectantes como dos resíduos comuns;
- Facilitar o socorro em caso de acidentes;
- Permitir a melhor identificação dos resíduos perigosos,proporcionando melhores condições de segurança no trabalho.

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

17. ACONDICIONAMENTO

Os resíduos, ao serem gerados, são inicialmente acondicionados em lixeiras de material lavável e resistente ao tombamento, posicionadas próximo ao local de geração. Cada unidade geradora de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) está equipada com recipientes em quantidade adequada para cada tipo de resíduo produzido.

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

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

ACONDICIONAMENTO DOS RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE GERADO NO ESTABELECIMENTO:

GRUPO A – BIOLOGICO

Subgrupo A1

Acondicionamento: São acondicionados em sacos plásticos cor vermelha. Estes sacos são resistentes, impermeáveis e devidamente identificados com desenho e contorno preto, contendo o símbolo de substância infectante. Os sacos para acondicionamento dos

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

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



Subgrupo A3

Acondicionamento: Devem ser acondicionados em sacos vermelhos e identificados com a inscrição "PEÇAS ANATÔMICAS". Os sacos para acondicionamento dos resíduos do grupo A devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, impermeável, com tampa provida de sistema de abertura sem contato

manual, com cantos arredondados. Devem ser resistentes a tombamento e devem ser respeitados os limites de peso de cada invólucro. Os sacos devem estar identificados com a simbologia da substância infectante. Sendo proibido o esvaziamento dos sacos ou seu reaproveitamento.

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



Subgrupo A4

Acondicionamento: São acondicionados em sacos plásticos leitosos de cor Branca. Estes sacos são resistentes, impermeáveis e devidamente identificados com rótulo de fundo branco, desenho e contorno preto, contendo o símbolo de substância infectante. devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e

vazamento, impermeável, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Devem ser resistentes a tombamento e devem ser respeitados os limites de peso de cada invólucro. Os sacos devem estar identificados com a simbologia da substância infectante. Sendo proibido o esvaziamento dos sacos ou seu reaproveitamento.

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



GRUPO B

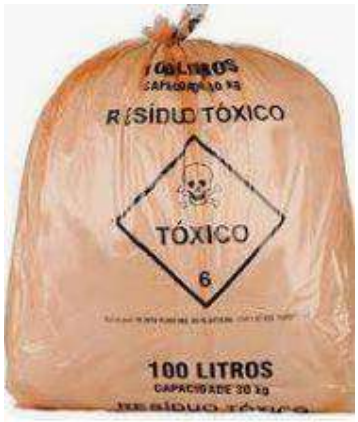
Acondicionamento: São acondicionados em sacos plásticos de cor laranja. Estes sacos são resistentes, impermeáveis e devidamente identificados com rótulo de fundo laranja, desenho e contorno preto, contendo o símbolo universal de substância tóxica. Os resíduos químicos no estado líquido são acondicionados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

armazenados em descarpak laranja.

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

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





Resíduos eletroeletrônicos e seus componentes: Seus componentes internos podem possuir materiais de caráter tóxico. Caso esteja visível, remova baterias e pilhas dos

equipamentos, e o descarte conforme orientação específica. Não devem ser armazenados a céu aberto ou em contato com água e ou outros líquidos. Devem ficar armazenados em caixar de papelão, identificadas com o tipo de material aguardando o descarte. Os equipamento que não tem conserto e estão consignado, são enviados ao contratante para troca e os equipamento próprio do estabelecimento, são devolvidos ao estado, a comunicação de coleta é feita atravez de oficio.

Pilhas e baterias: Possuem em seu interior chumbo metálico, peróxido de chumbo e ácido sulfúrico. Tendo em vista o significativo impacto à saúde humana. No seu manuseio as baterias devem estar inclinadas para que não ocorra vazamentos, fora da exposição ao calor, e devidos cuidados para que a movimentação não ocorra pelos polos. As baterias que apresentarem vazamento, devem ser acondicionadas em recipientes fechados, à prova d'água e resistente a ácidos. Podem ser usadas embalagens de polietileno, polipropileno, ebonite, resina em fibra de vidro, sendo expressamente proibido recipientes metálicos, pois estes reagem com ácido. Ao realizar o transporte de baterias, isolar os terminais utilizando fita isolante. Todas as pilhas inservíveis devem ser depositadas em coletores internos de cor laranja e devidamente identificadas. O transporte e tratamento deve ser efetuado por empresa devidamente licenciada para tal atividade.

GRUPO E

Acondicionamento: Os materiais perfurocortantes devem ser descartados em recipientes identificados, rígidos, providos com tampa, resistentes à punctura, ruptura e vazamento. Art. 87 Os recipientes de acondicionamento dos RSS do Grupo E devem ser substituídos de

acordo com a demanda ou quando o nível de preenchimento atingir 3/4 (três quartos) da capacidade ou de acordo com as instruções do fabricante, sendo proibidos seu esvaziamento manual e seu reaproveitamento.

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

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



GRUPO D

Acondicionamento: Devem ser acondicionados de acordo com as orientações dos órgãos locais responsáveis pelo serviço de limpeza urbana. A identificação dos RSS deve estar afixada nos carros de coleta, nos locais de armazenamento e nos sacos que acondicionam

os resíduos. Os sacos que acondicionam os RSS do Grupo D não precisam ser identificados.

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

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

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

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

- Forrações de animais de biotérios sem risco biológico associado.

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

- Pelos de animais**.**

Explantes: Após a retirada do implante do paciente por procedimento cirúrgico, os materiais deverão ser encaminhados para a Central de Material e Esterilização (CME) para procedimento de limpeza, seguido de esterilização. Concluído essa etapa, são considerados sem risco biológico, químico e ou radiativo, podendo ser encaminhados para tratamento de acordo com a RDC 15/2012. Devem permanecer sob guarda responsável em local seguro, até a etapa de coleta para tratamento externo. Caso as peças venham ser requeridas pelo paciente, a entrega deverá ser feita através de solicitação formal e entregue mediante assinatura em Termo de Recebimento, de acordo com o art.110 da RDC 15/2012:

"o material explantado poderá ser entregue ao paciente mediante solicitação formal". Ao entregar o material requerido para o paciente, a embalagem de esterilização deverá ser rompida, conforme §2° da RDC 15/2012: "A entrega dos explantes deverá ser precedida de assinatura de termo de recebimento e responsabilidade e a embalagem de esterilização deverá ser rompida e retirada antes da entrega. Em hipótese alguma o material deverá ser encaminhado a cooperativas de catadores denominadas "ferro velho", conforme RDC 15/2012. Os artigos constituídos por mais de uma peça, deverão ser desmontados de forma que inviabilize remontagem, conforme RDC 15/2012: "Os explantes constituídos de componentes desmontáveis, após a esterilização, não devem ser acondicionados na mesma embalagem, de forma a impedir remontagem do produto". O material poderá ser enviado para reciclagem, desde que a empresa esteja devidamente licenciada para tal atividade e o estabelecimento de saúde mantenha registros dos itens que foram enviados para reciclagem.

18. TRANSPORTE INTERNO

Na coleta interna, os RSS são retirados da unidade geradora e são levados até o local destinado ao armazenamento temporário, pelos auxiliares do Serviço de Higienização e Limpeza (SHL) de acordo com horários pré-determinados, para que não ocorra cruzamentos com o transporte de refeições, roupa limpa e materiais esterilizado. O transporte dos resíduos são realizados em carrinho de material liso, rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e são identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo.

O transporte dos resíduos, do local gerador até o abrigo temporário, é realizado conforme rotina de desinfecção concorrente e terminal, de acordo com a criticidade de cada setor estabelecido pelo Setor de Higienização e Limpeza (SHL), neste momento o resíduo presente nos coletores são retirados e encaminhados ao abrigo temporário, onde permanece até o horário seguinte de transporte para o abrigo externo. Os horários de transporte interno, dos abrigos temporários para o abrigo externo ocorrem (5) tres vezes ao dia, sendo : 06, 10, 14, 18 e às 23 horas, podem haver transporte de resíduo fora destes horários, desde que, não ocorram os cruzamentos.

19. ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados dentro de coletores com a tampa fechada, 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 é realizado armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, a conservação dos mesmos é em recipientes de acondicionamento próprios. As salas para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos têm pisos e paredes resistente, laváveis, e impermeável, tendo o piso resistente ao tráfego dos recipientes coletores. Possuem ponto de iluminação artificial e de água, tomada elétrica alta e ralo sifonado com tampa, tendo a janela tela de proteção contra vetores. A sala para o armazenamento temporário de resíduos pode ser compartilhada por duas ou mais unidades geradoras com a função de armazenar os RSS pelo menor tempo possível.

20. TRATAMENTOS PRÉVIOS

No HEAL é realizado o tratamento por meio de autoclavagem dos resíduos do grupo A1 (sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo sangue e as bolsas transfusionais, contendo sangue ou hemocomponentes rejeitados por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e imunobiologicos especiais. A autoclave fica nos setores de laboratorio, Unidade de Coleta e trasnfusão e CRIE, sendo eles resposavéis pela inativação. Para a garantia da eficácia da autoclave são realizados testes químicos (a cada carga) e biológicos (semanalmente) os quais são devidamente registrados. Outro tratamento realizado na unidade hospitalar, que atende a orientação da RDC 15/2012, no CME Classe II, os produtos para saúde oriundos de explantes e instrumentais cirúrgicos considerado inservível devem ser submetidos ao processo de limpeza, seguida de esterilização. Após o processo de esterilização, estes explantes e instrumentais cirúrgicos podem ser considerados como resíduos sem risco biológico, químico ou radiológico e descartados conforme previsão deste documento. Lembrando que os explantes constituídos de componentes desmontáveis, após a esterilização, não devem ser acondicionados na mesma embalagem, de forma a impedir a remontagem do produto. Os explantes tratados e o instrumental cirúrgico considerado inservível podem ser encaminhados para reciclagem, desde que a empresa que recebe o material seja licenciada para proceder à reciclagem destes materiais, e o serviço de saúde mantenha registro dos itens que foram encaminhados à empresa. Sendo proibida a entrega deste material às cooperativas de catadores ou empresas que recolhem materiais inservíveis denominadas de "ferro velho". Para descarte, a unidade deve requerer “Termo de Autorização para Descarte” do paciente. O explante pode ser entregue ao paciente quando o mesmo optar mediante solicitação formal, sendo obrigatório o registro da retirada com esclarecimentos

sobre seu descarte, e o Hospital não se responsabiliza pelo descarte do artigo após sua retirada. O termo de autorização (independente do método de descarte) deve ser anexado ao prontuário do paciente. Os demais resíduos são tratados fora do estabelecimento pela empresa terceirizada, onde serão incinerados ou recebem tratamento adquado conforme CONAMA 358.

21. ARMAZENAMENTO EXTERNO

Consiste no armazenamento no próprio estabelecimento de saúde, em local identificado e específico para esse fim. O abrigo externo tem como objetivo principal garantir a guarda dos RSS em condições seguras até a realização da coleta final. O acesso aos abrigos é restrito aos colaboradores responsáveis pelo serviço de higienização e limpeza do estabelecimento. Este ambiente é ser composto por quatro ambientes, um é destinado ao armazenamento dos resíduos do grupo A com o grupo E, outro para armazenar os resíduos do grupo B e outro para armazenar os resíduos do grupo D, deve possuir ainda um espaço destinado a armazenamento do contêineres de resíduos e espaço destinado à higienização dos recipientes de resíduo. O espaço destinado ao armazenamento dos resíduos do grupo A com o grupo E está identificado com uma placa “RESÍDUO INFECTANTE”, o que é destinado a armazenamento dos resíduos do grupo B está identificado com uma placa “RESÍDUO QUÍMICO”, e o destinado para os resíduos do grupo D está identificado com uma placa “RESÍDUO COMUM”. Os recipientes de transporte interno transitam dentro do pátio do hospital até chegar ao abrigo externo, ou seja, em hipótese nenhuma, transitam pela via pública externa. Os funcionários resposavél pelo transporte dos resíduos devem usar, obrigatoriamente, os EPI´s indicados pela Segurança do Trabalho conforme especificação do PGR.

22. TRANSPORTE FINAL

Consiste na remoção dos RSS do abrigo externo até a unidade de tratamento ou disposição final, pela utilização de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente. A coleta e o transporte são realizados por serviços terceirizados contratados.

Durante a coleta externa o colaborador do serviço de higienização e limpeza acompanha o início e o término da coleta resíduos, verificando juntamente a empresa contratada o peso dos resíduos coletados, e assim emitindo então Manifesto de Transporte de Carga (MTR).

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

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

GRUPO	TIPO DE RESÍDUO	PERIODICIDADE	VEÍCULO	EMPRESA COLETORA
Grupo A1,A3 e A4	Biológico	2 vezes na semana	Baú	Recol Ambiental Coleta e Transporte de Resíduos LTDA **CNPJ:** 73.797.383/0001-44
Grupo B	Químico	2 vezes na semana	Baú	Recol Ambiental Coleta e Transporte de Resíduos LTDA **CNPJ:** 73.797.383/0001-44
Grupo D	Comun não recicláveis	Segunda a Sabado	Compactador	Gevepar Gestão Ambiental LTDA **CNPJ:** 50.785.306/0001-79
Classe II B	Resíduos de construção civil	***	***	***
Grupo E	Perfuto-cortante	2 vezes na semana	Baú	Recol Ambiental Coleta e Transporte de Resíduos LTDA **CNPJ:** 73.797.383/0001-44
Classe I	Lâmpadas	Sob demanda	Baú	
Classe I	Pilhas e baterias	Sob demanda	Baú	Recol Ambiental Coleta e Transporte de Resíduos LTDA **CNPJ:** 73.797.383/0001-44

23. TRATAMENTO FINAL

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

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

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

24. CONTROLE DE PRAGAS E VETORES

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

Empresa: D.D. de Souza Artigos Esportivos e Recreativos

CNPJ: 41.120.350/0001-79

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

25. CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

26. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

assegurando a ausência de contaminação e riscos à saúde.

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

Análise de Tendências: Monitoramento de padrões de boas práticas assistenciais relacionadas a incidentes com resíduos, visando à melhoria contínua.

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

Esse processo é conduzido atraves da pesagem dos resíduos sendo executada por uma empresa terceirizada e supervisionada pelo Setor de Higiene e Limpeza. Os quantitativos são registrados na plataforma da SINIR, gerando o Manifesto de Transporte de Resíduos (MTR). De acordo com a Portaria Nº 280, de 29 de junho de 2020, que regulamenta os arts. 56 e 76 do decreto nº 7.404, de 23 de dezembro de 2010, bem como o art. 8º do decreto nº 10.388, de 5 de junho de 2020, o Manifesto de Transporte de Resíduos – MTR nacional foi instituído como uma ferramenta de gestão e documento declaratório para a implantação e operacionalização do Plano de Gerenciamento de Resíduos. Essa portaria também trata sobre o inventário nacional de resíduos sólidos e complementa a Portaria Nº 412, de 25 de junho de 2019.Com o monitoramento adequado e o uso do Manifesto de Transporte de Resíduos, garantimos uma gestão eficiente dos resíduos, assegurando que todas as etapas do PGRSS sejam cumpridas corretamente. Esse acompanhamento contínuo contribui para a prevenção de riscos à saúde e ao meio ambiente, bem como para a melhoria constante das práticas de manejo dos resíduos de serviços de saúde.

27. REFERÊNCIAS

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

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

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

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA ELABORAÇÃO DO PGRSS

_____

Nome: Laiane Reis

Cargo/função: Engenheira Ambiental

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

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO MONITORAMENTO DO PGRSS

_____

Nome:

Identificação Profissional: Enfermeiro SCIRAS

Registro profissional: COREN-GO

Termo de Abertura

Este livro se destina a registro do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde do **HOSPITAL ESTADUAL JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO**

REGIMENTO INTERNO

OBJETIVOS:

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

CAPITULO I

DA ORGANIZAÇÃO

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

CAPITULO II

COMPETE AO PRESIDENTE

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

CAPITULO III

COMPETE AO SECRETÁRIO

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

CAPITULO IV

COMPETE A COMISSÃO

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

CAPITULO V

DA COMPOSIÇÃO

I – A comissão terá a seguinte composição:

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

CAPITULO VI

DO PLANEJAMENTO

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

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

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

CAPITULO VII

DA PARTICIPAÇÃO

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

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

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

_____, de 2024.

HOSPITAL ESTADUAL JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO		
GESTÃO AMBIENTAL		
Título: Ato de nomeação da comissão PGRSS		
Responsável: Engenheiro Ambiental	**Código:** CPGRSS	**Ano:** 2024

ATO DE NOMEAÇÃO DA COMISSÃO PGRSS

O Diretor Geral da Hospital **HOSPITAL ESTADUAL JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO** Goiás - GO no uso de suas atribuições e de acordo com o disposto na (**Resolução - RDC Nº 222, de 28 de março de 2018**, que **regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde** e dá outras providências. A mesma obriga a elaboração, instalação e execução do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde nos estabelecimentos de saúde, sendo assim, resolve nomear os seguintes membros para compor comissão:

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

_____

Diretor Geral



ÁREA DE ATIVIDADE

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

Implantação da Logística de Suprimentos

IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

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

A logística de suprimentos proposta a seguir para o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEJ segue os preceitos da OSS HMTJ, sendo constituída pelo planejamento de compras de materiais e medicamentos, rede de fornecedores, serviço de transporte, armazenamento, plano de contingência para desabastecimento, serviço de movimentação interna e rede de unidades de atendimento.

O HMTJ, adotara para o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ uma cadeia de fornecimento de produtos e serviços estruturada, com fluxos e rotinas padronizados que possibilitam a contrataçao de fornecedores para suprirem, de forma célere e eficaz, a necessidade da instituicao na execução de suas ações.

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

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

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

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

Objetivos:

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

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

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

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

associados, realizando as melhorias necessárias nos processos correspondentes;

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

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

1. Padronização de Materiais e Medicamentos

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

2. Seleção e Qualificação de Fornecedores

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

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

1 . Contrato Social ou alteração

2. Cartão CNPJ

3. Inscrição Estadual

4. Alvará Sanitário

5. Certificado de responsabilidade técnica (quando aplicável).

6. AFE – ANVISA (quando aplicável).

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

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

O resultado da qualificação do fornecedor terá as seguintes classificações:

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

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

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

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

- **CLASSIFICACAO DE FORNECEDORES**

O HMTJ classifica os fornecedores e prestadores de serviços como:

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

3. Aquisição

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Avaliação dos Fornecedores

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

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

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

a. Cumprimento dos prazos de entrega/contrato;

a. Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;

b. Correspondência entre item e especificação;

c. Cumprimento dos preços acordados;

d. Cumprimento dos prazos para pagamento acordados;

e. Integridade e condicoes de embalagem;

f. Produtos entregues dentro do prazo de validade;

g. Temperatura

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

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

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

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

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

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

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

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

Documentação para Fornecedores de medicamentos insumos farmacêuticos e correlatos

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

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

Fornecedores de Equipamentos Médico-Hospitalares

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

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

Disposições Gerais

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

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

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

Homologação do Fornecedor e/ou Prestador de Serviço

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

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

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

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

Cumprimentos das normas e portarias da ANVISA

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

PLANEJAMENTO E PROGRAMACAO DE ENTREGAS DE MATERIAIS HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS

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

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

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

NORMAS DE FUNCIONAMENTO DO ALMOXARIFADO LOCAL:

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

Esse setor de suprimentos é responsável por gerenciar todos os estoques existentes na Policlínica Regional – Cidade de Goiás de modo a garantir a disponibilização de todos os materiais, insumos e medicamentos necessários para a execução das respectivas atividades.

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

Todos os itens acima, são necessários para garantir uma cadeia de abastecimento eficiente do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos.

O Almoxarifado local deverá assegurar que o material adequado esteja, na quantidade devida, no local certo,quando necessário, Impedir que exista divergencia de inventario e perda de qualquer natureza;Preservar a qualidade e as quantidades exatas;Possuir

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

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

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

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

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

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

CONFERÊNCIAS DE MATERIAIS DE SAÚDE

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

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

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

ORGANIZAÇÃO INTERNA

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

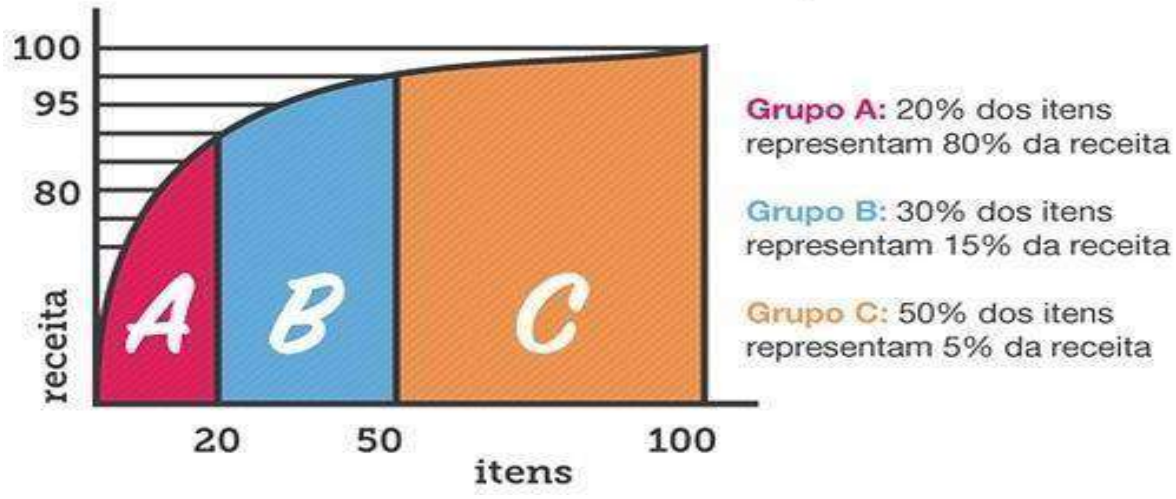
DEFINIÇÕES E MÉTODOS DE CONTROLE:

a) **Curva ABC:**

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

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

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



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

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

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

b) Curva de análise 123

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

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

c) Curva de análise PQR

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

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

d) Curva de análise XYZ

A classificação XYZ avalia o grau de criticidade ou de imprescindibilidade do item de material nas atividades desempenhadas pela organização. Mendes e Castilho (2009).
A curva XYZ classifica os materiais tomando como base o critério de criticidade, ou seja, é colocado em análise o impacto que a falta desses itens causa nos processos da organização.

A segmentação, portanto, se dá da seguinte forma:
• X: grupo de itens de baixa criticidade, sua falta não paralisa as atividades e podem ser substituídos;

• Y: grupo de itens de média criticidade, são itens necessários para realização das atividades, mas que podem ser substituídos;

• Z: trata-se do grupo vital, sem similar disponível para substituição, cuja falta traz consequências desastrosas, podendo, por exemplo, interromper as operações.

Vantagens em sua utilização:

• Auxilia no processo de tomada de decisão;

• Determina o grau de imprescindibilidade dos itens;

• Disponibiliza informações sobre quais itens não podem faltar.

Limitações:

✓Sofre influência de quem irá realizá-la;

✓Necessita de avaliação criteriosa;

✓Método qualitativo, sujeito a arbitrariedade e subjetividade;

✓Difícil estabelecimento de parâmetros objetivos para quantificação de atendimento a critérios;

✓Dependendo do segmento da empresa, é necessário a participação de uma comissão para sua realização.

e) PEPS

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

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

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

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

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

F) Inventário de estoque

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

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

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

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

FUNCIONAMENTO

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

Recebimento externo:

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

Entrada do produto no estoque

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

Entrada com saida imediata

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

Armazenamento

Os materiais e insumos recebidos deverão ser armazenados em locais específico conforme orientação do fabricante e das legislações específica, seja em um local de controle de temperatura, umidade, empilhamento máximo, distanciamento de paredes, teto, chão,

produtos, etc.

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

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

No almoxarifado da Policlínica Regional – Cidade de Goiás é realizado o armazenamento de todos os insumos recebidos. Quando do armazenamento, deverá serobservado o detalhamento a seguir:

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

Atendimento aos setores

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

Ressuprimento do estoque

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

Transporte

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

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

Limpeza e Conservacao

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

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

HORÁRIOS DE RECEBIMENTO DE PRODUTOS/INSUMOS

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

AVALIAÇÃO DE PRODUTOS MANIPULADOS SOB ASPECTOS TÉCNICOS

PRODUTO:_____

FORNECEDOR/CNPJ:_____

REGISTRO MINISTÉRIO DA SAÚDE: _____

REGISTRO TÉCNICO DO FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL: _____

LOTE E VALIDADE:_____

APRESENTAÇÃO/FORMA FARMACÊUTICA: _____

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS: _____

CARACTERÍSTICAS DA EMBALAGEM: _____

GRAMATURA _____

FOTOSSENSÍVEL: ( ) SIM ( ) NÃO EMBALAGEM ADEQUADA: _____

TERMOLÁBIL: ( ) SIM ( ) NÃO TEMPERATURA DE RECEBIMENTO: _____

PARTICULARIDADES: ( ) Conservar em temperatura ambiente ( ) Conservar em geladeira

( ) Uso interno ( ) Uso externo

( ) Diluir antes de usar ( ) Agite antes de usar

( ) Outros _____

CERTIFICADO DE ANÁLISE OU LAUDO DE CONTROLE DE QUALIDADE ENVIADO: ( ) SIM ( ) NÃO

Observações

_____

_____

_____

Qualquer alteração identificada deve ser comunicada imediatamente ao farmacêutico responsável que conforme viabilidade técnica irá colocar a mercadoria em quarentena enquanto averigua a garantia da qualidade do produto de forma que, sendo útil e/ou necessário requisitará auxílio do setor de compras.

Não sendo possível a garantia supracitada, deverá a mercadoria ser recusada ou devolvida conforme estágio do processo em que se encontrar.

Fonte: Resolução RDC n°67, de 08 de outubro de 2007 – Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em Farmácias.

I. Objetivos

Orientar procedimento de comunicação ao fornecedor sobre relato de queixa técnica recebido de forma que possa ser apurado os motivos que levaram a reclamação do produto e pautar possíveis desclassificações com aval da diretoria.

II. Materiais

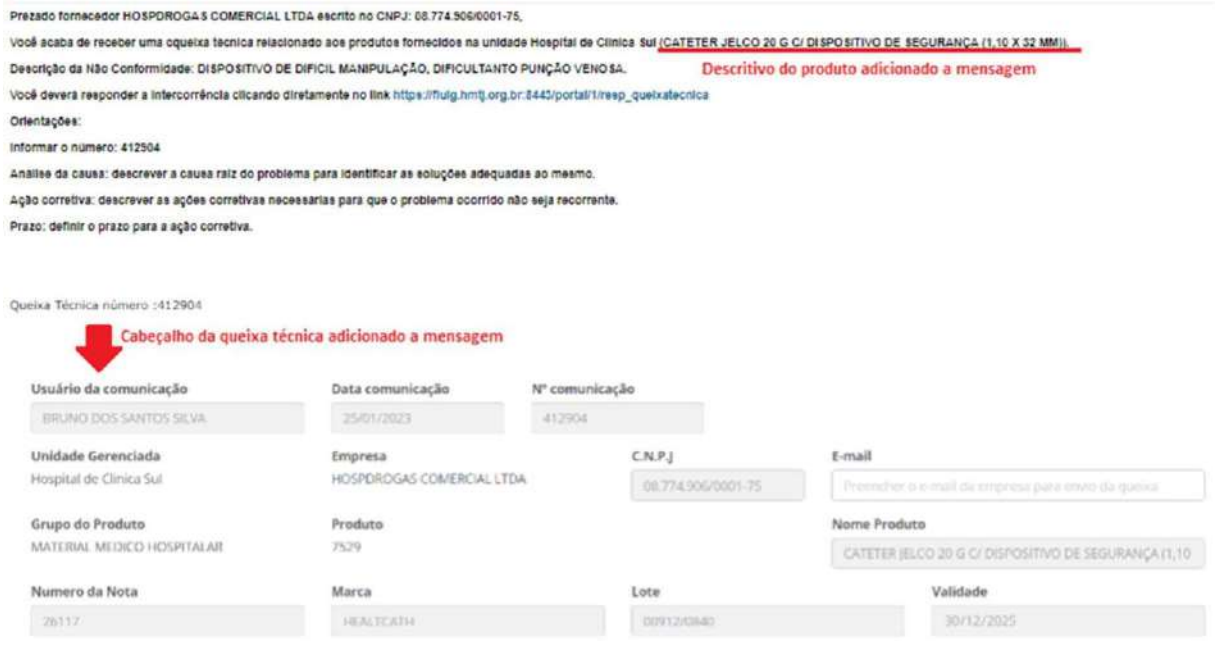
Computador com acesso à internet

III. Descrição dos passos da atividade

1. Acessar central de tarefas no Fluig e assumir comunicado de queixa técnica recebido no papel compras;

2. Verificar se as informações de cadastro estão corretas e encaminhar comunicado para o próprio e-mail;

3. Recebido a mensagem no e-mail acrescentar o descritivo do produto e imagem do cabeçalho da queixa técnica antes de enviar ao fornecedor conforme exemplo abaixo:



4. Encaminhar mensagem ao fornecedor;

5. Acrescentar a marca em questão ao campo Marcas Desqualificadas no cadastro do produto seguida de *;

6. Formalizada a resposta do fornecedor, encaminhar formulário para avaliação do responsável técnico adequado conforme natureza do produto para emissão do parecer;

6.1. Se em até 60 dias não houver retorno do fornecedor o comunicado deverá ser enviado para avaliação do responsável técnico sem a devida manifestação

7. Após análise técnica, informar valor do produto reclamado e do produto concorrente antes de encaminhar para aprovação da diretoria;

8. Sendo a queixa técnica aprovada pela diretoria, concluir a reclamação no Fluig e retirar o asterisco (*) da marca sinalizada no castro do produto;

8.1. Caso a queixa técnica não seja aprovada pela direção, retirar a marca da relação de desqualificadas no cadastro do produto

Observação: tanto área técnica quanto direção poderão solicitar correção das etapas anteriores.

IV. Siglas e Definições

NA

V. Anexos

NA

VI. Referências

NA

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Solicitação de cadastro			
Responsável: gerente e coordenador de compras, almoxarifado, farmácia, enfermagem, SESMT, SND, SHL, Manutenção, engenharia clínica	**Código:** PRS HMTJ 272	**Revisão:** 00	**Data:** 01/02/2023

I. Objetivos

Efetuar corretamente a solicitação de cadastro de produtos no Fluig.

II. Materiais

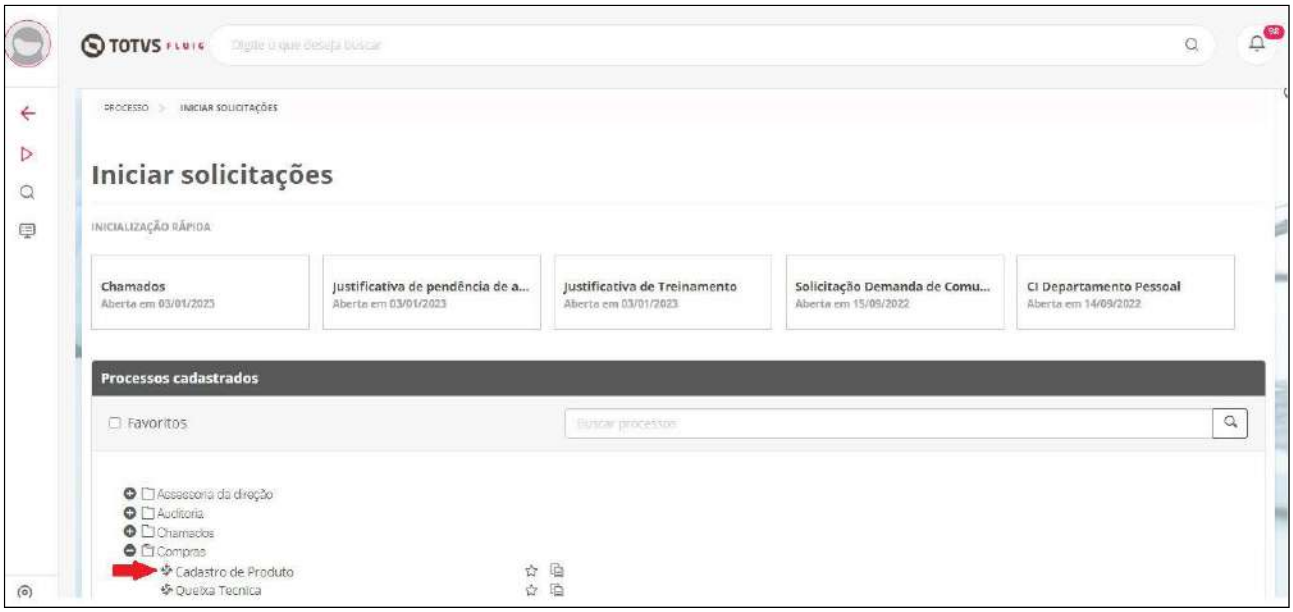
Qualquer dispositivo com acesso a internet.

III. Abrangência

Todos os setores.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. Em solicitações de tarefa do setor de compras no Fluig, selecionar Cadastro de Produto



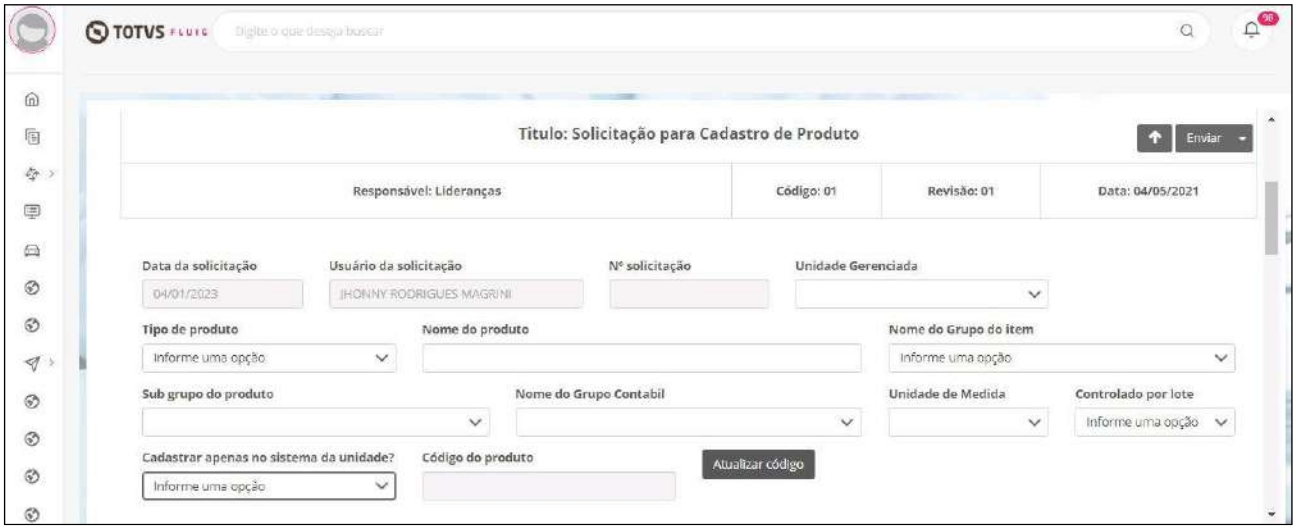
2. Preencher os campos solicitados onde a nomenclatura deverá ser em letras maiúsculas, salvo os casos justificáveis, sem acento ou cedilha, respeitando-se as regras de espaçamento e abreviação.

3. Os campos "Nome do grupo do item", "Subgrupo do produto", "Nome do grupo contábil", devem ser preenchidos conforme classificação do sistema RM.

4. "Unidade de medida" e “Controlado por lote” devem ser preenchidos conforme especificação do item.

5. O campo “Cadastrar apenas no sistema da unidade?” deverá ser preenchido com sim apenas quando a unidade utilizar dois sistemas e o produto já for cadastrado no RM. Nestes casos o Nome do produto deverá seguir o cadastro já existente no RM.

6. Feito o preenchimento, clicar em “Enviar”



7. O Setor de compras fará análise prévia do preenchimento e, afim em caso de aprovação, encaminhará o formulário para análise da área técnica adequada. Havendo necessidade poderá solicitar correção ao requerente ou negar o cadastro havendo justificativa para tal.

8. Informação ao diretor médico: No ato da validação, será necessário informar se o cadastro é de um produto para padronização ou não.



9. Após aprovação da direção o formulário retorna ao setor de compras para prosseguir com a integração do cadastro com o sistema RM.

V. Siglas e Definições

NA

VI. Anexos

Anexo I – Tabela de cadastro Grupos e Subgrupos (RM)

Anexo II – Tabela de classificação Grupo de Itens de Estoque (RM)
Anexo III – Tabela auxiliar de unidade (RM)

VII. Referências

Cadeia Cliente Fornecedor

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Cadastro de fornecedor			
Responsável: Gerência, coordenação e assistentes de compra	**Código:** POP CPR 008	**Revisão:** 00	**Data:** 24/02/2023

I. Objetivos

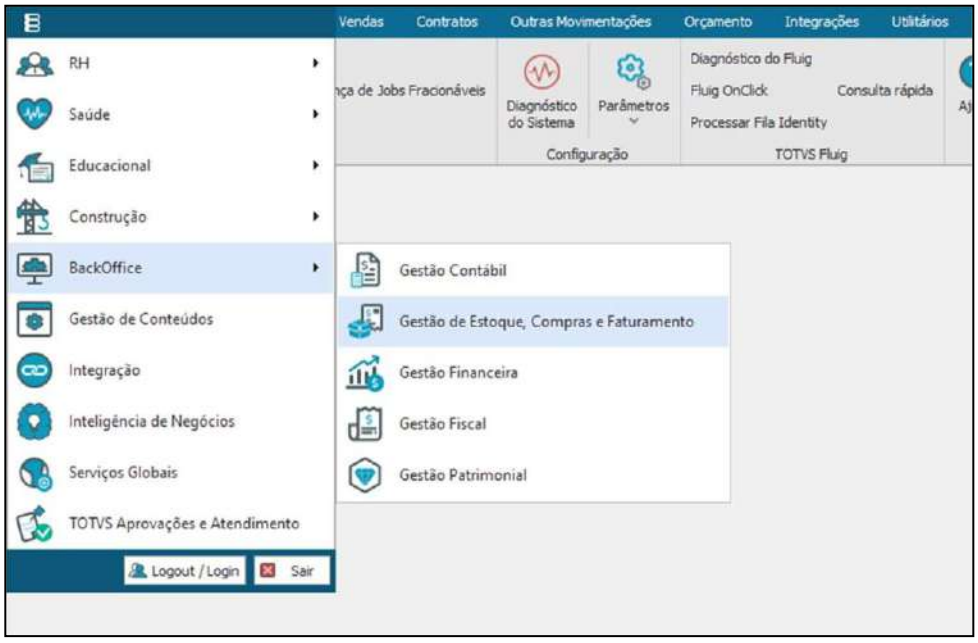
Orientar e padronizar o cadastro de fornecedores no sistema RM e atualização dos dados

II. Materiais

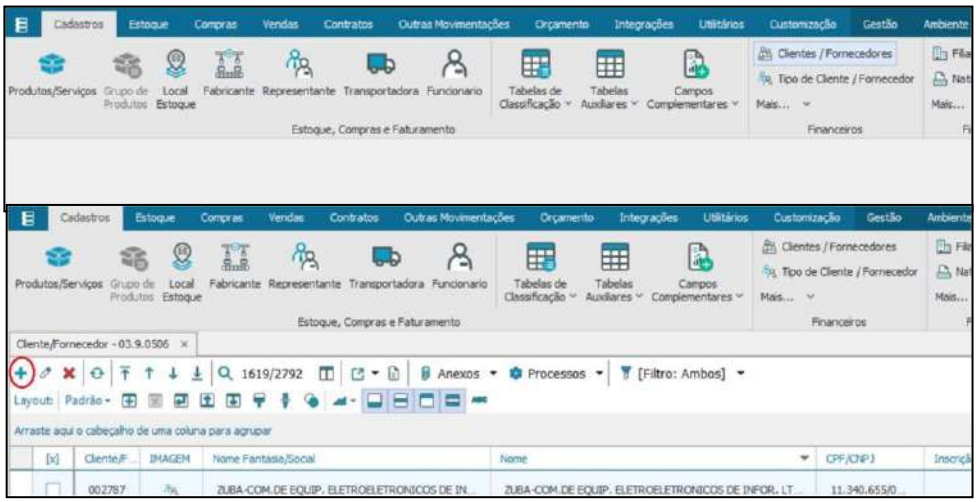
Computador com acesso ao servidor do HMTJ

III. Descrição dos passos da atividade

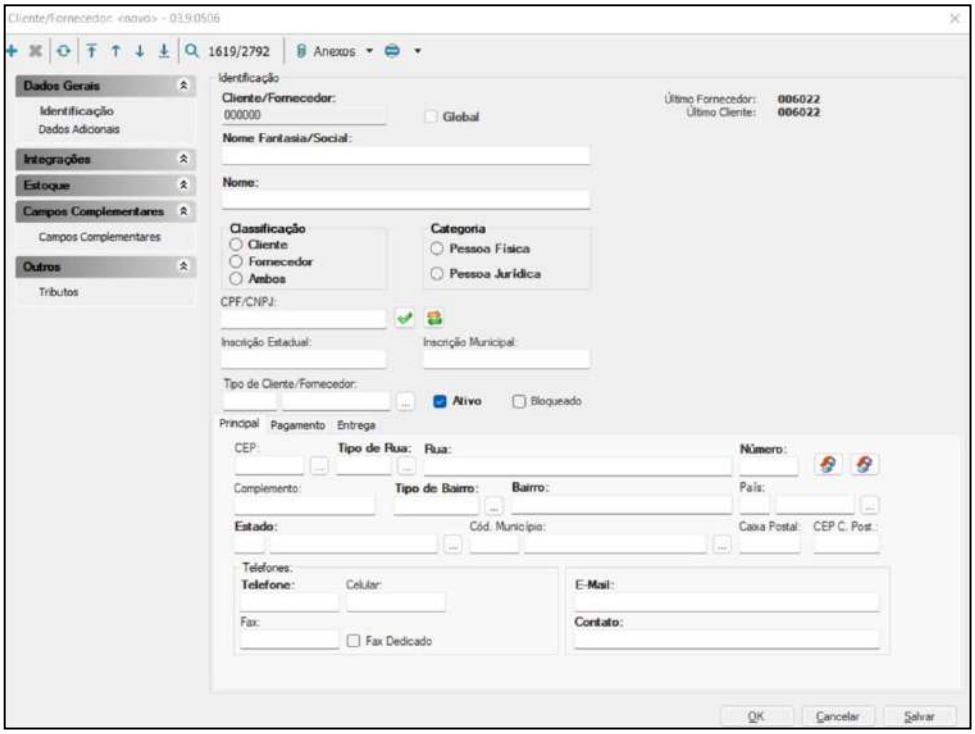
1. Acesse ambiente Backoffice / Gestão de Estoque Compras e Faturamento



2. Acesse o menu Cadastros / Clientes/Fornecedores, utilizar o filtro adequado e clicar em Incluir na tela seguinte

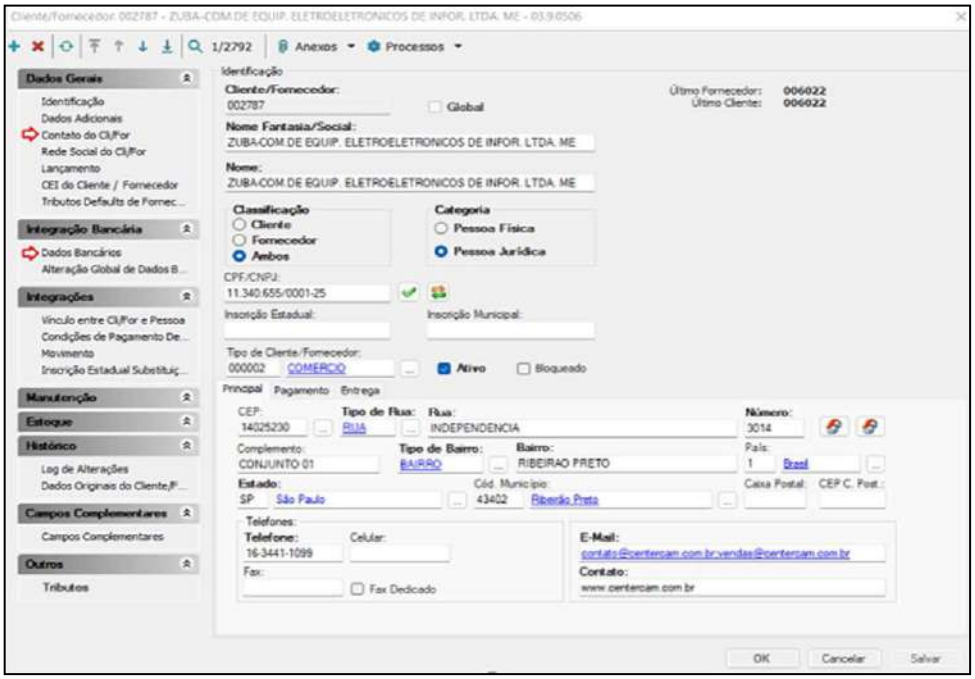


3. Preencher os campos de identificação conforme informações do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e contato principal



Importante

- Após salvar o cliente / fornecedor, será disponibilizado outros menus como dados bancários e contatos que poderão ser preenchidos conforme necessidade



IV. Siglas e Definições

NA

V. Anexos

NA

VI. Referências

NA

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Solicitação de compra de urgência			
Responsável: gerente, coordenador e assistentes de compras, coordenadores das áreas envolvidas	**Código:** PRS HMTJ 273	**Revisão:** 00	**Data:** 04/01/2023

I. Objetivos

Regular o fluxo de compras emergenciais diferenciando-as das demais solicitações, integrar as áreas de aprovação envolvida e possibilitar mensurarmos a causa das urgências, as áreas que geram tais demandas e a natureza dos pedidos para gerenciarmos o processo.

II. Materiais

Acesso à internet por qualquer dispositivo.

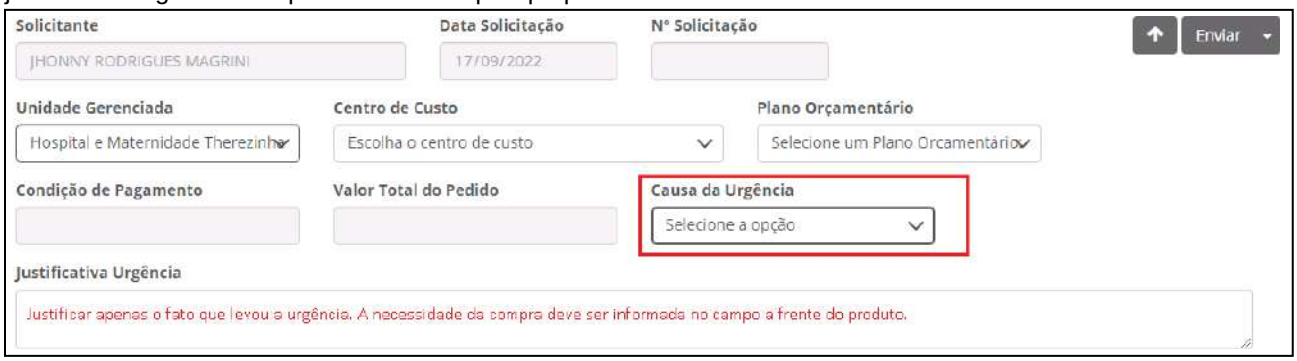
III. Abrangência

Farmácia, Almoxarifado, Enfermagem, Serviço de Higiene e Limpeza, Serviço de Nutrição e Dietética, Manutenção, Engenharia Clínica.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. A solicitação de compra em caráter emergencial deve ser tratada como exceção ao cronograma de compras definido para a unidade, ciente que havendo necessidade de correção do pedido, o prazo para tal é de 3 dias corridos, sob passividade de cancelamento do pedido.

2. Deve-se informar em campo apropriado a causa da urgência conforme opções pré-estabelecidas e justificar a urgência da questão em campo apropriado:



3. O preenchimento indevido das informações acarretará em solicitação de correção por parte do setor de compras visto a importância dos dados adequados para gerenciamento do banco de informações. Após análise do setor de compras e mediação do setor de qualidade a persistência no envio incorreto das informações pode acarretar em reprovação do pedido e relato de não conformidade.

4. A justificativa da compra deverá ser efetuada no campo observação solicitante, sendo recomendada a análise das medidas de desabastecimento conforme PRS HMTJ 265, quando for o caso.



5. Os setores responsáveis por estoque de insumos ficarão encarregados de realizar as solicitações emergências destes materiais considerando o centro de custo que deu origem a urgência, se for o caso.

6. Quando aplicável, o prazo para análise da área técnica será de 3 dias, sendo o solicitante responsável por monitorar o pedido de compra, para evitar cancelamento automático da solicitação.

7. Ao setor de compras, no menor decurso de tempo possível, caberá o andamento da solicitação que se destacará das demais também no prazo de 3 dias, cabendo ao setor confirmar sua necessidade e responder sobre a ineficácia do atendimento, se for o caso.

8. Não há prazo estabelecido para análise da direção.

V. Siglas e Definições

Compra emergencial: situação fática que possa causar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, que se fizerem necessários para sanar a questão.

VI. Anexos

NA

VII. Referências

Requisição de Produtos e Equipamentos V2 (Emergencial)
CCF
PRS HMTJ 265

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Desabastecimento			
Responsável: gerente, coordenador e assistentes de compras, coordenadores das áreas envolvidas	**Código:** PRS HMTJ 265	**Revisão:** 00	**Data:** 03/03/2022

I. Objetivos

Garantir a integralidade do atendimento aos pacientes por meio de contingencia em caso de desabastecimento de produtos críticos.

II. Materiais

Computador, telefone e material de escritório.

III. Abrangência

Setor de compras, farmácia e almoxarifado.

IV. Descrição dos passos da atividade

O desabastecimento pode ocorrer em virtude das determinantes abaixo:

1. Irregularidade no fornecimento em virtude do número reduzido ou único fornecedor de matéria-prima para diversos fabricantes;

2. Interrupção da produção pelo fabricante único ou de maior domínio para adequação às boas práticas da ANVISA ou outro motivo relevante;

3. Recolhimento de medicamentos, por determinação da ANVISA ou decisão interna ligada ao controle de qualidade, por exemplo.

4. Alteração da linha de produção e distribuição por estratégia de mercado adota pelos fornecedores.

5. Aumento inesperado da demanda em virtude de surtos, epidemias e pandemias.

6. Gestão ineficiente de estoque.

7. Restrição de crédito e indisponibilidade de recurso para concluir processo de compra com pagamento antecipado.

Em qualquer dos casos acima ou ainda naqueles não previstos que ocasionem o desabastecimento, o setor de suprimentos junto ao coordenador responsável pela área afetada define a estratégia a ser utilizada para garantir a reposição considerando tempo hábil e custo.

Estratégia 1: Negociação de pagamentos.

Sendo a entrega impossibilitada por conta de títulos em aberto ou restrição de crédito, negociar o pagamento e liberação da mercadoria ou realização da compra com outro fornecedor sem desconsiderar o prazo de entrega, custo, forma de pagamento, tempo necessário para execução do processo e tempo de entrega.

Estratégia 2: Compra emergencial.

Não sendo viável a compra pelos meios comuns, efetuá-la com recurso do fluxo de caixa da unidade em fornecedores locais.

Estratégia 3: Substituição.

Analisar possibilidade de substituição por produto equivalente.

Estratégia 4: Empréstimo ou troca.

Solicitar empréstimos ou troca às instituições de saúde da região.

V. Siglas e Definições

NA

VI. Anexos

NA

VII. Referências

NA

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Orientação para recebimento de mercadorias			
Responsável: Compras, Almoxarifado, SHL e SPR, Manutenção, SND, Farmácia, SESMT, Auditoria Interna	**Código:** PRS HMTJ 257	**Revisão:** 01	**Data:** 24/02/2023

I. Objetivos

Orientar sobre o que deve ser observado e avaliado no recebimento de mercadorias.

II. Materiais

Check-list de recebimento em formulário ou sistema

III. Abrangência

Farmácia, almoxarifado, SND, Hotelaria, SESMT, Manutenção, CSTI.

IV. Descrição dos passos da atividade

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, buscando garantir a qualidade dos insumos ministrados na unidade, consoante a RDC 304 de 17 de setembro de 2019, adota como precaução a conferência dos aspectos administrativos e técnicos para avaliação das entregas recebidas orientando seus colaboradores a avaliarem os seguintes quesitos:

a) **Aspectos administrativos:** relacionados ao pedido de compra, buscam atender os requisitos administrativos estabelecidos no processo de aquisição quanto às quantidades a serem entregues, prazos e preços.

- Documentação fiscal – os medicamentos só deverão ser recebidos acompanhados de documentação fiscal devidamente emitido para o CNPJ da unidade. A falta de tal documento além de impedir o recebimento deve ser comunicada ao setor de compras imediatamente para sua regularização.
- Quantidade – a quantidade recebida deve estar em conformidade com a quantidade solicitada. Para maior segurança na conferência, a recepção deve dispor de cópias de todos os pedidos de compras efetuados
- Prazos de entrega - os medicamentos devem ser entregues de acordo com os prazos estabelecidos.
- Preços (unitário e total) e condição de pagamento - verificação dos preços constantes na nota fiscal e condição de pagamento para saber se estão de acordo com ordem de compra emitida.

O não atendimento de qualquer dos critérios estabelecidos deve ser relatado em formulário de avaliação e comunicado ao setor de compras imediatamente que a critério irá autorizar o recebimento, recomendar sua suspensão, suspender ou ainda orientar quanto a ou recusar da recepção.

b) **Especificações Técnicas:** são aquelas relacionadas aos aspectos qualitativos e legais (cumprimento da legislação) em relação a:

- Especificações dos produtos - os medicamentos devem ser entregues em conformidade com a solicitação: forma farmacêutica, concentração, apresentação e condições de conservação e inviolabilidade.
- Registro sanitário do produto - os medicamentos recebidos devem apresentar nas embalagens o número do registro no Ministério da Saúde.
- Medicamentos manipulados deverão vir acompanhados do Certificado de Análise ou Laudo de Controle de Qualidade, orientações de armazenamento, especificações da embalagem e particularidades do produto conforme Resolução RDC n°67, de 08 de outubro de 2007.
- Responsável técnico - deve ser observado se nas embalagens dos medicamentos constam: o nome do farmacêutico, o número do Conselho Regional de Farmácia e a unidade federativa na qual está inscrito.

- Embalagem - os medicamentos devem estar em suas embalagens originais, devidamente identificadas e sem apresentar sinais de violação ou avaria, aderência ao produto, umidade e inadequação em relação ao conteúdo. Devem estar de acordo com o estabelecido na legislação vigente (Portaria SVS n° 802/98, de 08/10/98).
- Rotulagem – deve estar de acordo com o que estabelece a legislação vigente (Artigo 3° da Portaria SVS n° 802/98, de 08/10/98).
- Lote/validade - produto e nota fiscal devem dispor da mesma informação.
- Transporte – verificar se o transporte dos medicamentos foi realizado em condições satisfatórias considerando a identificação e temperatura do veículo, bem como da embalagem em que é transportado, ventilação e exposição a luz, possibilidade de alteração da estabilidade do produto devido ao tempo em transporte (características físicas, químicas e farmacológicas) e acondicionamento conforme orientações na embalagem do produto.

Qualquer alteração identificada deve ser comunicada imediatamente ao farmacêutico responsável que conforme viabilidade técnica irá colocar a mercadoria em quarentena enquanto averigua a garantia da qualidade do produto de forma que, sendo útil e/ou necessário requisitará auxílio do setor de compras.

Não sendo possível a garantia supracitada, deverá a mercadoria ser recusada ou devolvida conforme estágio do processo em que se encontrar.

Cabe ressaltar os critérios acima citados foram definidos partindo do princípio que segundo a portaria 1052 de 29 dezembro de 1998 editada pelo Ministério da Saúde, concomitante a RDC 16, de 1° de abril de 2014 editada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os operadores logísticos dedicados ao transporte de medicamentos e materiais médicos devem contar em seus quadros com farmacêutico responsável, devidamente registrado no Conselho Regional, para identificar as necessidades dos produtos conforme suas características de conservação e acondicionamento adequando dentro do veículo evitando ainda o contato com itens que podem ser tóxicos ou radioativos.

V. Siglas e Definições

NA

VI. Anexos

Checklist de Recebimento

VII. Referências

- RDC 304 de 17 de setembro de 2019 - Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.
- Portaria 1052 de 29 dezembro de 1998 - estabelecer normas para a concessão de Autorização de Funcionamento para empresas que exerçam a atividade de transporte de produtos farmacêuticos e farmoquímicos, sujeitos à vigilância sanitária
- RDC 16 de 01 de abril de 2014 - Dispõe sobre os Critérios para Peticionamento de Autorização de Funcionamento (AFE) e Autorização Especial (AE) de Empresas
- RDC n°67, de 08 de outubro de 2007 - Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em Farmácias.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Título: Regras gerais das atividades de rotina			
Responsável: Gerência, coordenação e assistentes de compra	**Código:** POP CPR 007	**Revisão:** 01	**Data:** 24/02/2023

I. Objetivos

Orientar e padronizar as atividades de rotina do setor de forma que facilite a consulta a relatórios do sistema e torne as informações mais fidedignas.

II. Materiais

Sistema RM, Apoio Cotações,

III. Descrição dos passos da atividade

Critérios para recebimento de solicitação de compra:
Os pedidos deverão ser validados pelo coordenador da unidade via e-mail acompanhado dos seguintes documentos:

- Parecer da farmacêutica auditora responsável pela unidade quanto ao pedido de medicamentos, dieta, material médico e material de escritório;
- Relatório de medicamentos com restrição de registro na ANVISA emitido pela farmacêutica auditora;
- Parecer do engenheiro civil quanto ao pedido de manutenção predial.

A data de validação deve ser inserida na solicitação de compra conforme abaixo:

- E-mail enviado até as 12 horas: considerar a data do e-mail;
- E-mail enviado após as 12 horas: considerar dia útil seguinte;

Obs: a contagem de prazo só será iniciada se o e-mail de validação vier acompanhado da aprovação técnica, quando cabível.

Critérios para gerar ordem de compra (OC) no sistema:
Salvo quando autorizado pela gerência, as OC sempre deverão ser geradas a partir de uma solicitação de compra.

Havendo necessidade de gerar nova ordem de compra a partir de solicitação de compra já finalizada, ou seja, com status Recebido, deverá o comprador fazê-lo a partir de um arquivo TXT conforme abaixo:

- Gerar arquivo TXT de uma OC que tenha sido gerada a partir da SC em questão considerando ambos os ID;
- Substituir o CNPJ do fornecedor da linha M do arquivo TXT;
- Substituir o identificador de quantos itens forem necessários nas linhas I do arquivo TXT;
- Ainda no arquivo TXT, ajustar quantidade e valor unitário dos itens;
- Efetuar integração do arquivo TXT no movimento adequado ao tipo de pagamento;
- Conferir dados da OC gerada no sistema.

A data de competência dos adiantamentos sempre será preenchida de forma automática, porém poderá ser ajustada para o mês em que o pagamento será feito, no caso da OC ser gerada para uma programação futura. Tratando-se de OC de pagamento a prazo (faturado), o campo deverá ser preenchido manualmente considerando o mês em que a compra deverá ser computada no recurso. Se por algum motivo não for para considerar tal OC no recurso mensal da unidade, o campo deverá ficar em branco.

A data de entrega deverá ser preenchida considerando apenas dias úteis iniciando a contagem no dia seguinte a confirmação do pedido caso ela tenha sido feita até as 12 horas. Após este horário, deve-se acrescentar 1 dia útil a previsão.
Para os pedidos de adiantamento, a contagem deve ser iniciada no dia útil seguinte a previsão de pagamento e acrescentado 2 dias úteis ao final da contagem.

As compras de materiais médicos e medicamentos deverão ser efetuadas com fornecedores qualificados no portal Bionexo. Do contrário, deverá o fornecedor ser notificado a atualizar a documentação no portal podendo ser bloqueado caso não proceda com a atualização em até 30 dias após a notificação;

Auxílio ao lançamento de NF
Quando a NF for gerada com CNPJ divergente da OC do movimento 1.1.16, deverá o lançamento ser excluído para correção. Ao contrário, sendo a OC do movimento 1.1.29, deve-se efetuar carta de justificativa para a divergência conforme o motivo que a originou.

IV. Siglas e Definições

SC = solicitação de compra
OC = ordem de compra
NF = nota fiscal

V. Anexos

NA

VI. Referências

NA

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Procedimento adotado em caso de não conformidade na entrega			
Responsável: Setor de compras	**Código:** PRS HMTJ 246	**Revisão:** 01	**Data:** 12/09/2022

I. Objetivos

Orientar os responsáveis por recebimento de mercadorias e avalição de entrega como procederem em determinadas situações.

II. Materiais

Computador, sistema RM, Fluig, WhatsApp, telefone,

III. Abrangência

Setor de compras e todos os envolvidos no recebimento de mercadoria, avaliação de entrega e lançamento de NF.

IV. Descrição dos passos da atividade

FATO	ONDE SINALIZAR	AVALIAÇÃO
CNPJ HMTJ ERRADO	NÃO SINALIZAR	VERIFICAR COM COMPRAS ANTES DE EFETUAR RECEBIMENTO
CNPJ FORNECEDOR ERRADO	NÃO SINALIZAR	• OC DO MOVIMENTO 1.1.16: SOLICITAR AO COMPRAS A ALTERAÇÃO DO FORNECEDOR ANTES DO LANÇAMENTO. • OC DO MOVIMENTO 1.1.29 (ADIANTAMENTO): SOLICITAR AO COMPRAS CARTA/JUSTIFICATIVA PARA SER ANEXADA A IMAGEM DA NF
NÚMERO DE VOLUMES EM DESACORDO COM NF	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	• SE TRANSPORTADORA IDENTIFIOU A FALHA E FOR ENTREGAR O VOLUME POSTERIORMENTE: RECEBER MERCADORIA E ENTREGAR CANHOTO/CONHECIMENTO DE TRANSPORTE ASSINADO APENAS APÓS O RECEBIMENTO DO VOLUME FALTANTE • SE TRANSPORTADORA NÃO IDENTIFICOU A FALHA: RECEBER MERCADORIA, RELATAR NO VERSO DO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE E NF. EXEMPLO: DECLARO ESTAR RECEBENDO A CARGA DA NF XX, COM 10 VOLUMES A MENOS, DO TOTAL DE 35 ESTÃO SENDO ENTREGUES APENAS 25, CARIMBO, ASSINATURA E DATA.
CAIXAS AVARIADAS	AMBALAGEM ADEQUADA	• RELATAR NO CONHECIMENTO DE TRASNPORTE E NF QUALQUER DANO APARENTE COMO CAIXAS AMASSDAS, MOLHADAS OU VIOLADAS. SE POSSÍVEL FOTOGRAFAR.
QUANTIDADE FÍSICO MENOR QUE NF	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	• IDENTIFICADO NO RECEBIMENTO: CONFIRMAR SE A QUANTIDADE DE VOLUMES ESTÁ CORRETA; RELATAR NO VERSO DO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE; CONTATAR SETOR DE COMPRAS E AGUARDAR ORIENTAÇÕES EXEMPLO: DECLARO ESTAR RECEBENDO A CARGA DA NF XX, COM 100 AMPOLAS DE DIPIRONA 2 ML A MENOS, EMBORA O NÚMERO DE VOLUMES ESTEJA CORRETO. CARIMBO, ASSINATURA E DATA. • IDENTIFICADO APÓS RECEBIMETNO: EFETUAR LANÇAMENTO DA NF E CONTATAR SETOR DE COMRPAS PARA ALINHAR COM FORNECEDOR SE A DIFRENÇA SERÁ ENVIADA OU SE TEREMOS QUE ARCAR COM O PREJUÍZO VISTO QUE O RECEBIMENTO JÁ FOI ATESTADO

QUANTIDADE FÍSICO MAIOR QUE NF	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	VERFICAR COM SETOR DE COMPRAS SE SERÁ EMITIDA NOVA NF, SE SERÁ EMTIDA NF DE BONIFICAÇÃO OU SE A MERCADORIA SERÁ RECOLHIDA
QUANTIDADE FÍSICO/NF MENOR QUE OC (RECEBIMENTO PARCIAL)	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	EFETUAR LANÇAMENTO DA NF E VERIFICAR COM SETOR DE COMPRAS SOBRE A ENTREGA DOS ITENS PENDENTES
QUANTIDADE FÍSICO/NF MAIOR QUE OC	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS ADEQUAÇÃO DA OC E ALINHAR SE A MERCADORIA FICARÁ NA UNIDADE OU SE SERÁ RECOLHIDA PELO FORNECEDOR
DIVERGENCIA DE VALORES UNITÁRIOS	FINANCEIRO CONFORME OC	• RECEBER A MERCADORIA E VERIFICAR COM SETOR DE COMRPAS ANTES DO LANÇAMENTO. • TRATANDO-SE DE COBRANÇA DE IPI, PROPORÇÃO CX/UND OU DÍZIMA MAIOR QUE 4 CASAS DECIMAIS, **NÃO SINALIZAR** COMO NÃO CONFORME
DIVERGENCIA NO PRAZO DE PAGAMENTO	FINANCEIRO CONFORME OC	RECEBER A MERCADORIA E VERIFICAR COM SETOR DE COMRPAS ANTES DO LANÇAMENTO
NF COM PRAZO PARA PAGAMENTO EM OC DE ADIANTAMENTO	NÃO SINALIZAR	APENAS EFETUAR O LANÇAMENTO E DAR CONTINUIDADE NO PROCESSO
COBRANÇA DE FRETE NA NF EM DESACORDO COM OC	FINANCEIRO CONFORME OC	SOLICITAR AO SETOR DE COMRPAS A INCLUSÃO DO VALOR. SINALIZAR COMO NÃO CONFORME APENAS SE O SETOR DE COMRPAS CONFIRMAR ESTAR EM DESACORDO
NF SEM COBRANÇA DE FRETE CONFORME OC	NÃO SINALIZAR	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS A EXCLUSÃO DO VALOR
PRODUTO DANIFICADO	EMBALAGEM INADEQUADA	SE IDENTIFICADO NO ATO DO RECEBIMENTO, REGISTAR NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE E NOTA FISCAL. ENTRAR EM CONTATO COM SETOR DE COMPRAS
PRODUTO EM DESACORDO COM OC	PRODUTO CONFORME SOLICITADO	VERIFICAR SE IRÃO FICAR COM O PRODUTO OU DEVOLVE-LO ANTES EFETIVAR O RECEBIMENTO E COMUNICAR AO SETOR DE COMPRAS
ENTREGA POSTERIOR A PREVISÃO DE ENTREGA DA OC	ENTREGA REALIZADA NO PRAZO	EM CASOS EXTREMOS SOLICTAR A NOTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
FALTA DE REGISTRO NO MINISTÉRIDO DA SAÚDE OU RESPONSÁVEL TÉCNICO	REGISTRO NO MS E RT	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS RECOLHIMENTO DO PRODUTO E NOVA AQUISIÇÃO
DIVERGENCIA DE LOTE OU VALIDADE ENTRE PRODUTO E	LOTE E VALIDADE CONFORME NF	SOLICITAR AO SETOR DE COMRPAS CARTA DE CORREÇÃO DO FORNECEDOR

NF OU FALTA DE INFORMAÇÃO		
MEDICAMENTO MANIPULADO SEM LAUDO DE QUALIDADE	MEDICAMENTO MANIPULADO COM LAUDO	SOLICITAR AO SETOR DE COMRPAS ENVIO DOS LAUDOS PELO FORNECEDOR
VEÍCULO INADEQUADO PARA O TIPO DE MERCADORIA OU TRANSPORTANDO PRODUTOS DE NATUREZA DIVERSA QUE COMPROMETAM SUA INTEGRIDADE	TRANSPORTE ADEQUADO	NÃO ESTANDO A INTEGRIDADE DA MERCADORIA COMPROMETIDA, RECEBER A ENTREGA E SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS QUE REQUEIRA O FORNECEDOR A NOTIFICAÇÃO DA TRANSPORTADORA
TEMPERATURA INADEQUADA	MEDICAMENTO TERMOLÁBIL	CONTATAR SETOR DE COMPRAS ANTES DE EFETUAR O RECEBIMENTO

V. Siglas e Definições

OC: ordem de compra

NF: nota fiscal

VI. Anexos

NA

VII. Referências

Matriz de risco

I. Objetivos

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

II. Materiais

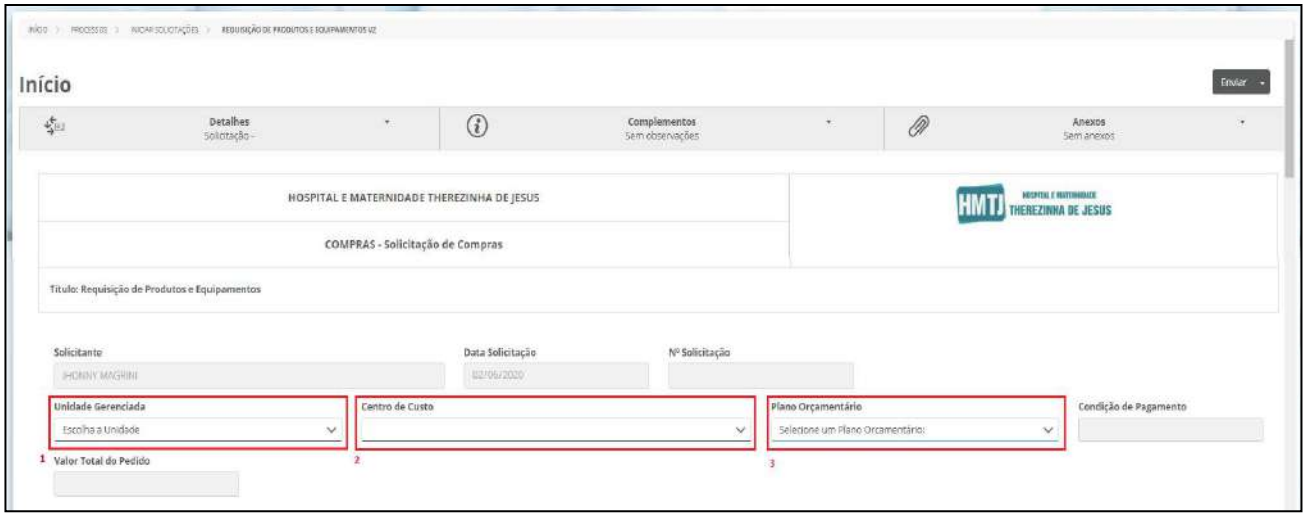
Acesso à internet por qualquer meio.

III. Abrangência

Todos os setores.

IV. Descrição dos passos da atividade

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



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

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

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

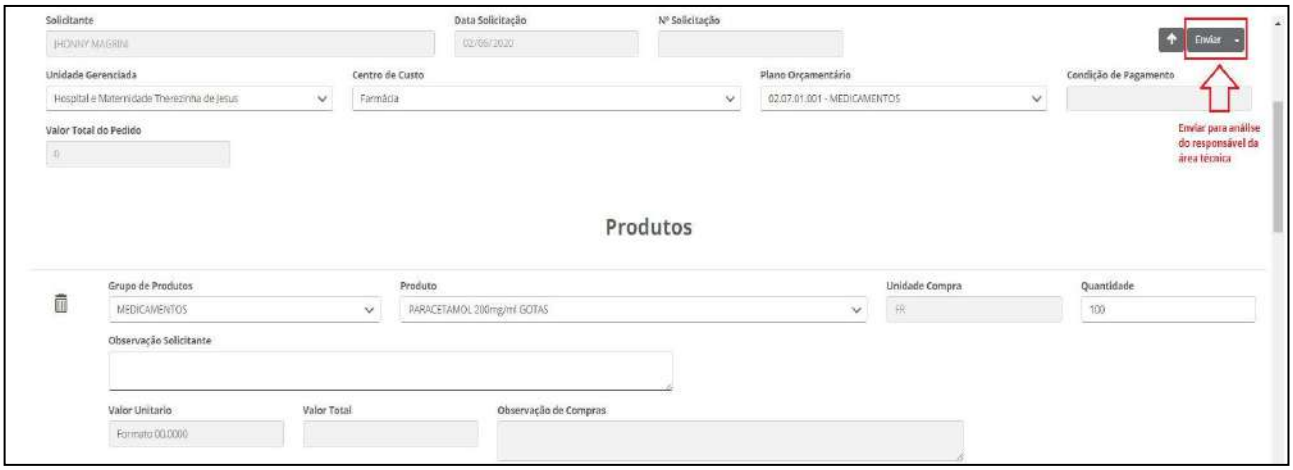
3. Após selecionar Adicionar produto, escolher o grupo em que ele se classifica, selecionar o item desejado e digitar a quantidade necessária.



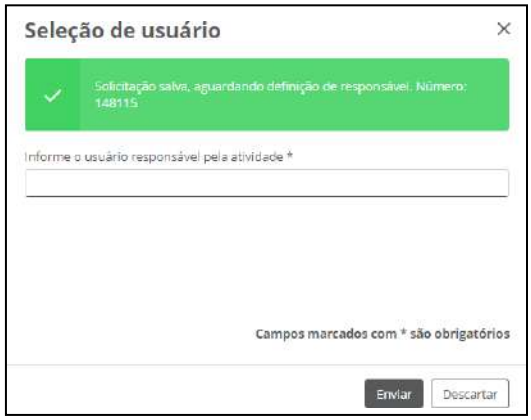
4. Não estando o item disponível em nossa base de dados, deverá o cadastro ser solicitado conforme orientado em PRS



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



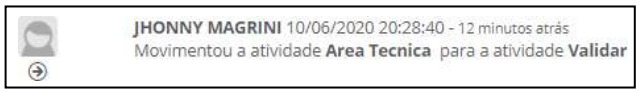
6. Sendo a solicitação destinada à área técnica, havendo necessidade de correção por parte do solicitante, após realizá-la ele deverá selecionar o mesmo responsável técnico definido pelo setor de compras anteriormente para nova análise do pedido.



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



1.2. Ou no registro de movimentações da solicitação.



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

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

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

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

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

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



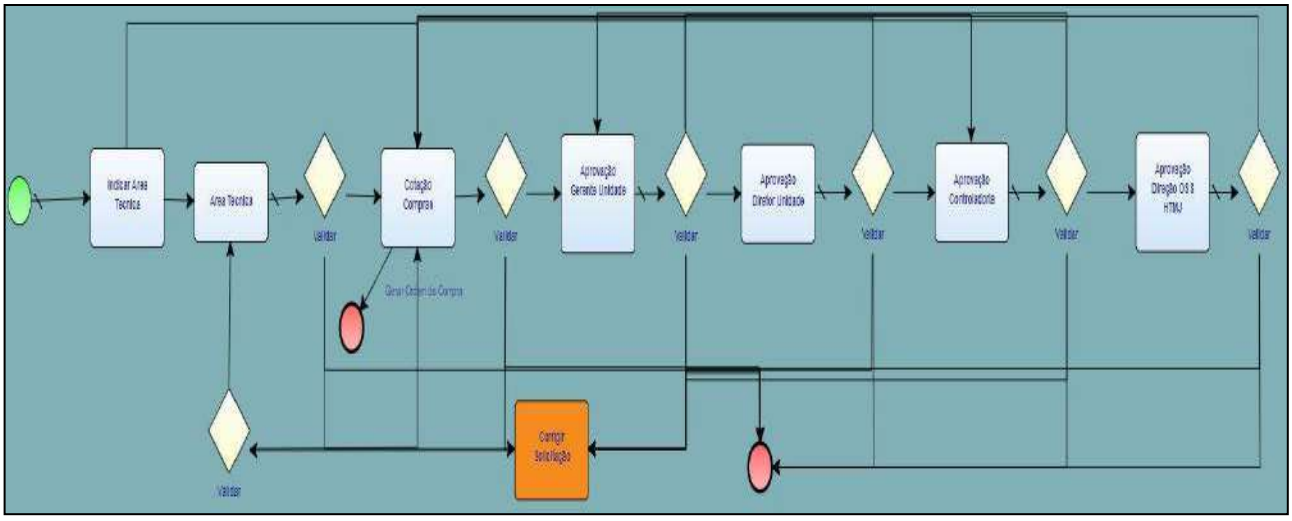
13. Mesmo após a conclusão do processo de compra, a solicitação fica disponível para consulta na plataforma através de pesquisa pelo identificador gerado.

V. Siglas e Definições

NA

VI. Anexos

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



VII. Referências

Cadeia Cliente Fornecedor

I. Objetivos

Padronizar o processo de seleção e avaliação dos fornecedores no Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

II. Materiais

Computador, planilha eletrônica, sistema RMNucleus, sistema Fluig, portal Bionexo

III. Abrangência

Compras, Manutenção Predial, Almoxarifado, Farmácia, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Higiene e Limpeza, Serviço de Processamento de Roupas.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. Seleção de fornecedores

Os fornecedores de produtos serão selecionados com base na capacidade em atender os requisitos estabelecidos pela instituição, normas de qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e legislação vigente.

2. Avaliação do fornecedor

O setor de compras deverá observar minimamente os seguintes critérios para avaliar a eficiência e relacionamento com o fornecedor crítico, através do atendimento e pós-venda a cada nota fiscal:

- Atendimento:
  - Preenchimento da proposta dentro do prazo estipulado na cotação;
  - Preenchimento da proposta nos termos das condições estabelecidas;
  - Itens da proposta de acordo com o solicitado;
  - Valores da proposta condizentes com a unidade de medida do produto;
  - Cordialidade nas negociações;

- Pós-venda
  - Tempo para confirmação do pedido e informação das faltas;
  - Justificativa plausível para cancelamento de itens ou do pedido;
  - Pró atividade no acompanhamento da entrega quanto ao prazo e assertividade;
  - Disponibilidade e resolutividade das não conformidades da entrega;
  - Envio de boletos ou facilidade de acesso para emissão;

Com base nisso, cada quesito será classificado como:

- Excelente: quando atender plenamente os critérios observados;
- Bom: quando atender parcialmente os critérios observados sem prejuízo a instituição;
- Regular: quando atender parcialmente os critérios observados e expor o processo de ressuprimentos a riscos indesejáveis;
- Ruim: quando não atender os critérios observados ou atender de forma parcial e causar prejuízos

ao processo de ressuprimentos;

Já os setores responsáveis pelo recebimento dos materiais são responsáveis por avaliar a competência do fornecedor através das entregas ao efetuarem o lançamento da nota fiscal no sistema:

- Se a quantidade recebida está de acordo com a nota fiscal e ordem de compra;
- Se a embalagem do produto está adequada ao seu acondicionamento e sem avarias;
- Se o prazo de pagamento está de acordo com a ordem de compra;
- Se a entrega foi realizada no prazo previsto na ordem de compra;

Tratando-se de produtos críticos (medicamentos e materiais médicos), deverão observar ainda:

- Se o produto apresente registro no ministério da saúde e responsável técnico, caso necessário;
- Se o veículo utilizado para o transporte é adequado ao tipo de carga bem como sua organização;
- Se o lote e a validade dos produtos estão de acordo com a nota fiscal
- Se os laudos de qualidade estão sendo entregues junto com o produto e dentro das exigências institucionais para recebimento de medicamentos manipulados, quando for o caso
- Se os medicamentos termolábeis estão em temperatura adequada, caso houver

Há ainda um campo de observações para registro de informações que se fizerem necessárias.

Aplicando-se o peso conforme importância de cada quesito, temos a avaliação de desempenho do fornecedor crítico, que, ao final de cada ano receberá a informação compilada.

QUESITO	EXCELENTE	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO	20	15	10	0
ENTREGA	45	40	20	0
PÓS VENDA	35	30	15	0

**Peso atribuído a cada quesito conforme avaliação*

3. Advertência

Os fornecedores críticos (material médico e medicamentos que recorrentemente reincidirem em não conformidades, culposamente gerarem dano grave a instituição ou forem avaliados com aproveitamento inferior a 80% serão notificados em caráter informativo, suspensivo ou eliminatório.

As não conformidades são registradas no portal Bionexo através do perfil consolidador podendo o fornecedor vir a ser impedido de participar das cotações de todas as unidades gerenciadas pelo HMTJ.

4. Indicador e análise crítica

As avaliações das entregas poderão ser acompanhadas através do sistema Fluig de forma geral ou específica por fornecedor, centro de custo, plano orçamentário e nota fiscal. Para tanto, deverá o usuário aplicar os filtros que lhe interessar

O indicador TAXA DE OCORRÊNCIA DE NÃO CONFORMIDADE NAS ENTREGAS – CPR será alimentado mensalmente pelo setor de compras conforme período e filial a ser analisada. Resultado dos indicadores de outros setores relacionados a não conformidade das entregas deverão ser mensurados através do mesmo relatório de forma que preze pela coerência da informação.

V. Siglas e Definições

Fornecedores críticos: fornecedores de material médico e medicamento

VI. Anexos

Anexo I – Campos complementares do lançamento da nota fiscal

Anexo II – Relatório Avaliação de Fornecedor - https://fluig.hmtj.org.br:8443/portal/p/1/power_bi_compras_avaliacao_fornecedor

VII. Referências

Matriz de risco

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

I. Objetivos

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

II. Materiais

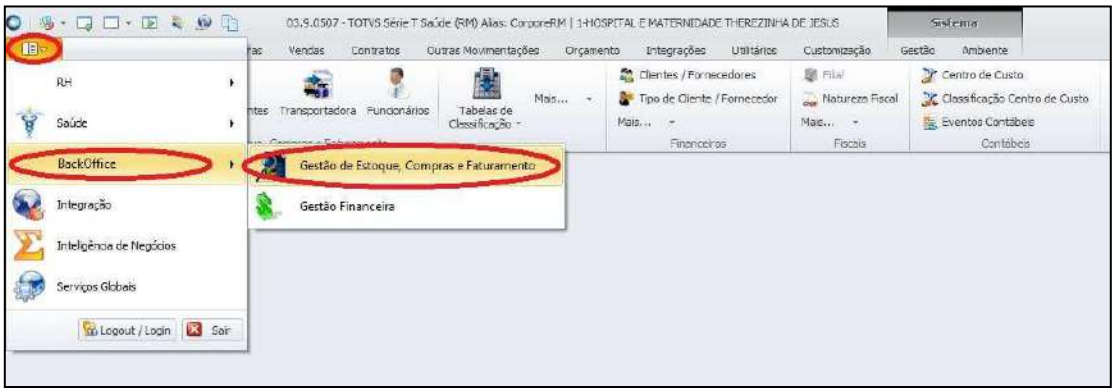
Computador, impressora, telefone, internet e material de escritório.

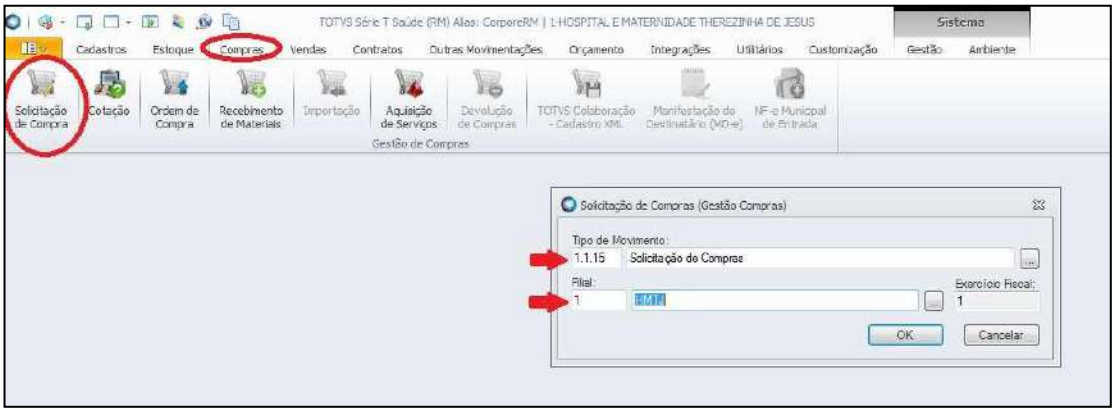
III. Descrição dos passos da atividade

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

1. Efetuar análise dos orçamentos e gerar ordens de compra conforme abaixo:
2. Entrar no Sistema RM com login e senha individual.
3. Localizar solicitação validada

3.1. Acessar gestão de estoque / compras / faturamento.

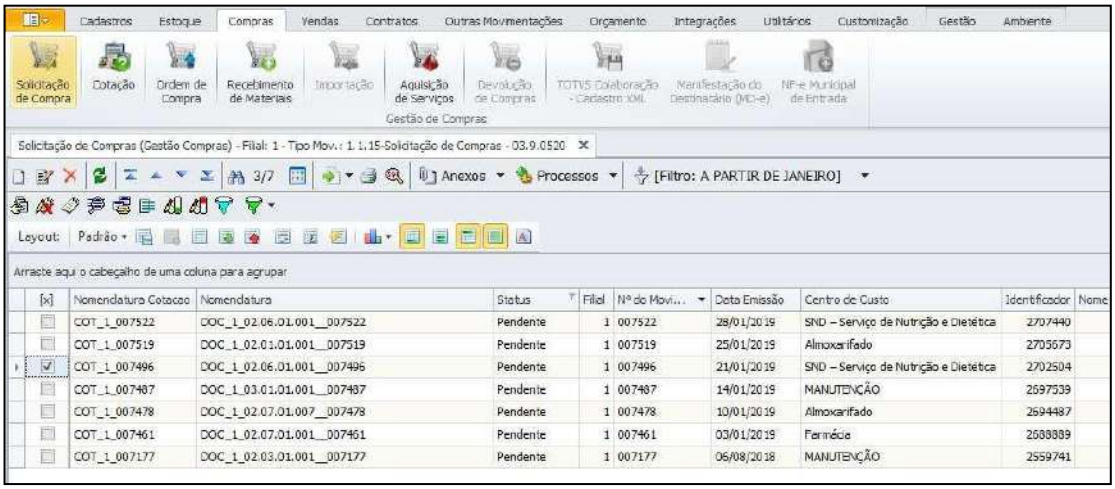




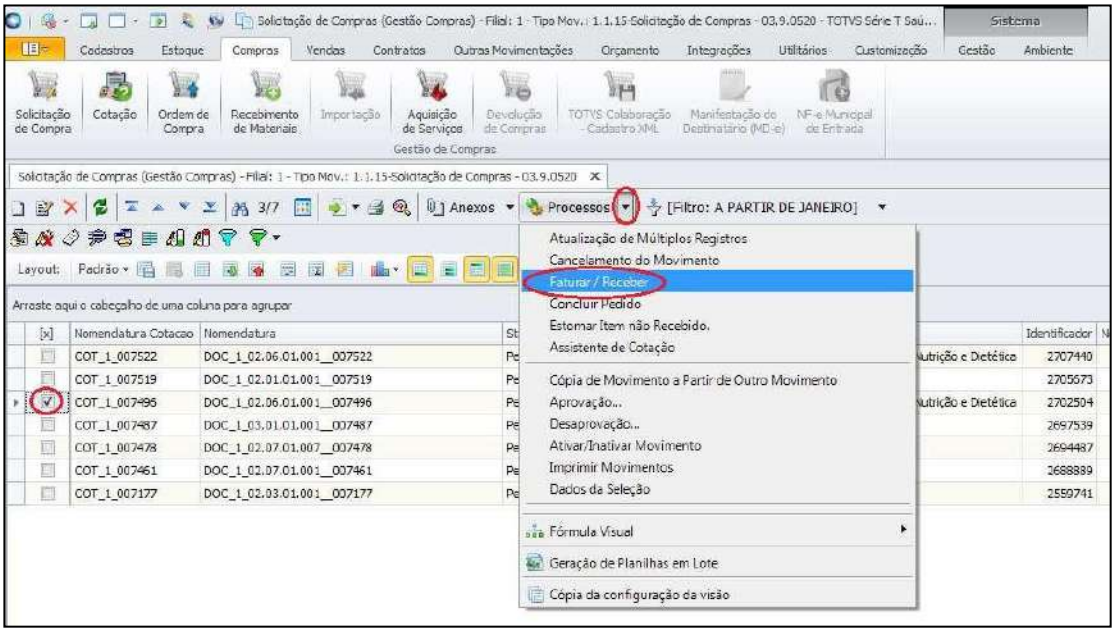
3.2. Selecionar movimento de Solicitação de Compra e unidade desejada

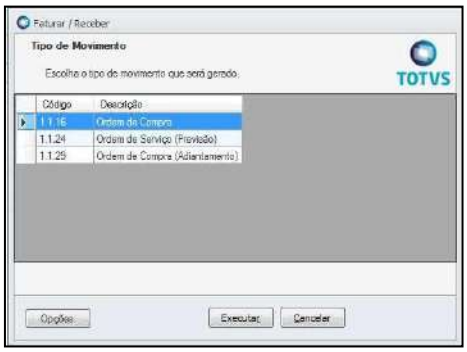
3.3. Executar o filtro desejado.

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

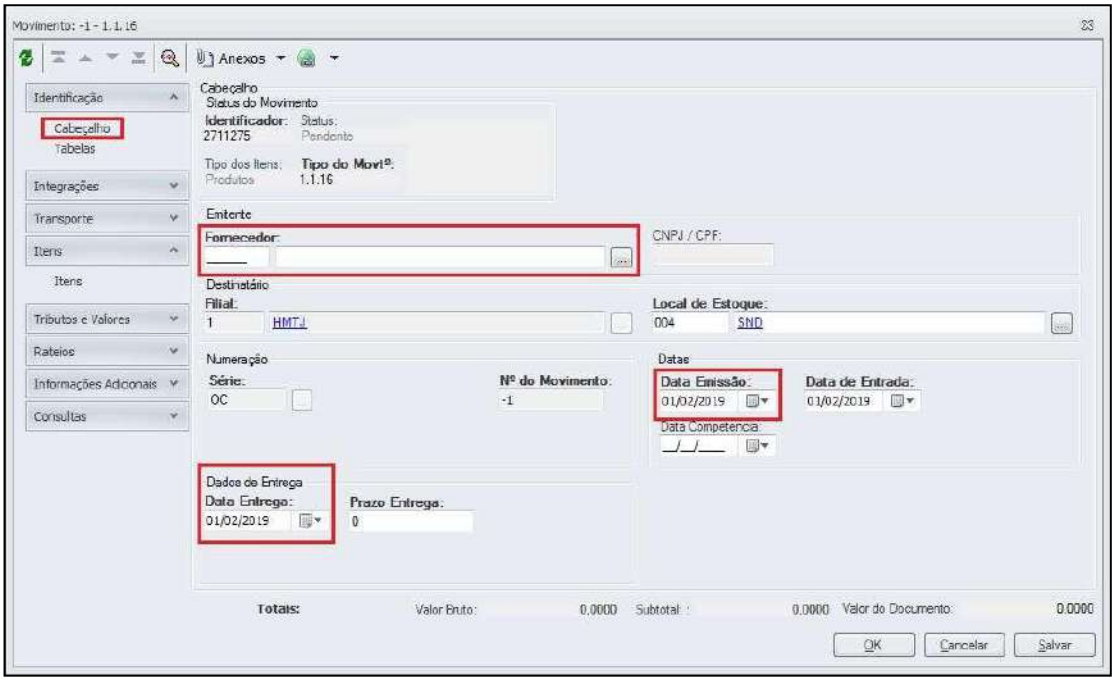


4.1. Selecionar movimento da ordem de compra conforme natureza da operação (venda ou serviço) e condição de pagamento (faturado ou antecipado).



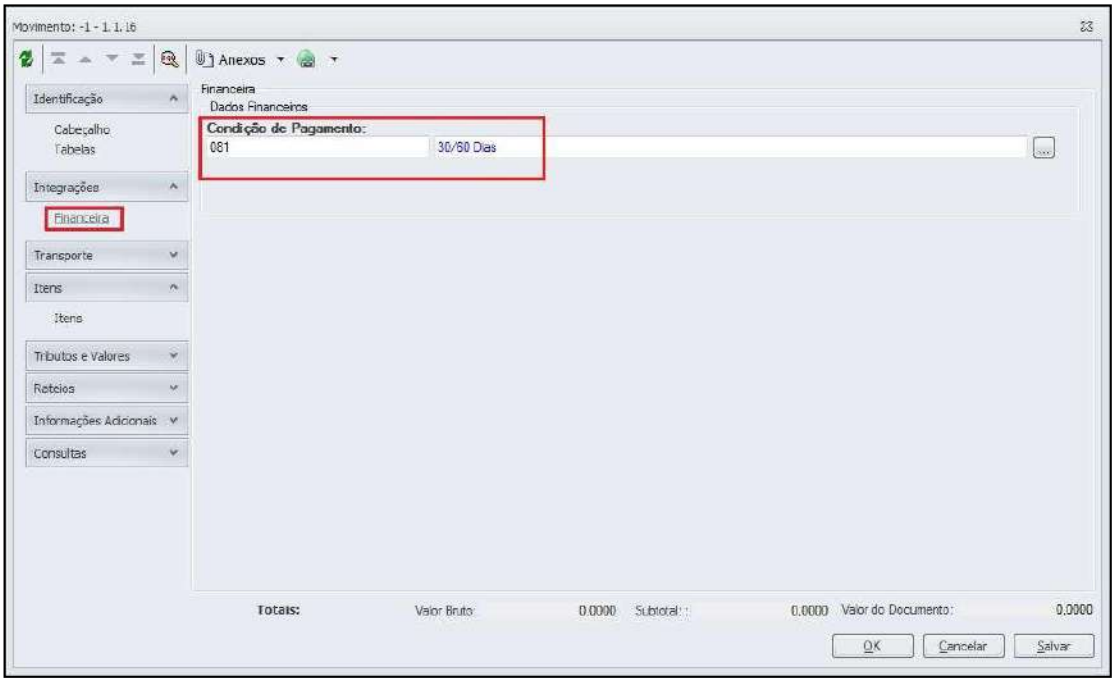


4.2. Preencher aba cabeçalho.

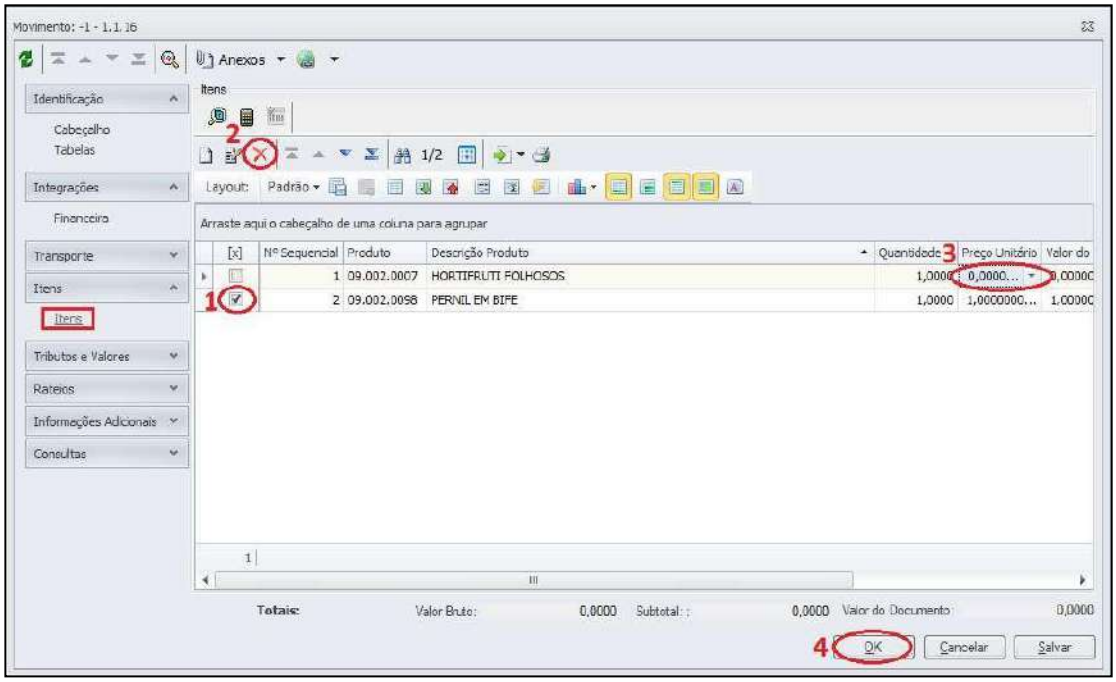


Observação: A Data Competência deve ser preenchida com o mês de referência do recurso.

4.3. Selecionar forma de pagamento na aba Integração financeira.



4.4. Na aba itens selecionar e excluir o que não será comprado com este fornecedor, digitar o valor unitário do que será comprado e finalizar.



IV. Siglas e Definições

N.A.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.



ÁREA DE ATIVIDADE

Proposta para Regimento Interno da Unidade

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Regimento Interno do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** é formado pelo Código de Conduta e Ética, voltado a todos os profissionais e usuários da Instituição, bem como pelo Código de Postura dos Estudantes e pelas Instruções Normativas, que regem situações específicas dentro do Hospital.

Almeja-se que o desenvolvimento da gestão e do gerenciamento do hospital, com base neste Regimento Interno, possa produzir avanços significativos em direção à excelência do hospital.

SUMÁRIO

1. Palavra do Presidente
2. Missão, Valores e Visão.
3. Código de Conduta e Ética
4. Código de Postura dos Estudantes
5. Instruções Normativas (Anexos)

PALAVRA DO PRESIDENTE

Este código se apresenta como um instrumento de fundamental importância para nortear as ações e tomadas de decisão nas relações entre os diversos públicos do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEJ.**

É intuito deste código, também, sensibilizar e mobilizar, individual e coletivamente, para transparência nas relações, a integridade e respeito mútuo como princípios fundamentais, na busca da humanização e da qualidade de vida.

É obrigação de todas as pessoas que trabalham neste Hospital observarem e cumprir as regras e responsabilidades estabelecidas neste documento, nas diversas situações em que estejam envolvidos os interesses da unidade.

O Regimento Interno do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ** tem também como objetivo a regulamentação do processo de trabalho, adequado à estrutura organizacional. O Regimento consta de capítulos, que tratam da constituição e das finalidades da organização, da competência dos órgãos, das atribuições do pessoal, do funcionamento e das disposições gerais.

A violação de qualquer preceito constitui-se motivo suficiente para o rompimento de contrato firmado com o HMTJ.

1. MISSÃO, VALORES E VISÃO.

MISSÃO

Promover assistência humanizada, com excelência no cuidado, reforçando valores éticos e compromisso com a saúde pública.

VALORES E POLÍTICAS

Ética: Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito àlegislação vigente sob todos os aspectos.

Qualidade: Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas.

Humanização: Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.

Inovação: Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

Sustentabilidade: Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

VISÃO

Ser reconhecido pela excelência no cuidado, ensino e pesquisa e qualidade em gestão no estado de Goiás.

2. DOS OBJETIVOS

O **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ** é uma unidade assistencial hospitalar, que tem por objetivo a prestação de assistência a urgência/emergência geral, assistência médica em média e alta complexidade, de forma referenciada nos limites de sua capacidade instalada, em observância ao Termo de Referência, peça integrante do Contrato de Gestão pactuado, de forma humanizada, com qualidade, segurança e respeito ao paciente e colaboradores, conforme definições constantes dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

3. CAPÍTULO II- DAS FINALIDADES:

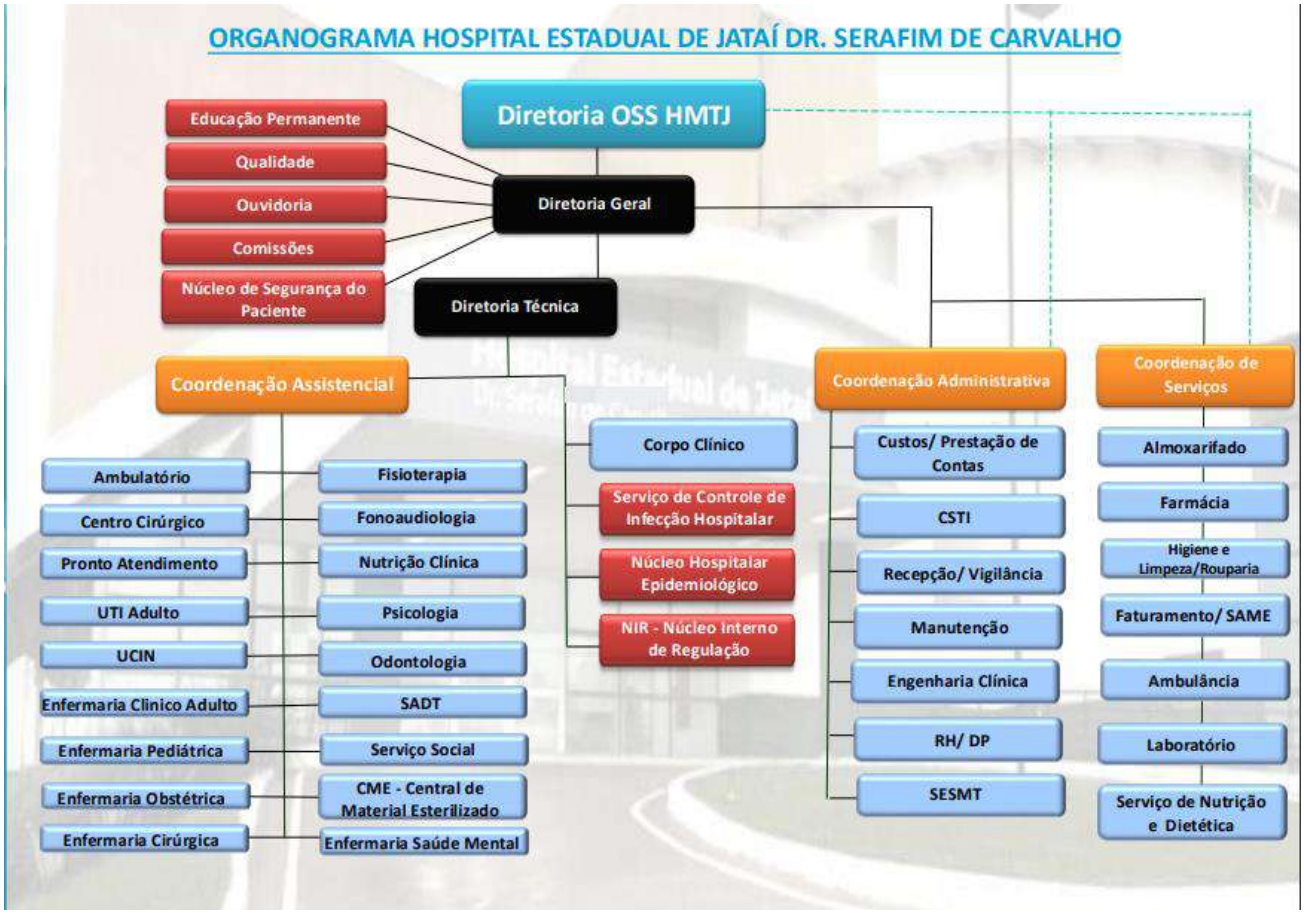
O **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ** tem por finalidade :

1. Desenvolver atividades assistenciais de prevenção e tratamento da doença, bem como de proteção e recuperação da saúde no âmbito das especialidades que lhe compete;

2. Prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de emergência no âmbito das especialidades que lhe compete;
3. Promover, prevenir e recuperar a saúde da população dentro da área de abrangência geográfica que lhe compete
4. Ser campo de ensino e pesquisa;

4. DA ORGANIZAÇÃO

O Hospital tem a seguinte estrutura:



5. CÓDIGO DE CONDUTA E ÉTICA

CAPÍTULO I – INTEGRIDADE PROFISSIONAL E PESSOAL

Art. 1º: A integridade profissional e pessoal deve fazer parte de todas as ações das pessoas que trabalham no Hospital Estaual de Jataí e, para garantir a veracidade das informações aos clientes internos e externos, estas pessoas devem atuar com honestidade, competência, descrição e sinceridade, sempre em equipe e em defesa dos interesses da Instituição. Parágrafo único: Para minimizar danos ao trabalho em equipe, erros cometidos devem sercomunicados imediatamente ao superior hierárquico.

Art. 2º: A Diretoria do Hospital está aberta a sugestões, denúncias e críticas construtivas que visem ao aprimoramento dos serviços e da Instituição e das relações de trabalho.

Art. 3º: Com objetivo de zelar pela boa imagem do Hospital e pelo bom clima organizacional, não serão aceitos:

- Demonstração de atitudes que descriminem pessoas em decorrência da cor, do sexo, da religião ou da falta dela, da origem, da classe social, da idade e da incapacidade física ou mental;
- Prática de comércio ou de prestação de serviços particulares no recinto do Hospital;
- A utilização para fins particulares ou para repasse de terceiros, detecnologia, metodologia ou know-how, bem como de outras informações de propriedade do Hospital ou por ele obtida;
- A utilização de equipamentos ou outros recursos para fins particulares;
- As conversações sobre assuntos inadequados de caráter institucional ou não, em locais de circulação de pessoas, no Hospital ou fora dele;
- A má utilização do tempo de trabalho, mediante conversas não relacionadas a este, ou mediante permanência fora do local de trabalho, sem justificativa;
- O desrespeito às orientações do Trabalho da Medicina do Trabalho, bem como as instruções normativas em anexo, os dispositivos que normatizama segurança e a proteção de todos os que trabalham no Hospital, de seus pacientes, acompanhantes e visitantes.

CAPÍTULO II – DO PATRIMÔNIO DO HOSPITAL

Art. 4º: A utilização dos objetos, do material e de equipamento que constituem o patrimônio do Hospital deve ser feito com atenção e cuidado pelos usuários.

Art. 5º: Cuidados maiores devem ser tomados com o material perfuro cortante ou contaminado.

Art. 6º: Não será aceito desrespeitar as regras do Setor de Patrimônio do Hospital, usar componente do patrimônio em benefício próprio, retirá-lo sem autorização do local de trabalho, nem omitir informações sobre seu extravio.

CAPÍTULO III – DA RELAÇÃO COM OS PACIENTES E SEUS ACOMPANHANTES

Art. 7º: A finalidade da instituição HMTJ na unidade O **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ** é realizar um atendimento humanizado, com qualidade, respeito e profissionalismo. Desta forma, os profissionais que nela atuam, devem se identificar com seus valores e aplicá-los no seu cotidiano.

Art. 8º: Nas relações com os pacientes e seus acompanhantes não serão aceitos:

- A omissão em atendê-los devidamente, uma vez que, aqueles que fazema opção de trabalhar em um hospital, não têm o direito de, sob qualquer pretexto, omitir-se e abandonar o atendimento;
- A negligência ou imprudência na execução das atividades ou serviços que coloquem em risco a segurança dos atendidos;
- Opiniões infundadas ou de caráter pessoal sobre as condições de saúde do paciente, bem como comentários, dentro ou fora do Hospital com pessoasque não estejam envolvidas no respectivo caso clínico.

CAPÍTULO IV – DAS RELAÇÕES COM OS COLEGAS DE TRABALHO

Art. 9º: As relações com os colegas de trabalho devem ser fundamentadas no respeito mútuo, na honestidade, na cortesia e na lealdade, uma vez que o princípio básico de relacionamento profissional no Hospital é o trabalho de equipe integrado em um ambiente harmonioso.

Art. 10: Na relação com os colegas de trabalho não serão aceitos:

- Denegrir a imagem de colegas, fazendo comentários e críticas sobre sua conduta pessoal ou sobre seu desempenho profissional;
- Iniciar boatos, falsas informações e similares, ou dar continuidade a eles;
- Boicotar ou dificultar procedimentos de trabalho, bem como a execução de serviços levados a efeito por colegas de trabalho e omitir informações que facilitem ou ajudem o colega a executar suas funções.

CAPÍTULO V – DO AMBIENTE DE TRABALHO

Art. 11: Como hábito prejudicial à saúde, o fumo é proibido em locais públicos, auditórios, reuniões, transporte coletivo e ambiente fechado. Em algumas localidades, o fumo é disciplinado por normas legais. Todos os fumantes nasdependências do Hospital devem respeitar essas normas.

Art. 12: A alimentação deve ser feita nos locais adequados, tais como cantina e refeitórios, sendo vedada nos locais reservados à prática hospitalar.

CAPÍTULO VI – DO SIGILO PROFISSIONAL

Art. 13: Nos termos do que dispõe a normatização do sigilo médico, constitui obrigação de todos, dentro e fora do Hospital, manter sigilo sobre todas as informações relativas ao paciente, quer mediante diagnóstico e exames, quer obtidasmediante outros procedimentos pertinentes ao exercício profissional.

CAPÍTULO VII – DAS RELAÇÕES COM O MEIO AMBIENTE

Art. 14: Sendo a preservação ambiental um dos pilares do conceito de saúde, todosos profissionais que trabalham no Hospital deverão empreender ações que tragam resultados favoráveis à preservação ambiental e dos recursos ambientais, bem comoresponsabilizar-se pelo cumprimento das normas pertinentes, tais como coleta seletiva e consumo consciente de água e energia, evitando danos à sociedade e à imagem do Hospital.

CAPÍTULO VIII – DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 15: A ação, a omissão ou conveniência que apliquem em desobediência ou inobservância das disposições do Código de Conduta e Ética e demais normas do HMTJ será considerado infração à ética.

As penalidades a que os infratores estão sujeitos são:

I. Advertência verbal;
II. Advertência por escrito;
III. Suspensão
IV. Demissão por justa causa.

Art. 16: O HMTJ assim como a unidade hospitalar conta com um Comitê de Ética, presidido por um membro da diretoria do Hospital e composto pelos coordenadores das áreas administrativas, produtivas, assistencial e apoio.

Art. 17: As reuniões do Comitê de Ética são realizadas por convocação de seu presidente.
Art. 18: Os casos omissos nesse Código serão resolvidos pelo Comitê de Ética ou, em situações que demandem urgência pelo diretor do mesmo Comitê ou deseu substituto.

6. CÓDIGO DE POSTURA DOS ESTUDANTES

CAPÍTULO I – PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1º: Escolher uma profissão na área da saúde pressupõe a aceitação de preceitos éticos ede compromissos com a saúde do homem e da coletividade, sem preconceito de qualquer natureza.

Art.2º: A atividade prática do estudante tem por finalidade permitir-lhe preparo integral para o exercício da profissão.

Art. 3º: Ao estudante cabe colaborar, dentro de suas possibilidades, nas propostas de promoção de saúde, na prevenção da doença e na reabilitação dos doentes.

CAPÍTULO II – DOS DIREITOS DOS ESTUDANTES

Art. 4º: São direitos do estudante:

I. Exercer suas atividades práticas sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, condição social, opinião política ou de qualquer natureza;
II. Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições onde exerça sua prática, quando as julgar indignas do ensino ou do exercício da profissão, devendo dirigir-se, nesses casos, ao setor competente imediato;
III. Receber o ensino relativo ao curso em que se matriculou;
IV. Ser atendido pelo pessoal docente em suas solicitações de orientação acadêmica;
V. Fazer-se representar nos órgãos colegiados da Instituição, de acordo com as normas estabelecidas pela faculdade conveniada;
VI. Utilizar as dependências físicas e os serviços administrativos e técnicos oferecidos pela faculdade conveniada e destinados ao pleno desenvolvimento de suas atividades.

CAPÍTULO III – DOS DEVERES E LIMITAÇÕES

Art. 5º: São deveres do estudante:

- Manter absoluto respeito pela vida humana;
- Exercer suas atividades com respeito às pessoas, às instituições e às normas vigentes.
- Respeitar e cumprir as determinações da Instituição e da OSS Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus deliberadas através deste código de ética, de Portarias e Resoluções internas, bem como no Código de Postura, suasinstruções normativas e anexos;
- Cumprir representação, quando indicado, diante de órgãos diretivos e deliberativos da Instituição;
- Respeitar e zelar pelo patrimônio.

Art. 6º: Como é o bem maior de uma escola, todas as atenções são voltadas para o estudante, no sentido de fazer dele o molde que vai, no futuro, cuidar de pacientes e de mais idosos. O acadêmico, então, não pode ser passivo.

A sua responsabilidade é comparecer, aprender, investigar, discutir, cobrar e denunciar. Parece estranho colocar a denúncia como qualidade. Se ele é um bem maior para preparar-se para um bem supremo que é o paciente, não se entende que o estudante constatando omissões, irregularidades, descumprimentos do dever e falta de humanismo nas ações para com os doentes, acovarde-se e não dê conhecimento às autoridades superiores.

A norma aqui é como fazer. A denúncia é no sentido de crescer em conjunto e não de denegrir imagens e cobrar punições. Resolve-se com discussão dos problemas e não com acusações escusas e pessoais. Não deve nunca ser subjetiva e simdiplomática.

Art. 7º: É vedado ao estudante:

I. Prestar assistência sob sua exclusiva responsabilidade, salvo em casos de iminente perigo à vida;
II. Assinar a receitas ou fazer prescrições sem a supervisão do médico que o orienta;
III. Acumpliciar-se, de qualquer forma, com os que exercem ilegalmente sua profissão;
IV. Fazer experimentos em pessoas doentes ou sadias sem que seja supervisionado por um médico responsável e sem que a pesquisa obedeça às normas internacionais e aos princípios éticos;
V. Fornecer atestados médicos;
VI. Praticar ou participar de atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País;
VII. Assumir posturas desrespeitosas ou faltar com a consideração para com os demais participantes do setor do ensino e da saúde;
VIII. Deixar de assumir responsabilidade pelos seus atos, atribuindo seus erros ou malogros a outrem ou a circunstancias ocasionais;
IX. Participar, de qualquer forma, da mercantilização de sua profissão;
X. Exercer sua autoridade de maneira que limite os direitos do paciente de decidir sobre sua pessoa ou seu bem-estar;
XI. Receber honorários das pessoas às quais presta trabalho, ou receber salário pelo exercício de sua atividade acadêmica, mas pode fazê-lo em forma de bolsa de estudo das instituições docente às quais esteja ligado;
XII. Usar suas atividades para corromper os costumes, cometer ou favorecer o crime;

XIII. Participar de pratica de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis contra pessoas, ou fornecer meios, instrumentos, substancias ou conhecimentos para tais fins;
XIV. Fornecer meios, instrumentos ou substancias para antecipar a morte do paciente.

CAPÍTULO IV – DA RELAÇÃO COM O PACIENTE

Art. 8º: São obrigações do estudante:
I. Ser comedido em suas ações, tendo por princípio a cordialidade;
II. Respeitar o pudor do paciente;
III. Compreender e tolerar algumas atitudes ou manifestações dos pacientes, lembrando-se de que tais atitudes podem fazer parte da sua doença;
IV. Ajudar o paciente no que for possível e razoável com relação a problemas pessoais;
V. Demonstrar respeito e dedicação ao paciente, jamais esquecendo sua condição de ser humano;
VI. Ouvir com atenção as queixas do doente, mesmo aquelas que não tenham relação com sua doença;
VII. Apresentar-se condignamente, cultivando hábitos e maneiras que façam ver ao paciente o interesse e o respeito que ele é merecedor;
VIII. Ter paciência e calma, agindo com prudência em todas as ocasiões.

Art. 9º: O timbre, o tom e a altura de voz devem propiciar tranquilidade ao paciente. Gritos e alardes não são condizentes com o esperado em busca de serenidade.

CAPÍTULO V – DO SEGREDO NA ÁREA DA SAÚDE

Art. 10: O estudante da área da saúde está obrigado a guardar segredo sobre fatos que tenha conhecido por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade junto ao doente.

Art. 11: O estudante não revelará, como testemunha, fatos de que tenha conhecimento no exercício de sua atividade. Convidado para depor, deve declara-se preso ao segredo.

Art. 12: É admissível a quebra do segredo por justa causa, por imposição da Justiçaou por autorização expressa do paciente, desde que a quebra desse sigilo não tragaprejuízo ao paciente.

Art. 13: O estudante não pode facilitar o manuseio ou o conhecimento de prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional,por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

CAPÍTULO VI – DA RELAÇÃO COM AS INSTITUIÇÕES, COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, COM OS COLEGAS, PROFESSORES E ORIENTADORES.

Art. 14: O estudante está obrigado a respeitar as normas das instituições onde realiza seu aprendizado.

Art. 15: O estudante está obrigado a zelar pelo patrimônio moral e material das instituições onde desempenha suas atividades.

Art. 16: Não compete ao estudante fazer advertências ou reclamações ao pessoal dosetor de saúde no tocante às suas atividades profissionais, mas, se considerar necessário, deve dirigir-se ao seu superior imediato, comunicando-lhe o fato.

Art. 17: É proibido ao estudante afastar-se de suas atividades, mesmo temporariamente, sem comunicar ao seu superior.

Art. 18: O estudante responde civil, penal e administrativamente por atos danosos ao paciente e que tenham dado causa por imprudência ou negligencia.

Art. 19: É dever de o estudante ser solidário com seus colegas nos movimentos legítimos da categoria.

Art. 20: O estudante deve ter sempre para com os seus colegas respeito, consideração e apreço, visando à convivência harmoniosa.

Art. 21: O estudante deve ter sempre para com os professores e orientadores e atenção e o respeito necessários ao bom relacionamento entre todos.

Art. 22: Corredor de hospital – este local é um dos mais importantes na vida médicados profissionais da saúde. Circulação, movimentação, encontros, cumprimentos, reencontros agradáveis ou não desejados, atualização jornalística, acertos de agendamento, encontros amigos ou científicos, enfim, local de convivência rápida e transitória. Por isto ele pode ser perigoso: proclama-se assunto particular, sigilos sãopopularizados, tratos são mal anotados ou mal interpretados, o esquecimento ocorre, pois não se anota ou não se o absorve na completude; leigos na espera de atendimento participam dos assuntos e a má interpretação ocorre. Sobre isso tudo emais não relatado há o barulho, a voz elevada, as comunicações à distância em altavoz, atitudes que esvaziam a qualidade médica e o respeito por parte do leigo. Este, presenciando o barulho, a descortesia, a voz exacerbada, os comentários desairosospassam a entender, erroneamente, que a atitude médica não é tão idônea quanto ele imaginava. Se nos lembrarmos, constantemente, que o hospital é um local de repouso físico, espiritual e mental, o tumulto do corredor dá uma amostra contráriaao leigo ou ao paciente. Corredor, pois, é para cumprimento e circulação. Não é localde discussões e decisões.

CAPÍTULO VII – DA APRESENTAÇÃO

Art. 23: O uso do branco é para demonstrar limpeza. Há proteção bilateral. Do profissional ou estudante da área da saúde, que faz contato com o doente e deste que é examinado por um profissional vindo da rua. Por isso, usar o jaleco em atividades extra-hospitalares não é de bom tom. É fazer dele um veículo decontaminação.

O ideal é que o profissional ou estudante possa chegar ao hospital e trocar suas roupas civis por calça e jaleco longo e de mangas compridas. O sapato branco não é indispensável, pois é contaminado como qualquer outro, mas o branco impressiona e tranquila o paciente. Um médico bem vestido, sem regalo e enfeites, dá solenidadeao encontro com o paciente e este adquire uma atitude de mais respeito, o que propicia maior aceitação da terapêutica. Deste modo, não será permitido o uso de: bermudas; saias acima de quatro dedos do joelho; chinelos; sandálias ou sapatos abertos.

Art. 24: As mãos e unhas dos estudantes têm que estar sempre limpas e bemcuidadas. As mãos, não machucadas e as unhas, aparadas.

CAPÍTULO VIII – DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 25: O aluno está sujeito às penalidades disciplinares se:

I. Desrespeitar, ofender ou agredir o Diretor Geral, ou qualquer membro do corpo docente, discente ou técnico-administrativo;

II. Promover, sem autorização do Diretor Geral, coletas e subscrições em nome da faculdade conveniada;

III. Disseminar, sob qualquer forma, informações ou comentários difamantes, ou que possa denegrir a Instituição, seus professores ou seus funcionários;

IV. Danificar o patrimônio, caso em que, além da pena disciplinar, fica na obrigação de indenizar o dano;

V. Praticar atos desonestos ou delituosos e desrespeito aos princípios constitucionais, incompatíveis com a dignidade da Instituição;

VI. Cometer atos que possam denegrir a imagem institucional, não só intra como extramuros;

VII. Desrespeitar qualquer norma estabelecida neste instrumento normativo.

Art. 26: As penalidades serão aplicadas da seguinte forma:

I. Advertência oral na hipótese se uma única conduta contrária às normas;
II. Advertência escrita da segunda a quarta conduta contrária às normas;
III. Suspensão do estudante das aulas durante uma semana na hipótese de reincidir pela quarta vez em alguma conduta contrária às normas dispostas neste instrumento normativo;
IV. Desligamento do estudante do corpo discente da Faculdade na hipótese de reincidir pela quinta vez em alguma conduta contrária às normas dispostas neste instrumento normativo.

Art. 27: São competentes para a aplicação das penalidades:

I. De advertência: os Coordenadores dos Cursos e o Diretor Geral;
II. De suspensão: o Diretor Geral e o Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão – DEPE;
III. De desligamento: o diretor geral da Faculdade.

Art. 28: O registro da penalidade aplicada é feito em documento próprio, não constando do histórico escolar do aluno.

CAPÍTULO I – DEFINIÇÃO DOS USUÁRIOS E SERVIDORES

Art. 1º: Para efeito desta Instrução Normativa, considera-se usuário toda pessoa que necessite dos serviços disponibilizados pelo O **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ** bem como seus acompanhantese aqueles que por qualquer motivo realizem visita a este Hospital.

Art. 2º: Consideram-se servidores todos os empregados e prestadores de serviço, tais como médicos e professores, e estudantes, os estagiários e acadêmicos que realizam atividades no **HEJ.**

CAPÍTULO II – DO ACESSO

Art. 3º: Apenas será permitido o acesso dos servidores e estudantes com aapresentação de crachá.

Art. 4º: Os alunos e estagiários devem ingressar pela portaria de serviço.

Art. 5º: Os médicos, professores e alunos que assistirão aulas em ambulatóriospoderão ingressar pela porta principal.

CAPÍTULO III – DO VESTUÁRIO

Art. 12: Os médicos e professores devem usar jaleco branco nas dependências daunidade.

Art. 13: Os alunos e estagiários oriundos de qualquer faculdade devem usar roupas e sapatos brancos além de jalecos.

CAPÍTULO VI – DO RESPEITO ÀS NORMAS

Art. 14: Todos os usuários devem respeitar o Regimento Interno, Código de Condutae demais normas da unidade.

Art. 15: Todos os médicos devem aceitar a presença de acadêmicos, apesar de nãoterem obrigação de ensiná-los qualquer ofício.

Art. 16: Todos os acadêmicos devem tratar com respeito os profissionais que trabalham.

CAPÍTULO V – INFORMAÇÕES GERAIS DEPARTAMENTO DE QUALIDADE

Busca a melhoria contínua dos processos internos, viabilizando um atendimento de excelência ao cliente interno e externo.

SETOR DE SEGURANÇA DO TRABALHO – Zela pela integridade física do trabalhador, procurando eliminar os riscos que podem causar acidentes de trabalho.

SETOR DE ATENÇÃO AO CLIENTE – Busca acolhe o cliente externo, garantindo um atendimento humanizado de qualidade durante sua permanência no Hospital. É função desse setor também, acolher o cliente interno e ajudá-lo a solucionarproblemas que ocorram no seu dia-a-dia e proporcionar um ambiente de trabalho saudável e amigável.

SETOR DE HOTELARIA – Busca fornecer os insumos necessários para a execução das atividades de hotelaria hospitalar, proporcionar uma alimentação saudável e de qualidade para todos os pacientes e funcionários, fornecer o enxoval adequado, higienizar os ambientes e humanizá-los.

DEPARTAMENTO FINANCEIRO – Busca desenvolver as atividades no processamentodas despesas, na coordenação e controle dos registros de entrada e saída; conciliação bancária para o gerenciamento dos recursos, bem como atendimento interno dos empregados e externo, dos fornecedores.

DEPARTAMENTO PESSOAL – O Departamento Pessoal busca coordenar, controlar e supervisionar os assuntos relativos a cadastro e lotação, remuneração, folha de pagamento, seguridade social e benefícios pertinentes aos empregados do Hospital.

CAPÍTULO II – DOS PROCEDIMENTOS

Os dias da entrega do comprovante de pagamento referentes ao adiantamento e ao pagamento mensal, e entrega do vale transporte será divulgado com antecedência e anexado aos quadros de aviso e ao relógio de ponto. Nesse mesmo período, o Departamento De Pessoal funcionará das 6h30 às 17h. O horário das 6h30 às 17h será exclusivo para funcionários do turno noturno, que estarão encerrando suas atividades nesse período. É obrigatório e de interesse próprio que todos os empregados se apresentem ao Departamento De Pessoal para assinar seu comprovante de pagamento, folha de ponto, comprovante de entrega de vale transporte e alimentação.

CAPÍTULO III – CRITÉRIOS PARA ABERTURA DE CONTA PARA RECEBIMENTO DE SALÁRIO

Os salários serão creditados diretamente na conta do empregado, em banco a ser definido. Ao vencer a experiência o empregado deverá providenciar a abertura de conta salário ou conta corrente (a critério) no Banco definido previamente, estando munidos de xérox dos seguintes documentos: Carteira de Identidade; CPF (atualizado); Comprovante de residência (de preferênciaem nome próprio); Carteira de Trabalho.

ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Introdução

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ) é uma unidade de Assistência 24 horas, com atendimentos de demanda espontânea para Obstetrícia, assim como demanda regulada pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, sendo referência para todo o Estado de Goiás, em Média e Alta Complexidade, com recepção ambulatorial, laboratório, ambulatório, setor de exames por imagem, centro de testagem e aconselhamento, unidade do hemocentro, maternidade, centro cirúrgico, centro de material e esterilização, farmácia, almoxarifado e serviços de apoio.

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo, Jataí – GO.

Esta proposta tem como objetivo estabelecer as normas e diretrizes para o funcionamento do Serviço Multiprofissional, visando garantir a qualidade da assistência, a otimização dos recursos e o desenvolvimento profissional de todos os membros da equipe.

INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O cuidado ao paciente hospitalizado depende da interação do trabalho multiprofissional, que é resultado da soma de pequenos cuidados parciais que, se somados, resultam em melhora mais rápida do paciente e redução do tempo de internação.

A assistência prestada pela equipe multiprofissional é justificada por uma busca de interação de processos e saberes objetivando uma assistência integral e resolutiva aos nosos pacientes, em caráter ambulatorial e hospitalar.

Essa equipe é composta por profissionais de diferentes áreas da saúde, como psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista, dentista, assistentes sociais, entre outros, e trabalha de forma colaborativa para fornecer uma abordagem abrangente e holística no cuidado dos pacientes.

O hospital de Atenção Especializada tem por finalidades prestar assistência à saúde, ambulatorial e hospitalar, dentro das especialidades de sua competência, com qualidade e atendendo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde,

além de ser um modelo de excelência na assistência a saúde da população.

Na equipe multidisciplinar, existe uma necessidade de comunicação mais próxima, troca de informações, cooperação e, principalmente, inter-relação entre os diferentes profissionais. Nesse sentido, a integração da equipe de saúde é peça chave para o sucesso.

Os profissionais envolvidos prezam pela troca de experiências, pelo diálogo, pelo comprometimento e pela participação ativa para fazer com que o trabalho ocorra da melhor maneira possível, trazendo o melhor resultado e experiência para o paciente.

Desta forma possibilitam um menor tempo de internação dos pacientes, também traz maior índice de satisfação das pessoas com os serviços prestados. Isso porque ela possui a sua formação centrada nas necessidades do paciente, interessado na sua recuperação e também no crescimento profissional de seus integrantes.

O trabalho da Equipe Multiprofissional será realizado por meio da colaboração interdependente, da comunicação aberta e da tomada de decisão compartilhada.

A Equipe Multiprofissional tem por finalidade:

- ✓ Promover periodicamente reuniões com a equipe de trabalho, visando aperfeiçoar as rotinas desenvolvidas nas demais unidades.
- ✓ Assessorar as Unidades Assistenciais na implantação das normas e rotinas e dos protocolos assistenciais.
- ✓ Assessorar a prestação da assistência da área responsável em todos os setores de atendimentos do hospital em quantidade e qualidade desejável, juntamente com os Responsáveis Técnicos.
- ✓ Estabelecer as diretrizes da assistência em consonância com as diretrizes da gestão do cuidado.
- ✓ Realizar diagnóstico situacional da área responsável.
- ✓ Mediar conflitos e estimular o relacionamento harmonioso entre as profissionais da área responsável e demais profissionais do hospital, bem como destes com a equipe de governança.
- ✓ Produzir e disponibilizar relatórios de atividades, dados e informações concernentes a sua área de atuação.

- ✓ Validar, juntamente com o responsável técnico de cada profissão, as escalas mensais de jornada de trabalho dos colaboradores.
- ✓ Realizar gestão compartilhada com demais chefes de unidades onde a equipe multiprofissional realiza sua jornada de trabalho.

Composição:

O Serviço Multiprofissional é uma unidade de trabalho composta por profissionais de diferentes áreas como Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Odontologia (Bucomaxilofacial), Assistente Social, Enfermagem, Farmácia, que atuam de forma integrada e complementar no cuidado e assistência aos usuários, promovendo a abordagem interdisciplinar e a troca de conhecimentos e experiências.

A composição da equipe deverá ser definida de forma a contemplar uma variedade de saberes e habilidades, visando a complementaridade e a abrangência dos cuidados.

No Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ) a equipe multidisciplinar visa melhorar a comunicação entre os profissionais e unir pessoas em busca de um propósito, que varia de acordo com cada caso específico. Sendo assim, esse time tem uma comunicação bem próxima e consegue trocar informações, tornando-se fundamental para a aceleração da melhora do quadro referente ao paciente tratado.

O Serviço Multiprofissional pauta-se nos seguintes princípios:

- Integralidade: oferecer atendimento completo e abrangente, considerando a complexidade e as necessidades individuais dos usuários;
- Interdisciplinaridade: promover a colaboração e o diálogo entre os profissionais de diferentes áreas, visando a construção conjunta do conhecimento;
- Equipe multiprofissional: reunir profissionais de diferentes formações para a realização de ações integradas e complementares;
- Humanização: promover o acolhimento, respeito e empatia no cuidado aos usuários;

- Ética: atuar com ética profissional, respeitando os princípios e normas das respectivas profissões.

Organização e Funcionamento do hospital:

O Serviço Multiprofissional terá um profissional designado como coordenador, responsável por articular e organizar as atividades da equipe, promover a integração e o diálogo entre os membros, e representar o serviço junto à instituição. O coordenador será escolhido pelos membros da equipe, preferencialmente por meio de eleição.

Reuniões e Tomada de Decisão - A equipe do Serviço Multiprofissional deverá realizar reuniões periódicas para discussão de casos, planejamento das ações e troca de experiências. As decisões serão tomadas de forma democrática, levando em consideração o posicionamento de todos os membros da equipe, com respeito à diversidade de opiniões.

Integração com outros Serviços - O Serviço Multiprofissional deverá estabelecer mecanismos de integração e articulação com outros serviços e setores da instituição, visando a complementaridade e a ampliação do cuidado aos usuários. A comunicação e o trabalho em rede serão valorizados para garantir a continuidade e a integralidade do atendimento.

Atuação Profissional - Os profissionais integrantes do Serviço Multiprofissional serão responsáveis por:

- Contribuir com seus conhecimentos e habilidades específicas para o cuidado integral aos usuários;
- Participar das reuniões e atividades de capacitação promovidas pela equipe;
- Realizar registros adequados das atividades desenvolvidas, visando a garantia da qualidade e a continuidade do cuidado;
- Respeitar a autonomia dos usuários, promovendo a participação ativa e o compartilhamento de decisões relacionadas ao seu cuidado;
- Atuar em conformidade com os princípios éticos e normas de suas respectivas profissões.

Capacitação e Atualização - O Serviço Multiprofissional deverá promover a capacitação e a atualização dos profissionais que o compõem, visando o aprimoramento de suas práticas e a incorporação de novos conhecimentos e tecnologias. Serão realizadas atividades de educação permanente, tais como cursos, treinamentos e discussões de casos.

Avaliação e Monitoramento - O Serviço Multiprofissional estabelecerá mecanismos de avaliação e monitoramento contínuo de suas atividades, com o objetivo de garantir a qualidade dos serviços prestados. Serão realizadas análises periódicas dos resultados alcançados, identificação de pontos de melhoria e definição de estratégias para o aprimoramento do cuidado.

ATRIBUIÇOES POR CATEGORIA

Ao Serviço Social compete:

1. Orientar o usuário quanto as normas e rotinas da unidade;
2. Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social;
3. Orientar o paciente, familiares ou responsáveis quanto a remoção do paciente de alta hospitalar, contribuindo para a otimização do leito hospitalar;
4. Elaborar, implantar, coordenar e avaliar a execução e desenvolvimento de planos, programas e projetos do Serviço Social, através do acompanhamento sistemático;
5. Elaborar e adotar manual de normas, rotinas e procedimentos, onde sejam estabelecidas as atribuições do pessoal do serviço;
6. Proceder acompanhamento social do tratamento de saúde;
7. Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da comunidade, face as situações constatadas;
8. Desenvolver o trabalho em grupo com usuários e/ou seus responsáveis,

de acordo com as necessidades apresentadas e visando o desenvolvimento dos aspectos sociais;

9. Interpretar a situação social do paciente e sua família junto a equipe multiprofissional;
10. Elaborar e atualizar, sempre que necessário, a relação de recursos da comunidade a fim de prover os devidos encaminhamentos de pacientes,familiares e funcionários;
11. Realizar campanhas educativas, elaboradas a partir das necessidades identificadas;
12. Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
13. Trabalhar preventiva e resolutivamente as situações de rejeição familiar;
14. Participar com os demais membros da equipe de equipe de saúde do processo de transferência, assim como dos avisos de óbitos, prestando aos familiares as orientações concernentes à situação;

Ao Serviço de Fisioterapia compete:

1. Realizar os procedimentos de fisioterapia nos pacientes em regime ambulatorial;
2. Prescrever, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano por meio de ação, isolada ou concomitante, de agente termoterápico ou crioterápico, aeroterápico, fototerápico ou eletroterápico, determinando:
3. Utilizar com o emprego ou não de aparelho, exercício respiratório, cárdio- respiratório, cárdio-vascular, de educação ou reeducação neuromuscular, regeneração muscular, relaxamento muscular, locomoção, regeneração osteo- articular, correção de vício postural, adaptação ao uso de órtese ou prótese e adaptação dos meios materiais, pessoais ou ambientais disponíveis para desempenho físico do paciente, determinando:

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

Ao Serviço de Nutrição e Dietética, compete:

1. Definir, planejar, organizar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos clientes da instituição;
2. Avaliar o estado nutricional do cliente a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;
3. Realizar assistência dietoterápica hospitalar planejando, prescrevendo, analisando e acompanhando a dieta dos pacientes;
4. Registrar diariamente no prontuário do paciente, a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e a alta em nutrição;
5. Supervisionar e controlar os equipamentos e utensílios utilizados pelo setor;
6. Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao paciente;
7. Supervisionar e estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de
8. gêneros alimentícios, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com as dietas prescritas pelo corpo clínico da instituição;
9. Prestar assistência nutricional junto ao Corpo Clínico do hospital com relação à prescrição dietoterápica a serem servidas aos pacientes, acompanhantes e funcionários da Instituição;
10. Prestar orientações dietoterápica, acompanhamento e educação alimentar aos pacientes internados, de ambulatório e funcionários da Instituição;
11. Manter um sistema de avaliação da assistência dietética prestada aos

pacientes;

12. Acompanhar o tratamento dos pacientes após a avaliação clínica, com a evolução dietoterápica;
13. Desenvolver programas de treinamento para todas as categorias do pessoal da nutrição;

Ao Serviço de Psicologia compete:

1. Promover a humanização do atendimento, facilitando a relação equipe/ paciente;
2. Atendimento psicológico ambulatorial
3. Auxiliar o paciente e a família na compreensão da doença e tratamento, tornando-os ativos no processo de recuperação;
4. Trabalhar de forma integrada com os demais profissionais de saúde, colaborando assim para uma visão global do paciente dentro de um enfoque multidisciplinar e possibilitando a assistência e apoio técnico à equipe;
5. Preparar pacientes para cirurgia a fim de que possam lidar com aspectos práticos e de rotina de uma cirurgia, bem como as fantasias que advém desta situação; Trabalhar os conflitos intrapsíquicos gerados ao adoecer, melhorando a qualidade de vida dos pacientes;
6. Trabalhar e/ou preparar o paciente para mudanças em seu esquema corporal a fim de aceitar melhor seu novo estado físico
7. Amenizar e elaborar sentimentos depressivos, de angústia e insegurança, trazendo o sentido de realidade e de conhecimento dos limites determinados pela própria doença, transmitindo confiança em suas possibilidades e apoiando suas realizações;

Ao Serviço de Terapia Ocupacional compete:

1. Realizar os procedimentos de terapia ocupacional nos pacientes em regime ambulatorial a indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos ou de doenças adquiridas por meio da utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos.
2. Ampliar o campo de ação, desempenho, autonomia e participação, considerando recursos e necessidades de acordo com o momento e lugar, estimulando condições de bem-estar e autonomia. Por meio do fazer afetivo, relacional, material e produtivo o profissional contribui com os processos de produção de vida e saúde.
3. Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica.

Ao Serviço de Fonoaudiologia compete:

1. Atuar precoce e preventivamente através de avaliação, orientação etratamento;
2. Reequilibrar alterações miofuncionais, evitando possíveis danos nos processos fonatórios e cognitivos;
3. Participar de equipe multiprofissional traçando e atuando em terapêuticas que levem ao bom prognóstico;
4. Diagnosticar sintomas de distúrbios fonoaudiólogos precocemente; retornar à alimentação por via oral, restabelecendo funções vitais de sucção,
5. Mastigação, deglutição e fala, diminuindo o tempo de hospitalização e Evitando reinternações por infecções respiratórias;

6. Estimular e agilizar a alta hospitalar, com os menores danos possíveis aoIndivíduo no seu retorno à sociedade, diminuindo inclusive os custos da Hospitalização.
7. Manter um controle rígido sobre a proteção radiológica da unidade;
8. Zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
9. Manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;
10. Avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;
11. Manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Ao serviço de Odontologia (Bucomaxilofacial) compete:

1. Atuar em equipes multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares na promoção da saúde baseada em evidências científicas, de cidadania, de ética e de humanização;
2. Prestar assistência odontológica aos pacientes em regime de internação hospitalar, ambulatorial, domiciliar, urgência, emergência inclusive com suporte básico de vida e críticos;
3. Atuar na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendose como agente desse processo;
4. Aplicar o conhecimento adquirido na clínica propedêutica, no diagnóstico, nas indicações e no uso de evidências científicas na atenção em Odontologia Hospitalar;
5. Elaborar projetos de natureza científica e técnica, realizar pesquisas e estimular ações que permitam o uso de novas tecnologias, métodos e fármacos no âmbito da Odontologia Hospitalar;
6. Atuar integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção,

proteção e recuperação da saúde em ambiente hospitalar.

Ao serviço de Enfermagem compete:

1. Planejar, organizar, coordenar e avaliar a assistência de enfermagem do turno, sob sua responsabilidade;
2. Participar na elaboração e execução de rotinas e protocolos assistenciais junto a Coordenação;
3. Proporcionar assistência integral e personalizada aos clientes/pacientes considerando suas necessidades biopsicossociais;
4. Atender prontamente todos os clientes/pacientes encaminhados às respectivas observações e que necessitem de cuidados intensivos, aplicando procedimentos técnicos apropriados a cada caso;
5. Manter Equipe de Enfermagem especializada, com conhecimentos científicos, habilidades técnicas e identificada, capacitada a prestar atendimento à pacientes em estado crítico;
6. Observar continuamente o funcionamento correto e rigoroso de todos os equipamentos instalados, inclusive fonte de energia alternativa, zelando pela conservação e controlando a manutenção preventiva e corretiva dos mesmos;
7. Operar corretamente os equipamentos existentes no setor;
8. Participar, periodicamente, de cursos de atualização;
9. Preencher o prontuário da forma mais detalhada possível, fazendo constar todos os registros de controles e atividades da equipe multiprofissional que permitam subsidiar a avaliação da assistência e as práticas de auditoria interna;
10. Prestar uma assistência de Enfermagem de forma humanizada e de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem;
11. Desempenhar suas atividades de acordo com as Normas e rotinas do serviço de Enfermagem, bem como seguir os POPs e PRS da instituição;
12. Cooperar com a equipe médica na realização de procedimentos e na assistência necessária ao paciente; Manter observação continua dos pacientes, comunicando, imediatamente, qualquer alteração no estado geral do paciente;
13. Colaborar com os programas de formação e treinamento do pessoal, bem como de atualização de conhecimentos;

14. Evoluir as atividades de Enfermagem realizadas em sistemas de registros determinados (prontuário, passômetro, cadernos setoriais e etc...);
15. Manter atitudes éticas e sigilo profissional em todas as ocasiões, preservando a harmonia e segurança no ambiente de trabalho;
16. Manter os leitos em condições para o atendimento de emergências;
17. Receber e passar plantão com demais integrantes da equipe de sua unidade de serviço;
18. Cuidar e zelar pela utilização dos equipamentos e materiais do setor;
19. Contribuir de forma efetiva, para manutenção de um ambiente calmo, seguro e limpo;
20. Checar com assinatura legível, todas as medicações e procedimentos realizados;
21. Colaborar com os serviços de apoio no sentido de facilitar o desenvolvimento de suas atividades junto ao paciente ou para o mesmo;
22. Manter e cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos e materiais, mantendo-os sempre em boas condições de uso, higienizados, providos de recursos materiais, medicamentos e equipamentos indispensáveis aos procedimentos médicos e de Enfermagem;
23. Prever, prover, organizar e controlar os materiais, medicamentos e equipamentos necessários ao bom desempenho do serviço de acordo com normas e rotinas vigentes;
24. Realizar preenchimento notificações compulsórias;
25. Colaborar com programas de treinamento do pessoal, bem com atualização do conhecimento;
26. Sintetizar e organizar o processo operacional, viabilizando o desenvolvimento de trabalho cooperativo, interativo e seguro, incentivando o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar;
27. Manter prontuários e resultados de exames organizados;
28. Manter atitudes éticas e sigilo profissional em todas as ocasiões, preservando a harmonia e segurança no ambiente de trabalho.

Ao serviço de Farmácia compete:

1. Dispensar medicamentos, orientando o paciente sobre o uso correto e os efeitos adversos.
2. Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico, avaliando a eficácia dos medicamentos e identificando possíveis interações medicamentosas.
3. Oferecer informações sobre medicamentos e produtos para a saúde.
4. Gerenciar o estoque de medicamentos e materiais médico-hospitalares.



ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário

Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário

Os sistemas de informação são essenciais para a gestão hospitalar, desempenhando um papel fundamental no funcionamento eficiente das instituições de saúde. Em um ambiente complexo como o da assistência à saúde, a integração de dados, informações e processos por meio da tecnologia se torna vital para a melhoria contínua da eficiência assistencial, financeira e operacional. A automação de processos, como agendamentos, gestão de estoques, prontuários eletrônicos, gestão de custos e demais áreas tem papel fundamental para a administração hospitalar, permitindo maior agilidade e precisão nas operações cotidianas.

Uma das principais vantagens dos sistemas de informação é a capacidade de fornecer dados em tempo real, o que melhora significativamente a tomada de decisões. O acesso rápido e preciso a informações clínicas e administrativas possibilita que os gestores hospitalares façam escolhas baseadas em dados concretos, de forma mais rápida e eficiente. Além disso, a análise de dados históricos permite uma melhor previsão de demandas futuras, auxiliando na alocação mais eficaz de recursos, como leitos e equipamentos.

A tecnologia da informação traz consigo não somente uma melhoria nos processos, mas também a otimização dos mesmos. A gestão da assistência à saúde se torna cada vez mais desafiadora, afinal, tempo e informação podem determinar a vida de um paciente. Neste contexto, os sistemas de informação possuem papel fundamental, pois funcionam como facilitadores de processos, o que, consequentemente, diminui o trabalho operacional e aumenta o tempo dos profissionais para dedicação prática e analítica em suas determinadas áreas, seja o enfermeiro ou médico na assistência à saúde direta, ou seja os setores administrativos no apoio operacional indireto, garantindo assim um organismo altamente fluido, funcional e ágil.

Outro aspecto importante é o impacto que esses sistemas têm na gestão financeira. Eles facilitam o controle de receitas e despesas, o controle de custos, provisionamentos, contabilização, geração de relatórios de demonstrações contábeis e financeiras, garantindo um controle mais rigoroso dos custos operacionais, gerando sustentabilidade financeira, confiabilidade das informações e transparência dos gastos públicos.

A segurança das informações também é um ponto de extrema relevância nos sistemas de informação hospitalares. Com a digitalização de prontuários e informações dos pacientes, proteger esses dados se torna uma prioridade. A implementação de sistemas

robustos com foco em segurança reduz consideravelmente o risco de vazamentos de informações sensíveis, como históricos médicos, garantindo a privacidade dos pacientes e cumprindo com as regulamentações de proteção de dados.

Além de trazer melhorias no gerenciamento administrativo e financeiro, os sistemas de informação também aprimoram a qualidade do atendimento ao paciente, sendo este o principal objetivo desta organização social de saúde. Ou seja, todos os esforços sistêmicos, operacionais, financeiros e de pessoal se resumem aos principais objetivos desta organização: salvar e postergar vidas e garantir atendimento de máxima qualidade à população. Ao integrar informações de diferentes setores, como exames, prescrições e histórico clínico, esses sistemas permitem que os profissionais da saúde tenham uma visão completa do quadro do paciente, resultando em diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes, aumentando a segurança e a satisfação dos pacientes.

A gestão de recursos humanos também é beneficiada por esses sistemas, que facilitam o controle de escalas de trabalho, a gestão de equipes e o monitoramento de desempenho. Com isso, a alocação de profissionais se torna mais eficiente, permitindo uma cobertura adequada dos plantões e uma melhor organização das equipes. Esse gerenciamento mais eficiente dos recursos humanos melhora o ambiente de trabalho e reforça a importância e a valorização dos colaboradores para o HMTJ, que busca sempre a melhoria contínua nos sistemas de informação para que haja maior eficácia possível nos programas de treinamento, desenvolvimento, captação e manutenção de talentos e de valorização e motivação do quadro de pessoas.

Em resumo, os sistemas de informação são fundamentais para a gestão hospitalar, indo além da simples automação de processos administrativos. Eles garantem uma gestão mais eficiente, sustentável e segura, melhorando tanto o funcionamento interno quanto a qualidade do atendimento ao paciente. A integração tecnológica nas instituições de saúde se mostra, portanto, um elemento indispensável para o sucesso e modernização do setor.

O HMTJ conta com sistemas de informações eficientes, robustos e altamente confiáveis, integrados entre si, permitindo uma gestão eficiente, segura, fluida, assertiva e confiável das informações. A instituição também conta com equipe bem preparada, treinada, com vasta experiência nos diversos softwares e no funcionamento dos hardwares, garantindo pleno funcionamento de todas as vertentes da tecnologia da informação.

A seguir, apresentaremos os módulos dos sistemas de gestão da informação utilizados, os quais serão: MV Soul, TOTVS RM, TOTVS Fluig, TOTVS Meu RH, Sigquali, entre outros:

MÓDULOS DOS SISTEMAS DE GESTÃO:

1. MV Soul

1.1. Recepção, emissão de senha, cadastro e triagem:

- A unidade contará com sistema de disponibilização de senhas via totem, que seguirá os critérios de prioridades de acordo com as normas preconizadas;
- Ao passar pela recepção, o paciente será devidamente cadastrado no sistema, registrando todos os dados essenciais e complementares e sendo alocado corretamente para espera para o setor, tipo de atendimento, procedimento ou exame a ser realizado;
- Após registro sistêmico, o paciente será direcionado à triagem ou ao setor, exame ou procedimento destinado, de acordo com as especificações de cada tipo de atendimento;
- A unidade contará com a disponibilização de telas para visualização e chamada dos pacientes, sendo devidamente parametrizadas para apontar a identificação do paciente e o local correto de atendimento;
- As informações coletadas servirão como base para todo atendimento do paciente, mas seguirão as diretrizes legais da lei geral de proteção de dados, preservando internamente as informações do paciente.

1.2. Chamada e atendimento:

- O sistema define a fila de acordo com as prioridades urgentes, emergentes, prioritárias, pouco urgentes e não urgentes e também define a fila por setor, especialidade, de acordo com a triagem;
- Nos casos de consultas agendadas, o sistema permitirá a chamada por hora agendada, possibilitando o controle de agenda e a otimização do tempo de atendimento em decorrência de possíveis atrasos;
- A chamada dos pacientes será de forma sonora e visual, disponibilizando informações como o nome do paciente e o local onde o mesmo deverá ser direcionado para atendimento;
- O painel deve mostrar o tempo previsto de atendimento aos pacientes;
- Os painéis de chamada dos pacientes serão interligados com o sistema de chamada do paciente pelo computador do local de destino, permitindo aos

profissionais maior agilidade ao chamar os pacientes, controle de filas, otimização do atendimento e prévia das informações;

- O sistema permite a movimentação dos status de atendimento dos pacientes, permitindo a atualização do atendimento, o devido registro no(s) local(is) em que o paciente será atendido, bem como a otimização dos atendimentos em casos de pacientes com mais de um atendimento a ser realizado, permitindo assim o monitoramento do andamento do caso clínico do paciente e gerando maior agilidade no atendimento do mesmo;
- O sistema permite a atualização do status de atendimento do paciente, desde o início de seu pré-atendimento na recepção e triagem até a saída do paciente da unidade após finalização do atendimento.

1.3.Agendamento de Consultas, Exames e Procedimentos:

- O sistema possui recursos de funcionalidade e parametrizações para o correto agendamento de consultas, exames e procedimentos disponíveis conforme parametrização;
- O sistema possui funcionalidades para cadastro prévio das informações disponíveis, tais como:
  - Cadastro dos profissionais;
  - Cadastro de feriados nacionais e regionais, permitindo o bloqueio de agendamentos nos dias selecionados;
  - Cadastro das agendas e horários disponíveis de acordo com o tipo de atendimento;
  - Tipos de atendimento (exames, consultas, procedimentos, etc.);
  - Especificações e orientações por tipo de atendimento;
  - Cadastro de especialidades;
  - Cadastro de setores;
  - Definição de tempo médio de atendimento;
  - Dentre outras funcionalidades.
- Ao efetuar o agendamento das consultas, o usuário terá acesso à agenda disponível para marcação, bem como a disponibilidade de campos parametrizados com os tipos de atendimento, com as observações de cada tipo de procedimento, exame ou consulta, tempo previsto, etc.;
- Ao agendar um tipo de atendimento, o sistema disponibilizará ao paciente a confirmação do agendamento e as orientações necessárias para cada tipo de procedimento;

- O sistema também possui funcionalidade de confirmação multicanal de agendamentos (via SMS, e-mail, WhatsApp e telefone) de forma automatizada, de acordo com as informações registradas no cadastro do paciente, possibilitando ao paciente a confirmação ou cancelamento. Também é possível realizar o reenvio programado das informações;
- O sistema fará automaticamente as alterações de acordo com a seleção de opções que o paciente responderá através das confirmações multicanais;
- Além das confirmações, o sistema poderá ser parametrizado para realizar cancelamentos automáticos de acordo com a parametrização definida pelo usuário;
- O sistema possui gestão de agendas dos profissionais, bem como recursos disponíveis (salas, equipamentos, etc.). Também é permitido o bloqueio ou liberação de agendas dos profissionais, de acordo com a disponibilidade dos mesmos, garantindo a fidelidade da disponibilidade;
- O sistema permite a gestão de filas de espera de acordo com os critérios estabelecidos, possibilitando, por exemplo, o agendamento de novos pacientes em decorrência de uma abertura de vaga;
- O sistema também oferece a possibilidade de remanejamento de agenda do profissional ou entre profissionais, possibilitando a alteração de datas, horários, local, especialidade, etc.;
- O sistema oferece a possibilidade de encaixes de horário dentro da grade de horários parametrizada, permitindo uma forma de otimização da agenda por parte da equipe responsável e de acordo com as demandas;
- Também está disponível o histórico de atendimentos do paciente, possibilitando o controle dos atendimentos agendados, realizados, cancelados e pendentes;
- Todas as informações dos pacientes estarão integradas com o prontuário eletrônico e com a prescrição médica eletrônica, permitindo maior fluidez ao agendar vários atendimentos em uma única solicitação, de acordo com a determinação do médico responsável.

1.4.Consulta Ambulatorial:

- No que tange à consulta ambulatorial, o sistema compartilha das mesmas funcionalidades descritas no agendamento de consultas, tendo como destaque os seguintes pontos:

- **Agendamento de Consultas**: Marcação de consultas de forma centralizada, permitindo gestão de horários e agendas de profissionais, integrada com a central de agendamentos de consultas;
- **Agendamento de Exames e Procedimentos**: Integração com outros módulos para permitir o agendamento de exames e procedimentos ambulatoriais;
- **Confirmação e Cancelamento de Consultas**: Envio de lembretes e confirmações via e-mail, SMS, WhatsApp ou telefone, permitindo que os cancelamentos ou confirmações sejam feitos pelos próprios pacientes;
- **Gestão de Lista de Espera**: Criação automática de listas de espera para consultas e exames, com notificação de vagas disponíveis;
- **Remanejamento de Consultas**: Ferramentas para reagendamento rápido e remanejamento de consultas ou procedimentos;
- **Gestão de Faltas**: Controle de consultas não comparecidas, com envio de mensagens e bloqueio de novas marcações, conforme regras estabelecidas.
- **Cadastro Completo de Pacientes**: Registro de dados pessoais, históricos médicos, contatos e informações complementares.
- **Histórico de Consultas e Procedimentos**: Visualização completa do histórico do paciente, incluindo consultas, exames, laudos e prescrições.
- **Integração com Prontuário Eletrônico**: Sincronização automática dos dados do paciente entre o ambulatório e o prontuário eletrônico, com acesso direto durante as consultas.
- **Integração com exames e procedimentos:** Solicitação de exames diretamente pelo médico durante a consulta, com envio automático para o laboratório ou setor responsável. Integração para marcação de pequenos procedimentos (curativos, drenagens, biópsias) realizados no próprio ambulatório. Recebimento dos resultados de exames e procedimentos diretamente no prontuário eletrônico.

O sistema também possibilita a recepção acessar a relação de atendimentos agendados, cruzando as informações de acordo com o agendamento do paciente por meio da associação da senha gerada pelo agendamento, otimizando o tempo de cadastro e/ou conferência ou atualização das informações já cadastradas do paciente;

A recepção também poderá efetuar a consulta das informações dos pacientes por meio de documentação (CPF, data de nascimento, nome completo) e pelo prontuário. Poderão ser preenchidos um ou mais parâmetros, de acordo com a necessidade;

Além da pesquisa manual, o sistema também permite a pesquisa por biometria do paciente, desde que esteja previamente cadastrada. Caso não houver cadastro, a recepção poderá efetuar o novo cadastro após relacionar ao cadastro do paciente;

- O sistema possuirá campos disponíveis com preenchimento obrigatório e opcional. Sempre que houver o cadastro ou atualização de cadastro, o sistema estará preparado para gerar bloqueios de alteração e salvamento de acordo com a parametrização de obrigatoriedade dos campos;
- No ato do atendimento, o sistema já estará parametrizado para buscar todas as informações previamente preenchidas no prontuário do paciente, possibilitando ao médico o acesso a todas as informações disponíveis, gerando uma gama de informações para análise e tomada de decisão com base no histórico do paciente, estando diretamente ligado ao prontuário eletrônico do paciente;
- À medida em que o paciente for atendido, o status de atendimento deverá ser atualizado no sistema, sendo devidamente parametrizado para gerar alertas em caso de esquecimento de finalização dos atendimentos, de forma a registrar toda a evolução do paciente durante o atendimento;
- O sistema também dispõe de uma série de relatórios assistenciais e gerenciais, que possibilitam uma visão sistêmica dos setores e informação para tomada de decisões. Dentre os principais relatórios, constam os atendimentos por período, atendimentos por especialidade, atendimentos por médico, atendimentos por tipo de serviço, consultas agendadas x realizadas, consultas realizadas x faturadas, tempo de espera, dentre outros;
- Além dos relatórios existentes, a T.I poderá criar novos relatórios de acordo com as necessidades identificadas dos responsáveis.

1.5.Pronto Atendimento e Emergência:

- O sistema funcionará de forma semelhante ao ambulatório, com a diferenciação da finalidade do setor. Neste sentido, o setor de pronto atendimento e emergência funcionará com base em demanda espontânea;
- A Demanda espontânea se refere ao atendimento de pacientes que buscam serviços de saúde sem um agendamento prévio ou encaminhamento formal. Esses pacientes chegam diretamente a unidade de saúde geralmente para tratar condições agudas ou emergências.
- Neste sentido, o cadastramento de pacientes para atendimento de pronto atendimento e emergência na unidade hospitalar funciona de forma semelhante

às anteriores, devendo ser feito o devido cadastro do paciente para que, a partir daí, sejam feitos todos os registros e evoluções em seu prontuário;

- O sistema também permite a integração das informações dos pacientes pertencentes a mesma rede hospitalar da região, do município e do Estado, possibilitando a análise do histórico do paciente e gerando diagnósticos mais detalhados, precisos e eficazes;

1.6.Internação Hospitalar e Alta:

- Todo o fluxo do paciente dentro da unidade de saúde será atualizado no sistema assim como a grade de leitos. No momento da alta do paciente o serviço de enfermagem registra no sistema a saída do paciente e o leito volta automaticamente a sua classificação de leito livre na grade de leitos;
- Neste sentido, todo o fluxo de segurança do paciente é adotado de forma sistêmica, a fim de garantir que o paciente receba o tratamento devido, no tempo correto, por equipe especializada, com equipamentos preparados e tenha os devidos registros sistêmicos de todo o fluxo, gerando as informações corretas para o prontuário eletrônico do paciente, bem como as informações financeiras para faturamento.

1.7.Farmácia/Estoque:

- O sistema permite o gerenciamento de dos setores de farmácia e almoxarifado, bem como o gerenciamento dos estoques das áreas, possibilitando integração sistêmica com o prontuário eletrônico do paciente. A seguir, apresentamos as funcionalidades permitidas pelo sistema para gestão e controle dos setores e dos estoques:

1.7.1. Gestão de Farmácia

- **Controle de Medicamentos**: Gestão completa dos medicamentos em estoque, incluindo entradas, saídas, transferências e baixas, marcas, aprazamento, classificação do tipo de medicamento, origem (nota fiscal, empréstimo, doação);
- **Receitas Eletrônicas e Prescrição Médica**: Integração com o prontuário eletrônico para receber prescrições diretamente dos médicos, agilizando a dispensação de medicamentos.

- **Automação da Dispensação de Medicamentos**: Processos automatizados para separar, embalar e distribuir medicamentos prescritos para os pacientes ou unidades de internação.
- **Controle de Lotes e Validades**: Monitoramento dos lotes de medicamentos, com alertas automáticos de vencimento e controle de rastreabilidade.
- **Prescrição por Dose Unitária**: Geração de prescrições e dispensação com base na dose unitária para otimizar o consumo de medicamentos e evitar desperdícios.
- **Gestão de Medicamentos Controlados**: Controle rigoroso de medicamentos controlados (psicotrópicos e entorpecentes), conforme as regulamentações da ANVISA, incluindo emissão de relatórios e controle de inventário específico.
- **Integração com Sistemas de Prescrição Médica**: Recebimento automático das prescrições feitas pelos médicos e envio para a farmácia, otimizando o fluxo de trabalho.
- **Dispensação para Pacientes Internos e Externos**: Possibilita o controle de medicamentos dispensados tanto para pacientes internos, ambulatoriais ou externos, se for o caso.
- **Fármacovigilância**: Registro e acompanhamento de reações adversas a medicamentos, com controle de farmacovigilância integrado ao sistema.
- **Farmácia Clínica**: Realização de registros sistêmicos para criação de histórico de medicações utilizadas, possibilitando a farmácia atuar diretamente junto aos pacientes, médicos e outros profissionais de saúde, garantindo que o tratamento farmacológico seja seguro, eficaz e adequado.

1.7.2. Gestão do Almoxarifado

- **Gestão de Estoque de Materiais Hospitalares**: Controle e gerenciamento de materiais hospitalares e insumos médicos, como seringas, agulhas, gaze, entre outros.
- **Gestão de Estoque de Materiais de Expediente, Limpeza e Escritório**: Controle e gerenciamento de materiais de expediente, limpeza e de escritório.
- **Gestão de Estoque de OPME (Órtese, Prótese e Material Especial)**: O sistema também possibilita a gestão dos estoques em comodato, como os OPME, caso a unidade de saúde disponha deste tipo de insumo

- **Controle de Entradas e Saídas de Materiais**: Registro de todas as movimentações de materiais no almoxarifado, desde recebimento até a entrega nas unidades de atendimento.
- **Gestão de Múltiplos Almoxarifados**: Gerenciamento simultâneo de diferentes almoxarifados dentro da instituição, permitindo controle de estoques separados por unidades ou setores.
- **Controle de Lotes e Validade de Materiais**: Gestão de lotes e datas de validade de insumos, com alertas para materiais próximos ao vencimento.
- **Inventário Físico e Conferências**: Ferramentas para realização de inventários periódicos, com comparação entre estoque físico e registro no sistema.
- **Integração com Compras e Fornecedores**: Conexão direta com os módulos de compras, facilitando o pedido de reposição de materiais e a gestão de fornecedores.
- **Histórico de Movimentação de Estoque**: Relatório detalhado de todas as movimentações de materiais e medicamentos, permitindo auditorias e rastreamento completo.
- **Controle de Custo por Setor**: Análise detalhada do consumo de materiais e medicamentos por setores, com relatórios de custo por centro de custo ou unidade de atendimento.

1.7.3. Controle de Estoque

- **Gerenciamento de Estoque em Tempo Real**: Visualização em tempo real dos níveis de estoque, entradas, saídas, transferências e baixas de materiais e medicamentos.
- **Controle de Estoque Mínimo e Máximo**: Definição de níveis mínimos e máximos de estoque para cada item, com alertas automáticos para reposição.
- **Controle de Inventário**: Módulos para realização de inventários periódicos de estoque, com integração direta para ajustes automáticos com base na contagem física.
- **Automação de Processos de Reposição**: Automatização do processo de reposição de estoque com base em critérios pré-definidos (estoque mínimo, consumo médio, etc.).
- **Relatórios de Consumo e Utilização**: Geração de relatórios detalhados sobre o consumo de materiais e medicamentos por setor, unidade ou paciente.

- **Distribuição por Centro de Custo**: Controle de movimentações e distribuição de materiais e medicamentos por centro de custo, com apuração de gastos por departamento.
- **Distribuição por Paciente**: Além da distribuição por centro de custo, também é possível emitir relatórios com o custo de Mat/Med por paciente, possibilitando uma melhor análise dos itens utilizados e propondo melhorias.
- **Gestão de Estoque por Localidade e Tipo de Item**: Gerenciamento de múltiplos estoques localizados em diferentes setores, com a possibilidade de transferências internas. A gestão de mais de um local de estoque possibilita o atendimento imediato a determinados locais que possuam maior necessidade de movimentação de determinados itens.
- **Baixa de Materiais por Utilização**: Registro automático da baixa de materiais conforme são utilizados em procedimentos médicos, tanto em cirurgias quanto em consultas ou procedimentos ambulatoriais.
- **Dispensação e baixa por bipagem**: Baixa de itens utilizados por sistemas de bipagem, aumentando a agilidade dos processos de controles internos e sistêmicos e evitando o registro incorreto de dispensações e utilizações dos itens.

1.7.4. Dispensação de Materiais e Medicamentos

- **Integração com o Prontuário Eletrônico**: Permite que os medicamentos e materiais prescritos durante consultas e procedimentos sejam automaticamente baixados no estoque de acordo com o registro de utilização feito em prontuário.
- **Controle de Dispensação por Dose Unitária**: Ferramenta para dispensação de medicamentos na quantidade exata necessária, evitando desperdícios e erros de dosagem.
- **Dispensação de Materiais e Medicamentos para Pacientes Internos e Ambulatoriais**: Gestão das dispensações de medicamentos e materiais tanto para pacientes internados quanto para pacientes de ambulatório.
- **Automação na Dispensação para Internação**: Otimização da dispensação de medicamentos e insumos para pacientes internados, com integração ao sistema de prescrição médica.

- **Acompanhamento de Consumo por Paciente**: Registro detalhado de todos os medicamentos e materiais utilizados por cada paciente, permitindo controle de custos e faturamento adequado.
- **Integração com Equipamentos Automatizados de Dispensação**: Suporte para integração com sistemas automatizados de dispensação, como robôs de farmácia hospitalar.

1.7.5. Relatórios e Indicadores

- **Relatórios de Consumo de Medicamentos e Materiais**: Geração de relatórios sobre o consumo de medicamentos e materiais por paciente, setor, ou tipo de atendimento.
- **Indicadores de Estoque**: Relatórios sobre o nível de estoque, materiais vencidos, materiais em ponto de reposição e inventários.
- **Inventário de Estoque**: Emissão de relatórios de posição de estoque inicial, listagem para contagem de itens por produto, lote e localidade, posição final de estoque, possibilidade de ajustes conforme contagem física dos estoques e emissão de relatórios com o comparativo entre estoque inicial, final e diferenças, tanto de forma sintética, por local de estoque ou tipo de produto, quanto de forma analítica, por item, localidade, lote, etc.
- **Análise de Consumo de Medicamentos por Especialidade**: Relatórios detalhados que mostram o consumo de medicamentos por especialidade médica, auxiliando na gestão e controle de custos.
- **Indicadores Financeiros**: Relatórios que ajudam a avaliar os custos com medicamentos e materiais em relação ao orçamento disponível, com análise por centro de custo ou unidade.
- **Análise de Gasto por Paciente e Procedimento**: Relatórios detalhados sobre o custo de medicamentos e materiais utilizados em cada procedimento ou durante a internação de pacientes.

1.7.6. Segurança e Auditoria

- **Controle de Acessos**: Permissões configuráveis para controlar o acesso de usuários aos diferentes módulos, garantindo a segurança na gestão de medicamentos e materiais.

- **Auditoria de Movimentações**: Registro completo e rastreável de todas as movimentações de estoque, desde a entrada até a dispensação ou baixa de materiais e medicamentos.
- **Registro de Prescrição e Dispensação de Medicamentos Controlados**: Controle rigoroso dos medicamentos controlados (psicotrópicos e entorpecentes), com relatórios para as autoridades competentes.

1.7.7. Integração com Outros Módulos

- **Integração com Prontuário Eletrônico**: Sincronização direta entre prescrições médicas e a farmácia, permitindo dispensação ágil e segura.
- **Integração com Módulos de Faturamento**: Garantia de que todos os materiais e medicamentos utilizados sejam corretamente faturados e enviados para cobrança na conta do paciente.
- **Integração com Módulos de Compras e Fornecedores**: Conexão direta entre o controle de estoque e as áreas de compras para reposição de medicamentos e materiais.

Essas funcionalidades sistêmicas possibilitam uma visão completa e integrada da gestão de farmácia, almoxarifado, controle de estoque e dispensação de materiais e medicamentos, garantindo eficiência, segurança e otimização dos recursos em instituições de saúde.

1.8.Gestão Patrimonial:

A Gestão Patrimonial oferece funcionalidades para o controle e administração dos ativos fixos e bens patrimoniais de instituições de saúde. Ela é essencial para garantir a organização, o acompanhamento e a gestão eficaz dos bens móveis e imóveis. Abaixo estão as principais funcionalidades desse módulo:

1.8.1. Cadastro de Bens

- **Cadastro Completo de Ativos**: Permite o registro detalhado de cada bem patrimonial, incluindo descrição, número de série, localização, responsável e outras informações relevantes.

- **Classificação de Bens**: Os ativos podem ser categorizados por tipo (móveis, imóveis, equipamentos médicos, veículos, etc.), facilitando a gestão e o controle.
- **Integração com Outros Módulos**: O cadastro de bens pode estar vinculado a outras áreas, como financeiro, compras, e estoque, permitindo uma visão integrada da instituição.

1.8.2. Controle de Depreciação

- **Cálculo Automático de Depreciação**: O sistema calcula automaticamente a depreciação dos bens, utilizando diferentes métodos (linear, soma dos dígitos, etc.), conforme as políticas da organização.
- **Histórico de Depreciação**: Armazena o histórico completo de depreciação de cada bem, permitindo acompanhar a desvalorização ao longo do tempo.

1.8.3. Movimentação de Bens

- **Transferência de Bens**: Possibilidade de transferir bens entre setores ou unidades da instituição, com registro detalhado de quem solicitou e aprovou a transferência.
- **Rastreamento de Localização**: Controle preciso da localização de cada ativo, ajudando a evitar perdas e melhorando a eficiência na alocação de equipamentos.

1.8.4. Manutenção e Vida Útil

- **Registro de Manutenção**: Permite agendar e registrar manutenções preventivas e corretivas de equipamentos, garantindo que estejam sempre operacionais.
- **Controle da Vida Útil dos Bens**: Monitora a vida útil dos ativos e emite alertas sobre a necessidade de substituição ou manutenção.
- **Gestão de Contratos de Manutenção**: Controle de contratos com fornecedores de manutenção, garantindo que as obrigações sejam cumpridas dentro dos prazos.

1.8.5. Inventário Patrimonial

- **Inventário Físico**: Facilita a realização de inventários físicos, permitindo conciliar os registros do sistema com os ativos encontrados nas unidades.

- **Discrepâncias e Ajustes**: Registra discrepâncias encontradas no inventário e permite ajustes nos registros do sistema, com auditoria para garantir a integridade.

1.8.6. Controle de Aquisições e Baixas

- **Aquisição de Bens**: Integra o processo de compra de bens patrimoniais com o módulo de compras, automatizando o registro no sistema assim que a aquisição é finalizada.
- **Gestão de Baixas**: Facilita o processo de baixa de ativos, seja por obsolescência, venda, doação ou perda, com todos os registros financeiros e fiscais associados.

1.8.7. Relatórios e Indicadores

- **Relatórios Gerenciais**: Geração de relatórios detalhados sobre o estado dos bens patrimoniais, movimentações, depreciação e manutenção.
- **Indicadores de Performance**: Análise de dados para fornecer indicadores como o valor total dos ativos, custo de manutenção, taxa de depreciação, entre outros.

1.8.8. Integração com Contabilidade

- **Integração Contábil**: As informações sobre aquisição, depreciação e baixa de bens são integradas com o módulo de contabilidade, garantindo o registro contábil correto e a geração de relatórios financeiros precisos.

1.8.9. Auditoria e Segurança

- **Controle de Acesso**: Somente usuários autorizados podem realizar movimentações e ajustes nos bens patrimoniais, com um registro completo de cada ação realizada.
- **Rastreabilidade**: Todo o histórico de movimentações, depreciação e manutenção é registrado, garantindo que a auditoria seja facilitada.

1.8.10. Planejamento de Substituições

- **Previsão de Substituição de Ativos**: Com base na vida útil e nas condições dos bens, o sistema pode ajudar a planejar quando substituições serão necessárias, evitando surpresas e garantindo a continuidade dos serviços.

Essas funcionalidades tornam o módulo de Gestão Patrimonial do MV Soul uma ferramenta essencial para o controle eficiente dos ativos, garantindo que os equipamentos e instalações da instituição de saúde estejam sempre bem geridos e operacionais.

1.9.Exames de Imagens e Laboratório:

O sistema oferece uma gama de funcionalidades para a gestão de Exames de Imagens e Laboratório, otimizando os fluxos de trabalho. O módulo foi projetado para registrar as informações referentes aos exames vinculados ao diagnóstico terapêutico por imagem, quais sejam, raio-x, tomografia computadorizada, ultrassonografia, endoscopia, entre outros, sendo solicitados via sistema integrado com o prontuário eletrônico do paciente. A seguir, destacamos os principais pontos:

1.9.1. Agendamento de Exames

- **Agendamento Centralizado**: Permite marcar exames laboratoriais e de imagem em diferentes unidades, gerenciando a disponibilidade de salas e equipamentos.
- **Prioridade de Urgência**: Possibilidade de marcar exames de urgência com priorização, agilizando o atendimento.

1.9.2. Gestão de Resultados de Exames

- **Emissão de Laudos**: Geração e emissão de laudos de exames com a possibilidade de integração de assinaturas eletrônicas.
- **Integração com Sistemas de Imagem (PACS)**: Conexão com sistemas PACS para armazenar, visualizar e compartilhar imagens de exames radiológicos, como raio-X e tomografia.
- **Resultados em Tempo Real**: Envio de resultados diretamente para o prontuário eletrônico do paciente, permitindo que médicos tenham acesso imediato aos resultados para tomada de decisões rápidas.

1.9.3. Gestão de Fluxo de Trabalho

- **Integração com Prontuário Eletrônico**: Os exames solicitados pelos médicos são automaticamente registrados no prontuário eletrônico, facilitando o acompanhamento e a comunicação.
- **Controle de Status dos Exames**: Permite acompanhar o status de exames (agendado, em processamento, concluído, etc.), tanto por médicos quanto por pacientes.
- **Automação de Rotinas**: Automatiza a coleta de dados e resultados, desde a solicitação até a entrega final, reduzindo erros manuais e retrabalho.

1.9.4. Coleta de Amostras Laboratoriais

- **Gestão de Coletas**: Controle da coleta de amostras em laboratório, com rastreamento da amostra desde a coleta até a análise final.
- **Identificação e Etiquetagem Automática**: Impressão automática de etiquetas de código de barras para identificação de amostras, garantindo segurança e rastreabilidade.
- **Controle de Tempo de Coleta**: Monitoramento do tempo adequado para coleta e transporte de amostras que demandam maior atenção, como sangue ou urina.

1.9.5. Análise de Exames Laboratoriais

- **Automação de Processos Laboratoriais**: Integração com equipamentos de laboratório, automatizando o processo de leitura, análise e registro de resultados.
- **Interface com Equipamentos de Laboratório**: Comunicação direta com analisadores clínicos para a importação automática dos resultados.
- **Validação de Resultados**: Ferramentas para a validação de resultados críticos antes de serem liberados para médicos e pacientes.

1.9.6. Controle de Qualidade

- **Monitoramento de Desempenho de Equipamentos**: Controle e acompanhamento de manutenções e calibrações dos equipamentos utilizados para exames de imagem e laboratório.
- **Controle de Qualidade de Resultados**: Verificação automática de resultados fora dos padrões e envio para revisão por especialistas.

- **Gerenciamento de Protocolos de Exames**: Padronização de procedimentos e protocolos clínicos para garantir que os exames sejam realizados de maneira correta e uniforme.

1.9.7. Faturamento e Auditoria de Exames

- **Integração com Faturamento**: Facilita o registro de exames realizados no sistema de faturamento, garantindo que todos os procedimentos sejam corretamente cobrados.
- **Auditoria de Exames**: Ferramentas para auditoria interna e externa dos exames realizados, identificando inconsistências ou possíveis fraudes.
- **Controle de Exames Não Realizados**: Rastreamento de exames agendados que não foram executados, com possibilidade de justificar cancelamentos e remanejamentos.

1.9.8. Remanejamento e Cancelamento de Exames

- **Remanejamento de Horários**: Flexibilidade para remarcar exames de acordo com a disponibilidade de salas, profissionais e equipamentos.
- **Cancelamento de Exames**: Opção para cancelar exames com registro automático dos motivos de cancelamento e notificação ao paciente.
- **Gestão de Ausências**: Controle de faltas de pacientes e reagendamentos, permitindo melhorar o fluxo e evitar desperdícios de tempo e recursos.

1.9.9. Integração com Sistemas Externos

- **Integração com Outros Laboratórios**: Envio de exames para laboratórios de referência, com retorno dos resultados diretamente ao prontuário do paciente.
- **Parcerias com Redes de Imagem**: Facilita a integração com clínicas de imagem para compartilhamento de informações e resultados.

1.9.10. Análise e Relatórios

- **Relatórios Estatísticos**: Geração de relatórios sobre a quantidade e tipos de exames realizados, tempo de resposta, e outros indicadores de desempenho.

- **Indicadores de Desempenho**: Análise do desempenho da equipe e da eficiência dos processos, com base em métricas como tempo médio de realização de exames e taxa de erros ou retrabalho.
- **Relatórios de Diagnóstico**: Ferramentas para gerar relatórios completos de diagnóstico para apoio à decisão médica e gestão clínica.

1.10. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

O PEP é uma ferramenta essencial para a prática da medicina moderna, permitindo que as informações do paciente sejam acessíveis em tempo real, com segurança e precisão. As informações das ações e cuidados registrados servem de base a pesquisa e ensino, controle de qualidade e auditoria clínica.

O sistema é uma ferramenta abrangente que facilita a gestão integrada da saúde do paciente, promovendo a eficiência, segurança e qualidade no atendimento.

O PEP engloba diversas funcionalidades, tais como a prescrição médica, solicitação de exames, anamnese, evolução médica, evoluções da enfermagem e alta médica, dentre outras. A seguir, estão listadas as principais funcionalidades e benefícios do PEP no sistema MV:

1.10.1. Registro Completo de Informações do Paciente

- **Histórico Clínico**: Registra todas as interações do paciente com o sistema de saúde, incluindo consultas, procedimentos, exames, internações e medicações.
- **Dados Demográficos**: Armazena informações pessoais do paciente, como nome, endereço, contato, e documentos pessoais.
- **Histórico de Doenças e Alergias**: Armazena dados sobre condições de saúde passadas, histórico familiar e alergias, oferecendo uma visão completa para os profissionais de saúde.

1.10.2. Integração Multidisciplinar

- **Acesso Multidisciplinar**: Permite que diferentes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, etc.) registrem e acessem informações no prontuário, facilitando a comunicação entre equipes.

- **Interações em Tempo Real**: Os dados são atualizados em tempo real, permitindo que qualquer profissional com acesso veja as informações mais recentes do paciente durante o atendimento.

1.10.3. Prescrição Eletrônica

- **Prescrição Médica Eletrônica**: Facilita a prescrição de medicamentos, procedimentos e exames diretamente pelo PEP, com integração a farmácias e laboratórios.
- **Interações Medicamentosas**: O sistema alerta sobre possíveis interações medicamentosas e outras contraindicações antes de concluir a prescrição.
- **Assinatura Eletrônica**: Utiliza certificados digitais para garantir a autenticidade e segurança das prescrições e documentos médicos.

1.10.4. Segurança da Informação

- **Controle de Acesso**: Implementa diferentes níveis de acesso com base nas funções dos profissionais, garantindo que apenas usuários autorizados possam visualizar ou alterar determinados dados.
- **Criptografia de Dados**: Protege as informações dos pacientes com criptografia, tanto durante o armazenamento quanto durante a transmissão de dados.
- **Auditoria de Acessos e Alterações**: Mantém um registro detalhado de quem acessou ou alterou informações no prontuário, promovendo a rastreabilidade e segurança.

1.10.5. Gestão de Exames e Resultados

- **Solicitação de Exames**: Permite que médicos solicitem exames diretamente pelo prontuário, com integração a sistemas de imagem e laboratório.
- **Visualização de Resultados**: Resultados de exames laboratoriais e de imagem são integrados automaticamente ao PEP, disponíveis para revisão pelos médicos e acesso das equipes multidisciplinares.
- **Histórico de Exames**: O PEP armazena todos os exames já realizados pelo paciente, permitindo comparações ao longo do tempo.

1.10.6. Prontuário Completo e Unificado

- **Prontuário Longitudinal**: O sistema armazena todos os registros do paciente desde sua primeira interação com o sistema de saúde, fornecendo uma visão contínua de sua saúde ao longo do tempo.
- **Centralização de Informações**: Reúne todas as informações clínicas em um único local, facilitando o acesso e a tomada de decisões clínicas baseadas em dados completos.

1.10.7. Monitoramento e Acompanhamento Clínico

- **Alertas e Notificações**: O sistema pode gerar alertas automáticos para situações críticas, como resultados de exames anormais ou necessidade de revisão de medicamentos.
- **Planos de Cuidado**: Permite que equipes médicas criem e monitorem planos de cuidado individualizados, com metas, tratamentos e acompanhamentos adequados a cada paciente.
- **Fluxos de Trabalho Personalizados**: Automatiza parte do fluxo de trabalho clínico, como agendamento de consultas de retorno e pedidos de exames de rotina.

1.10.8. Evolução Clínica

- **Registro de Evolução**: Os profissionais de saúde podem registrar a evolução clínica do paciente, incluindo observações médicas, intervenções, diagnósticos e respostas aos tratamentos.
- **Compartilhamento de Informação**: Facilita a comunicação entre profissionais de saúde com acesso a registros completos e atualizados sobre a evolução do paciente.

1.10.9. Anotações de Enfermagem

- **Registros de Enfermagem**: Armazena as anotações e observações de enfermeiros, como sinais vitais, administração de medicamentos e intervenções realizadas.

- **Planos de Cuidado de Enfermagem**: Permite o desenvolvimento de planos de cuidado individualizados, que são atualizados em tempo real conforme a condição do paciente evolui.

1.10.10. Interoperabilidade

- **Integração com Outros Sistemas**: O PEP é compatível com diferentes sistemas hospitalares, permitindo a troca de dados entre unidades de saúde, farmácias, laboratórios, entre outros.
- **Padrões de Interoperabilidade**: O sistema utiliza padrões internacionais (como HL7 e DICOM) para garantir a comunicação eficiente entre diferentes plataformas de saúde.

1.10.11. Suporte à Decisão Clínica

- **Protocolos Clínicos Integrados**: O sistema pode fornecer recomendações baseadas em protocolos clínicos para apoiar a tomada de decisões pelos médicos.
- **Alertas de Protocolos**: Sinaliza ao médico se uma decisão clínica não está alinhada com protocolos estabelecidos ou quando há necessidade de ação imediata.

1.10.12. Histórico de Internações e Procedimentos

- **Registro de Internações**: Armazena informações sobre internações, incluindo diagnósticos, procedimentos realizados, duração da internação e evolução do quadro.
- **Procedimentos Cirúrgicos**: Mantém um registro completo de procedimentos cirúrgicos e intervenções, incluindo o acompanhamento pós-operatório.

1.10.13. Documentação e Assinatura eletrônica

- **Documentos e Formulários personalizados**: O sistema permite que médicos e equipes criem e preencham formulários específicos diretamente no PEP, como termos de consentimento, formulários de avaliação clínica e relatórios.
- **Assinatura Digital**: Garante a validade jurídica e segurança de todos os documentos eletrônicos, facilitando auditorias e garantindo a integridade dos dados.

1.10.14. Telemedicina e Acompanhamento à Distância

- **Consultas por Telemedicina**: Permite a realização de consultas a distância, com os registros sendo armazenados diretamente no PEP.
- **Monitoramento Remoto**: Possibilidade de acompanhar os pacientes fora do ambiente hospitalar, com registros de sinais vitais e outras métricas enviadas diretamente para o prontuário.

1.10.15. Relatórios e Indicadores Clínicos

- **Análise de Dados Clínicos**: Ferramentas para gerar relatórios baseados nos dados do PEP, como indicadores de qualidade, desfechos clínicos, tempos de internação e eficácia de tratamentos.
- **Estatísticas Populacionais**: Permite análises agregadas sobre grupos populacionais, gerando insights para a gestão da saúde pública e privada.

1.10.16. Atendimento Personalizado

- **Personalização de Cuidados**: O PEP facilita o atendimento personalizado com base no histórico completo de saúde, permitindo que os profissionais de saúde adaptem os tratamentos conforme as necessidades individuais de cada paciente.

1.10.17. Controle de Protocolos e Diretrizes Clínicas

- **Implementação de Protocolos**: Integração de protocolos clínicos e diretrizes de tratamento diretamente no prontuário, garantindo que as melhores práticas sejam seguidas por todos os profissionais.

1.10.18. Backup e Recuperação de Dados

- **Segurança e Recuperação**: Implementa procedimentos de backup automático para garantir que os dados dos pacientes estejam sempre protegidos e disponíveis em caso de falhas no sistema.

2. TOTVS RM

2.1.Gestão Financeira:

2.1.1. Contas a pagar: Permite o gerenciamento das obrigações financeiras da empresa, com funcionalidades como:

- Cadastro de fornecedores e suas informações detalhadas, incluindo dados contratuais e condições comerciais.
- Registro de contas a pagar com controle de vencimentos, parcelamentos e histórico de pagamentos.
- Fluxo de aprovação para garantir que os pagamentos sigam as políticas internas da organização.
- Integração com bancos para gerar remessas de pagamento e automatizar os processos bancários.

2.1.2. Tesouraria: Gerencia o fluxo de caixa e operações financeiras da empresa, oferecendo:

- Controle do fluxo de caixa, registrando entradas e saídas diárias e o saldo disponível.
- Gestão de aplicações financeiras e empréstimos, com registro e controle de movimentações.
- Projeções de fluxo de caixa futuro, baseadas em compromissos financeiros e receitas previstas.

2.1.3. Conciliação Bancária: Automatiza o processo de conciliação entre os extratos bancários e os registros financeiros da empresa:

- Importação automática de extratos bancários para facilitar a conciliação.
- Comparação automática entre lançamentos bancários e registros contábeis, identificando possíveis inconsistências.
- Geração de relatórios detalhados para auditoria e controle de divergências.

2.1.4. Relatórios e Indicadores financeiros: Oferece relatórios detalhados e ferramentas para análise financeira, incluindo:

- Relatórios de fluxo de caixa, permitindo a análise detalhada das entradas e saídas de recursos.

- Indicadores de desempenho financeiro, como inadimplência, liquidez e rentabilidade.
- Ferramentas de análise para tomada de decisões estratégicas, baseadas em dados financeiros precisos.

2.2.Gestão de Estoques, Compras e Faturamento

2.2.1. Solicitações de Compras

- Facilita a criação de solicitações de compra por departamentos ou setores, com aprovação automática baseada em regras predefinidas.
- Permite ao setor de Suprimentos a criação de ordens de compra de acordo com as compras realizadas com fornecedores externos.
- Permite a integração entre sistemas, para que a ordem de compra seja gerada automaticamente no sistema de acordo com as cotações realizadas em sistemas informatizados, evitando possíveis erros de digitação manual e otimizando o tempo de geração das demandas, possibilitando ao usuário a eliminação de trabalho manual e aumento do tempo de análise crítica das informações.
- Permite a criação de ordens de compra para entrada de notas fiscais.

2.2.2. Cotação de Preços

- A cotação de preços é realizada a partir da plataforma Apoio Cotações. Esta plataforma pode ser integrada ao sistema TOTVS RM, gerando ordens de compra de forma automatizada, de acordo com as cotações realizadas na plataforma.
- A plataforma gera relatórios de histórico de compras para identificar fornecedores com melhor desempenho em termos de custo e prazo de entrega.

2.2.3. Pedidos de Compras

- Transforma automaticamente as cotações aprovadas em pedidos de compra, com controle de quantidades, valores e prazos de entrega.
- Integração com o módulo financeiro para controle de contas a pagar e com o estoque para recebimento automático de mercadorias.

2.2.4. Recebimento de Mercadorias

- Registra o recebimento de mercadorias, integrando diretamente com o estoque para dar entrada nos itens e atualizar os níveis de estoque.
- Verificação automática de conformidade entre o pedido de compra e a mercadoria recebida, gerando notificações em caso de divergências.

2.2.5. Controle de Fornecedores

- Cadastro completo de fornecedores, com histórico de desempenho, como prazos de entrega, qualidade dos produtos e condições comerciais.
- Permite a avaliação contínua dos fornecedores, integrando com o módulo de compras para gerar relatórios de eficiência.

2.2.6. Apuração de Impostos

- Calcula automaticamente os impostos devidos em cada operação de venda ou prestação de serviço, com integração direta aos módulos fiscais e contábeis.
- Adequado às diferentes legislações estaduais e municipais, ajustando-se aos regimes tributários e facilitando a apuração e recolhimento dos tributos.

2.2.7. Importação automática de notas fiscais por meio de arquivo XML

- Permite a importação de notas fiscais de produtos e de serviços por meio de arquivo XML, onde as notas fiscais são lançadas de forma automatizada no sistema, gerando maior segurança das informações, evitando erros operacionais e agilizando o processo de lançamento e contabilização das notas fiscais, além de possibilitar um ganho de tempo para o colaborador poder investir mais em análise crítica das informações.
- Integração com o módulo de contas a receber e estoque para atualizar as informações financeiras e de produtos em caso de cancelamento.

2.3.Gestão de Pessoas

2.3.1. Cadastro de Colaboradores

- Armazena informações completas dos colaboradores, como dados pessoais, profissionais, históricos de salário, jornada, promoções, afastamentos, dentre outros, cargos, salários, setores, etc.
- Permite o gerenciamento de documentos, registros de admissão, contratos de trabalho, e outros documentos relevantes.

2.3.2. Folha de Pagamento

- Automatiza o processamento da folha de pagamento, calculando salários, férias, 13º salário, rescisão e outros benefícios.
- Realiza a integração com o módulo contábil e financeiro, facilitando o cálculo de encargos e tributos.
- Geração automática de arquivos para envio ao eSocial, atendendo às exigências legais.

2.3.3. Controle de Ponto Eletrônico

- Gerencia o controle de jornada dos colaboradores, integrando com sistemas de ponto eletrônico.
- Permite ajustes e correções manuais, além de cálculos automáticos de horas extras, adicionais noturnos, e banco de horas.

2.3.4. Gestão de Benefícios

- Gerencia benefícios como vale-transporte, vale-alimentação, plano de saúde, e outros.
- Integração com a folha de pagamento, permitindo descontos automáticos dos benefícios.

2.3.5. Treinamento e Desenvolvimento

- Facilita a gestão de programas de treinamento e capacitação dos colaboradores.
- Registra a participação dos funcionários em cursos e eventos, acompanhando o progresso e resultados dos treinamentos.

2.3.6. Avaliação de Desempenho

- Automatiza processos de avaliação de desempenho, permitindo a criação de formulários personalizados e relatórios de feedback.
- Integração com planos de carreira e desenvolvimento profissional, proporcionando uma visão completa das avaliações de cada colaborador.

2.3.7. Recrutamento e Seleção

- Gera e gerencia processos de recrutamento, desde a abertura de vagas até a seleção dos candidatos.
- Integração com o cadastro de colaboradores, permitindo a atualização automática dos registros quando um candidato é contratado.

2.3.8. Planejamento de Cargos e Salários

- Gerencia o plano de cargos e salários da empresa, permitindo o acompanhamento da estrutura de cargos, salários e promoções.
- Permite simulações de ajustes salariais e movimentações de colaboradores entre cargos.

2.3.9. Segurança e Medicina do Trabalho

- Gerencia as atividades relacionadas à segurança e saúde ocupacional, como controle de EPIs (Equipamentos de Proteção Individual), exames médicos periódicos e afastamentos.
- Permite a geração de relatórios para atender às exigências legais, como o PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e o PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional).

2.3.10. Gestão de Férias

- Automatiza o processo de concessão de férias, controlando períodos aquisitivos e concessivos.
- Permite o planejamento das férias, evitando sobreposições de colaboradores e garantindo o controle de períodos vencidos.

2.3.11. Relatórios e Indicadores de Gestão de Pessoas

- Gera relatórios personalizados de indicadores como absenteísmo, turnover, custos com pessoal e desempenho.
- Oferece ferramentas de análise de dados, permitindo a visualização dos principais KPIs (Indicadores-Chave de Desempenho) de RH.

2.4. Departamento Pessoal

2.4.1. Processamento da Folha de Pagamento

- Realiza o cálculo automático da folha de pagamento de forma eficiente e integrada.
- Gera o cálculo de salários, benefícios, horas extras, adicionais noturnos, e outros componentes.
- Integração com eSocial para envio dos dados de acordo com as exigências legais.

2.4.2. Gerenciamento de Encargos e Tributos

- Cálculo automático de encargos trabalhistas, como FGTS, INSS e IRRF.
- Emissão de guias de recolhimento e relatórios para pagamento de tributos.
- Controle de deduções e isenções para otimizar o cálculo de impostos.

2.4.3. Controle de Férias

- Gerencia o planejamento e o controle de férias dos colaboradores.
- Realiza o cálculo automático do pagamento de férias, incluindo adiantamento de 1/3 constitucional.

- Integração com o espelho de ponto e planejamento de equipe para evitar conflitos de férias.

2.4.4. 13º Salário

- Processamento automático do 13º salário, dividido em duas parcelas conforme a legislação.
- Geração de cálculos de adiantamento e pagamento final, com controle de descontos e encargos.
- Emissão de relatórios detalhados para acompanhamento do processo.

2.4.5. Rescisões Contratuais

- Cálculo das verbas rescisórias, como saldo de salário, aviso prévio, férias vencidas, e proporcional de 13º salário.
- Emissão de documentos e guias para homologação e recolhimento de encargos rescisórios.
- Integração com o eSocial para envio dos eventos rescisórios.

2.4.6. Adiantamentos e Empréstimos

- Gerenciamento de adiantamentos salariais e controle de empréstimos concedidos aos colaboradores.
- Realiza o desconto automático na folha de pagamento dos valores de adiantamento ou parcelas de empréstimos.
- Permite a customização de regras para adiantamentos e limites.

2.4.7. Integração com Contabilidade

- Integração direta com o módulo contábil para lançamentos automáticos dos valores da folha de pagamento.
- Geração de lançamentos contábeis detalhados, facilitando o fechamento contábil e financeiro da empresa.

- Relatórios de provisões para controle financeiro e planejamento orçamentário.

2.4.8. Controle de Provisões

- Cálculo e controle de provisões de férias, 13º salário e outros encargos trabalhistas.
- Geração de relatórios de provisões para acompanhamento financeiro e planejamento de custos.
- Integração com o módulo financeiro para provisionamento de pagamentos futuros.

2.4.9. Relatórios Gerenciais

- Geração de relatórios personalizados com informações sobre salários, encargos, e outros custos de pessoal.
- Oferece gráficos e análises detalhadas para acompanhamento da folha de pagamento e tomada de decisões estratégicas.
- Relatórios específicos para auditorias e controle de conformidade legal.

2.4.10. Histórico de Pagamentos

- Registro detalhado do histórico de pagamentos de cada colaborador, incluindo contracheques e outros comprovantes.
- Acompanhamento das movimentações financeiras, como adiantamentos, bônus, e outros pagamentos esporádicos.
- Permite consultas rápidas para auditorias ou revisões internas.

2.4.11. Conformidade com a Legislação Trabalhista

- Atualização constante para garantir conformidade com as mudanças nas leis trabalhistas.
- Automatização de cálculos baseados em legislações vigentes, como CLT, convenções coletivas e regulamentações específicas.
- Envio de informações ao eSocial para garantir o cumprimento das obrigações legais.

2.5. M

2.5.1. Plano de Contas

- Definição e estruturação do plano de contas da empresa, com níveis hierárquicos e agrupamento de contas.
- Flexibilidade para adaptação a diferentes tipos de empresas e segmentos de mercado.
- Integração com outros módulos, como financeiro e folha de pagamento.

2.5.2. Lançamentos Contábeis

- Realização de lançamentos contábeis manuais ou automáticos, com integração a módulos como financeiro e compras.
- Classificação e conciliação automática de lançamentos, facilitando o fechamento contábil.
- Controle de débitos e créditos, com possibilidade de ajustes e correções.

2.5.3. Apuração de Resultados

- Geração de demonstrativos contábeis, como DRE (Demonstração do Resultado do Exercício), BP (Balanço Patrimonial) e outros relatórios gerenciais.
- Apuração de lucros ou prejuízos, com detalhamento por centro de custo, unidade de negócio ou filial.
- Ferramentas para análise de desempenho e acompanhamento de resultados financeiros.

2.5.4. Conciliação Contábil

- Conciliação automática de contas contábeis com os módulos financeiros, bancários e de estoques.
- Ferramentas para acompanhamento e resolução de inconsistências nos lançamentos.
- Relatórios de conciliação para auditorias e revisões internas.

2.5.5. Contabilidade Gerencial

- Integração com o módulo de gestão orçamentária para acompanhamento do orçamento versus o realizado.
- Controle de centros de custos e alocação de despesas por departamentos, projetos ou áreas.
- Relatórios gerenciais para análise de rentabilidade e eficiência operacional.

2.5.6. Integração com o SPED Contábil

- Geração e envio automático do arquivo SPED Contábil, conforme exigências da Receita Federal.
- Validação de dados antes do envio para garantir conformidade com a legislação.
- Automatização de processos para evitar erros manuais e retrabalho.

2.5.7. Fechamento Contábil

- Automação do processo de fechamento contábil mensal, trimestral ou anual.
- Ferramentas para revisão e ajustes de lançamentos, garantindo precisão nos balanços.
- Geração de relatórios finais para auditorias e apresentação de resultados.

2.6.Gestão Fiscal

2.6.1. Apuração de Impostos

- Apuração automática de tributos federais, estaduais e municipais, como ICMS, ISS, PIS, COFINS e IRPJ.
- Cálculos baseados na legislação vigente, com atualizações constantes para garantir conformidade.
- Relatórios detalhados de apuração e geração de guias de recolhimento.

2.6.2. Integração com SPED Fiscal e Contribuições

- Geração e envio dos arquivos SPED Fiscal (EFD ICMS/IPI) e SPED Contribuições (EFD PIS/COFINS).
- Validação de dados e estruturação conforme normas da Receita Federal.
- Automatização do envio dos arquivos, reduzindo o risco de multas e autuações fiscais.

2.6.3. Gestão de Notas Fiscais

- Emissão e controle de notas fiscais eletrônicas (NF-e) e de serviços (NFS-e).
- Integração com módulos de vendas, compras e estoques, automatizando o processo de emissão e escrituração.
- Validação de notas fiscais emitidas e recebidas, com geração automática de livros fiscais.

2.6.4. Escrituração Fiscal

- Escrituração automática dos livros fiscais, como Livro de Apuração do ICMS, Livro de Apuração do ISS, e Livro Registro de Entradas e Saídas.
- Integração com o módulo de gestão de estoques para garantir a correta escrituração das operações.
- Relatórios de conformidade fiscal para acompanhamento e auditorias.

2.6.5. Retenções de Impostos

- Cálculo automático de retenções de impostos na fonte, como IRRF, INSS, PIS, COFINS e CSLL.
- Geração de guias e relatórios para recolhimento de tributos retidos.
- Controle e acompanhamento de retenções sobre serviços e fornecedores.

2.6.6. Geração de Relatórios Fiscais

- Emissão de relatórios fiscais detalhados para auditorias e acompanhamento de obrigações fiscais.
- Relatórios de apuração de tributos, escrituração fiscal e retenções de impostos.
- Análises gerenciais para tomada de decisões estratégicas em relação à carga tributária.

2.6.7. Gestão de Obrigações Acessórias

- Controle de obrigações acessórias, como DCTF, DIRF, SISCOSERV, e outras exigências fiscais.
- Geração de arquivos e relatórios conforme o cronograma de entrega das obrigações fiscais.
- Validação e envio automatizado para garantir cumprimento dos prazos.

3. TOTVS Fluig

A plataforma TOTVS Fluig, concentra vários processos, documentos, acesso a dados e rotinas institucionais integradas com os módulos de BackOffice do TOTVS RM, atendendo às exigências da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

O sistema é utilizado para unificar processos, pessoas e sistemas com o objetivo de aumentar a produtividade, automatizando e organizando processos, bem como otimizando atividades e tarefas de diferentes áreas.

São produzidos solicitações e a realização de tarefas dentro de fluxos de trabalhos através de formulários dinâmicos. A plataforma possui código editável, o qual permite a equipe de T.I criar e personalizar relatórios de acordo com as necessidades identificadas de cada área, permitindo a integração entre os sistemas, setores e pessoas e permitindo a análise de indicadores e dashboards vinculados a plataforma Microsoft Power BI.

A ferramenta centraliza os dados um único local, através de uma comunicação colaborativa. As aplicações vão desde o gerenciamento de processos até o controle de acesso unificado para os colaboradores.

O Fluig também permite a aprovação por hierarquias, garantindo a transparência nas aprovações dos processos. Além disso, o sistema também permite a integração de informações ao TOTVS RM, automatizando uma série de informações ao sistema de

maneira fluida e imediata. Portanto, a plataforma traz um ganho de produtividade considerável, além da garantia de processos sólidos e eficazes.

A seguir, destacamos algumas funcionalidades desenvolvidas na plataforma FLUIG:

3.1. **Gestão Eletrônica de Documentos (GED)**:

O Fluig é utilizado para armazenar de maneira eletrônica uma série de documentos de diversos processos. Portanto, todos os documentos são inseridos no Fluig, tais como: notas fiscais, ordens de compra, cotações, documentações de funcionários, contratos e aditivos, formulários, etc. Neste sentido, há uma considerável economia de impressão de documentos, espaço físico, controle e organização, tendo em vista que o Fluig permite o download dos documentos de acordo com parâmetros selecionados, possibilitando máxima transparência dos processos e rápida resposta em casos de auditorias ou fiscalizações.

- **Armazenamento centralizado:** Todos os documentos são armazenados em um único local acessível, facilitando o controle e a organização.
- **Controle de versões:** Gerencia as diferentes versões de um documento, mantendo um histórico das alterações e evitando perda de informações.
- **Acesso e permissões:** Controla quem pode acessar, editar ou compartilhar determinados documentos, garantindo segurança e confidencialidade.
- **Fluxos de aprovação:** Permite criar fluxos de aprovação de documentos, automatizando processos de revisão e aprovação.
- **Indexação e busca:** Oferece ferramentas de indexação e busca, facilitando a localização de documentos específicos de forma rápida e eficiente.

3.2.Formulários de Solicitações:

Os Formulários de Solicitações no Fluig são ferramentas que permitem a criação, personalização e gerenciamento de diversos tipos de solicitações dentro de uma empresa. Eles podem ser utilizados para digitalizar processos que envolvem aprovações, fluxos de trabalho e acompanhamento de atividades. A seguir, estão os principais aspectos relacionados aos formulários de solicitações no Fluig:

3.2.1. Criação de Formulários Customizados

- Possibilidade de criar formulários sob medida para diversos processos corporativos.
- Interface intuitiva com funcionalidade de arrastar e soltar (drag-and-drop), sem necessidade de programação.

3.2.2. Integração Financeira e operacional com o TOTVS RM

- Após finalização dos formulários é possível realizar integração com o TOTVS RM, gerando informações fiscais e financeiras de forma automatizada, como a geração de provisão de contratos, geração de ordens de compra, geração de lançamentos financeiros, etc.

3.2.3. Integração com Outras Ferramentas

- Integração com sistemas ERP (como TOTVS RM) e outros sistemas corporativos para sincronização de dados.
- Anexos de documentos e arquivos aos formulários, integrados ao módulo de GED.

3.2.4. Integração com Processos de Workflow

- Integração dos formulários com fluxos de trabalho automatizados.
- Roteamento automático de solicitações para os responsáveis por aprovação ou execução.

3.2.5. Controle de Acessos e Permissões

- Definição de permissões de visualização, edição e aprovação.
- Controle granular de acesso aos campos, baseado no perfil do usuário e na etapa do processo.
- Controle centralizado de identidades e permissões para acesso a diferentes módulos e funcionalidades da plataforma.
- Ferramentas de autenticação e segurança para garantir que apenas os usuários autorizados tenham acesso às informações.

3.2.6. Automatização de Processos

- Eliminação de processos manuais por meio da digitalização.

- Notificações automáticas via e-mail ou mensagens para avisar sobre novas solicitações ou mudanças de status.

3.2.7. Histórico e Rastreabilidade

- Registro completo de todas as solicitações, com histórico de aprovações, rejeições e comentários.
- Fácil rastreamento de cada etapa do processo e de quem realizou ações em cada fase.

3.2.8. Relatórios e Acompanhamento

- Geração de relatórios em tempo real para acompanhar o status das solicitações.
- Painel de controle para visualizar o andamento das solicitações pendentes, em processamento ou concluídas.

3.2.9. Mobilidade (Aplicativo)

- Acesso aos formulários por meio de dispositivos móveis, facilitando a interação e acompanhamento remoto.
- Facilidade para gerenciar solicitações em qualquer lugar e a qualquer momento.
- Aplicação móvel que permite acessar e interagir com os processos da plataforma em qualquer lugar.
- Aprovação de solicitações, acesso a documentos e interação com fluxos de trabalho por dispositivos móveis.

A seguir, destacamos os principais formulários desenvolvidos para facilitação dos setores:

- **Chamados**: Permite a abertura de chamados para as áreas técnicas (T.I, manutenção, etc.);
- **Compras**: Cadastro de produtos; Queixa Técnica de Produtos; Avaliação de Fornecedores; Solicitação de Aquisição de Produtos e Equipamentos;
- **Comunicação**: Demandas de comunicação, divulgações e programas;
- **Contabilidade**: Cadastros de centros de custos; Controle de Certidões e Prazos;

- **Contratos**: Contratação de Fornecedor de Serviços Gerais e Médicos; Avaliação de Fornecedores; Comunicado de Intercorrência; Medições Médicas; Controle de Acessos de PJ;
- **Departamento Pessoal**: Solicitação de Férias; Atipicidades; Autorização de Horas Extras; Solicitação de Troca de Plantão;
- **Enfermagem**: Notificação de incidentes;
- **Jurídico**: Respostas de Ofícios;
- **Prestação de Contas**: Portal da Transparência;
- **Recursos Humanos**: Alteração de Movimentação de Pessoal; Atualização de Dados Cadastrais; Avaliação de Desempenho; Desligamento de Pessoal; Canal de Comunicação com o RH; Pesquisa de Clima; Requisição de Pessoal; Solicitação de Intervenção;
- **SCIH**: Solicitações em Geral para o SCIH
- **SESMT**: Solicitação de EPI; Programa de Saúde Mental.

4. TOTVS Meu RH

O TOTVS Meu RH é um aplicativo desenvolvido para a gestão de pessoas, permitindo que colaboradores e gestores acessem e realizem diversas funções relacionadas ao setor de Recursos Humanos e Departamento pessoal através do aplicativo desenvolvido para desktops e dispositivos móveis. Ele facilita o acesso a informações pessoais, marcação de ponto, acompanhamento de férias, entre outras funcionalidades, promovendo uma maior autonomia para os colaboradores e eficiência para a empresa.

A seguir, destacamos as funcionalidades do aplicativo:

4.1. Consulta de Informações Pessoais

- Acesso a dados pessoais como endereço, telefone, e-mail e documentos.
- Possibilidade de atualização de informações diretamente pelo app, de acordo com as permissões de campos editáveis e permissões de usuários;

4.2. Controle de Frequência e Ponto Eletrônico

- Marcação de ponto eletrônico, com registro de entrada e saída, com geolocalização, garantindo a rastreabilidade do registro.
- Consulta de horários de trabalho, faltas, e ocorrências relacionadas à jornada.

- O aplicativo é homologado para utilização e segue as diretrizes da CLT, sendo aceito como meio de registro de ponto pelos órgãos fiscalizadores.

4.3. Gestão de Férias

- Solicitação e acompanhamento do status de pedidos de férias.
- Consulta ao saldo de dias disponíveis e períodos de gozo.

4.4. Consulta de Holerite

- Acesso ao demonstrativo de pagamento diretamente no aplicativo e acesso ao histórico de holerites disponíveis para consulta e download.

4.5. Benefícios

- Consulta de saldo e detalhes de benefícios, como vale-alimentação e plano de saúde.
- Gestão de solicitações de inclusão ou alteração de benefícios.

4.6. Documentos Corporativos

- Acesso a documentos corporativos, como políticas internas, manuais e regulamentos.
- Download e visualização de arquivos diretamente pelo aplicativo.

5. Sigquali

O SigQuali (Sistema Integrado de Gestão da Qualidade) é sistema voltado para a gestão da qualidade em diversos processos de uma organização. Ele é utilizado para garantir que os padrões de qualidade sejam mantidos e aprimorados, atuando em várias áreas como controle de documentos, auditorias, ocorrências e não conformidades, além de auxiliar na certificação de normas como a ONA.

A seguir, apresentamos as principais funcionalidades do sistema:

5.1. Gestão de Documentos e Registros

- **Controle de Documentos**: Gestão e versionamento de documentos de qualidade, incluindo procedimentos, políticas e manuais.
- **Revisões e Aprovações**: Processo estruturado para revisão e aprovação de documentos, garantindo conformidade e rastreabilidade.

5.2. Gestão de Não Conformidades

- **Registro de Não Conformidades**: Identificação e registro de não conformidades nos processos e produtos.
- **Ações Corretivas e Preventivas**: Implementação e monitoramento de ações corretivas e preventivas para resolver e evitar problemas.

5.3. Gestão de Auditorias

- **Planejamento de Auditorias**: Agendamento e planejamento de auditorias internas e externas.
- **Execução e Relatórios**: Condução de auditorias com geração de relatórios detalhados e definição de planos de ação.

5.4. Indicadores de Desempenho

- **Monitoramento de KPIs**: Controle e análise de indicadores de desempenho relacionados à qualidade.
- **Relatórios e Dashboards**: Ferramentas para criar relatórios e dashboards que facilitam a visualização e análise dos dados de desempenho.

5.5. Gestão de Treinamentos

- **Planejamento de Treinamentos**: Organização e controle de programas de treinamento para garantir que a equipe esteja qualificada.

- **Registro de Participação**: Acompanhamento da participação e certificação dos colaboradores nos treinamentos.

5.6. Gestão de Riscos

- **Identificação e Avaliação de Riscos**: Detecção e análise de riscos que podem impactar a qualidade dos processos.
- **Monitoramento e Mitigação**: Implementação de estratégias para monitorar e reduzir riscos identificados.

ÁREA DE ATIVIDADE

Proposta para Regimento do Corpo Clínico

I. Natureza e Finalidade

Art. 1º. Corpo Clínico é o conjunto de médicos que se propõe a assumir solidariamente a responsabilidade de prestar atendimento aos usuários que procuram o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, respeitadas as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria.

Art. 2º. Este Regimento tem por finalidade disciplinar as ações e os serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, pelos componentes do Corpo Clínico do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com base nas determinações da Resolução do CFM nº 1481/97 e em consonância com o Regulamento da instituição aprovado em 05 de setembro de 2022.

II. Composição

Art. 3º. A Diretoria Clínica é o órgão de administração do Corpo Clínico.

Art. 4º. Integram a Diretoria Clínica:

I. Diretor Clínico.

II. Coordenadores médicos das especialidades.

III. Comissão de Ética Médica.

IV. Comissões Técnico-Científicas.

Art. 5°. Os médicos que se encontram em pleno direito de exercitar a profissão e com habilitações clínicas definidas para atuarem no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEJ são distribuídos nas seguintes categorias:

I. Efetivos.

II. Temporários.

III. Estagiários.

Art. 6°. São membros efetivos os médicos que tenham integrado o grupo de membros temporários pelo período mínimo de (seis) meses e após aprovação do cadastro se declararem em concordância com todas as exigências inerentes às suas atividades como participante do Corpo Clínico nesta categoria.

Art. 7°. São membros temporários os médicos aprovados pelo Diretor Clinico para internar seus pacientes no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, podendo voluntariamente seguir os protocolos de conduta estabelecidos pelo Corpo Clínico para as áreas de sua habilitação.

Parágrafo único: O período para solicitação de cadastramento como membro efetivo do Corpo Clínico não poderá exceder à (doze) meses.

Art.8°. São membros estagiários (residentes, estrangeiros etc) os médicos devidamente inscritos no CREMEGO, vinculados à uma programação de ensino e treinamento, sob supervisão de membro efetivo do Corpo Clínico, com ou sem ônus para a instituição.

Parágrafo único: Os programas de ensino e treinamento médico devem ser homologados pelo Diretor Clínico.

Art. 9°. Por autorização do Diretor Clínico, médico não integrante do Corpo Clínico poderá prestar atendimento a pacientes internados em caráter eventual ou especial. Nessa situação, deverá respeitar as normas administrativas da instituição, sendo assessorado no atendimento por médico efetivo.

III. Mandato

Art. 12°. Não há período de vigência.

IV. Funcionamento

Art. 13°. As atividades dos médicos do Corpo Clínico serão organizadas em serviços nas seguintes especialidades:

I. Clínica médica;
II. Cirurgia geral;
III. Cirurgia Pediátrica
IV. Pediatria
V. Ortopedia e traumatologia;
VI. Ginecologia;
VII. Obstetrícia;
VIII. Infectologia;
IX. Anestesiologia;
X. Cardiologia
XI. Dermatologia
XII. Oftalmologia;
XIII. Terapia intensiva – adulto;
XIV. Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal;
XV. Psiquiatria;
XVI. Urologia;
XVII. Radiologia ;
XVIII. Otorrinolaringologia adulto e pediátrica;
XIX. Neurologia
XX. Bucomaxilofacial;

Art. 14°. Cada serviço terá um médico coordenador ou responsável como representante, tendo como atribuições o planejamento, organização, supervisão técnica e controle das atividades assistenciais previstas no Regimento.

Art. 15°. Ao coordenador do serviço ou responsável compete:

I. supervisionar e organizar tecnicamente o serviço garantindo assistência de qualidade aos pacientes;

II. promover a elaboração de diretrizes de orientação dos procedimentos médicos para as situações mais frequentes no serviço;

III. identificar, analisar e propor solução para as situações de não conformidade verificadas, registrando sua ocorrência e comunicando ao Diretor Clínico.

Art. 16°. As reuniões serão convocadas por escrito com antecedência mínima de sete dias úteis e acompanhadas da respectiva pauta.

Art. 17°. As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez a cada (trinta) dias, sob a presidência do Diretor Clínico.

Art. 18°. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico ou por convocação de 50% dos membros efetivos do Corpo Clínico.

Art. 19°. As reuniões serão lavradas em livro de atas autenticado para tal fim.

Art. 20°. É vedado o voto por procuração.

V. Atribuições

Art. 21º. São objetivos do Corpo Clínico:

I. a realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas, para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

II. o desenvolvimento de atividades de ensino, treinamento e aprimoramento, para médicos e componentes da equipe multiprofissional de saúde;

III. a implementação de ações para o controle de qualidade ético-profissional dos serviços prestados.

Art. 22º. O Diretor Clínico, eleito por seus pares, componentes do Corpo Clínico, tem assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.

Parágrafo Único: O Diretor Técnico tem o direito de interpelar o Corpo Clínico, por meio de seu Diretor Clínico, a fim de sanar questões administrativas.

Art. 23°. O Diretor Clínico será escolhido pelo corpo clínico através de votação secreta entre os membros efetivos do Corpo Clínico.

Parágrafo único: O mandato do Diretor Clínico terá duração de 30 meses, podendo ser reeleito para igual período.

Art. 24°. São atribuições do Diretor Clínico:

I. A formulação, o incremento, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, observando as diretrizes para a saúde previstas naConstituição Federal.

II. A responsabilidade ético profissional, perante os Conselhos Regional e Federal de Medicina, Sistema Único de Saúde, Serviço de Vigilância Sanitária no que se refere às ações e serviços de saúde realizados o âmbito do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ;

III. A coordenação da execução das ações de apoio diagnóstico de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação, de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica;

IV. A normatização e a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico;

V. O estabelecimento de critérios, parâmetros e métodos para a realização de controle e avaliação de qualidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos na instituição;

VI. Encaminhar ao Diretor Técnico solicitações do Corpo Clínico necessárias para o cumprimento de suas competências e fundamentadas nas regulamentações deste regimento e nas normas de fiscalização do Conselho Regional de Medicina de Goiás;

VII. Convocar e presidir as sessões ordinárias e extraordinárias previstas neste regimento;

VIII. Representar o Corpo Clínico nas relações com a comunidade e autoridades;

IX. A orientação das atividades de ensino, treinamento e aperfeiçoamento profissional, técnico e ético dos integrantes do Corpo Clínico;

X. Constituir as Comissões Técnico-Científicas.

Art. 25º. Os Assistentes Clínicos tem as seguintes atribuições:

I. Assistir o Diretor Clínico no desempenho de suas funções;

II. Prestar assistência aos pacientes utilizando os recursos técnicos disponíveis e servindo-se das diretrizes elaboradas pelos serviços para orientação dos procedimentos médicos;

III. Cumprir e fazer cumprir o regulamento da instituição e o presente regimento;

IV. Elaborar planos e programas que visem o desenvolvimento dos trabalhos da Diretoria Clínica;

V. Elaborar normas técnicas para o estabelecimento de parâmetros e critérios para o controle dos serviços prestados;

VI. Manter os serviços necessários ao preenchimento das finalidades e possibilidades do Estabelecimento de Saúde em regime de emergência, internação, ambulatório e unidade-dia etc;

VII. Organizar as atividades relativas a atuação médico-assistencial com base em relatórios e recomendações das Divisões e Serviços de Saúde, das Comissões Técnico-Científicas, dos membros da comunidade hospitalar e dos clientes.

VIII. Elaborar relatórios semestrais sumários de suas atividades.

Art. 26º. As Comissões Técnico-Científicas, com exceção da Comissão de Ética Médica, serão constituídas pelo Diretor Clínico;

Parágrafo único – A Comissão de Ética Médica será eleita e homologada conforme a Resolução nº 1.657/2002 do Conselho Federal de Medicina.

Art. 27º. As Comissões Técnico-Científicas têm sua composição, organização e funcionamento disciplinados nos respectivos Regimentos Internos.

Art. 28º. As Comissões Técnico-Científicas têm por finalidade proporcionar subsídios ao Diretor Clínico no que se refere a:

I. Protocolos de conduta.

II. Controle de infecção hospitalar.

III. Normas e procedimentos operacionais.

IV. Registros médicos.

V. Avaliação de desempenho.

VI. Farmácia e terapia.

VII. Qualidade de assistência médica.

VIII. Publicações periódicas.

IX. Residência médica.

X. Credenciamentos.

XI. Procedimentos complexos.

XII. Análise de óbitos.

Art. 29°. As comissões devem ter o caráter multidisciplinar.

Art. 30°. Os médicos, legalmente habilitados para suas atividades pelo CREMEGO, prestam serviços aos pacientes de forma individual ou coletiva, dentro do escopo de suas áreas de habilitação

Art. 31°. Os membros do Corpo Clínico respondem civil, penal e eticamente por seus atos profissionais.

Art. 32°. A admissão de médico ao Corpo Médico deve respeitar as normas administrativas da Instituição, disponibilidade de vagas, compatibilidade de qualificação e aprovação por parte dos órgãos diretivos. O médico deve atender aos seguintes requisitos básicos:

I. Estar devidamente registrado no CREMEGO;

II. Indicar sua especialidade médica com os respectivos registros, documentos da Associação Médica Brasileira (AMB) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), além de seu

currículo de formação e atividades médicas.

III. Tomar conhecimento e assinar declarações de ciência do Regimento Interno do Corpo Médico e das normas administrativas da Instituição.

Art. 33°. Aos membros efetivos do Corpo Clínico compete privativamente:

I. Votar e ser votado.

II. Integrar e presidir comissões.

III. Representar clínicas e/ou serviços.

Parágrafo único: É vedado o voto por procuração.

Art. 34°. O requerimento para renúncia de credenciamento deve ser encaminhado por escrito ao Diretor Clínico.

VI. Disposições Gerais

Art. 35°. As transgressões a este Regimento e ao Regulamento da instituição, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores as seguintes penas disciplinares:

I. Advertência escrita reservada.

II. Suspensão temporária.

III. Descredenciamento.

Art. 36°. A competência para aplicação das penalidades é dos Diretores Técnico e Clínico, ouvido o Corpo Clínico.

Art. 37°. No caso de indício de infração ética, será notificada a Comissão de Ética para as providências cabíveis.

Art. 38°. Os profissionais não médicos que possuam habilitações clínicas e que exerçam atividades no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJestão sujeitos às mesmas normas para as ações assistenciais, cadastramento, habilitação e penalidades previstas nesse Regimento. Art. 39°. As questões de ordem e os casos omissos serão resolvidos pelo Diretor Técnico.

VII. Documentos Referência

Não se aplica.

ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais

Apresentar Instrução/Manual para atuação em protocolos Assistenciais

Apesar do grande crescimento na produção de pesquisas na área de saúde nas últimas décadas, a disparidade entre as evidências científicas e a prática Assistencial continua sendo um desafio para os profissionais de saúde.

Com o avanço tecnológico na área da saúde, são inúmeras as opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis para o manejo de uma doença. Entretanto, estudos demonstraram que essa variabilidade não necessariamente está relacionada com melhores desfechos clínicos e pode ser responsável por um aumento de até 30% no custo na área da saúde.

Inicialmente, acreditava-se que os profissionais de saúde seriam facilmente persuadidos a aderir à melhor prática 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 têm sido implementadas para atuar especificamente na redução da variabilidade da prática médica, com destaque para os protocolos ou diretrizes práticas (practice guidelines, clinical guidelines), recomendações de especialistas e grupos de classe 2 e, mais recentemente, rotinas críticas (critical pathways).

Estes programas são 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 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.

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços pois descrevem uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/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. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. Têm como foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Os protocolos são divididos em: protocolos assistenciais protocolos de atenção, protocolos de cuidado, protocolos de acompanhamento e avaliação, protocolos de organização da atenção, entre outros.

Protocolos Assistenciais (PA) são consideradas formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de objetivos terapêuticos e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas. A adoção de protocolos também proporciona uma situação adequada para coletar dados no manejo - de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações - e diminui a sobrecarga na documentação médica e de enfermagem.

Os protocolos assistenciais são desenvolvidos com base, sempre que possível, nas evidências científicas da literatura e na experiência do corpo clínico adaptadas aos recursos locais disponíveis. Estas recomendações buscam fornecer um fluxograma padronizado (em formato de algoritmo ou matriz temporal) para o manejo do paciente com determinada condição clínica e são elaborados por uma equipe multidisciplinar.

Produzir novos conhecimentos não é suficiente para promover mudança na prática clínica, maior ênfase deve ser dada à aproximação entre o conhecimento oriundo de pesquisas, a atualização dos profissionais, a construção de Protocolos e o uso destes na prática diária. A demora na incorporação de novos conhecimentos representa risco adicional de dano aos pacientes, piores resultados em saúde e desperdício dos escassos recursos que o Sistema de Saúde dispõe.

Processo de Implantação de Protocolos:

A Implementação de protocolos resultam em modificações do processo assistencial, incluindo a redefinição de rotinas laboratoriais relacionadas à coleta de exames, padronização de uso de medicações especiais e até mesmo, reformas de áreas físicas afim de facilitar o fluxos definidos pelos protocolos.

Após a conclusão de vários protocolos assistenciais, ficou evidente para o HMTJ a necessidade de integrá-los ao sistema informatizado da qualidade, SIGQUALI.

Essa iniciativa visou utilizar a informatização dos protocolos como uma ferramenta para estimular o uso dos mesmos, sendo facilitado o acesso do corpo clínico aos documentos pdf (Adobe Acrobat), que contemplavam a estrutura e conteúdo dos PA.

As etapas para a construção e implementação de um Protocolo Assistencial Baseado em Evidência sumariamente compreendem:

- identificar e estruturar a dúvida sobre o cuidado;
- buscar respostas nas fontes de informação;
- identificar e sintetizar a melhor evidência disponível;
- construir Protocolo Assistencial;
- implementar a evidência e
- avaliar os resultados.

A interface entre corpo clinico e sistema deve ser amigável e fácil de utilização, permitindo assim uma visão consolidada dos itens do protocolo com as prescrições vigentes do paciente e exames, realização de um processo de auditoria de uso para gerar informações de apoio, comparando as condutas previstas nos protocolos assistenciais e as realmente utilizadas no cotidiano da assistência.

Assim, o HMTJ irá criar no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, a cultura de que as evidências científicas devam ser usadas rotineiramente na tomada de decisão clínica é prioridade.

A estratégia a ser utilizada para a concretização da PBE na prática clínica dentro da unidade será a construção de Protocolos Assistenciais que devem ser construídos de acordo com os princípios da PBE, e favorecem a adoção das melhores práticas assistenciais.

Deverão prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, que a enfermagem desempenha de maneira independente ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde.

O uso destes Protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde e estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais.

A Prática Baseada em Evidência e os Protocolos Assistenciais Baseados em Evidência visam, centralmente, à melhoria da qualidade da assistência.

Estas ferramentas nos permitirão medir sistematicamente onde estamos, definir onde queremos chegar, estabelecer estratégias e medir o efeito das ações que fizemos para alcançar a melhoria. Indicadores de resultado representam o quanto as metas foram alcançadas em função das ações implementadas.

O processo de implementação de Protocolos Assistenciais requer clareza sobre qual problema/diagnóstico de enfermagem se quer atuar, de que modo se vai atuar (ações padronizadas por meio de Protocolo), que resultado se quer alcançar (metas) e como se vai medir o alcance ou não do resultado desejado (indicador).

Medir resultados é a melhor estratégia para o aperfeiçoamento de qualquer Protocolo Assistencial, podendo levar ao abandono, aprimoramento ou revisão/atualização.

Pode-se medir diversos aspectos de cursos de ações: eficiência (o objetivo foi alcançado com a menor quantidade de recursos), eficácia (foi feito o que foi proposto), qualidade (foi feito tão bem quanto deveria), inovação (a ação foi inovadora, houve uso bem sucedido de novas ideias/processos), lucratividade (o processo foi lucrativo, houve lucro líquido comparado à receita total) e produtividade (foi vantajosa a relação entre a quantidade ou valor produzido e a quantidade ou valor dos insumos utilizados para a produção).

Há três tipos de indicadores de qualidade: estrutura, processo e resultado.

- Indicadores de estrutura referem-se a equipamentos, materiais e planta física;
- Indicadores de processo envolvem o que se faz, quem faz e como se faz;
- Indicadores de resultado estão relacionados ao alcance ou não da meta e da qualidade desejada.
- Indicadores de resultados são os mais importantes para medir o efeito de um Protocolo.

Protocolos Assistenciais construídos com base nas melhores evidências disponíveis, aplicados em realidades diferentes, produzem resultados distintos e isso reforça a necessidade de se medir os resultados alcançados.

A mensuração de indicadores faz parte de processos de auditoria e melhoria contínua, ou seja, parâmetros serão mensurados para determinar se a implementação de um Protocolo produziu os resultados esperados para a assistência. É a chamada auditoria clínica, que exige critérios pré-estabelecidos, critérios de revisão e indicadores.

A auditoria clínica deve ser realizada em ciclos contínuos, como forma de monitoramento dos resultados relacionados à implementação de um determinado Protocolo clínico. Os resultados da auditoria fornecerão dados para manutenção ou ajustes do Protocolo e darão sustentabilidade aos resultados.

Os indicadores a serem auditados serão definidos durante a construção do Protocolo e devem ser capazes de captar mudanças dos resultados decorrentes das ações propostas no Protocolo clínico.

As principais características de um indicador são: ter fácil entendimento, ser econômico, disponível e testado na clínica. Essas características são fundamentais para o aperfeiçoamento contínuo da qualidade.

Indicador de fácil entendimento é aquele sobre o qual qualquer pessoa é capaz de tirar conclusões; ser econômico significa não ser muito trabalhoso ou caro para obter e calcular; indicador disponível refere-se a que todas as pessoas envolvidas devem ter acesso a ele de modo rápido, fácil e atualizado; e, testado na clínica, é a qualidade de ser útil na prática.

Programas, órgãos e instituições nacionais e internacionais tentam estabelecer parâmetros mínimos ou ideais de indicadores padronizados e maneiras de auditar que possam ser utilizadas para avaliar a qualidade da assistência e do gerenciamento de instituições de saúde.

O Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), subgrupo do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar, que desenvolve atividades voltadas para a melhoria da gestão hospitalar propõe a revisão dos indicadores já utilizados e a inclusão de outros indicadores passíveis de uso (CQH, 2012).

Além disso, diversos órgãos internacionais de acreditação hospitalar desenvolveram diferentes metodologias para avaliação da estrutura, dos processos e da qualidade da assistência nas instituições de saúde. Quando são criados Protocolos para os quais não há indicadores de resultados bem estabelecidos ou quando estes indicadores não se adequam ao que a instituição deseja, novos devem ser propostos.

A avaliação do impacto de Protocolos Assistenciais exigirá auditoria pré implementação, que fornecerá o diagnóstico situacional a partir do qual as metas serão estabelecidas; e auditoria pós-Protocolo, para medir o quanto das metas foi alcançado.

O alcance das metas pode ser em etapas, por exemplo, propondo-se melhora dos resultados a cada seis meses, ou de forma única, isto é, almejando-se o alcance do melhor resultado possível de uma só vez.

A adequada avaliação do impacto da implementação de um Protocolo precisa garantir que os sujeitos a serem avaliados de fato representem o conjunto das pessoas. Quando não é possível avaliar os indicadores em todos os sujeitos que receberam o Protocolo, pode-se obter uma amostra que represente o todo. O melhor modo de se obter uma boa amostra é por sorteio. Indicadores já existentes na instituição podem ser incorporados ao Protocolo.

Por fim, é necessário estabelecer uma meta em relação ao tempo em que os resultados deverão ser alcançados e trabalhar com cronogramas estruturados. Eles

deverão prever o tempo de construção do Protocolo, a auditoria clínica pré implementação, o tempo para treinamento da equipe (quando necessário), o tempo ou período durante o qual o Protocolo será implementado e a periodicidade da auditoria clínica pós-implementação.

Os resultados obtidos a partir dos indicadores fornecem informações sobre a necessidade de revisão do Protocolo, de reforço dos treinamentos, da necessidade de implementação de medidas complementares para o alcance das metas ou da pertinênciade se interromper um Protocolo e propor outro.

A nosso ver, entre os conceitos apresentados, o cuidado, pelo sentido humanizador e ético que guarda, pelo emprego de saberes e tecnologias, pela abrangência no processo de organização das ações e serviços e por ser percebido como essência da natureza humana e tudo que a cerca, justifica as bases que nos levaram, neste documento, à opção pelo termo que o intitula: protocolos de cuidado à saúde.

Desta forma, é importante a compreensão de que nas unidades geridas por esta OSS, tanto os protocolos de natureza clínica quanto os de organização dos serviços deverão ser assumidos como protocolos de cuidado à saúde. E as atividades previstas a serem realizadas pelas Coordenações e suas equipes nas unidades de saúde em que trabalham, deverão ser guiadas pela preocupação e pelo compromisso em produzir atos de saúde afinados com os princípios que constituem e dão significado ao conceito de cuidado aqui apresentado.

Além da observância da legislação profissional e da prática, determina-se a execução de técnicas corretas e seguras, centradas no atendimento das necessidades dos pacientes, ou seja, exige-se do profissional o manejo de equipamentos e aparelhos com eficiência, destreza na aplicabilidade da tecnologia do cuidado e envolve, também, os saberes e habilidades, a escuta, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos humanizados. Neste sentido, é preciso sistematizar técnicas e procedimentos embasados em evidências científicas tencionando o aprimoramento da metodologia do cuidado e segurança do paciente, da vida humana.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E FORÇA DE RECOMENDAÇÃO DA EVIDÊNCIA: GRADING OF RECOMMENDATIONS, ASSESSMENT, DEVELOPMENT AND EVALUATION (GRADE)

O GRADE é um método para avaliar a qualidade das evidências científicas e graduar a força de recomendação para o uso ou não de determinada ação em saúde, entendendo-se por ação tratamentos, cuidados, exames, entre outros.

Visa orientar a escolha dos profissionais para que somente as melhores ações/ cuidados/intervenções, aqueles para as quais há suporte científico adequado, sejam implementados, evitando-se danos e riscos aos pacientes/clientes, uso de intervenções sem efetividade e desperdício de dinheiro e de recursos humanos e materiais.

Tem sido adotado por organizações envolvidas na elaboração de diretrizes e recomendações de práticas em saúde, como, por exemplo, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), a OMS, o Ministério da Saúde, o Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, o UpToDate2 (recurso de suporte a decisões médicas baseadas em evidências) e o Joanna Briggs Institute 3,4 (recurso para promover a utilização de evidência por meio da identificação de práticas factíveis, adequadas, significativas e efetivas para melhorar os resultados em saúde), entre outras.

O GRADE foi criado para uniformizar a avaliação da qualidade da evidência científica (nível de confiabilidade) e o grau de recomendação de um tratamento/intervenção/cuidado. A evidência é qualificada em quatro níveis: Alto, Moderado, Baixo e Muito Baixo e a força da recomendação pode ser Forte ou Condicional/Fraca, a Favor ou Contra uma intervenção.

O mesmo processo de avaliação é realizado para cada evento (desfecho) que uma intervenção pode produzir.

A classificação GRADE pode ser observada em documentos sobre avaliações de tecnologias de saúde, guias ou Protocolos clínicos feitos por especialistas. Exemplo de uma recomendação da OMS publicado no documento 2 UpToDate: http://www.uptodate.com/pt/home 3 Joanna Briggs Institute – Centro Brasileiro: http://www.ee.usp.br/site/index.php/paginas/ mostrar/1376 4 Joanna Briggs Institute: http://joannabriggs.org/ 14 "Recomendações da OMS para o cuidado pós-natal da mãe e do recém-nascido" (WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn") (WHO, 2013).

Avaliando a qualidade da evidência A OMS preconiza que "Todos os bebês devem ser amamentados exclusivamente desde o nascimento até os seis meses de vida. As mães devem receber aconselhamento e apoio para o aleitamento materno exclusivo em cada contato pós-natal." A partir da dúvida "Qual o impacto do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida sobre os eventos (desfechos):

1- mortalidade neonatal, 2- mortalidade por infecções, 3- morbidade por sepse ou outras infecções, 4- morbidade por infecção respiratória aguda e 5- morbidade por diarreia", especialistas analisaram a literatura e selecionaram cinco estudos que responderam a pergunta. Destes, dois estudos avaliaram o desfecho 1, três avaliaram o desfecho 2, dois avaliaram o desfecho 3, quatro avaliaram o desfecho 4 e três avaliaram o desfecho 5 (WHO, 2013).

O primeiro fator considerado para determinar a qualidade da evidência foi o tipo de estudo. Os resultados provenientes de ensaios clínicos randomizados (estudos que testam uma intervenção) foram considerados, inicialmente, com Alto nível de evidência, enquanto que os provenientes de estudos observacionais (estudos que não testaram uma intervenção) foram considerados com Baixo nível de evidência (Pimenta et al., 2015).

A partir dessa classificação inicial, procedeu-se à avaliação de outros fatores que podem diminuir ou aumentar o nível de evidência. Fatores que diminuem o nível de evidência são: - limitação metodológica; - inconsistência entre os estudos; - evidência indireta (uso de desfechos substitutos); - imprecisão e - viés de publicação.

Fatores que aumentam a evidência são:

- a magnitude do efeito;
- a presença de gradiente dose-resposta e
- fatores de confusão ou vieses que comprometem o efeito estimado.

Desse processo resultou a classificação de evidência para cada desfecho: 1- mortalidade neonatal, 2- mortalidade por infecções, 3- morbidade por sepse ou outras infecções, 4- morbidade por infecção respiratória aguda e 5- morbidade por diarreia: Evidência de qualidade moderada - neonatos em Aleitamento Materno Exclusivo têm menor risco de mortalidade por todas as causas e mortalidade relacionada à infecção, comparados com os neonatos em Aleitamento Materno Parcial.

Evidência de qualidade baixa - neonatos com Aleitamento Materno Exclusivo têm menor risco de morbidade por sepse, infecção respiratória aguda e diarreia, comparados com neonatos em Aleitamento Materno Parcial. Evidência é insuficiente para comparar mortalidade e morbidade entre neonatos com Aleitamento Materno Exclusivo e Aleitamento Materno Predominante.

Avaliando a força da recomendação Apenas a qualidade da evidência não é suficiente para se determinar a força da recomendação para o uso de uma intervenção, pois devem ser pesados o balanço entre vantagens e desvantagens, riscos e benefícios, valores e preferências da pessoa, viabilidade/equidade/aceitabilidade e custos da intervenção. Da interação desses fatores, resulta a força de recomendação (Forte ou Condicional/Fraca, a Favor ou Contra).

Após a análise da literatura que respondeu a dúvida "Qual o impacto do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida sobre os desfechos: 1- mortalidade neonatal, 2- mortalidade por infecções, 3- morbidade por sepse ou outras infecções,

4- morbidade por infecção respiratória aguda e 5- morbidade por diarreia?", a força de recomendação para cada desfecho foi estabelecida considerando os fatores: Balanço entre vantagens e desvantagens/riscos e benefícios: A evidência indica que há benefícios significativos do Aleitamento Materno Exclusivo comparado ao Aleitamento Materno Parcial na redução de riscos de todas as causas de mortalidade e morbidade resultantes de sepse e outras infecções, infecção respiratória aguda e diarreia.

Valores e preferências: Dada a alta mortalidade neonatal em países de baixa e média renda, propositores de políticas de saúde e profissionais de saúde tendem a valorizar os efeitos do Aleitamento Materno Exclusivo na redução do risco de mortalidade e morbidade neonatal. Viabilidade/Equidade/Aceitabilidade: Todos os itens satisfatórios.

Custos: O Aleitamento Materno Exclusivo tem baixo custo, o que aumenta a relação custo-benefício a favor desta prática. Após essas análises, o painel de especialistas da OMS elaborou a seguinte recomendação: "Todos os bebês devem ser amamentados exclusivamente desde o nascimento até os seis meses de vida. As mães devem receber aconselhamento e apoio para o aleitamento materno exclusivo em cada contato pós-natal".

Trata-se de uma FORTE recomendação, a FAVOR do Aleitamento Materno Exclusivo, baseada em evidência de qualidade MODERADA. Definidas as melhores evidências, o passo seguinte é a construção do Protocolo sobre o cuidado que se quer implementar e testar a efetividade da ação proposta.

O impacto da implementação de um novo Protocolo (cuidado/ intervenção) nos resultados de saúde deve ser medido objetivamente por meio de indicadores, discutidos a seguir

4. INDICADORES DE RESULTADOS E A MEDIDA DO EFEITO DO PROTOCOLO

A Prática Baseada em Evidência e os Protocolos Assistenciais Baseados em Evidência visam, centralmente, à melhoria da qualidade da assistência. Se quisermos melhoria temos que medir sistematicamente onde estamos, definir onde queremos chegar, estabelecer estratégias e medir o efeito das ações que fizemos para alcançar a melhoria. Indicadores de resultado representam o quanto as metas foram alcançadas em função das ações implementadas.

O processo de implementação de Protocolos Assistenciais requer clareza sobre qual problema/diagnóstico de enfermagem se quer atuar, de que modo se vai atuar (ações padronizadas por meio de Protocolo), que resultado se quer alcançar (metas) e como se vai medir o alcance ou não do resultado desejado (indicador).

Medir resultados é a melhor estratégia para o aperfeiçoamento de qualquer Protocolo Assistencial, podendo levar ao abandono, aprimoramento ou revisão/atualização. Pode-se medir diversos aspectos de cursos de ações: eficiência (o objetivo foi alcançado com a menor quantidade de recursos), eficácia (foi feito o que foi proposto), qualidade (foi feito tão bem quanto deveria), inovação (a ação foi inovadora,

houve uso bem sucedido de novas ideias/processos), lucratividade (o processo foi lucrativo, houve lucro líquido comparado à receita total) e produtividade (foi vantajosa a relação entre a quantidade ou valor produzido e a quantidade ou valor dos insumos utilizados para a produção). Em saúde e em enfermagem busca-se o contínuo aperfeiçoamento da qualidade do cuidado (Zambon, 2008; Houaiss, Villar, 1999).

Há três tipos de indicadores de qualidade: estrutura, processo e resultado.

- Indicadores de estrutura referem-se a equipamentos, materiais e planta física;
- indicadores de processo envolvem o que se faz, quem faz e como se faz;
- indicadores de resultado estão relacionados ao alcance ou não da meta e da qualidade desejada.

Indicadores de resultados são os mais importantes para medir o efeito de um Protocolo (Zambon, 2008).

Protocolos Assistenciais construídos com base nas melhores evidências disponíveis, aplicados em realidades diferentes, podem produzir resultados distintos e isso reforça a necessidade de se medir os resultados alcançados.

O contexto no qual a evidência é aplicada, a experiência dos profissionais, os recursos disponíveis e as preferências dos pacientes/clientes explicam porque essas diferenças ocorrem.

A mensuração de indicadores faz parte de processos de auditoria e melhoria contínua, ou seja, parâmetros serão mensurados para determinar se a implementação de um Protocolo produziu os resultados esperados para a assistência. É a chamada auditoria clínica (Boult, Maddern, 2007), que exige critérios pré-estabelecidos, critérios de revisão e indicadores.

A auditoria clínica deve ser realizada em ciclos contínuos, como forma de monitoramento dos resultados relacionados à implementação de um determinado Protocolo clínico. Os resultados da auditoria fornecerão dados para manutenção ou ajustes do Protocolo e darão sustentabilidade aos resultados.

Os indicadores a serem auditados serão definidos durante a construção do Protocolo e devem ser capazes de captar mudanças dos resultados decorrentes das ações propostas no Protocolo clínico.

As principais características de um indicador são: ter fácil entendimento, ser econômico, disponível e testado na clínica.

Essas características são fundamentais para o aperfeiçoamento contínuo da qualidade.

Indicador de fácil entendimento é aquele sobre o qual qualquer pessoa é capaz de tirar conclusões; ser econômico significa não ser muito trabalhoso ou caro para obter e calcular; indicador disponível refere-se a que todas as pessoas envolvidas devem ter acesso a ele de modo rápido, fácil e atualizado; e, testado na clínica, é a qualidade de ser útil na prática.

O Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), subgrupo do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar, que desenvolve atividades voltadas para a melhoria da gestão hospitalar, propõe a revisão dos indicadores já utilizados e a inclusão de outros indicadores passíveis de uso.

Quando são criados Protocolos para os quais não há indicadores de resultados bem estabelecidos ou quando estes indicadores não se adequam ao que a instituição deseja, novos devem ser propostos. A avaliação do impacto de um Protocolo Assistencial exige auditoria préimplementação, que fornecerá o diagnóstico situacional a partir do qual as metas serão estabelecidas; e auditoria pós-Protocolo, para medir o quanto das metas foi alcançado.

O alcance das metas pode ser em etapas, por exemplo, propondo-se melhora dos resultados a cada seis meses, ou de forma única, isto é, almejando-se o alcance do melhor resultado possível de uma só vez. Pensemos em um Protocolo de controle de dor no pós-operatório.

O principal objetivo é reduzir o número de doentes com dor de intensidade acima de moderada (≥4, em uma escala de 0 a 10) nas primeiras 48 horas de pósoperatório. Nesse caso, quais seriam os indicadores capazes de medir se esse objetivo foi alcançado com a implementação do Protocolo? Para facilitar o processo de determinação de indicadores, podemos transformar esses objetivos em perguntas.

Pergunta pré-implementação do Protocolo: Qual é prevalência de dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório na unidade ou instituição?
Pergunta após a implementação do Protocolo: Qual é prevalência de dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório na unidade ou instituição?
Indicadores de processo: % de pacientes com o impresso de avaliação de dor preenchido nas primeiras 48 horas do pós-operatório
Indicador de estrutura: % de pacientes que receberam analgésico opióide de modo regular nas primeiras 48 horas do pós-operatório.
Indicador de resultado: % de pacientes com dor acima de moderada (≥4) nas primeiras 48 horas de pós-operatório.
Meta após 2 meses de uso do Protocolo: Redução de 30% na prevalência de doentes com dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório.
Meta após 6 meses de uso do Protocolo: Redução de 20% na prevalência de doentes com dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório.

Muitos exemplos podem ser citados, já que os Protocolos podem estar relacionados a uma diversidade de situações contempladas pela Assistência e um mesmo Protocolo poderá prever a avaliação de um ou mais indicadores.

Por fim, é necessário estabelecer uma meta em relação ao tempo em que os resultados deverão ser alcançados e trabalhar com cronogramas estruturados. Eles deverão prever o tempo de construção do Protocolo, a auditoria clínica pré-implementação, o tempo para treinamento da equipe (quando necessário), o tempo ou período durante o qual o Protocolo será implementado e a periodicidade da auditoria clínica pós-implementação.

Os resultados obtidos a partir dos indicadores fornecem informações sobre a necessidade de revisão do Protocolo, de reforço dos treinamentos, da necessidade de implementação de medidas complementares para o alcance das metas ou da pertinência de se interromper um Protocolo e propor outro

Uso de linguagens padronizadas para a documentação do Processo

O percurso pelas etapas do PE deve ser documentado, de modo a estabelecer comunicação efetiva entre os membros da equipe, permitir avaliação da qualidade dos cuidados implementados e fornecer dados para questões jurídicas, pesquisas e ensino.

Para atender a essas finalidades, recomenda-se o uso de Sistemas de Linguagem Padronizadas (SLP), conjuntos de conceitos organizados da forma mais lógica possível, sobre diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Os SLPs auxiliam o raciocínio clínico, pois esclarecem os conceitos que representam por meio de definições, indicadores clínicos, descrições de ações e medida de magnitude (Carvalho, Cruz, Herdman, 2013; Cofen, 2009).

Sistemas de Linguagem Padronizadas são conhecimentos estruturados que esclarecem os fenômenos de cuidado, propõem estratégias de ação e de medida de alcance dos resultados sobre os quais a enfermagem atua, na clínica e pesquisa.

O uso de SLP favorece a comunicação verbal ou escrita entre os profissionais. SLP representam um grande avanço para o desenvolvimento da profissão, mas estão em processo de validação, isto é, os diagnósticos, intervenções e resultados precisam ser sustentados por evidência científica (Cruz, 2008).

Dentre os SLP de DEs, a classificação de diagnósticos da NANDA International (NANDA-I) organiza conceitos relacionados a "respostas humanas reais ou potenciais a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a essa resposta". Nessa classificação, os DEs são compostos por um título, uma definição, características definidoras (sinais e sintomas, evidências, manifestações), fatores relacionados (possíveis etiologias, fatores contribuintes) ou fatores de risco.

Grupos de DEs com atributos similares são reunidos em classes, as quais encontram-se em domínios, uma área mais ampla dos conhecimentos. O julgamento diagnóstico deve alicerçar-se nas melhores evidências científicas, isto é, ter a Prática Baseada em Evidência como suporte para a identificação acurada (Herdman, Kamitsuru, 2014).

Com base nos princípios da PBE, devem ser identificados os DEs, planejados os resultados a serem alcançados e as intervenções a serem implementadas. As recomendações sobre as melhores práticas (melhor evidência científica disponível) devem estar incluídas nos Protocolos Assistenciais, uma vez que influenciam diretamente no alcance das metas estabelecidas e justifiquem os recursos humanos, materiais e financeiros envolvidos no cuidado.

IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: A OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

Ainda que os Protocolos Assistenciais tenham um grande potencial de melhorar a prática clínica, sua adoção e uso não são automáticos.

A implementação de evidência é um processo complexo que envolve o desenvolvimento de Protocolo, a disseminação do conhecimento sobre ele e a busca da adesão dos profissionais ao Protocolo.

Protocolos fundamentados em evidência científica, fáceis de compreender, construídos com o envolvimento do usuário final e disseminados por meio de estratégias educativas com participação direta e ativa do usuário final têm maior probabilidade de serem implementados e utilizados .

Dessa forma, o HMTJ entende que a implementação de um Protocolo Assistencial de requer avaliação prévia e criteriosa das práticas que serão alteradas, da instituição onde as práticas ocorrem, da personalidade e valores dos profissionais que serão envolvidos no processo de mudança e dos consumidores finais.

Durante a implementação de novos Protocolos, devido à mudança de rotinas, podem surgir resistências dos profissionais ao processo, tais como a não concordância pela falta de conscientização de que há novas evidências, expectativas negativas em relação ao processo e resultados, falta de motivação para mudança e de familiaridade com o uso de Protocolos.

Portanto, construir plano de ações é fundamental para o sucesso do processo de implementação de Protocolos. O planejamento engloba envolver os indivíduos que serão afetados pelo processo de implementação, reconhecer as lideranças que podem apoiá-lo, identificar as principais barreiras para a implementação e os mecanismos para superá-las, identificar os recursos disponíveis, os profissionais facilitadores do processo e os mecanismos para fortalecê-los.

Engloba, ainda, examinar que as estratégias de implementação que poderão funcionar em determinado contexto, prever os principais resultados esperados após a implementação e definir critérios de como os resultados serão avaliados.

Existe grande número de estratégias para promover a utilização efetiva dos Protocolos na prática Assistencial, como visita in loco aos profissionais de saúde envolvidos por uma pessoa treinada, uso de lembretes que indicam o desempenho de uma ação clínica específica, participação dos profissionais em oficinas práticas ou de discussão sobre o Protocolo, divulgação de opinião de profissionais de saúde líderes locais, disponibilização de informação específica a pacientes e distribuição de materiais educativos, como guias e manuais e palestras.

O uso de intervenções multifacetadas, isto é, a combinação de duas ou mais intervenções, favorece o sucesso da implementação.

A auditoria clínica, outra importante estratégia para a implementação e uso de Protocolos, é uma ferramenta de avaliação que consiste em fornecer dados sobre as disparidades entre a prática atual e o desempenho esperado, como já apresentado na sessão de indicadores. Baseia-se na suposição de que os profissionais de saúde modificam sua prática ao receberem feedback, mostrando que ela é diferente daquela recomendada. Esta é uma estratégia que pode ser utilizada isoladamente ou como componente de intervenções múltiplas pelo HMTJ.

É imprescindível estabelecer um cronograma para a reavaliação periódica da implementação do Protocolo, pois a maioria das mudanças demora para ser incorporada e práticas prévias, já arraigadas na conduta profissional, tendem a ser retomadas.

Aspectos Legais Relacionados ao Uso de Protocolos

Os protocolos institucionais, após aprovação, serão divulgados e, estando os profissionais treinados para seu uso, passam a ter efeito de norma, cabendo a estes o compromisso pelo seu cumprimento.

10.1.1: FA. 1 – ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

Proposta de Manual de rotinas para a administração financeira e gestão de custos.

Proposta de Manual de rotinas para a administração financeira e gestão de custos.

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.

Esse setor é responsável pelas operações financeiras cotidianas, como organização de contas a serem pagas e à receber, fluxo de caixa, organização de manutenção e oscilações de capital de giro, negociação de contratos firmados com terceiros. Além disso, os colaboradores responsáveis pela gestão financeira de uma unidade, tem dentre suas atribuições, a responsabilidade com a guarda da documentação financeira e contábil.

Na gestão e operacionalização do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos pelo HMTJ todas as rotinas de Administração Financeira estarão subordinadas à Diretoria Financeira e a Gerência de Controladoria , e destinam-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 gestão contábil financeira do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos 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.

- 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;
- 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

A HMTJ adota como metodologia de trabalho o Modelo de Governança Corporativa criado para demonstrar a execução do programa de trabalho e como esse Modelo poder agregar valor aos serviços de saúde, através do fluxo de gestão da assistência e sua interface com a sociedade, com ênfase nos elementos de custo, qualidade e tempo. Governança Corporativa é o sistema pelo qual a entidade vai dirigir, monitorar e incentivar, envolvendo os colaboradores, conselhos de administração, diretorias, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas.

As boas práticas de governança corporativa convertem princípios básicos em recomendações objetivas, alinhando interesses com finalidade de preservar e otimizar o valor econômico de longo prazo, facilitando seu acesso a recursos e contribuindo para a qualidade da gestão, sua longevidade e o bem comum.

A eficiente governança corporativa deve garantir que os processos produzam resultados positivos, satisfazendo as necessidades da sociedade e em conjunto façam o melhor uso dos instrumentos a sua disposição.

Importância e Benefícios da Metodologia de Trabalho:

Os 4 princípios da governança corporativa adotados pela HMTJ:

• **Transparência**: Todos os interessados e envolvido no negócio têm o direito de ter acesso às informações de seu interesse. E isso significa disponibilizar não apenas aquilo que a lei obriga, mas tudo que possa auxiliar na gestão, na melhoria do desempenho da empresa e na garantia da geração de valor sustentável em longo prazo para o negócio.

• **Equidade**: equidade tem a ver – mas não somente – com igualdade. Gestores, líderes e colaboradores, entre outros stakeholders são tratados de maneira justa e isonômica. Para isso, consideramos seus direitos, deveres, necessidades, interesses e expectativas.

• **Prestação de Contas**: Todos os que de alguma forma atuam na HMTJ realizam suas prestações de conta de forma transparente segundo preceitos da instituição clara e em tempo para que seus atos sejam avaliados e acompanhados. São totalmente responsáveis pelos seus atos e suas omissões.

• **Responsabilidade Corporativa**: se refere ao comprometimento de todos para que a viabilidade econômico financeira do HMTJ se preserve. Isso inclui evitar riscos desnecessários e buscar as melhores oportunidades de crescimento.

É de responsabilidade desta OSS, enquanto contratada, o gerenciamento, a administração, gestão e a operacionalização dos serviços da Unidade, incluindo, mas não se limitando a:

1. Controladoria;
2. Gestão Financeira;
3. Suprimentos;
4. Departamento Pessoal, Recursos Humanos e Saúde Ocupacional;
5. Gestão de Contratos;
6. Tecnologia da Informação.

Assim sendo, considerando que as atividades descritas acima são comuns a todas as filiais existentes do HMTJ, visando maior eficiência, agilidade, uniformidade de diretrizes, políticas institucionais, minimizar os riscos inerentes aos serviços e, principalmente, redução de gastos, será realizada a concentração do apoio técnico-administrativo necessário à execução de todos os Convênios/Contratos de Gestão, inclusive a futura parceria a ser firmada com o estado de Goiás.

Este modelo de gestão permite que o gestor de cada unidade mantenha seu foco de atuação direcionado no núcleo da sua atividade assistencial, além de possibilitar a unificação das boas práticas de apoio, tendo como objetivo primordial da centralização das despesas administrativas é reduzir a despesa individual com cada contrato de gestão, no presente caso, a futura parceria a ser firmada.

Assim, o HMTJ irá se utilizar, com vantagens para o Estado de Goiás, de estruturas centralizadas para compartilhamento de serviços e custos, com o objetivo de otimizar a gestão dos recursos humanos, gestão financeira e contábil, gestão de suprimentos, entre outras atividades necessárias e imprescindíveis para o cumprimento do objeto dos Contratos, consolidando tais atividades em uma unidade de operação principal.

A sede administrativa do HMTJ opera, e propõe a operação da futura parceria a ser firmada nos moldes de Centro de Serviços Compartilhados (CSC) centralizando a orientação dos serviços realizados pelas suas unidades de saúde gerenciadas por meio de Contratos de Gestão celebrados com o poder público, conforme Manual da Criação da CSC – Central de Serviços Compartilhados ora anexado.

A OSS caberá: Assegurar o cumprimento e elaboração das demonstrações financeiras de acordo com as práticas contábeis, em conformidade com os pronunciamentos técnicos emitidos pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC) e aprovadas pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC) e, especialmente, nos critérios e procedimentos específicos de avaliação, de reconhecimento das transações e variações patrimoniais, e de estruturação das demonstrações contábeis estabelecidas na ITG 2002 – Entidades sem Finalidade de Lucros, aprovada pela Resolução CFC nº 1409/2012.

O HMTJ, deverá assegurar ainda, controles internos que permitam a elaboração de demonstrações financeiras didáticas e transparentes para a atividade filantrópica, para tal, essas demonstrações seguem também alguns preceitos impostos pelas leis 11.638/07 e 6.404/76. Ambas as leis, completam as orientações da ITG 2002 e o conjunto dessas diretrizes, norteiam o escopo de nossas demonstrações financeiras que são anualmente auditadas por empresas de auditorias registradas na CVM e publicadas em jornal de grande circulação, garantindo a transparência de nossas informações.

A apropriação e contabilidade das atividades assistências, contratos, suprimentos e mão de obra são efetuados pelos sistemas inerentes e consolidados pelos sistemas de custos e contábil, os responsáveis por integrar e analisar tais informações.

O foco nestas atividades ainda em segurança em todas as áreas, ou seja, os processos são desenhados colocando níveis de segurança em que uma área tem de validar o executado por outras. Vale ressaltar que todas as atividades estão incluindo em cronograma de fechamento dos balancetes mensais.

Controladoria

A controladoria é área de controle da instituição, cuja missão é otimizar o processo decisório garantindo adequadas informações aos gestores em busca da eficácia, qualidade e produtividade.

Trazendo esse parâmetro a uma organização social, é incluída nas atribuições dessa área a criação de barreiras de segurança em ações que envolvem recursos de contratos de gestão, ou seja, ações que tragam segurança aos recursos públicos que a entidade gere.

A controladoria se baseia nos processos de controle, através de padrões de qualidade previamente estabelecidos, focado no controle, planejamento e orçamento base zero determinado pela organização.

As atividades que compõem a controladoria são: Auditoria Interna, Contabilidade e Controle de Custos e Orçamentos.

Auditoria interna desenvolve atividades que tratam da análise de todos os pagamentos oriundos dos contratos de gestão, ou seja, notas fiscais com as devidas medições, folha de pagamentos de colaboradores, guias de encargos, dentre outros, indicando em nosso sistema através do status de cada lançamento a situação "boa para pagamento" ou não, ou seja, atuação importante como filtro a execução financeira dos pagamentos.

Além desse processo rotineiro, são comuns também analises diretamente nas unidades assistências, como avaliação de inventário de patrimônio, inventário de estoques e analise do processo de ateste em serviços de terceiros.

A contabilidade integra todas as informações validando processos e autorizações geradas de forma sistêmica por todas as áreas da instituição, analisa-as, gera todas as informações e relatórios envolvidos em obrigações legais dando suporte assim para as áreas de controle interno e custos. Segue também com todo o controle fiscal da entidade, cabendo aqui ressaltar que como entidade filantrópica, o controle fiscal trata apenas de impostos e encargos retidos na fonte, ou seja, do ato do pagamento para de fornecedores e colaboradores.

O setor de custos e orçamento são responsáveis pela consolidação, elaboração e análise gerenciais, aos resultados de desempenho operacionais apurados. São feitas analises críticas nos custos tanto nas oscilações horizontais quanto verticais, sempre em busca da eficiência operacional das unidades de saúde, comparando-as entre elas como também em relação ao seu orçamento inicial previsto.

Para a gestão de custos hospitalares, a tecnologia pode ser mais que uma aliada. Um programa de gestão de custos será implantado no Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos e permitirá monitorar em tempo real esses dados, facilitando o dia a dia do gestor, levando em consideração os diferentes custos mencionados acima.

Os softwares podem apresentar as informações financeiras por setor, paciente ou procedimento. Para cada um desses cálculos, diversos itens são levados em conta, tais como horas de trabalho dos profissionais envolvidos, materiais utilizados, diárias de internação, custo da hora no centro cirúrgico, etc.

A partir desses dados é possível otimizar recursos e melhorar a eficiência de processos. Com as informações corretas em mãos, o gestor poderá definir um planejamento, tomar decisões e buscar soluções para problemas, quando necessário.

Somente com o controle de dados, a partir de softwares robustos que permitam ter um panorama completo do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos, é que os gestores poderão tomar decisões eficientes, visando uma gestão eficiente.

Mais que uma tendência do mercado, o uso de tecnologias no controle financeiro é a chave para que as instituições aumentem as possibilidades para obter melhores resultados. A integração nos sistemas, por sinal, é um dos aspectos mais importante no software de gestão. Mais do que o controle de entradas e saídas de recursos, o software de gestão financeira à ser utilizado no Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos estará integrado a outros processos e dados da unidade hospitalar, como o registro de pacientes, tempo de espera, procedimentos realizados, estoque, etc.

Departamento Administrativo - Financeiro e Contábil

É o setores responsáveis pela administração financeira, planejamento financeiro e a rotina contábil do HMTJ e suas Unidades, e tem por objetivo principal a gestão dos recursos repassados pelo ente público às Unidades sob Contrato de Gestão, no caso em tela o Estado de Goiás, e a garantia da manutenção do seu equilíbrio financeiro, dando suporte aos gestores administrativos da Unidade para que possam tomar decisões.

Realiza o controle da tesouraria, contas a pagar e receber, investimentos, planejamento financeiro e divulgação mensal dos resultados.

– Tesouraria: responsável pela gestão do fluxo de caixa das unidades com controle diário das entradas e saídas de recursos financeiros e gestão das contas bancárias.

– Contas a pagar: controla o vencimento dos compromissos de todas as Unidades a fim de garantir o cumprimento das obrigações evitando pagamento com atraso e multa.

– Contas a Receber: verifica se os repasses dos entes públicos estão ocorrendo dentro do previsto e se as obrigações dos clientes estão sendo pagas em dia, acionando, quando necessário, os mecanismos de cobrança.

O Planejamento financeiro (Setor de Custos): garante o controle do orçamento, identificando oportunidades de redução de custos e investimento em melhores práticas de gestão, e na qualidade e segurança do paciente.

O Setor de Prestação de contas: é responsável pela elaboração da Prestação de Contas e tem como base o modelo definido no contrato de gestão firmado com os entes federados, além de ser responsável pela entrega da mesma no prazo contratual e imposto pela legislação local.

A Contabilidade: faz o controle do patrimônio (ativo: bens e direitos e passivo: obrigações) das Unidades e suas variações. A correta apropriação dos registros contábeis possibilita a tomada de decisões assertivas por parte do gestor financeiro e dos administradores das unidades além de garantir a entrega de processos corretos ao setor de auditoria e prestação de contas, minimizando erros e retrabalhos, já o setor Fiscal garante o cálculo de impostos a pagar e o cumprimento das exigências tributárias.

A Auditoria Interna: realiza atividade de assessoramento a administração, visa detectar possíveis falhas nos processos solicitando as respectivas correções, com foco na melhoria dos controles internos. Acompanha todos os processos da Instituição, orienta a respeito dos fatos observados e busca aperfeiçoamento dos processos, mitigando erros e fraudes.

– Acompanhamento de prestações de contas

– Verificação das rotinas internas (unidades)

– Validação dos controles e fluxos de informações

Atende as auditorias externas (TCM, TCE, MP, SMS, SES e TCU) e auxilia demais setores na elaboração de respostas aos relatórios de Auditoria, além de realizar a interface entre as Secretarias e o Instituto.

Apenas a elaboração dos processos para pagamentos e o lançamento das Notas Fiscais são realizadas por auxiliares administrativos nas Unidades, todas as demais atividades estão centralizadas na Sede Administrativa

Gestão de Suprimentos

A gestão de suprimentos envolve toda a cadeia de suprimentos, iniciando na análise do consumo atual, necessidade de reabastecimento, cotações, logística para entrega, efetivação do abastecimento da unidade, conferência do abastecimentos e transformação da ordem de compras em nota fiscal no sistema.

Todas as etapas desse processo seguem os conceitos descritos no manual de compras e contratações da entidade.

- Analise de consumo: é feito analise semanal e consolidação do consumo mensal, observando as possíveis variações devido a desvios na curva da demanda assistencial da unidade.
- Necessidade de reabastecimento: com base no histórico de consumo, estoque de

segurança parametrizado no sistema e saldo atual, é informado a necessidade de resuprimento dos estoques da unidade.

- Cotações: Com o recebimento dos produtos e quantitativos necessários é encaminhado via exportação a plataforma de leilão reverso para cotação mais ampla por fornecedores, com retorno dos mesmos, produtos a produtos, com avaliação de preços, qualidade e prazo de entrega.

Responsável pelo planejamento da compra de materiais, estudos de disponibilidade de materiais, estratégia de pré-pedido, processamento / controle de requisição, relacionamento entre diferentes setores e funções, controle do recebimento, garantia do cumprimento dos prazos para todas as atividades do gerenciamento de suprimentos. Validação das compras no sistema BIONEXO e monitoramento do giro de estoques, além de garantir que o melhor custo benefício seja o fator primordial no processo de compras.

a. Controle da qualidade dos materiais: controla e monitora a qualidade, especificações de materiais e aprova ordens de compra.

b. Aquisição: realiza pesquisa, avaliação das ofertas de mercado, pedidos de compra e contratação, acompanhamento e avaliação das atividades pós-pedido e registro do desempenho dos fornecedores.

c. Controle dos dados dos fornecedores: responsável pelo controle dos dados dos fornecedores e manutenção dos registros (cadastro).

d. Almoxarifado: monitora e garante a qualidade dos materiais e equipamentos, inspeções internas e de campo, cumprimento de padrões, controle da qualidade. Validação realizada através do sistema de compras (BIONEXO ou APOIO).

e. Inspeção: monitora o desempenho do fornecedor, relatórios da situação do pedido e projeções de entrega.

f. Planejamento de estoques: monitora a quantidade de insumos, controla a requisição, verifica o volume, a qualidade e a rotatividade dos estoques das Unidades.

Apenas as atividades de recebimento, armazenamento e dispensação de materiais e insumos são realizadas por auxiliares de almoxarifado e técnicos de farmácia nas Unidades, todas as demais atividades estão centralizadas na Sede Administrativa.

Gestão de Contratos

A área de gestão dos contratos valida às demandas de prestadores de serviços indicadas por gestores operacionais das unidades, busca no mercado fornecedores que as atendam tecnicamente e financeiramente (orçamento proposto), valida com a direção geral da instituição, formalizam o contrato com prestador e geram no nosso sistema de

BackOffice durante o período de vigência do contrato as provisões do mesmo, provisão essa que será utilizada para os futuros lançamentos de notas fiscais.

De forma a tornar o processo de contratação mais ágil e simultaneamente mais seguro, com a ciência de todos os níveis de autorização necessário, foi criado em nossosistema um formulário que permite ao coordenador operacional de cada unidade solicitar esse pedido em um fluxo já preestabelecido que transita pelas seguintes áreas:

- Coordenação Operacional, indicando toda a necessidade técnica e legal para a demanda do serviço;
- Contratos, buscando no mercado prestadores de serviço para tal demanda, anexando os orçamentos, conforme o manual da instituição para compras e contratações;
- Direção Geral Unidade, validando a necessidade da demanda;
- Controladoria; validando a disponibilidade orçamentária para o custo;
- Direção Geral OSS, validação final;
- Contratos, formalização do contrato com o prestador de serviços e provisões contáveis.

Com a finalização desse processo, que teve a criação desse fluxo eletrônico para se tornar mais ágil, o serviço começa a ser prestado na unidade. Seguindo o fluxo de datas juntamente com o planejamento contábil e financeiro, as medições dos fornecedores são encerradas mensalmente no dia 20, para validação, emissão de nota fiscal, e posterior transformação de provisões de serviços em nota fiscal, no sistema (remetida a auditoria interna).

Um ponto importante a ser citado não somente a este processo, como também ao de compras, que somente se lança uma nota fiscal para pagamento no sistema através de uma ordem de compras ou serviços (provisão contrato) já pré-existente e que é resultado dos processos das áreas de Suprimentos e/ou Contratos, trabalhos esses também resultantes de pedidos técnicos dos operacionais das unidades, processo esse supervisionado pela controladoria.

Recursos Humanos e Saúde Ocupacional

O Departamento Pessoal, Recursos Humanos e Saúde Ocupacional trabalham em conjunto para fornecimento de mão de obra, capacitada, humanizada, envolvida com os objetivos da instituição tanto nos setores envolvidos diretamente na assistência nas unidades como também nas áreas de apoio.

Para tanto é feito um trabalho inicial junto ao setor de recursos humanos para encontrar o quadro ideal de colaboradores para a unidade que atinja ao mesmo tempo o

quantitativo legal necessário devido à sua estrutura como também aos conceitos de trabalho humanizados preconizados pela instituição.

O Recursos Humanos ainda complementa esse trabalho com todos os reflexos sindicais que esse quadro pode ter. A Saúde Ocupacional atua simultaneamente validando esse quadro com os preceitos legais.

Com esse quadro cadastrado, que é validado pela controladoria, só é possível contratar exatamente esse quantitativo de pessoas. Com o quadro definido é realizado processo seletivo para todas as vagas de trabalho, com anterior divulgação do processo, com aplicação de provas e entrevistas, resultando no cadastro no colaborador no sistema.

É normal ao longo do processo, devido a variação da demanda assistencial, modificações estruturais ou até a algum fator não observado no orçamento, a necessidade de modificação (para maior ou menor) desse quadro, para tal, foi criado fluxo eletrônico similar ao de contratação de terceiro com esse fim onde:

- O coordenador da unidade, sinaliza a necessidade, justificando tecnicamente o aumento;
- A Direção Geral da unidade, valida também tecnicamente essa solicitação;
- A Controladoria, indica a disponibilidade orçamentária para tal ou ajuste de custos necessário para acréscimo de determinada função;
- A Direção da OSS, valida com base nas necessidades técnicas e ajustes orçamentários necessários.
- O Recursos Humanos, cria a disponibilidade de vaga no sistema e realiza o processo seletivo.

Departamento Pessoal

O Departamento Pessoal é o setor da empresa responsável por gerenciar e acompanhar todos os processos burocráticos relacionados aos colaboradores como salários, férias, faltas, atestados, entre outros. Com os colaboradores já atuando na unidade, temos como preceito básico a utilização do ponto biométrico, já integrado ao sistema de folha de pagamento, para formalização das variáveis impactantes na folha de pagamento. Pontos esses sempre analisados previamente pelas lideranças hierarquicamente ligadas diretas ao colaborador do primeiro ao último nível, utilizando também como data de fechamento o dia 20 de cada mês.

O Departamento Pessoal recebe essas variáveis de forma sistêmica, integra as informações, gera as folhas de pagamento salários mensais, férias, descontos por

absenteísmo, afastamentos, entre outros. Ao fim do processo, seguindo os prazos restringidos pelo cronograma de fechamento contábil, o Departamento Pessoal remete a folha de pagamento para contabilidade para geração do impacto fiscal dos encargos retidos dos colaboradores e em seguida encaminha para validação da auditoria interna a folha para efetivo pagamento dos colaboradores.

Estes setores funcionarão através de uma Central de Serviços Compartilhados (CSC) alocada na unidade matriz da OSS HMTJ em Juiz de Fora que dará total suporte para gestão administrativa e corporativa necessárias ao desenvolvimento das atividades, conforme descrito no Manual deste serviço.

Assessoria Jurídica - Contratos

O Departamento Jurídico interno tem por missão solucionar e prevenir conflitos em todas as áreas do Direito, assessorando a diretoria estatuária e os diretores administrativos das filiais com as informações e serviços legais completos, capazes de garantir ambiente seguro e compatível com as necessidades da entidade.

Registra-se que Departamento Jurídico interno mantido pelo HMTJ não tem por finalidade o mesmo suporte oferecido pela assessoria jurídica externa por ela contratada.

Destarte, assessoria jurídica externa contratada presta serviços para cada unidade, absorvendo a demanda que não é possível ser assumida pelo Departamento Interno do HMTJ, serviços esses que abrangem:

Todas as atividades desse setor estão centralizadas na Sede Administrativa

Comunicação Institucional

Responsável pela elaboração de projetos de sensibilização e divulgação de informações para os colaboradores das Unidades sob Contrato de Gestão, referentes às instruções dos entes públicos sobre regras de funcionamento, políticas, instruções normativas, campanhas educativas e assistenciais.

O Departamento de Comunicação elabora layout de material escrito e de apoio como: cartazes, manuais, vídeos institucionais. Para o público interno (funcionários e prestadores de serviço) divulgam informações sobre o funcionamento, informes do departamento de Recursos Humanos, política de acesso à informação, campanhas para melhores práticas assistenciais e vídeos informativos. Para o público externo é responsável pelo apoio ao layout de comunicados, identidade visual da unidade, criação e atualização do site institucional.

Todas as atividades desse setor estão centralizadas na Sede Administrativa

Coordenação Administrativa Local:

Os serviços gerais de apoio administrativo e financeiro da operação serão responsabilidade do Coordenador Administrativo da unidade, conforme perfil estruturado para o cargo através do sistema de Gestão de Competências, que abrange, entre outras atividades:

- ✓ Coordenar e supervisionar rotinas administrativas;
- ✓ Elaborar, implantar, programar, orientar a execução das normas e todas as rotinas administrativas;
- ✓ Supervisionar cronogramas;
- ✓ Propor medidas de simplificação e melhorias das rotinas administrativas;
- ✓ Coordenar serviços gerais, serviço de malote, instalações, serviços de limpeza, seus cronogramas e necessidades;
- ✓ Organizar documentos e correspondências, receber, analisar, classificar, registrar, conferir documentos e organizar registros;
- ✓ Controlar abastecimento de estoque;
- ✓ Coordenar equipes de apoio operacional e administrativas;
- ✓ Requisitar e/ou aprovar requisição de pessoal, definir e gerenciar escala de trabalho, avaliar desempenho da equipe, remanejar pessoal, apurar frequência ao trabalho e gerenciar benefícios;
- ✓ Manter rotinas referente ao pequeno caixa, controlar verbas; monitorar metas;
- ✓ Controlar contas a pagar; controlar fluxo de caixa; prestar contas;
- ✓ Divulgar informações;
- ✓ Esclarecer dúvidas;
- ✓ Intermediar equipes;
- ✓ Elaborar comunicados, documentos e relatórios;
- ✓ Desenvolver treinamentos do programa de educação continuada para manter atualizada a equipe de profissionais do setor;
- ✓ Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;

- ✓ Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores;
- ✓ Responsabilizar-se por atender e disseminar todas as determinações que constam nos procedimentos padrão do RH de nível gerencial e cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS DO COORDENADOR ADMINISTRATIVO (HOSPITAL, UPA E UBS)

- ✓ Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;
- ✓ Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;
- ✓ Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de "Gestão por Competências", monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;
- ✓ Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

I. Objetivos

O modelo de Organização Social de Saúde (OSS) é norteado pelo controle dos custos, uma vez que o objetivo da organização não é o lucro. Colaborando com o citado, de acordo com a legislação vigente a OSS recebe uma renda social referente ao valor de custeio citado em proposta de concorrência prevista em edital, logo a sustentabilidade da organização é gerenciada por um apurado controle de custos com o objetivo de otimizá-los. Visando garantir a correta alocação dos recursos a OSS HMTJ trabalha com a metodologia de apuração de custos por absorção plena aonde tem todo o controle de custos por unidade de saúde, centro de custos e produtos gerados, valendo ressaltar que para atingir esses resultados foi estabelecido um cronograma rígido em que são necessárias tanto a participação da unidade central como também todas as lideranças das unidades. Os dados são alimentados e recebem uma análise prévia até o dia 10 do mês subsequente, sendo que a partir dessa data cada gestor de centro de custos analise seu custo unitário, assim gerando subsídio para a Coordenação Administrativa analisar os custos da unidade como um todo. Essa análise é realizada em uma reunião de todas as unidades em conjunto com a Direção da OSS HMTJ com objetivo de disseminação da metodologia e principalmente da cultura de análise e otimização de custos.

Materiais:

Computador

Módulo de gestão de custos

RM TOTVS;

III. Descrição dos passos da atividade

- Discutir com os assistentes de Custos os dados inseridos mensalmente no sistema de custos pelas unidades na segunda semana de cada mês, identificando as principais dificuldades encontradas para fechamento dos relatórios;
- Fornecer, a todos os gestores de unidades informações referentes aos seus custos dos respectivos centros de custos, despertando assim a corresponsabilidade, para que todos exerçam uma efetiva gestão dos custos;
- Gerar subsídio para análise dos custos ao longo do tempo;
- Possibilitar a troca de informações e a comparação de resultados com as unidades;
- Oferecer para a diretoria as informações necessárias para a tomada de decisões ou soluções de problemas;
- Permitir a comparação e a evolução dos custos periodicamente;
- Permitir a comparação dos custos com o valor previsto em contrato para gestão da unidade;

IV. Siglas e Definições

RM TOTVS – Sistema de Gestão hospitalar, financeira, entre outros.
SigQuali - Software de Gestão de Qualidade no Setor de Saúde

V. Anexos

N/A

VI. Referências

MATOS, Afonso José de.Técnicas Análises e Tomada de Decisão: 3 ed. São Paulo, 2005.

I. Objetivos

Processo de análise e validação de todos os custos envolvidos para execução dos serviços prestados pela instituição, gerando relatórios que subsidiem a tomada de decisão da diretoria. O assistente de custos deve manter os relatórios atualizados e buscar a otimização dos custos envolvidos que contribuirão para a saúde financeira da unidade.

Materiais

Computador

Descrição dos passos da atividade

1º Passo:

Abra o sistema de custos, conforme figura abaixo:



2º Passo:

Insira seu usuário e sua senha para acessar o sistema.



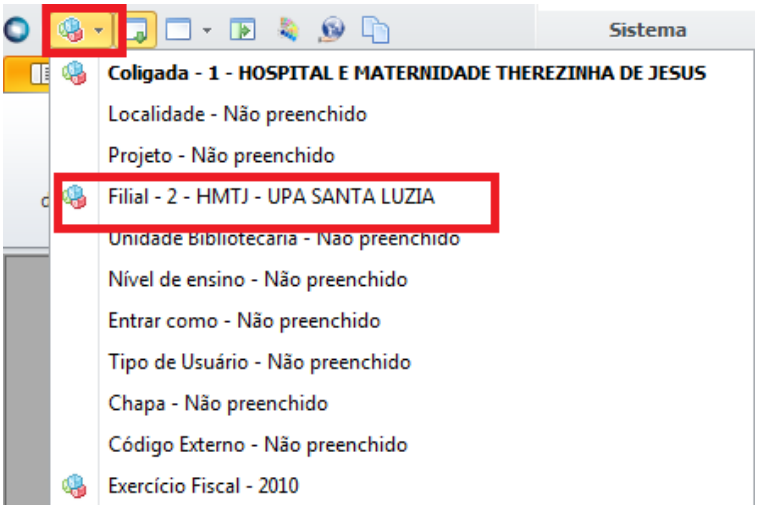
3º Passo:

Selecione o item como mostra a figura abaixo, localizado no canto superior esquerdo da tela, e em seguida selecione Gestão de Custos.

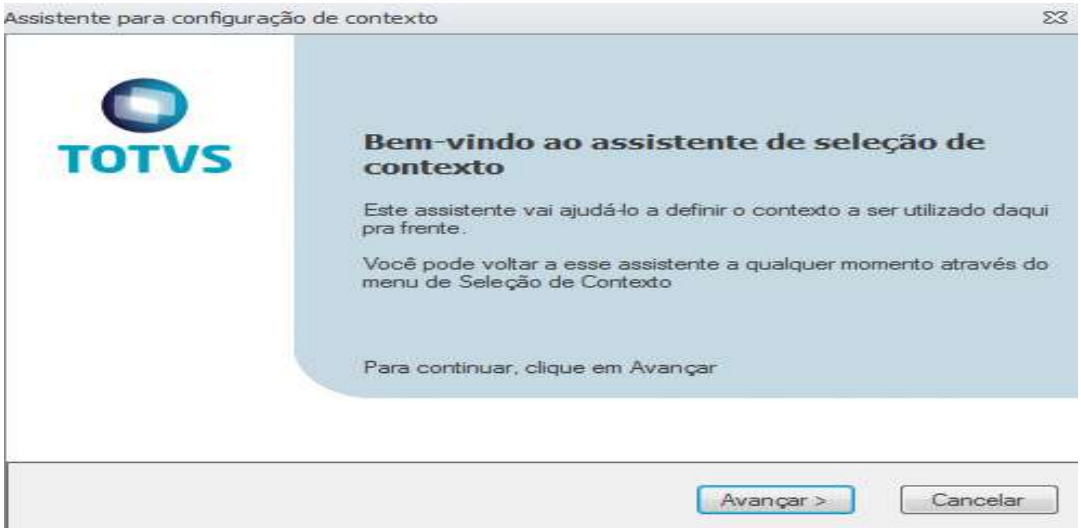


4º Passo:

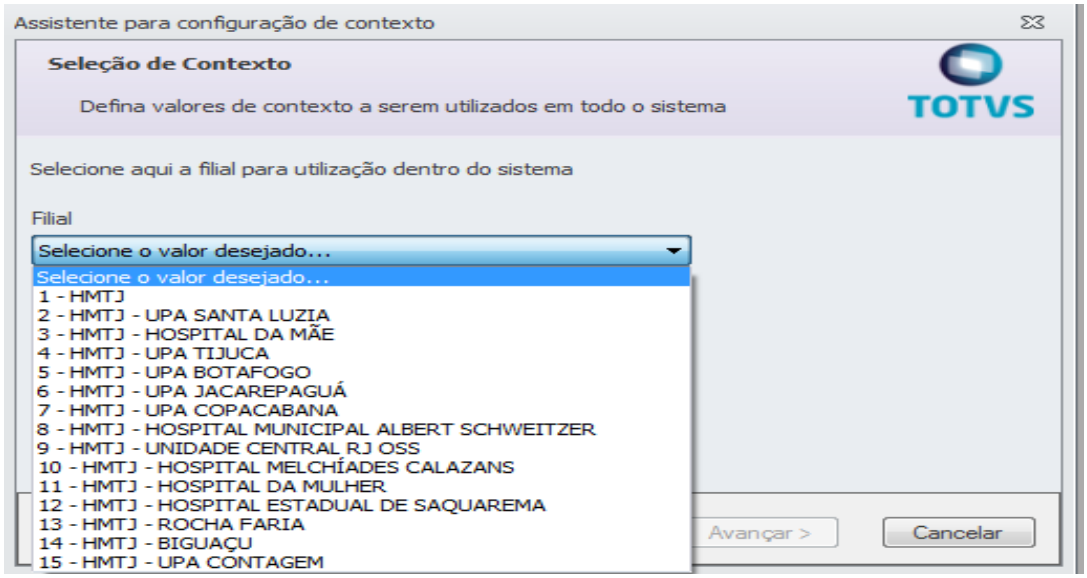
4.1 Selecione o item como mostra a figura abaixo, localizado no canto superior esquerdo da tela e em seguida, selecione a filial que aparece para você para dar continuidade no processo.



4.2 Clique em avançar para poder escolher sua filial, como mostra a figura abaixo:



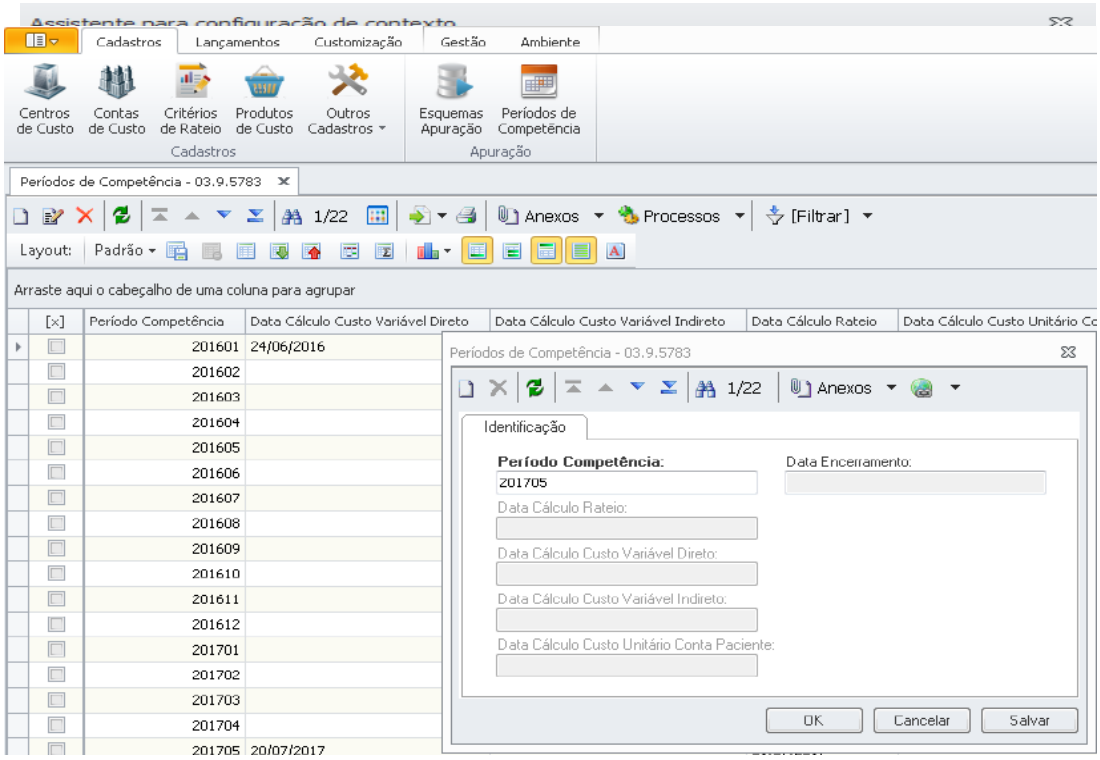
4.3 Selecione a filial referente a sua unidade e em seguida, clique em avançar.



4.4 Clique em concluir

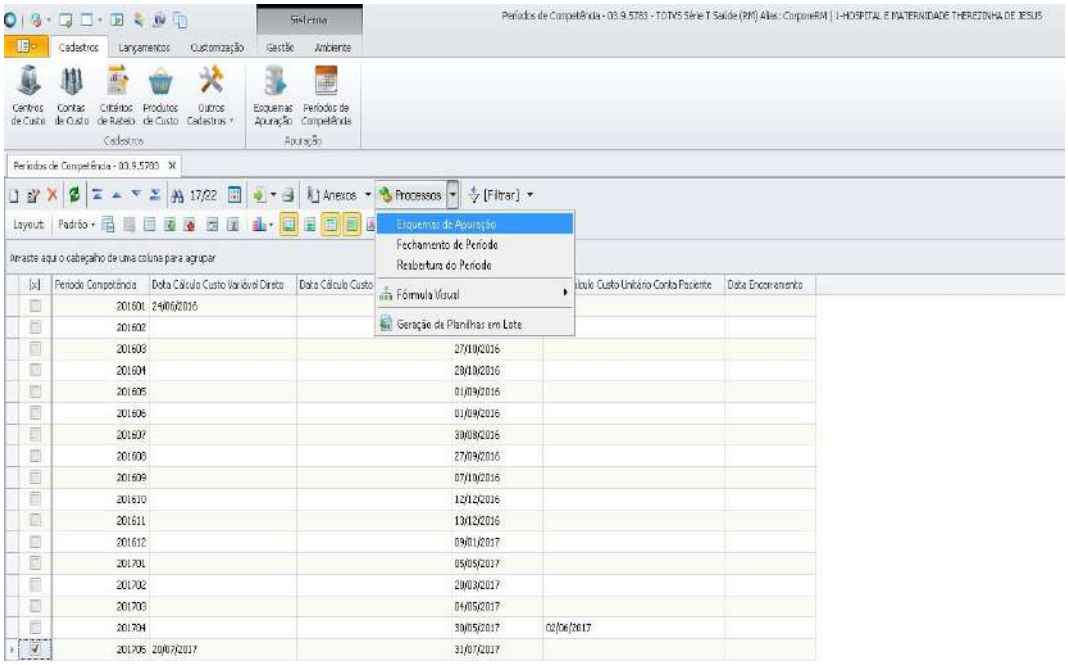
5º Passo:

Clique em Períodos de Competência, na próxima tela clique no ícone localizado no canto esquerdo "incluir" digite a competência a ser aberta seguindo o padrão do sistema AAAAMM (ano e mês) e em seguida clique em OK.

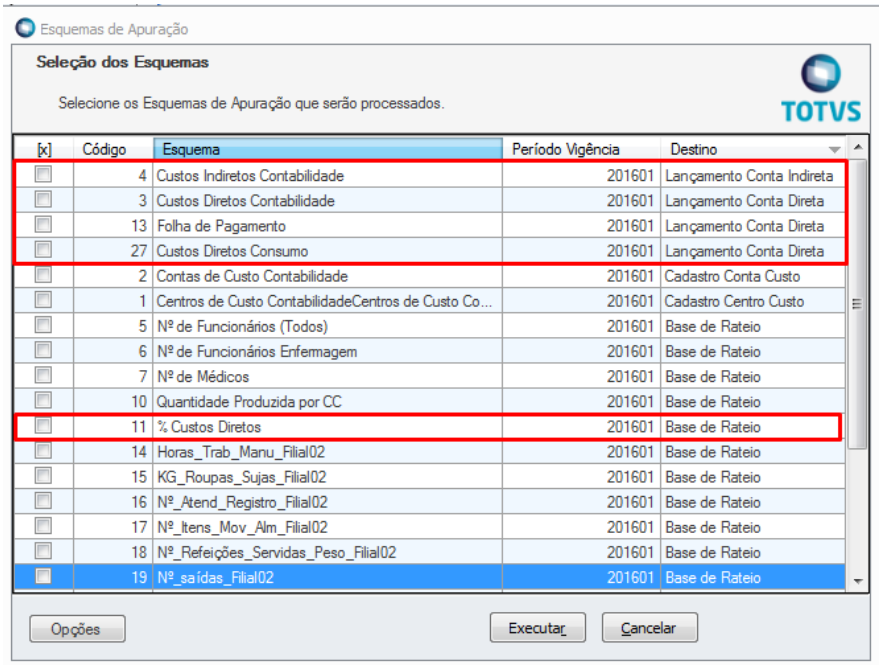


6º Passo:

6.1 Após receber o email da Contabilidade validando a folha de pagamento e liberando a mesma para importação, clique em Períodos de Competência, clique na caixa ao lado da competência que deseja importar a folha, em seguida em Processos e Esquemas de Apuração.

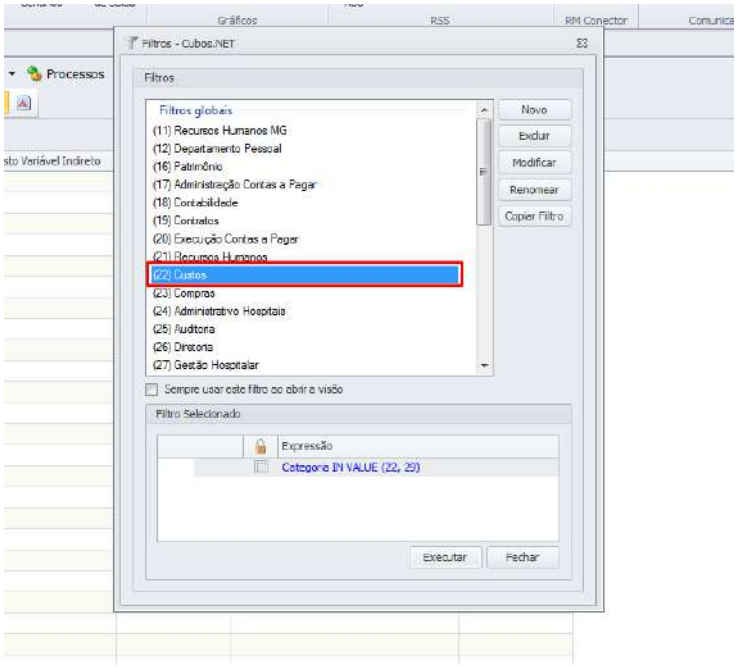


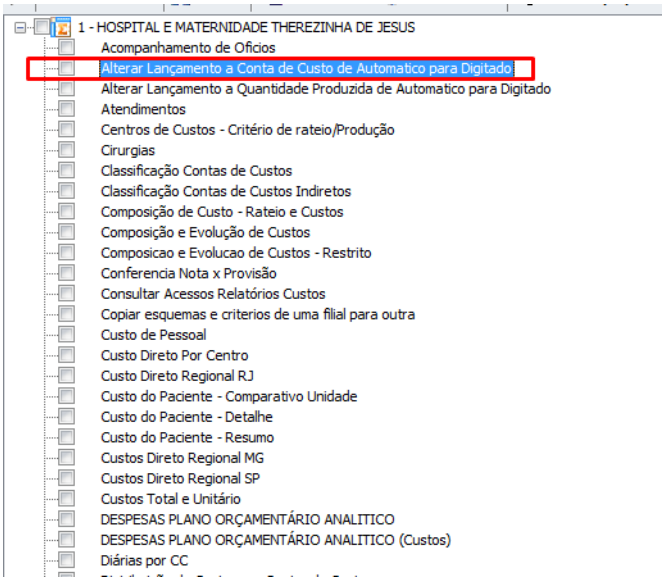
6.2 Na próxima tela, será necessário realizar apurações referente a folha de pagamento, Custos Diretos Contabilidade, Custos Diretos Consumo, % Custos Diretos e Custos Indireto. Clique em executar um código por vez, na sequência informada.

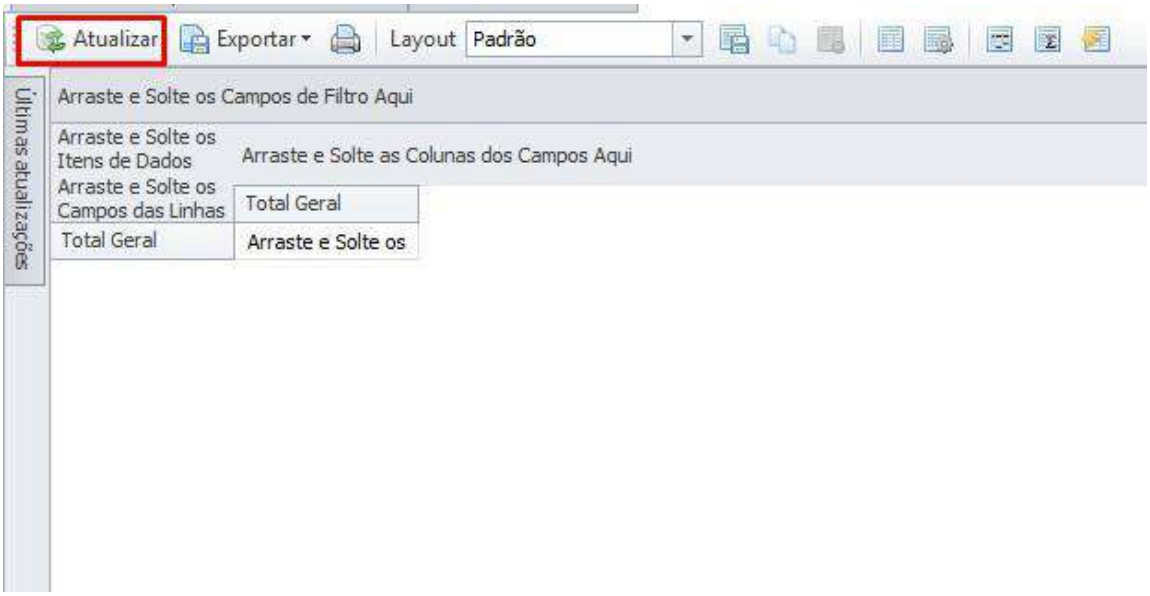


6.3 Na próxima etapa, será necessário alterar as contas de custo de automático para digitado.

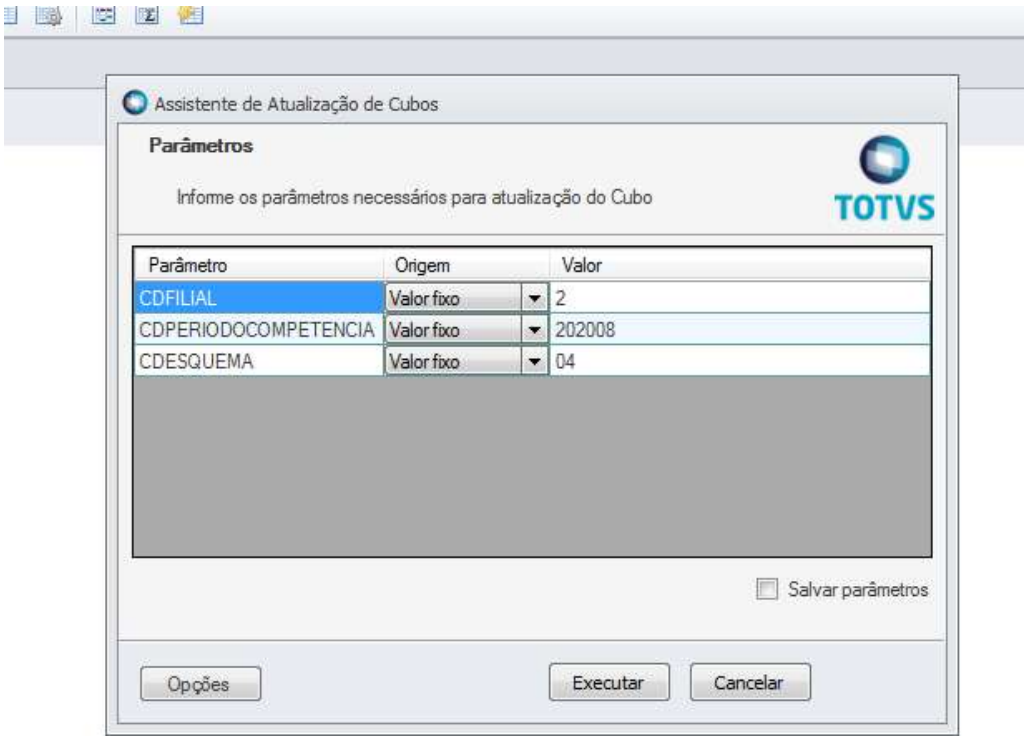








Será necessário digitar a filial, competência (AAAAMM) e o código do esquema apurado (código apresentado na página 6).



8º Passo:

8.1.Após receber o balancete da contabilidade, o assistente de custos deverá calcular o custo total da unidade seguindo a seguinte fórmula:

Conta 3.2 Débito - Crédito

Conta 3.3.1 Débito - Crédito

Conta 3.4.1.2 Débito - Crédito

3.2	544	CUSTO DOS SERVIÇOS	38.149.623,79	6.228.933,26	993.545,08-
3.2.1	545	CUSTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES	38.149.623,79	6.228.933,26	993.545,08-
3.2.1.1	546	CUSTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES	38.149.623,79	6.228.933,26	993.545,08-
3.2.1.1.01	547	PESSOAL PRÓPRIO	12.953.396,73	1.870.752,73	109.674,83-
3.2.1.1.01.00	548	SALÁRIO CONTRATUAL	6.652.942,89	916.416,11	37.750,64-
3.2.1.1.01.00	549	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	881.112,28	114.196,24	0,00
3.2.1.1.01.00	550	ADICIONAL NOTURNO	804.584,63	108.328,87	0,00
3.2.1.1.01.00	551	HORAS EXTRAS	19.412,65	28.302,30	0,00
3.2.1.1.01.00	552	ADICIONAL DE PERICULOSIDADE	16.600,76	1.912,52	0,00
3.2.1.1.01.00	554	PRÊMIO ASSIDUIDADE	630.470,88	83.093,21	0,00
3.2.1.1.01.00	555	13° SALÁRIO PROVISIONADO	828.577,26	111.787,59	0,00
3.2.1.1.01.00	556	FÉRIAS PROVISIONADAS	1.151.703,74	149.567,19	0,00
3.2.1.1.01.00	2022	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS	48.636,26	2.559,11	0,00
3.2.1.1.01.00	2023	DSR E FERIADO TRABALHADO	112.408,03	27.852,31	0,00
3.2.1.1.01.00	2024	AFASTAMENTO POR DOENÇA	96.852,07	13.254,01	0,00
3.2.1.1.01.00	2025	ABONO PECUNIÁRIO DE FÉRIAS	14.390,35	2.593,33	0,00
3.2.1.1.01.00	2026	AVISO PRÉVIO E INDENIZAÇÕES	450.979,66	66.609,17	5.320,65-
3.2.1.1.01.00	2028	FGTS NA RESCISÃO	618.738,30	83.012,67	0,00
3.2.1.1.01.00	2030	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	405.018,67	87.296,34	24.668,74-

Para calcular as contas de custo: Salário Contratual, Encargos, Verbas, Benefícios e Hora Extra, segue tabela:

Descrição	Se Refere
SALÁRIOS	Salário Contratual
	Adicional Insalubridade
	Adicional Noturno
	Prêmio Assiduidade
	Adicional de Periculosidade
	Afastamento por Doença
	DSR e Feriado Trabalhado
	Gratificações e Vantagens PE
ENCAGOS (FÉRIAS)	Abono Pecuniário de Férias
	Férias Provisionadas
	13º Salário Provisionado
	FGTS
	PIS
VERBAS	FGTS na Rescisão
	Aviso Prévio e Indenizações
BENEFÍCIOS	Vale Transporte
	PAT
HORAS EXTRAS	Horas Extras

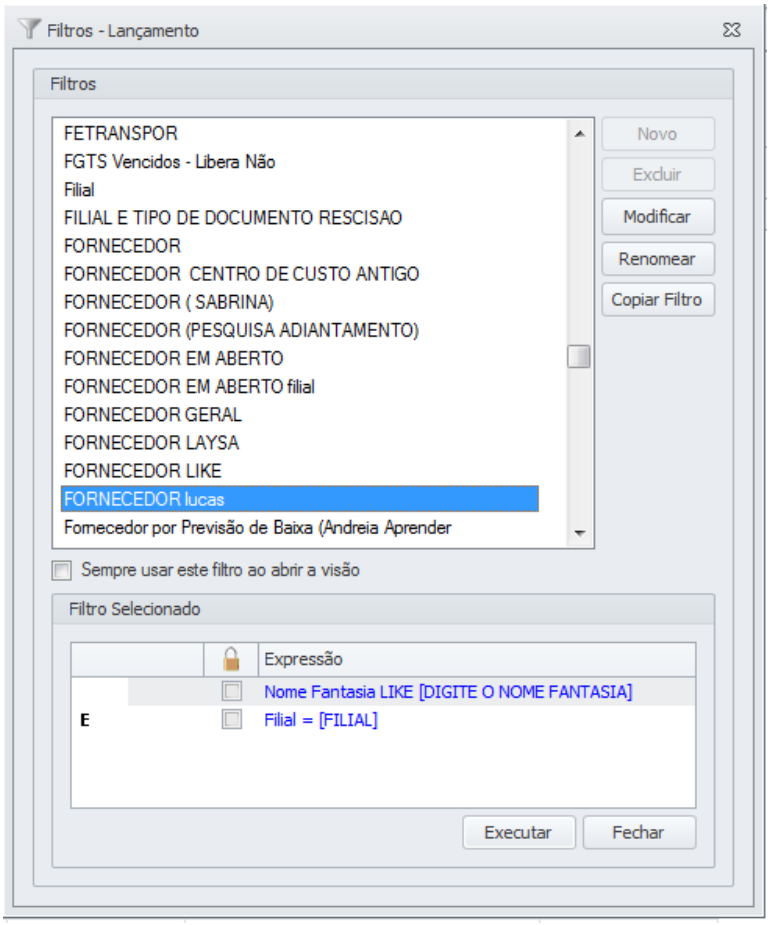
9º Passo:

9.1 Caso haja dúvida no serviço prestado pelo fornecedor, o assistente de custos deverá acessar o RM Gestão Financeira.

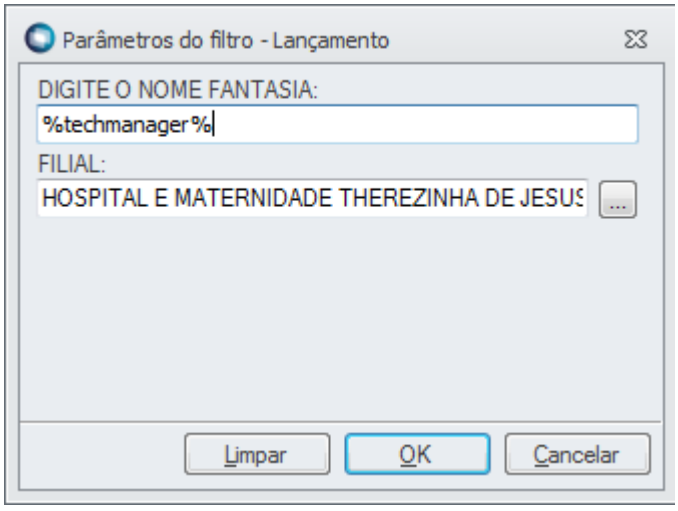




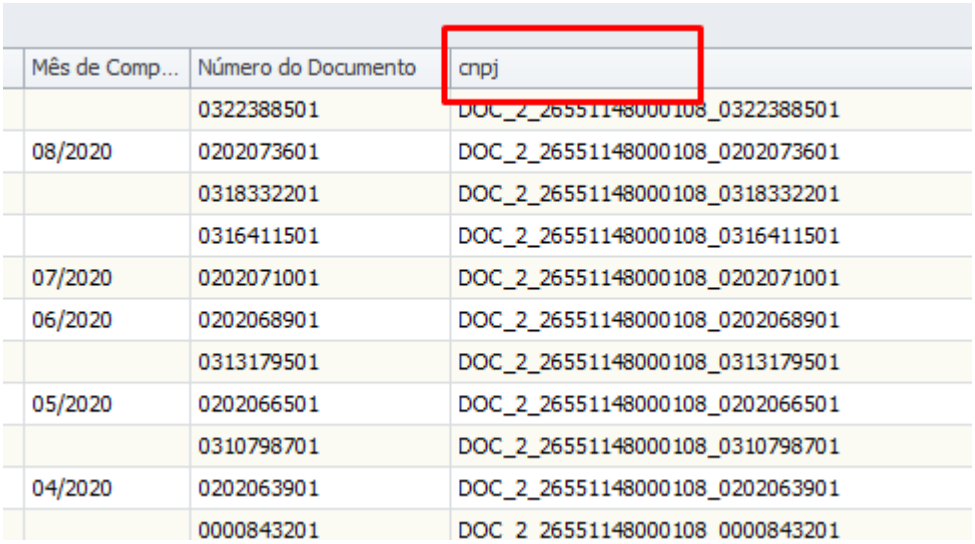
9.2 Em seguida selecione o filtro fornecedor e preencha os campos solicitados.



Obs.: Coloque o nome do fornecedor entre %.



9.3 Na próxima tela, localize o lançamento e copie o código do campo CNPJ.



Mês de Comp...	Número do Documento	cnpj
	0322388501	DOC_2_26551148000108_0322388501
08/2020	0202073601	DOC_2_26551148000108_0202073601
	0318332201	DOC_2_26551148000108_0318332201
	0316411501	DOC_2_26551148000108_0316411501
07/2020	0202071001	DOC_2_26551148000108_0202071001
06/2020	0202068901	DOC_2_26551148000108_0202068901
	0313179501	DOC_2_26551148000108_0313179501
05/2020	0202066501	DOC_2_26551148000108_0202066501
	0310798701	DOC_2_26551148000108_0310798701
04/2020	0202063901	DOC_2_26551148000108_0202063901
	0000843201	DOC_2_26551148000108_0000843201

9.4 Em seguida abra o navegador e entre com seu login e senha no FLUIG.
Cole o código no campo de busca, apague os dois últimos dígitos e dê enter para pesquisar.
Ao aparecer o registro clique nos 3 pontos ao lado da descrição e em download para baixar a imagem referente a nota fiscal.

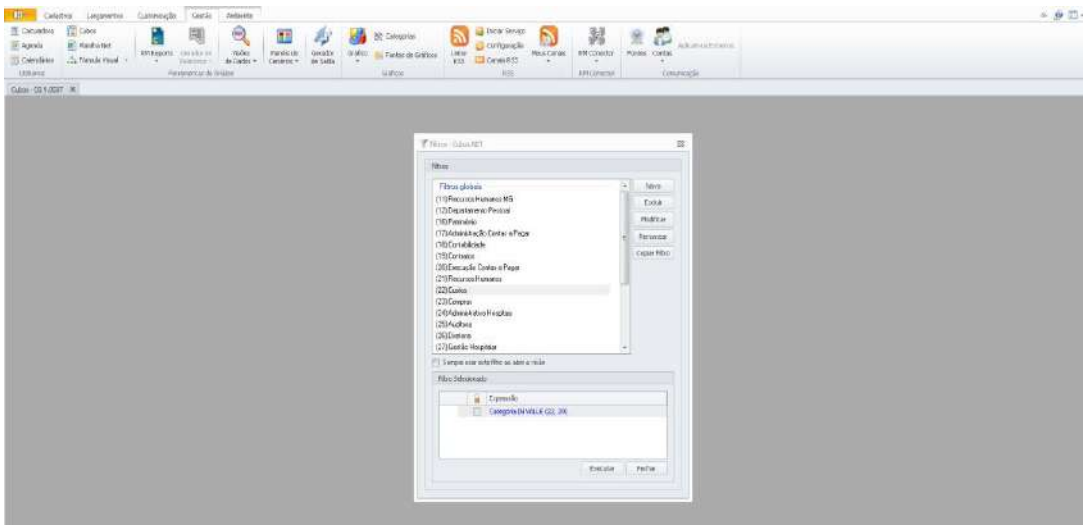


9.5 Abra a imagem baixada e visualize o serviço prestado para verificar se há a necessidade de mudança de centro de custos ou conta contábil. A informação também é importante para as justificativas das variações.

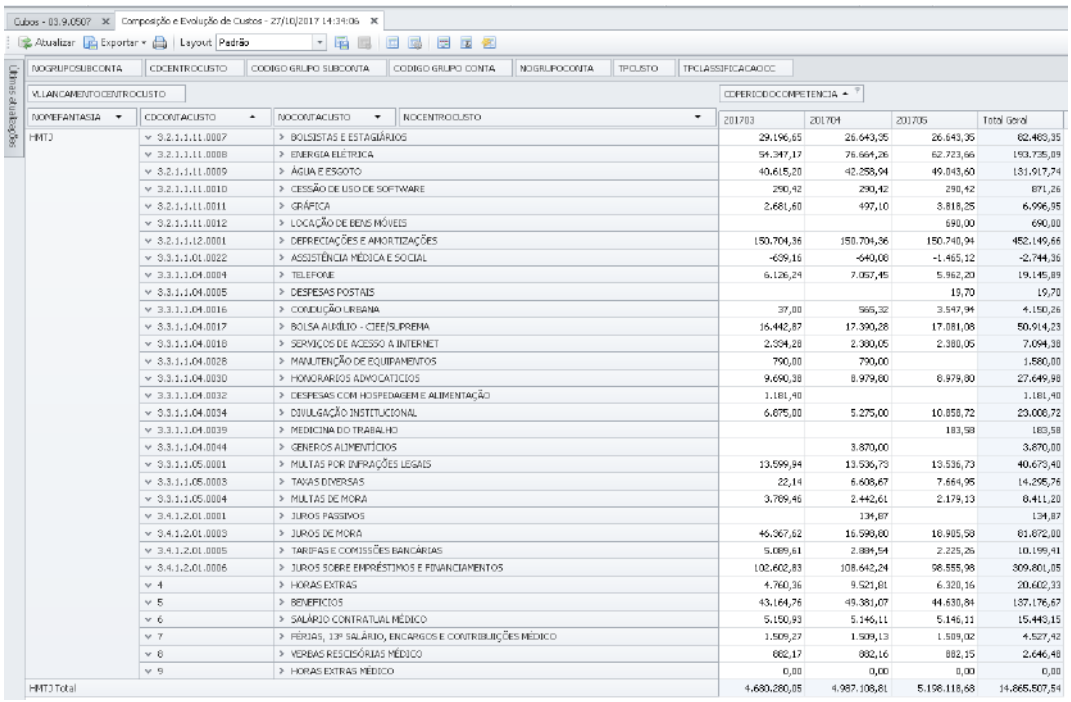


10º Passo:

10.1 Após realizar todas as importações, o assistente de custos deverá verificar se os valores apresentados no sistema de custos estão iguais aos demonstrados no balancete (conta citada na página 9). Para isso deverá clicar na aba Gestão, em seguida cubos e selecionar o filtro (22) Custos e execute.



10.2 Em seguida dê um duplo clique no relatório Composição e evolução de custos.

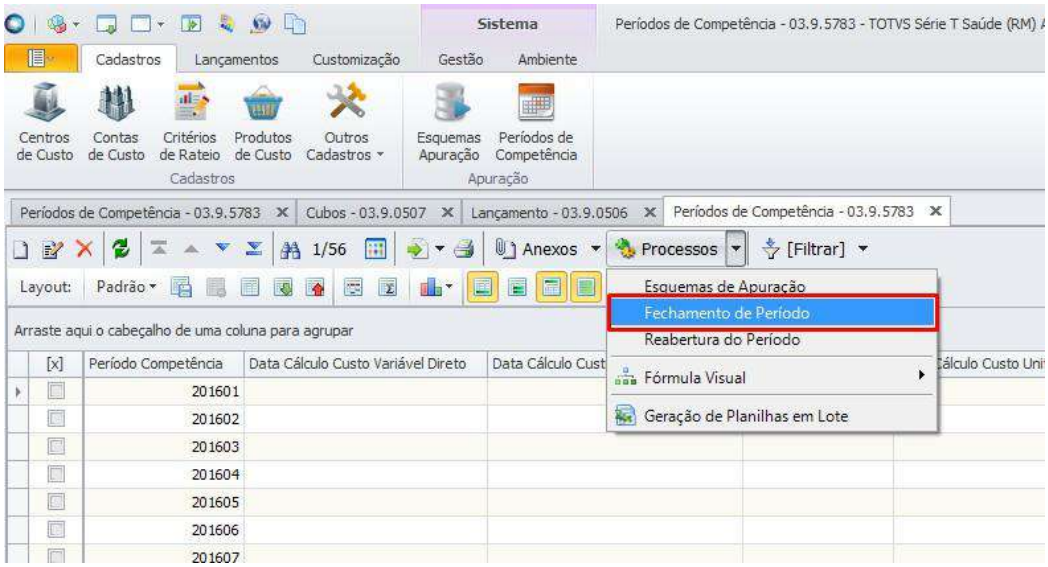


NOMEFANTASIA	CDCONTACUSTO	NOCONTACUSTO	NOCENTROCUSTO	201703	201704	201705	Total Geral
HMTJ	3.2.1.1.11.0007	BOLSISTAS E ESTAGIÁRIOS		29.196,65	26.643,35	26.643,35	82.483,35
	3.2.1.1.11.0008	ENERGIA ELETRICA		54.347,17	76.664,26	62.723,66	193.735,09
	3.2.1.1.11.0009	ÁGUA E ESGOTO		40.615,20	42.258,94	49.043,60	131.917,74
	3.2.1.1.11.0010	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE		290,42	290,42	290,42	871,26
	3.2.1.1.11.0011	GRÁFICA		2.681,60	497,10	3.818,25	6.996,95
	3.2.1.1.11.0012	LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS				690,00	690,00
	3.2.1.1.12.0001	DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES		150.704,36	150.704,36	150.740,94	452.149,66
	3.3.1.1.01.0022	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL		-639,16	-640,08	-1.465,12	-2.744,36
	3.3.1.1.04.0004	TELEFONE		6.126,24	7.057,45	5.962,20	19.145,89
	3.3.1.1.04.0005	DESPESAS POSTAIS				19,70	19,70
	3.3.1.1.04.0016	CONDUÇÃO URBANA		37,00	565,32	3.547,94	4.150,26
	3.3.1.1.04.0017	BOLSA AUXÍLIO - CIEE/SUPREMA		16.442,87	17.390,28	17.081,08	50.914,23
	3.3.1.1.04.0018	SERVIÇOS DE ACESSO A INTERNET		2.394,28	2.380,05	2.380,05	7.094,38
	3.3.1.1.04.0028	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS		790,00	790,00		1.580,00
	3.3.1.1.04.0030	HONORARIOS ADVOCATICIOS		9.690,38	8.979,60	8.979,60	27.649,98
	3.3.1.1.04.0032	DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO		1.181,40			1.181,40
	3.3.1.1.04.0034	DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL		6.675,00	5.275,00	10.858,72	23.008,72
	3.3.1.1.04.0039	MEDICINA DO TRABALHO				183,58	183,58
	3.3.1.1.04.0044	GENEROS ALIMENTÍCIOS			3.870,00		3.870,00
	3.3.1.1.05.0001	MULTAS POR INFRAÇÕES LEGAIS		13.599,94	13.536,73	13.536,73	40.673,40
	3.3.1.1.05.0003	TAXAS DIVERSAS		22,14	6.608,67	7.664,95	14.295,76
	3.3.1.1.05.0004	MULTAS DE MORA		3.789,46	2.442,61	2.179,13	8.411,20
	3.4.1.2.01.0001	JUROS PASSIVOS			134,87		134,87
	3.4.1.2.01.0003	JUROS DE MORA		46.967,62	16.598,00	18.905,50	81.672,00
	3.4.1.2.01.0005	TARIFAS E COMISSÕES BANCÁRIAS		5.089,61	2.884,54	2.225,26	10.199,41
	3.4.1.2.01.0006	JUROS SOBRE EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS		102.602,83	108.642,24	98.555,98	309.801,05
	4	HORAS EXTRAS		4.760,36	9.521,81	6.320,16	20.602,33
	5	BENEFICIOS		43.164,76	49.381,07	44.630,84	137.176,67
	6	SALÁRIO CONTRATUAL MÉDICO		5.150,93	5.146,11	5.146,11	15.443,15
	7	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES MÉDICO		1.509,27	1.509,13	1.509,02	4.527,42
	8	VERBAS RESCISÓRIAS MÉDICO		882,17	882,16	882,15	2.646,48
	9	HORAS EXTRAS MÉDICO		0,00	0,00	0,00	0,00
HMTJ Total				4.680.280,05	4.987.108,81	5.198.118,68	14.865.507,54

O cubo acima permite verificar se os valores estão corretos, os valores alocados em cada centro de custo e identificar as variações dos custos em relação as competências anteriores.

11º Passo:

Após realizar todas as alterações necessárias, junto com o setor da contabilidade, o Assistente de Custos deverá fechar o período.



12º Passo:

O setor de custos recebe os relatórios de consumo já analisados do setor de suprimentos, mas cabe ao assistente de custos validar as informações.

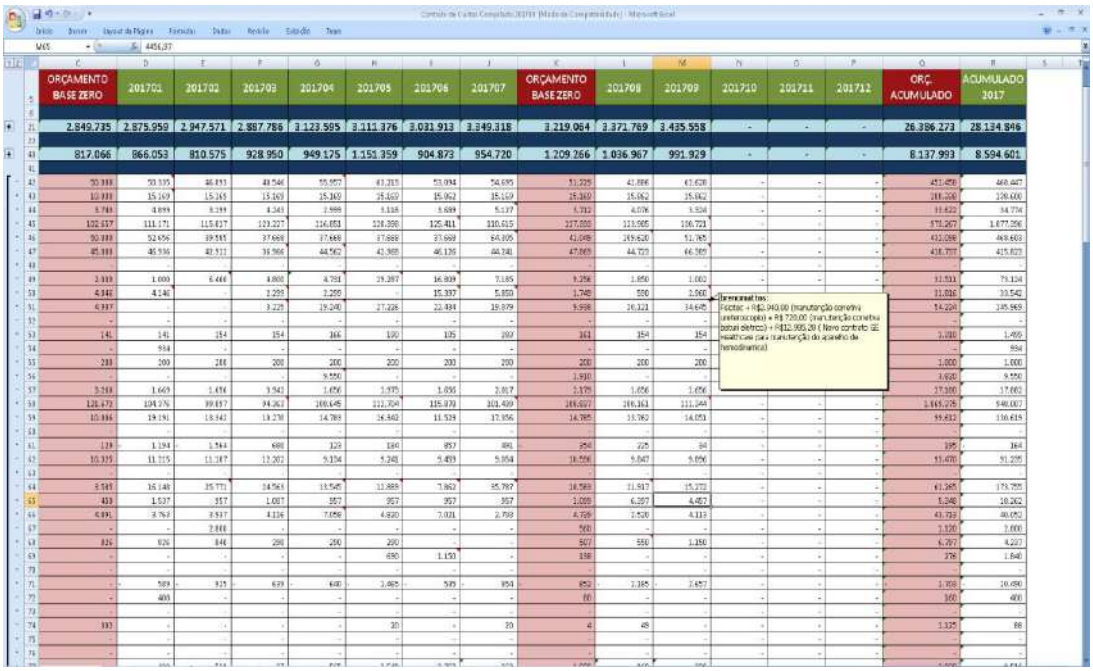
13º Passo:

Após toda a validação os custos referentes aos Centros de Custos do CSC (Financeiro,Controladoria,Suprimentos,Qualidade,RH,DP,CSTI,Diretoria Executiva Regional) deverão ser transferidos para a filial 9 visando a cobrança do rateio dos custos administrativos das demais contratantes.

14º Passo:

Após finalizada a análise de custos da unidade o colaborador deverá transcrever os dados para a planilha de controle de custos (OPERACIONAL/FINANCEIRO/Custos/Base Zero) e incluir como comentário as justificativas observadas no momento do fechamento, que servirão de subsidio para a análise critica do indicador.

Os dados serão discutidos em reunião de analise crítica com a Alta direção.



ORÇAMENTO BASE ZERO	201701	201702	201703	201704	201705	201706	201707	ORÇAMENTO BASE ZERO	201708	201709	201710	201711	201712	ORÇ. ACUMULADO	ACUMULADO 2017
2.849.735	2.875.959	2.947.571	2.887.786	3.123.595	3.111.376	3.031.913	3.349.318	3.219.084	3.371.769	3.435.558	-	-	-	26.386.273	28.134.946
817.066	866.053	810.575	928.950	949.175	1.151.359	904.873	954.720	1.209.266	1.036.967	991.929	-	-	-	8.137.993	8.594.601

II. Siglas e Definições

OSSHMTJ – Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

III. Anexos

N/A

IV. Referências

N/A

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - OSS (JUIZ DE FORA - MG)

MANUAL DA CRIAÇÃO DA CSC - CENTRAL DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO..... 3

II. CENTRAL DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS – CONCEITUAÇÃO 4

III. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL ATUAL..... 9

IV. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PROPOSTA COM CSC 10

V. MODELAGEM ADOTADADE CENTROS DE CUSTOS DE GASTOS E CONTAS DE CUSTOS E GASTOS.....12

VI. CRITÉRIO DE RATEIO 17

VII. MODELOS DE RELATÓRIOS.....18

I. INTRODUÇÃO

Este relatório tem por objetivo apresentar o conceito de CSC - Central de Serviços Compartilhados, e sua aplicação na OSS - Organização Social de Saúde HMTJ - Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

A implantação do conceito de CSC no HMTJ tem, pelo menos, dois objetivos principais, a saber:

- Aprimorar seu modelo de gestão, através da aplicação de um conceito já largamente utilizado nos países desenvolvidos, assim como no Brasil, em vários segmentos de atividade econômica, e agora com algumas experiências no setor da prestação de serviços assistenciais em saúde, nas organizações que, como o HMTJ, operam com várias unidades produtivas situadas em locais geograficamente distintos e, eventualmente, distantes, e que precisam dirigir os esforços em cada unidade para sua atividade principal, mas ao mesmo tempo necessitam que as práticas administrativas, em cada unidade produtiva, sejam padronizadas, eficientes, com gestão própria, e que este modelo proporcione um custo global menor para a organização, mas ao mesmo tempo uma gestão eficiente e eficaz;

- Sanar um problema comum, enfrentado pelas secretarias de saúde que adotam o modelo da OSS na prestação de serviços de saúde à população, que é como atribuir, ao custo de cada contrato de unidade gerida no modelo de OSS, os gastos da administração central da OSS, isto é como ratear para cada contrato os gastos gerais e da administração central da OSS. O modelo ora proposto, tem também o objetivo de contribuir como uma metodologia justa e adequada de atribuição desses gastos gerais de governança da OSS, a cada uma de suas unidades, através do conceito de CSC - Central de Serviços Compartilhados, e de uma demonstração clara e transparentes de gastos da administração central e de como esses gastos são atribuídos às várias unidades geridas pela OSS - Organização Social de Saúde.

II. CENTRAL DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS – CONCEITUAÇÃO

O conceito da CSC - Central de Serviços Compartilhados, tem sido adotado por organizações que atuam com várias unidades de negócio, com o objetivo de obter ganhos de escala naquelas atividades comuns a todas as unidades de negócio - normalmente, atividades administrativas e de apoio. Outra vantagem da adoção do conceito de CSC, é que o gestor de cada unidade tem seu foco de atuação concentrado no núcleo da sua atividade assistencial, reduzindo o seu envolvimento em atividades administrativas e de apoio, que são geridas pela CSC. Além disto, a implantação do conceito de CSC possibilita a uniformização das práticas administrativas e de apoio para todas as unidades assistencial, facilitando as transferências de gestores e colaboradores inter-unidades, pois as práticas são as mesmas em todas elas.

Por outro lado, para a adequada implantação deste conceito, é necessário um elevado nível de maturidade dos gestores da organização, pois passa-se a trabalhar com o conceito de matriz de responsabilidades entre o gestor de cada unidade e o gestor do CSC.

O conceito de Unidade de Atividade Assistencial

Com a expansão de suas atividades, quer regionais ou geográficas, quer na ampliação de suas linhas de produtos, serviços ou atividades, as organizações vão ampliando suas estruturas organizacionais, criando unidades para atender sua expansão geográfica e/ou dos serviços e produtos oferecidos.

Com o objetivo de disciplinar e organizar este modelo com várias unidades, foi desenvolvido o conceito de administração por unidade. Este conceito, em seu sentido mais amplo, trata a unidade como uma entidade específica, delegando ao gerente ou diretor das unidades, responsabilidades como uma atividade assistencial específica, autoridade e poder de decisão. Logo o modelo de gerenciamento por unidade, está associado diretamente à descentralização e delegação de responsabilidade. Por outro lado, a delegação de descentralização requer um alto

grau de normatização, sem o que a transferência de responsabilidade pode correr sérios riscos. Descentralizar sem normas e procedimentos muito bem definidos pode representar alto risco. As organizações mais bem-sucedidas possuem normas e procedimentos bem definidos que delimitam as responsabilidades delegadas aos seus gestores. Na realidade não existe um sistema totalmente descentralizados, o que existe e a descentralização relativa sempre de acordo com normas preestabelecidas.

Neste trabalho, estamos definindo uma unidade de atividade assistencial como sendo uma unidade organizacional relativamente independente, cujo gestor é responsável pelo seu desempenho e eficácia de resultados.

A administração dos serviços por intermédio de unidades de atividades assistencial, requer alto nível profissional, além de ser requisito indispensável, um bom conjunto de normas de procedimentos, visto que a padronização e normatização são pré-requisitos para a segmentação e qualificação dos serviços prestados.

Entre várias vantagens da segmentação por unidades de atividade assistencial, podemos citar a principal delas que é a aferição de desempenho por especialidade das unidades e suas eficácias.

Quanto às desvantagens da segmentação por unidade de atividade assistencial, podemos citar: complexidade, dificuldade de implementação, custo, falta de sistemas de apoio, rateio dos custos comuns e de investimentos na sistematização e mecanização dos processos.

A apuração de resultados no modelo de Unidades de Atividade Assistencial

Unidade de Atividade Assistencial significa segmentar a organização em duas ou mais partes, tratando-as como se fosse unidades diferentes. O conceito de unidade de atividade assistencial normalmente aparece associado aos centros de resultados.

Ao abordar os sistemas de controle gerencial em empresas descentralizadas, Johnson e Kaplan (1991, p. 4) asseveram que “o sistema de contabilidade gerencial é o meio por qual a alta administração comunica as metas e objetivos da organização aos subordinados e gerentes de unidades de negócio” [e, por outro

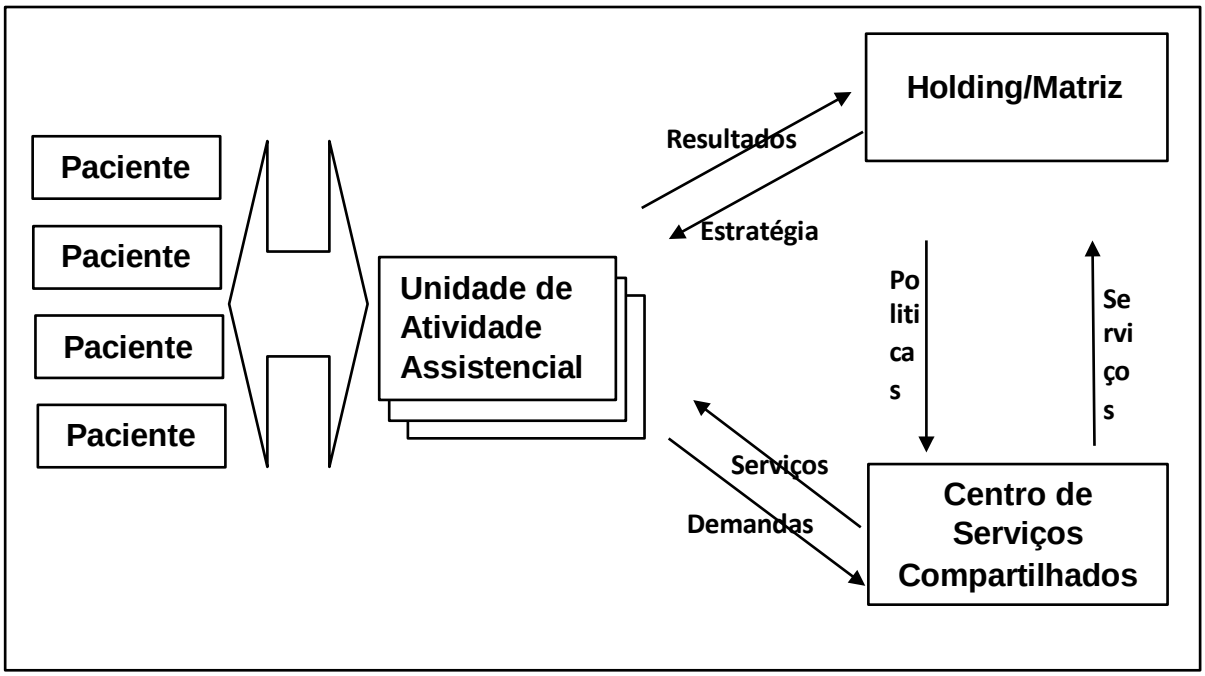
lado,] “é o canal pelo qual a informação sobre o desempenho e a eficiência na fábrica de produtos é reportada aos níveis gerenciais superiores”.

Numa empresa descentralizada, portanto, os sistemas de controle têm dois papéis básicos: fornecer alta administração informações sobre as unidades de negócio, no que diz respeito a rentabilidade e desempenho de suas operações, e influenciar o comportamento dos gerentes locais, de forma que suas decisões e ações sejam consistentes com os objetivos globais da organização.

No tocante ao sistema de informações, a alta administração precisa definir quais serão as medidas de desempenho dos gerentes e das unidades pelas quais são responsáveis. Vancil (1973) sugere que esse conjunto de medidas deve satisfazer a duas condições básicas: ser percebido como justo pelo gerente que vem sendo avaliado, e ser capaz de motivar o gerente da unidade de negócio, ao agir em benefício próprio ou de sua divisão, contribuindo, ao mesmo tempo, à consecução dos objetivos globais da organização.

O conceito da Central de Serviços Compartilhados

Serviços Compartilhados, (oriundo da expressão originária da língua inglesa Shared Services) é a prática em que unidades de negócios de empresas e organizações decidem compartilhar um conjunto de serviços ao invés de tê-los como uma série de funções de apoio duplicadas dentro da organização (QUINN; COOKE; KRIS, 2000, p.11).



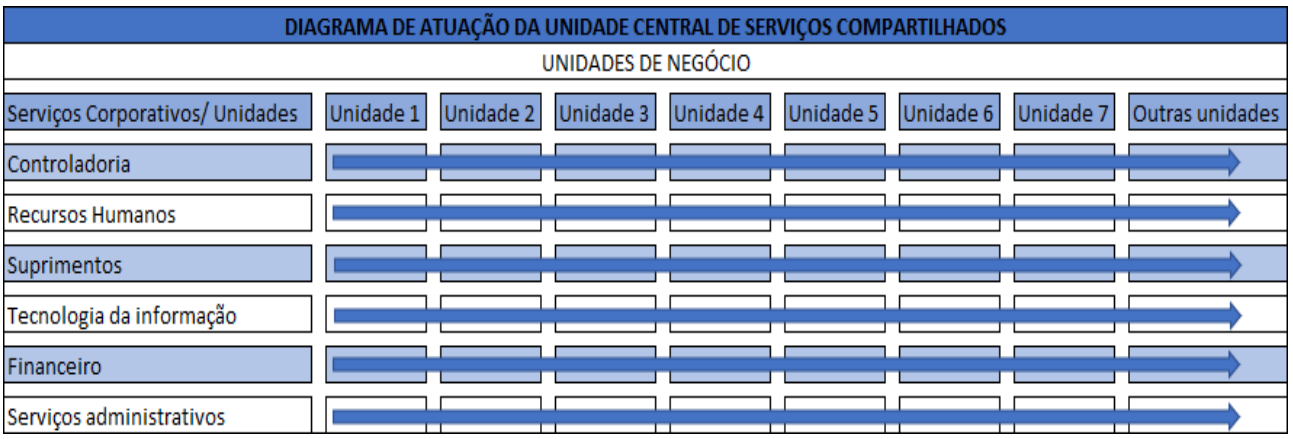
Tripé do modelo organizacional após a implantação da CSC, adaptado as Organizações Sociais de Saúde.
Fonte original: Thompson Consulting (2007)
Adaptação: HMTJ

É comum encontrarmos nas organizações que criam unidades de atividade assistencial, diversas funções de natureza administrativos e de suporte, replicadas em cada uma dessas unidades, gerando custos e diversidades de práticas administrativas, pois cada gestor de unidade acaba “assumindo” a gestão desses serviços administrativos, e ajustando-os ao seu modo de administrar a unidade, perdendo a organização, a uniformização de práticas administrativas.

A CSC atua como uma unidade organizacional cujo objetivo é prover serviços de apoio - técnico, administrativos, financeiros, de suporte, para todas as unidades operacionais da organização, centralizando sob um único comando a realização dessas atividades, desonerando o custo individual de cada unidade de atividade assistencial, e unificando as práticas administrativas em todas essas unidades.

Desta forma, o gestor responsável pela unidade de atividade assistencial deve focar sua gestão na assistência, delegando ao gestor da CSC o provimento dos serviços de apoio, necessários para suas atividades.

O diagrama abaixo ilustra um modelo de unidades de atividade assistencial com a CSC, que provê diversos serviços de suporte - de natureza administrativas e financeira. às diferentes unidades de negócio, uniformizando as práticas administrativas pela qualidade desses serviços.



Modelo de CSC

CSC único: Um único centro de serviços que concentra todas os serviços de apoio às unidades de atividade assistencial da organização social de saúde;

CSC Regional: um centro de serviços para cada região geográfica ocupada por unidade (S) da organização, que concentra todos os serviços de apoio às unidades daquela região.

A implantação da CSC na organização social de saúde

Um modelo de CSC requer um elevado nível de maturidade da organização e de seus gestores, tanto nas unidades de atividade assistencial quanto da CSC, pois haverá uma constante negociação e discussão entre eles, quanto aos serviços prestados pela CSC e as responsabilidades envolvidas.

A implantação da CSC requer um adequado planejamento, forte estratégia de comunicação patrocinada pela alta administração da organização. Uma definição clara das responsabilidades dos gestores das unidades, assim como do gestor da CSC é fator crítico de sucesso, da mesma forma que a manualização das práticas administrativas, que devem ser uniformes em todas as unidades.

Devem ser desenvolvidos indicadores para medir o resultado dos serviços prestados pela CSC, de modo que seu gestor possa ser monitorado e medida sua performance.

Recursos de informática

Os modernos recursos de informática, tais como ERP (sistema informatizado de gestão), workflows, dentre outros, são ferramentas importantes para o sucesso da implantação do conceito de CSC, pois apoiam a uniformização das práticas administrativas e permitem seu controle, tanto pelo gestor de cada unidade, quanto pelo responsável pela CSC.

III. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL ATUAL

A estrutura organizacional atual leva em conta a disponibilização de serviços administrativos em cada uma das várias unidades, desta forma se verifica, em cada uma delas, custos com serviços de contabilidade, jurídicos, gestão financeira e outros, conforme demonstrado no quadro a seguir:

UNIDADES DE NEGÓCIO				
Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	Unidade 4	Unidade 5
Serviços Tecnicos em Contabilidade	Serviços Tecnicos em Contabilidade	Serviços Tecnicos em Contabilidade	Serviços Tecnicos em Contabilidade	Serviços Tecnicos em Contabilidade
Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira
Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios
Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.
Serviços de Logística	Serviços de Logística	Serviços de Logística	Serviços de Logística	Serviços de Logística

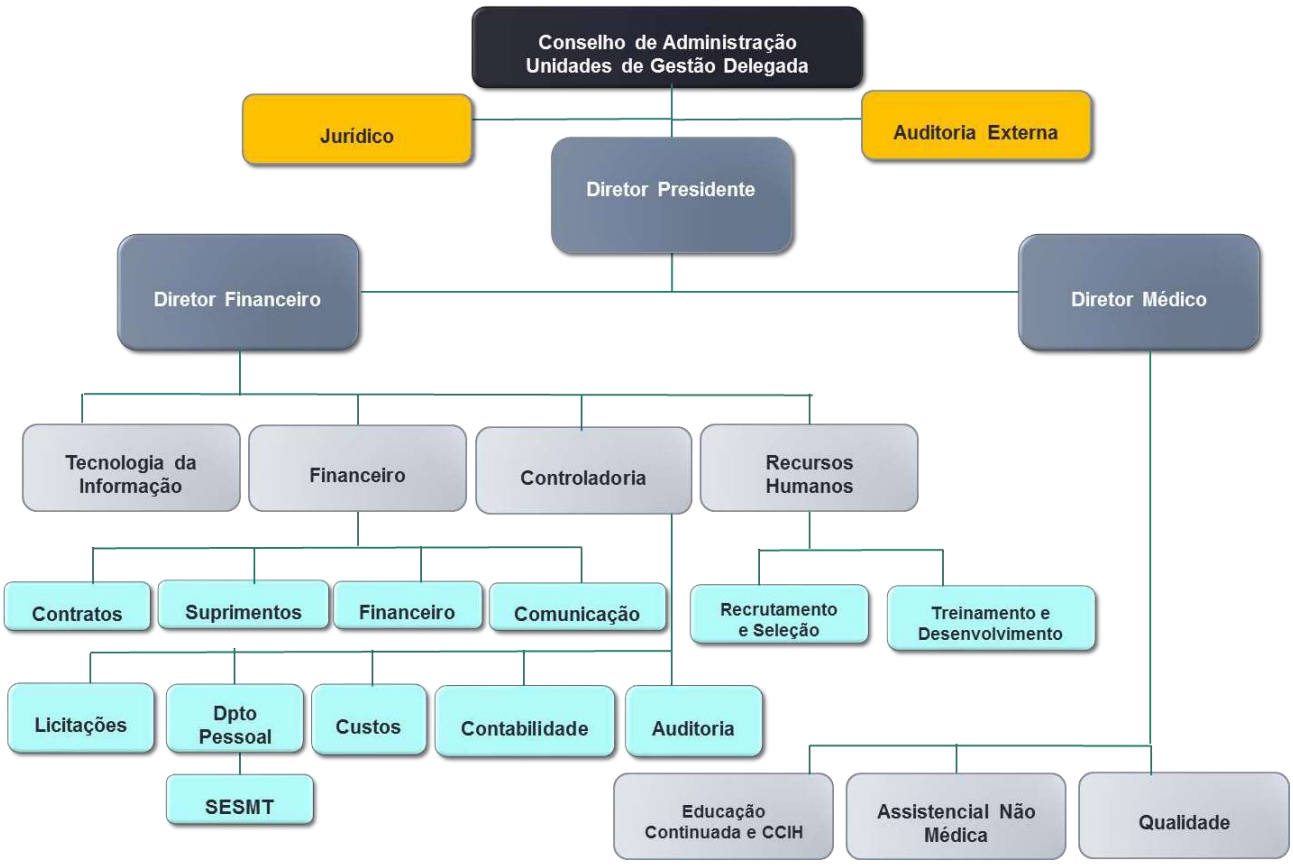
Inicialmente esse modelo se justificaria, no entanto com a entrada de novas unidades geridas por uma mesma organização e estrutura o conceito de CSC, como descrito anteriormente, se aplica integralmente resultando em desoneração de custos em cada unidade de negócio, e unificando as práticas administrativas garantindo assim o foco do gestor da unidade na assistência delegando ao gestor da CSC o provimento dos serviços de apoio.

Desta forma o HMTJ passa a adotar em sua estrutura o conceito de CSC Central de Serviços Compartilhados conforme descrito a seguir.

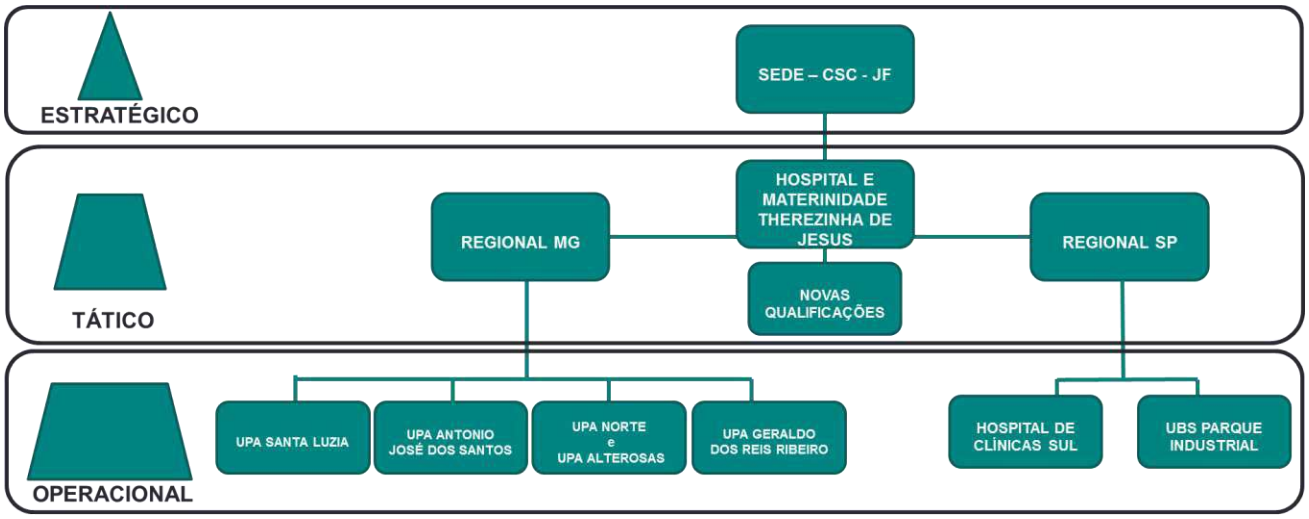
IV. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PROPOSTA COM CSC

Para melhor entendimento a segregação dos custos o CSC do HMTJ foi elaborado coma montagem de duas sedes regionais identificadas como, Administração Central Regional São Paulo, Hospital Maternidade Therezinha de Jesus e Administração Central Regional Minas Gerais, desta forma os custos diretos e indiretos de cada regional e respectivamente os rateios ou compartilhamento a cada unidade de atividade assistencial serão facilmente identificados, gerando um grau adequado de transparência e rastreabilidade.

Demonstramos a seguir uma representação gráfica do novo modelo:



O modelo proposto está, também, fundamentado nos níveis organizacionais da entidade:



Cabe destacar que o critério de rateio adotado foi número de colaboradores de cada uma das unidades.

V. MODELAGEM ADOTADA DE CENTROS DE CUSTOS DE GASTOS E CONTAS DE CUSTOS E GASTOS

CDCENTROCUSTO	NOCENTROCUSTO	NOCRITERIORATEIO
01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	Matriz
01.01.002.001	Diretoria Executiva Regional	Linear
01.01.002.002	Gerência Financeira	Linear
01.01.002.003	Gerência Controladoria	Linear
01.01.002.004	Gerência de Manutenção e Obras	Linear
01.01.002.005	Gerência de Suprimentos	Linear
01.01.002.006	GCSTI - Gerência Central de Sistema de Tecnologia de Informação	Linear
01.01.002.007	Gerência de Recursos Humanos	Linear
01.01.002.008	Gerência de Departamento Pessoal	Linear
01.01.002.009	Gerência de Estudos de Pesquisas Cientificas	Linear
01.01.002.010	Gerência de Qualidade	Linear
01.01.002.011	Gerência Médica	Linear
01.01.002.012	Gerência Assistencial Não Médica	Linear
01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	MG
01.01.002.014	Administração Central Regional - RJ	RJ
01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	SP
01.02.001.001	Diretoria Executiva Regional - MG	Central MG
01.02.001.002	Gerência Financeira - MG	Central MG
01.02.001.003	Gerência Controladoria - MG	Central MG
01.02.001.004	Gerência de Manutenção - MG	Central MG
01.02.001.005	Gerência de Suprimentos - MG	Central MG
01.02.001.006	GCSTI - Gerência de Central de Sistema de Tecnologia de Info	Central MG
01.02.001.007	Gerência de Recursos Humanos - MG	Central MG
01.02.001.008	Gerência de Departamento Pessoal - MG	Central MG
01.02.001.009	Gerência da Qualidade - MG	Central MG
01.02.001.010	Gerência Assistencial Não Médica - MG	Central MG
01.02.002.003.0016	Gerência de Estudos de Pesquisas Cientificas - MG	Central MG
01.03.001.001	Diretoria Executiva Regional - RJ	Central RJ
01.03.001.002	Gerência Financeira - RJ	Central RJ
01.03.001.003	Gerência Controladoria - RJ	Central RJ
01.03.001.004	Gerência de Manutenção - RJ	Central RJ
01.03.001.005	Gerência de Suprimentos - RJ	Central RJ
01.03.001.006	GCSTI - Gerência de Central de Sistema de Tecnologia de Informação	Central RJ
01.03.001.007	Gerência de Recursos Humanos - RJ	Central RJ
01.03.001.008	Gerência de Departamento Pessoal - RJ	Central RJ
01.03.001.009	Gerência da Qualidade - RJ	Central RJ
01.03.001.010	Gerência Assistencial Não Médica - RJ	Central RJ
01.04.001.001	Diretoria Executiva Regional - SP	Central SP
01.04.001.002	Gerência Financeira - SP	Central SP
01.04.001.003	Gerência de Controladoria - SP	Central SP
01.04.001.004	Gerência de Manutenção e Obras	Central SP
01.04.001.005	Gerência de Suprimentos - SP	Central SP
01.04.001.006	GSTI - Gerência de Central de Sistemas de Tec. Informação SP	Central SP
01.04.001.007	Gerência de Recursos Humanos - SP	Central SP
01.04.001.008	Gerência de Departamento Pessoal - SP	Central SP
01.04.001.009	Gerência de Qualidade - SP	Central SP

CDCONTACUSTO	NOCONTACUSTO	APLICAÇÃO
1	SALÁRIO CONTRATUAL	Direta
10	BENEFÍCIOS MÉDICOS	Direta
11	RATEIOS RECEBIDOS	Direta
2	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES	Direta
3	VERBAS RESCISÓRIAS	Direta
3.2.1.1.01.0001	SALÁRIO CONTRATUAL	Direta
3.2.1.1.01.0002	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	Direta
3.2.1.1.01.0003	ADICIONAL NOTURNO	Direta
3.2.1.1.01.0004	HORAS EXTRAS	Direta
3.2.1.1.01.0005	ADICIONAL DE PERICULOSIDADE	Direta
3.2.1.1.01.0006	ADICIONAL DE JORNADA	Direta
3.2.1.1.01.0007	PRÊMIO ASSIDUIDADE	Direta
3.2.1.1.01.0008	13º SALÁRIO PROVISIONADO	Direta
3.2.1.1.01.0009	FÉRIAS PROVISIONADAS	Direta
3.2.1.1.01.0010	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS	Direta
3.2.1.1.01.0011	DSR E FERIADO TRABALHADO	Direta
3.2.1.1.01.0012	AFASTAMENTO POR DOENÇA	Direta
3.2.1.1.01.0013	ABONO PECUNIÁRIO DE FÉRIAS	Direta
3.2.1.1.01.0014	AVISO PRÉVIO E INDENIZAÇÕES	Direta
3.2.1.1.01.0015	FÉRIAS INDENIZADAS	Direta
3.2.1.1.01.0016	FGTS NA RESCISÃO	Direta
3.2.1.1.01.0017	FGTS INDENIZADO	Direta
3.2.1.1.01.0018	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	Direta
3.2.1.1.01.0019	VALE-TRANSPORTE	Direta
3.2.1.1.01.0020	PAT - PROG. ALIMENTAÇÃO DO TRABALHADOR	Direta
3.2.1.1.01.0021	FORMAÇÃO TÉCNICO PROFISSIONAL	Direta
3.2.1.1.01.0022	ROUPAS PROFISSIONAIS E EPI	Direta
3.2.1.1.01.0023	OUTROS BENEFÍCIOS A EMPREGADOS	Direta
3.2.1.1.01.0024	AJUDA DE CUSTO	Direta
3.2.1.1.01.0025	13º SALÁRIO INDENIZADO	Direta
3.2.1.1.01.0026	SINDICAL PATRONAL	Indireta
3.2.1.1.02.0001	MÉDICOS - PESSOA FÍSICA	Direta
3.2.1.1.02.0002	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	Direta
3.2.1.1.02.0003	COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICOS	Direta
3.2.1.1.02.0004	MULTIPROFISSIONAIS - PF	Direta
3.2.1.1.02.0005	MULTIPROFISSIONAIS - PJ	Direta
3.2.1.1.03.0001	FGTS	Direta
3.2.1.1.03.0002	PIS	Direta
3.2.1.1.04.0001	ISENÇÃO DE QUOTA PATRONAL	Indireta
3.2.1.1.04.0002	ISENÇÃO DO RAT	Indireta
3.2.1.1.04.0003	ISENÇÃO DE CONTR. OUTRAS ENTIDADES	Indireta
3.2.1.1.04.0004	ISENÇÃO DE CONTRIB. PREVIDENCIÁRIA	Indireta
3.2.1.1.05.0001	DROGAS E MEDICAMENTOS	Direta
3.2.1.1.05.0002	MATERIAIS DE CONSUMO HOSPITALAR	Direta
3.2.1.1.05.0003	GASES MEDICINAIS	Direta
3.2.1.1.05.0004	SANGUE E PLASMA	Direta
3.2.1.1.05.0005	DIETAS ENTERAIS E PARENTERAIS	Direta
3.2.1.1.05.0006	ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS	Direta
3.2.1.1.05.0007	MANIPULAÇÃO	Direta
3.2.1.1.06.0001	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	Direta
3.2.1.1.06.0002	MATERIAL DE LIMPEZA	Direta
3.2.1.1.06.0003	MATERIAL DE EXPEDIENTE	Direta
3.2.1.1.06.0004	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	Direta
3.2.1.1.06.0005	GÁS DE COZINHA	Direta
3.2.1.1.06.0006	ROUPAS PROFISSIONAIS E EPI	Direta
3.2.1.1.06.0007	MATERIAL DE COPA E COZINHA	Direta
3.2.1.1.06.0008	MATERIAL DE LAVANDERIA	Direta
3.2.1.1.06.0009	COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES	Direta
3.2.1.1.06.0010	FRETES E CARRETOS	Direta
3.2.1.1.06.0011	OUTROS MATERIAIS	Direta
3.2.1.1.07.0001	LABORATORIAIS	Direta
3.2.1.1.07.0002	NUTRIÇÃO ESPECIALIZADA	Direta
3.2.1.1.07.0003	TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	Direta
3.2.1.1.07.0004	HEMOTERAPIA	Direta
3.2.1.1.07.0005	RADIOLOGIA	Direta
3.2.1.1.07.0006	ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	Direta
3.2.1.1.07.0007	MEDICINA NUCLEAR	Direta
3.2.1.1.07.0008	ULTRASSOM	Direta
3.2.1.1.07.0009	MÉTODOS GRÁFICOS	Direta
3.2.1.1.07.0010	ECOCARDIOGRAMA	Direta

3.2.1.1.07.0011	EXAME CPRE	Direta
3.2.1.1.07.0012	LACTÁRIO	Direta
3.2.1.1.07.0013	MAMOGRAFIA	Direta
3.2.1.1.07.0014	PESQUISAS E DESENVOLVIMENTOS	Direta
3.2.1.1.08.0001	MANUTENÇÃO PREDIAL	Direta
3.2.1.1.08.0002	MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	Direta
3.2.1.1.08.0003	ENGENHARIA CLÍNICA	Direta
3.2.1.1.08.0004	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTIC	Direta
3.2.1.1.08.0005	SEGURANÇA E VIGILÂNCIA	Direta
3.2.1.1.08.0006	MANUTENÇÃO DE VEÍCULOS	Direta
3.2.1.1.08.0007	ANÁLISES QUÍMICAS	Direta
3.2.1.1.09.0001	CONTROLE DE PRAGAS	Direta
3.2.1.1.09.0002	COLETA HOSPITALAR SELETIVA	Direta
3.2.1.1.09.0003	LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO	Direta
3.2.1.1.09.0004	COLETA DE RESÍDUOS HOSPITALARES	Direta
3.2.1.1.09.0005	LAVANDERIA	Direta
3.2.1.1.09.0006	ESTERILIZAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0001	SUPORTE EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0002	MEDICINA DO TRABALHO	Direta
3.2.1.1.10.0003	FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0004	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0005	HONORÁRIOS PROFISSIONAIS - PF	Direta
3.2.1.1.10.0006	HONORÁRIOS PROFISSIONAIS - PJ	Direta
3.2.1.1.10.0007	ASSESSORIA EM CUSTOS	Direta
3.2.1.1.10.0008	ASSESSORIA EM PROGRAMAS DE QUALIDADE	Direta
3.2.1.1.10.0009	ASSESSORIA EM CONTROLES PATRIMONIAIS	Direta
3.2.1.1.10.0010	DOCUMENTAÇÃO E LEGALIZAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0011	ASSESSORIA EM GESTÃO DE PESSOAS	Direta
3.2.1.1.10.0012	SERVIÇO DE AUDITORIA INDEPENDENTE	Direta
3.2.1.1.10.0013	ASSESSORIA ADMINISTRATIVA	Direta
3.2.1.1.10.0014	CONSULTORIA EM PROGRAMAS DO SUS	Direta
3.2.1.1.10.0015	DIREÇÃO MÉDICA	Direta
3.2.1.1.11.0001	ALUGUÉIS E CONDOMÍNIOS	Direta
3.2.1.1.11.0002	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	Direta
3.2.1.1.11.0003	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA	Direta
3.2.1.1.11.0004	LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIAS	Direta
3.2.1.1.11.0005	LOCAÇÃO DE CILINDROS DE GASES MEDICINAIS	Direta
3.2.1.1.11.0006	LOCAÇÃO DE VEÍCULOS	Direta
3.2.1.1.11.0007	BOLSISTAS E ESTAGIÁRIOS	Direta
3.2.1.1.11.0008	ENERGIA ELÉTRICA	Indireta
3.2.1.1.11.0009	ÁGUA E ESGOTO	Indireta
3.2.1.1.11.0010	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	Direta
3.2.1.1.11.0011	GRÁFICA	Direta
3.2.1.1.11.0012	LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS	Direta
3.2.1.1.12.0001	DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES	Direta
3.2.2.1.01.0008	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.01.0017	PAT - PROG. ALIMENT.DO TRABALHADOR-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.01.0027	SERV. PREST. PESSOA FÍSICA NÃO MÉD-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.05.0013	DESPESAS COM HOSPED. E ALIMENTAÇÃO-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.05.0034	SERV MANUTENÇÃO DE EQUIP E MÓVEIS-EXCLUI	Indireta
3.2.2.1.05.0038	SERVIÇOS MANUTENÇÃO EQUIP INFORM.-EXCLUI	Indireta
3.2.2.1.07.0008	JUROS SOBRE EMPRÉSTIMOS E FINANC.-EXCLUI	Indireta
3.2.3.1.01.0001	PROV. P/ PERDAS E AJUSTES DE ATIVOS-EXCL	Indireta
3.3.1.1.01.0001	SALÁRIO CONTRATUAL	Direta
3.3.1.1.01.0002	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	Direta
3.3.1.1.01.0003	ADICIONAL NOTURNO	Direta
3.3.1.1.01.0004	HORAS EXTRAS	Direta
3.3.1.1.01.0005	PRÊMIO ASSIDUIDADE	Direta
3.3.1.1.01.0006	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS	Direta
3.3.1.1.01.0007	ADICIONAL DE JORNADA	Direta
3.3.1.1.01.0008	ADICIONAL DE RESULTADO	Direta
3.3.1.1.01.0009	13º SALÁRIO PROVISIONADO	Direta
3.3.1.1.01.0010	FÉRIAS PROVISIONADAS	Direta
3.3.1.1.01.0011	ROUPAS PROFISSIONAIS	Direta
3.3.1.1.01.0012	DSR E FERIADO TRABALHADO	Direta
3.3.1.1.01.0013	AFASTAMENTO POR DOENÇA	Direta
3.3.1.1.01.0014	ABONO PECUNIÁRIO DE FÉRIAS	Direta
3.3.1.1.01.0015	AVISO PRÉVIO E INDENIZAÇÕES	Direta
3.3.1.1.01.0016	FÉRIAS INDENIZADAS	Direta
3.3.1.1.01.0017	FGTS NA RESCISÃO	Direta
3.3.1.1.01.0018	FGTS INDENIZADO	Direta
3.3.1.1.01.0019	VALE TRANSPORTE	Direta
3.3.1.1.01.0020	PAT - PROGR. ALIMETAÇÃO DO TRABALHADOR	Direta
3.3.1.1.01.0021	FORMAÇÃO TÉCNICO PROFISSIONAL	Direta
3.3.1.1.01.0022	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	Direta
3.3.1.1.01.0023	OUTROS BENEFÍCIOS A EMPREGADOS	Direta
3.3.1.1.01.0024	AJUDA DE CUSTO	Direta
3.3.1.1.01.0025	13º SALÁRIO INDENIZADO	Direta
3.3.1.1.01.0026	ADICIONAL DE PERICULOSIDADE	Direta
3.3.1.1.02.0001	FGTS	Direta
3.3.1.1.02.0002	PIS	Direta
3.3.1.1.03.0001	ALUGUÉIS DE IMÓVEIS	Direta
3.3.1.1.03.0002	ALUGUÉIS DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	Direta
3.3.1.1.03.0003	ARRENDAMENTO DE IMÓVEIS	Direta
3.3.1.1.04.0001	ENERGIA ELÉTRICA	Direta
3.3.1.1.04.0002	ÁGUA E ESGOTO	Direta
3.3.1.1.04.0003	DOAÇÕES	Direta
3.3.1.1.04.0004	TELEFONE	Indireta
3.3.1.1.04.0005	DESPESAS POSTAIS	Direta
3.3.1.1.04.0006	SEGUROS	Indireta
3.3.1.1.04.0007	MATERIAL DE HIGIENE E LIMPEZA	Direta
3.3.1.1.04.0008	ASSISTÊNCIA CONTÁBIL	Direta
3.3.1.1.04.0009	ASSISTÊNCIA EM GESTÃO FINANCEIRA	Direta
3.3.1.1.04.0010	DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES	Direta

3.3.1.1.04.0011	REPRODUÇÕES	Indireta
3.3.1.1.04.0012	DESPESAS LEGAIS E JUDICIAIS	Indireta
3.3.1.1.04.0013	LIVROS, JORNAIS E REVISTAS	Indireta
3.3.1.1.04.0014	MULTA DE TRÂNSITO	Indireta
3.3.1.1.04.0015	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	Direta
3.3.1.1.04.0016	CONDUÇÃO URBANA	Direta
3.3.1.1.04.0017	BOLSA AUXÍLIO - CIEE/SUPREMA	Direta
3.3.1.1.04.0018	SERVIÇOS DE ACESSO A INTERNET	Indireta
3.3.1.1.04.0019	INDENIZAÇÕES POR ACORDO	Indireta
3.3.1.1.04.0020	PUBLICAÇÕES LEGAIS	Indireta
3.3.1.1.04.0021	DEPÓSITOS PARA RECURSOS	Direta
3.3.1.1.04.0022	ANUIDADES DE CONSELHOS	Direta
3.3.1.1.04.0023	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE ESCRITÓRIO	Direta
3.3.1.1.04.0024	SERVIÇOS PRESTADOS POR PESSOAS FÍSICAS	Direta
3.3.1.1.04.0025	ALUGUEL DE VEÍCULOS	Direta
3.3.1.1.04.0026	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0027	MATERIAL DE ROUPARIA E EPI	Direta
3.3.1.1.04.0028	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	Direta
3.3.1.1.04.0029	OUTRAS DESPESAS GERAIS	Direta
3.3.1.1.04.0030	HONORARIOS ADVOCATICIOS	Direta
3.3.1.1.04.0031	SERVIÇOS PRESTADOS POR EMPRESAS	Direta
3.3.1.1.04.0032	DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0033	GRÁFICA	Direta
3.3.1.1.04.0034	DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL	Direta
3.3.1.1.04.0035	ASSESSORIA ADMINISTRATIVA	Direta
3.3.1.1.04.0036	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	Direta
3.3.1.1.04.0037	DROGAS E MEDICAMENTOS	Direta
3.3.1.1.04.0038	SUPORTE EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0039	MEDICINA DO TRABALHO	Direta
3.3.1.1.04.0040	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0041	ASSESSORIA EM PROGRAMA DE QUALIDADE	Direta
3.3.1.1.04.0042	ASSESSORIA EM GESTÃO DE PESSOAS	Direta
3.3.1.1.04.0043	SERVIÇOS DE AUDITORIA INDEPENDENTE	Direta
3.3.1.1.04.0044	GENEROS ALIMENTÍCIOS	Direta
3.3.1.1.04.0045	MATERIAL DE EXPEDIENTE	Direta
3.3.1.1.04.0046	MATERIAL DE COPA E COZINHA	Direta
3.3.1.1.04.0047	FRETES E CARRETOS	Direta
3.3.1.1.04.0048	ASSESSORIA DE CUSTOS	Direta
3.3.1.1.04.0049	SERVIÇO DIREÇÃO FINANCEIRA	Direta
3.3.1.1.04.0050	SERVIÇO DIREÇÃO ADMINISTRATIVA	Direta
3.3.1.1.04.0051	SERVIÇO DIREÇÃO MEDICA	Direta
3.3.1.1.04.0052	SERVIÇO DIREÇÃO MEDICINA SEG DO TRABALHO	Direta
3.3.1.1.04.0053	COMBUSTIVEIS E LUBRIFICANTES	Direta
3.3.1.1.04.0054	COORDENAÇÃO MÉDICA	Direta
3.3.1.1.04.0055	SERVIÇO DE DIREÇÃO TÉCNICA E CLÍNICA	Direta
3.3.1.1.04.0056	TRABALHO VOLUNTÁRIO - DIRIGENTES	Direta
3.3.1.1.04.0057	SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA	Direta
3.3.1.1.04.0058	RECREAÇÃO EM EVENTOS	Indireta
3.3.1.1.04.0059	GERÊNCIA DE NUTRIÇÃO ESPECIALIZADA	Direta
3.3.1.1.04.0060	LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0061	DOCUMENTAÇÃO E LEGALIZAÇÃO	Direta
3.3.1.1.05.0001	MULTAS POR INFRAÇÕES LEGAIS	Indireta
3.3.1.1.05.0002	IMPOSTO DE RENDA NÃO RETIDO	Indireta
3.3.1.1.05.0003	TAXAS DIVERSAS	Indireta
3.3.1.1.05.0004	MULTAS DE MORA	Indireta
3.3.1.1.05.0005	CONTRIBUIÇÕES A ASSOCIAÇÕES	Direta
3.3.1.1.05.0006	IMPOSTO DE RENDA S/ APLICAÇÕES	Indireta
3.3.1.1.05.0007	IMP., TAXAS E CONT. - RENÚNCIA FISCAL	Indireta
3.3.1.1.05.0008	IPTU	Direta
3.3.2.1.01.0001	ALUGUÉIS E ARRENDAMENTOS	Indireta
3.3.2.1.01.0002	VENDAS DE SUCATAS	Indireta
3.3.2.1.01.0003	RECEITA COM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	Indireta
3.3.2.1.01.0004	RECUPERAÇÃO DE DESPESAS	Direta
3.3.2.1.01.0005	RECEITA COM ESTACIONAMENTO	Indireta
3.3.2.1.01.0006	BONIFICAÇÕES DE PRODUTOS	Indireta
3.3.2.1.01.0007	INDENIZAÇÕES DIVERSAS	Indireta
3.3.2.1.01.0008	RECEITAS DIVERSAS	Indireta
3.3.2.1.01.0009	RECUPERAÇÃO DE DESPESAS COMPARTILHADAS	Direta
3.3.2.1.01.0010	RECEITAS COM PESQUISAS	Indireta
3.3.2.1.02.0001	CONVÊNIO SUPREMA PREDIO ODONTO	Indireta
3.3.2.1.02.0002	CONVÊNIO NUCLEMINAS	Indireta
3.3.2.1.02.0003	CONVÊNIO UNIPAC	Indireta
3.3.2.1.02.0004	CONTRIBUIÇÕES DE ASSOCIADOS	Indireta
3.3.2.1.02.0005	CONVÊNIO SUPREMA	Indireta
3.3.2.1.02.0006	CONVÊNIOS GOVERNAMENTAIS	Indireta
3.3.2.1.02.0007	OUTRAS CONTRIBUIÇÕES E DOAÇÕES	Indireta
3.3.2.1.02.0008	CONVÊNIO UFJF	Indireta
3.3.2.1.02.0009	DOAÇÕES GOVERNAMENTAIS	Indireta
3.3.2.1.02.0010	CONTRATO ANGOLA	Indireta
3.3.2.1.03.0001	RECUPERAÇÃO DE GASTOS REG RJ	Indireta
3.3.2.1.03.0002	RECUPERAÇÃO DE GASTOS REG MG	Indireta
3.3.2.1.03.0003	RECUP GASTOS AUDITORIA INDEPENDENTE	Indireta
3.3.2.1.03.0004	RECUPERAÇÃO DE GASTOS SEGUROS	Indireta
3.3.2.2.01.0001	PROVISÃO PARA RISCOS FISCAIS	Direta
3.3.2.2.01.0002	PROVISÃO PARA RISCOS TRABALHISTAS	Direta
3.3.2.2.01.0003	PROVISÃO PARA RISCOS CÍVEIS	Direta
3.3.2.2.01.0004	REVERSÃO DA PROVISÃO P/ RISCOS FISCAIS	Direta
3.3.2.2.01.0005	REVERSÃO DA PROVISÃO P/ RISCOS TRABALHIS	Direta
3.3.2.2.01.0006	REVERSÃO DA PROVISÃO PARA RISCOS CÍVEIS	Direta
3.3.2.2.02.0001	CONSTITUIÇÃO DA PROVISÃO	Direta
3.3.2.2.02.0002	REVERSÃO DA PROVISÃO	Direta

3.3.2.2.03.0001	CONSTITUIÇÃO DA PROVISÃO	Direta
3.3.2.2.03.0002	REVERSÃO DA PROVISÃO	Direta
3.3.2.3.01.0001	BENS DE PEQUENO VALOR DEDUZIDOS	Indireta
3.3.2.3.01.0002	PERDAS POR FURTOS E ROUBOS	Indireta
3.3.2.3.01.0003	PERDAS DE BENS IMOBILIZADOS	Indireta
3.3.2.4.01.0001	GANHOS NA ALIENAÇÃO DE INVESTIMENTOS	Indireta
3.3.2.4.02.0001	PERDAS NA ALIENAÇÃO DE INVESTIMENTOS	Indireta
3.3.2.5.01.0001	ALIENAÇÃO DE IMÓVEIS	Indireta
3.3.2.5.01.0002	ALIENAÇÃO DE MÓVEIS E UTENSÍLIOS	Indireta
3.3.2.5.01.0003	ALIENAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	Indireta
3.3.2.5.01.0004	ALIENAÇÃO DE VEÍCULOS	Indireta
3.3.2.5.02.0001	ALIENAÇÃO DE IMÓVEIS	Indireta
3.3.2.5.02.0002	ALIENAÇÃO DE MÓVEIS E UTENSÍLIOS	Indireta
3.3.2.5.02.0003	ALIENAÇÃO DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS	Indireta
3.3.2.5.02.0004	ALIENAÇÃO DE VEÍCULOS	Indireta
3.3.2.6.01.0001	ALIENAÇÃO DO INTANGÍVEL	Indireta
3.3.2.6.02.0001	PERDAS NA ALIENAÇÃO DO INTANGÍVEL	Indireta
3.3.2.7.01.0001	SINISTROS COM IMOBILIZADO	Indireta
3.3.3.1.01.0001	MATRIZ	Direta
3.3.3.1.01.0002	UPA SANTA LUZIA	Direta
3.3.3.1.01.0003	HOSPITAL DA MÃE	Direta
3.3.3.1.01.0004	UPA TIJUCA	Direta
3.3.3.1.01.0005	UPA BOTAFOGO	Direta
3.3.3.1.01.0006	UPA JACAREPAGUÁ	Direta
3.3.3.1.01.0007	UPA COPACABANA	Direta
3.3.3.1.01.0008	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER	Direta
3.3.3.1.01.0009	HOSPITAL MELCHÍADES CALAZANS	Direta
3.3.3.1.01.0010	HOSPITAL DA MULHER	Direta
3.3.3.1.01.0011	UNIDADE CENTRAL	Direta
3.3.3.1.01.0012	HOSPITAL ESTADUAL DE SAQUAREMA	Direta
3.3.3.1.01.0013	UPA CONTAGEM	Direta
3.3.3.1.01.0014	SEGUROS	Direta
3.3.3.1.01.0015	AUDITORIA	Direta
3.3.3.1.01.0016	HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA	Direta
3.3.3.1.01.0017	DESPESAS COMPARTILHADAS JURIDICO	Direta
3.4.1.1.01.0001	JUROS ATIVOS	Indireta
3.4.1.1.01.0002	DESCONTOS FINANCEIROS OBTIDOS	Indireta
3.4.1.1.01.0003	MULTA	Indireta
3.4.1.1.01.0004	VARIAÇÕES CAMBIAIS ATIVAS	Indireta
3.4.1.1.02.0001	RENDA DE APLICAÇÕES	Indireta
3.4.1.1.02.0002	JUROS APLICAÇÕES CONVÊNIO SES/MG	Indireta
3.4.1.2.01.0001	JUROS PASSIVOS	Indireta
3.4.1.2.01.0002	DESCONTOS CONCEDIDOS	Indireta
3.4.1.2.01.0003	JUROS DE MORA	Indireta
3.4.1.2.01.0004	JUROS SOBRE CAPITAL PRÓPRIO	Indireta
3.4.1.2.01.0005	TARIFAS E COMISSÕES BANCÁRIAS	Indireta
3.4.1.2.01.0006	JUROS SOBRE EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS	Indireta
3.4.1.2.01.0007	DESPESAS COM FECHAMENTO DE CÂMBIO	Indireta
3.4.1.2.02.0001	VARIAÇÕES MONETÁRIAS PASSIVAS	Indireta
3.4.1.2.02.0002	VARIAÇÕES CAMBIAIS PASSIVAS	Indireta
4	HORAS EXTRAS	Direta
5	BENEFICIOS	Direta
6	SALÁRIO CONTRATUAL MÉDICO	Direta
7	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES MÉDICO	Direta
8	VERBAS RESCISÓRIAS MÉDICO	Direta
9	HORAS EXTRAS MÉDICO	Direta

VI. CRITÉRIO DE RATEIO

Para que os custos gerados na Central de Serviços Compartilhados, alocados em seus diversos centros de custos, sejam distribuídos às unidades consumidoras de tais serviços de forma adequada, levando em consideração o esforço despendido para a prestação dos serviços às unidades sob contrato de gestão é necessário se identificar o melhor critério de rateio.

Qualquer critério de rateio implica na adoção de um determinado nível de arbitrariedade e deve ser compatível com o grau de complexidade e o ambiente institucional onde estão inseridas as operações.

As experiências e maturação na apuração e gestão de custos das organizações sociais de saúde e do modelo de acompanhamento dos órgãos de governo permitiu a construção de um conjunto de conceitos e parâmetros que podem ser resumidos como:

- O rateio da sede para cada uma das unidades de saúde não deve sercaracterizado como uma taxa de administração.
- É condição essencial que os custos sejam RASTREÁVEIS.
- A composição dos gastos deve ser TRANSPARENTE.
- Os gastos da Sede devem ser claramente identificados e seu rateio ser PROPORCIONAL ao esforço alocado em cada um dos contratos].
- A princípio cada unidade sob contrato de gestão deveria ser auto suficiente, contudo, pelo conceito da ECONOMICIDADE é desejável que a Sede concentre determinados serviços que sejam rateados entre as unidades.
- O critério de rateio deve ser SIMPLES E VERIFICÁVEL.

Em função dos conceitos acima a HMTJ e seus consultores de custos, são de opinião que o critério que mais se aproxima da acurácia na distribuição de rateio é aquele que reflete a distribuição ou apropriação dos custos e investimentos em cada unidade assistencial de forma balanceada, equitativa e uniforme, que pode ser por

custeio, número de colaboradores e outros referenciados e relacionados aos indicadores assistenciais.

VII. MODELOS DE RELATÓRIOS

A apuração de custos do CSC em seus diversos centros de custos, bem como os respectivos cálculos dos rateios para cada uma das unidades estão demonstrados em um conjunto de relatórios no sistema de custos. Como exemplo demonstramos a seguir os relatórios:

CDCONTACUSTO	NOCONTACUSTO	COMPETENCIA
1	SALÁRIO CONTRATUAL	172.423,04
11	RATEIOS RECEBIDOS	19.197,22
2	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES	63.730,93
3	VERBAS RESCISÓRIAS	25.254,35
3.2.1.1.01.0021	FORMAÇÃO TÉCNICO PROFISSIONAL	6.204,17
3.2.1.1.06.0002	MATERIAL DE LIMPEZA	99,82
3.2.1.1.06.0003	MATERIAL DE EXPEDIENTE	7.651,31
3.2.1.1.06.0007	MATERIAL DE COPA E COZINHA	106,32
3.2.1.1.06.0009	COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES	7.356,90
3.2.1.1.06.0010	FRETES E CARRETOS	0,00
3.2.1.1.08.0001	MANUTENÇÃO PREDIAL	3.500,00
3.2.1.1.08.0002	MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	0,00
3.2.1.1.08.0005	SEGURANÇA E VIGILÂNCIA	125,00
3.2.1.1.10.0001	SUPORTE EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	1.560,00
3.2.1.1.10.0008	ASSESSORIA EM PROGRAMAS DE QUALIDADE	0,00
3.2.1.1.11.0010	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	46.794,93
3.3.1.1.01.0022	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	-431,50
3.3.1.1.03.0001	ALUGUÉIS DE IMÓVEIS	4.224,28
3.3.1.1.04.0001	ENERGIA ELÉTRICA	818,40
3.3.1.1.04.0002	ÁGUA E ESGOTO	273,35
3.3.1.1.04.0004	TELEFONE	1.198,00
3.3.1.1.04.0005	DESPESAS POSTAIS	73,80
3.3.1.1.04.0007	MATERIAL DE HIGIENE E LIMPEZA	1.250,00
3.3.1.1.04.0008	ASSISTÊNCIA CONTÁBIL	112.250,00
3.3.1.1.04.0009	ASSISTÊNCIA EM GESTÃO FINANCEIRA	88.232,00
3.3.1.1.04.0010	DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES	1.108,86
3.3.1.1.04.0012	DESPESAS LEGAIS E JUDICIAIS	352,80
3.3.1.1.04.0015	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	1.260,30
3.3.1.1.04.0016	CONDUÇÃO URBANA	1.858,35
3.3.1.1.04.0018	SERVIÇOS DE ACESSO A INTERNET	364,00
3.3.1.1.04.0028	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	4.902,20
3.3.1.1.04.0030	HONORARIOS ADVOCATICIOS	131.946,00
3.3.1.1.04.0032	DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO	6.799,03
3.3.1.1.04.0033	GRÁFICA	-58,00
3.3.1.1.04.0034	DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL	20.438,27
3.3.1.1.04.0035	ASSESSORIA ADMINISTRATIVA	36.187,16
3.3.1.1.04.0040	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO	650,00
3.3.1.1.04.0041	ASSESSORIA EM PROGRAMA DE QUALIDADE	212,00
3.3.1.1.04.0044	GENEROS ALIMENTÍCIOS	-387,66
3.3.1.1.04.0045	MATERIAL DE EXPEDIENTE	267,30
3.3.1.1.04.0046	MATERIAL DE COPA E COZINHA	404,39
3.3.1.1.04.0049	SERVIÇO DIREÇÃO FINANCEIRA	45.517,86
3.3.1.1.04.0051	SERVIÇO DIREÇÃO MEDICA	45.517,86
3.3.1.1.05.0008	IPTU	227,40
3.4.1.2.01.0003	JUROS DE MORA	129,42
3.4.1.2.01.0005	TARIFAS E COMISSÕES BANCÁRIAS	170,00
4	HORAS EXTRAS	860,71
5	BENEFICIOS	5.038,12
TOTAL		865.658,69

Estatísticas de rateio

NOCRITERIORATEIO	CDCENTROCUSTO	NOCENTROCUSTO	COMPETENCIA
Linear	01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	824,00
	01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	441,00
	01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	341,00
Linear Total			1.606,00
Matriz	01.02.002	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	824,00
Nº Colaboradores	01.01.002.001	Diretoria Executiva Regional	1,00
	01.01.002.002	Gerência Financeira	2,00
	01.01.002.005	Gerência de Suprimentos	1,00
	01.01.002.006	GSTI - Gerência Central de Sistema Tecnologia de Informação	3,00
	01.01.002.007	Gerência de Recursos Humanos	4,00
	01.01.002.008	Gerência de Departamento Pessoal	3,00
	01.01.002.010	Gerência de Qualidade	3,00
	01.01.002.012	Gerência Assistencial Não Médica	1,00
	01.02.002	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	806,00
	01.02.003	UPA Santa Luzia	175,00
	01.02.004	UPA Contagem	266,00
	01.04.002	Clínica Sul	341,00
Nº Colaboradores Total			2.430,00
MG	01.02.003	UPA Santa Luzia	175,00
	01.02.004	UPA Contagem	266,00
MG Total			441,00
SP	01.04.002	Clínica Sul	341,00

Rateios Recebidos

Código Centro Custo Origem	Centro Custo Origem	COMPETENCIA
01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	444.148,67
01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	237.705,78
01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	183.804,24
Total Geral		865.658,69

Custos Diretos

NOCONTACUSTO	Centro Custo Origem	COMPETENCIA
DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	1.455,10
	Administração Central Regional - MG	3.487,50
	Administração Central Regional - SP	5.281,20
TOTAL		10.223,80

Custos Diretos e Rateios

Código Centro Custo Origem	Centro Custo Origem	COMPETENCIA
01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	445.603,77
01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	241.193,28
01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	189.085,44
Total Geral		875.882,49

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Área de atividade: Avalia as ações propostas para aorganização da unidade

Proposição de Projetos Assistenciais de Saúdee/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade

Considerando que a prática de humanização em saúde na assistência prestada aos nossos pacientes significa agregar valor à experiência vivida por eles neste momento de sua permanência no ambiente hospitalar, de forma a acolhê-lo e dar suporte psicológico, afetivo e responsável, que muitas vezes se encontram em situações de fragilidade, dependência, dor e sofrimento. Permite também a equipe desenvolver o seu conhecimento técnica e científica, valores éticos, além de respeito e solidariedade na entrega de seu trabalho.

O planejamento da assistência deve sempre abordar e respeitar os valores individuais dos pacientesconsiderando suas circunstâncias sociais, étnicas, sexuais, comportamentais, grau de instrução, costumes entre outros fatores que caracterizam a história e vivência familiar a qual cada indivíduo pertence.

Pautada na integralidade do cuidado em atendimento à Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, o contato acolhedor e sem juízo de valores é fundamental, neste contexto a valorização dos diferentes profissionais implicados no processo de produção para saúde enfatiza a necessidade de autonomia para execução de seu trabalho com corresponsabilidades entre os integrantes estabelecendo vínculos solidários e participação coletiva no cuidado humanizado.

O GTH se encaixa justamente neste processo no planejamento de ações e busca por saídas criativas e dentre as situações encontradas durante o período de internação e ou atendimento no ambiente hospitalar, contribuindo também por ambiente mais harmônico de trabalho e melhorando a qualidade do atendimento aos usuários. Trata-se de uma forma de engajar parceiros tanto usuários do serviço quanto profissionais de saúde na busca da qualidade dos serviços.

A Comissão de Humanização da OSSHMTJ desenvolverá projetos que buscam fornecer aos pacientes atendidos e familiares um ambiente acolhedor, humano, respeitando as individualidades e estabelecendo vínculos responsáveis nas interfaces do cuidado.

A instituição também entende que o profissional que está no cuidado também precisa de ser acolhido e cuidado, pois o resultado será positivo, pois o mesmo poderá trabalhar num ambiente saudável, com melhorentrega para seus pacientes.

A coordenação do GT deverá ser escolhida dentre as lideranças compromissadas com a ideia da humanização.

Objetivos:

• Conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeitoà dignidade humana.

Entre os projetos que serão implantados destacam-se:

1- Campanha "O que importa para você"

A campanha: "O que importa para você?" iniciou nos Estados Unidos em 2010, sendo a idealizadora do projeto Maureen Bisognano e veio para o Brasil através de um hospital da Congregação Santa Catarina. O dia 6 de junho é o dia escolhido para que unidades de saúde em todo o mundo realizem ações que impulsionem o movimento.

A ideia inicial desse projeto, é substituir a pergunta "qual é o seu problema?" para "O que importa para você?", no intuito de fazer com que os profissionais de saúde obtenham mais empatia com os pacientes assistidos, além de trazer um certo conforto e transmitir confiança para os mesmos.

O fato desse projeto trabalhar em cima da humanização em saúde e empatia nos cuidados, traz consigoa reflexão por cada profissional, sobre a importância da promoção da saúde.

Atualmente há muitos pacientes de diversas idades, que se encontram em um estado de cuidados paliativos ou longa permanência nas instituições. Por mais que esses pacientes tenham recebido um diagnóstico com um "final preestabelecido", os mesmos possuem desejos e anseios, e é nessa visão que a a Campanha – "O que importa para você?" atua, proporcionando a essa vida, dignidade, transmitir a eles paz e segurança, até mesmo para suas famílias em um momento tão delicado.

Por esse motivo a campanha vem ganhando força e se tornou uma campanha conhecida internacionalmente, sendo todo o dia 06 de Junho a data comemorativa da campanha – "O que importa paravocê?".

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus aderiu a ideia da Campanha, desde 2019. E a cada ano,o hospital separa uma semana de Junho para estar celebrando com os pacientes e funcionários "O que importa para eles?", sendo realizada durante esses dias uma ornamentação temática específica, e realizada uma cantata pelos corredores do hospital com um grupo específico (trazendo um pouco mais de alegria, paz, esperança, fé tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde), além de ser espalhado por todo o hospital banners, para que os funcionário possam expressar em um pequeno papel o que é importante para eles.





No ano de 2022, a campanha foi realizada em 4 dias, iniciando no dia 06/06 e com término no dia 09/06.A entrada do hospital contou com uma decoração contendo as cores da campanha, com bexigas, local que as pessoas utilizaram para tirar fotos e expressar o que sentiam. Os dois primeiros dias foram dedicados aos pacientes. Nestes, foram realizadas apresentações musicais pelos corredores e leitos do hospital, os pacientes puderam escolher a música que gostavam, para que pudesse ouvi-la pela banda presente. A empresa de televisão da TV Integração esteve presente nesses dias, vivenciando e podendo registar diversos momentos de emoção e felicidade vividos pelos pacientes e equipe.





O terceiro e quarto dia de campanha foram voltados aos funcionários, para que estes também pudessemcontribuir e serem atendidos com o que importa para eles. No refeitório da instituição, nos horários de almoço e jantar, tivemos a presença de uma banda ao vivo, levando distração a todos que estavam presentes, abrangendo os plantões diurno e noturno. Foram distribuídas balas customizadas, com frases de inspiração para os colaboradores presentes, além de receberem um coração de papel para que pudessem acessar um QrCode e registrar um momento

importante que vivenciaram com algum paciente.





Em todos os dias, uma pessoa vestida de coração circulou pelo hospital junto com as atividades realizadas durante a campanha, desta forma, mostrando a todos que também são importantes para a instituição. 4 banners foram expostos pela instituição, onde as pessoas puderam descrever em um post-it o que seria importante para elas, e posteriormente elas anexavam no banner. No refeitório do hospital, foram colocados dois cartazes com os nomes dos colaboradores, para que estes pudessem identificar e grifar seu próprio nome.





Benefícios para o paciente e familiares

A idéia é ouvir os pacientes e seus familiares, promovendo conversas mais significativas, tornando a passagem pelo hospital mais acolhedora. E com essa percepção de sensibilidade o grupo irá fazer uma programação para atendimento das necessidades dos pacientes de maneira a não interferir no processo de cuidar. Todas as ações serão realizadas pelo Grupo de Humanização Hospitalar (GTH) onde participam os enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogos e convidados artistas para complementação das ações.

Tais como:

- ✓ Cantata beira leito;
- ✓ Oferta de uma alimentação diferente e de escolha do paciente mediante autorização médica (Pipoca; Hamburguer, bolo, sorvete entre outros);
- ✓ Cantata durante uma alta tanto esperada de um paciente/família;
- ✓ Visitação de pet para casos específicos, previamente autorizado e consensuado com SCIH;
- ✓ Passeio no na área externa para contato ao sol;
- ✓ Comemoração de aniversário de pacientes;
- ✓ Corte de cabelo por profissional;
- ✓ Cuidados com a pele;
- ✓ Entre outras ações que são atendimento às necessidades do paciente mediante a resposta da pergunta "O que importa para você".

Benefícios para o colaborador

O projeto prevê uma semana de aplicação da campanha no mês de junho em toda instituição, sendo este período reservado para a comemoração da iniciativa do projeto "O que importa para você" internacionalmente. Nesta semana o Hospital será todo enfeitado com balões sobre a temática além de disponibilizar em todos andares em local estratégico um *Banner* com pergunta temática "O que importa pra você" onde o colaborador poderá colocar sua opinião e ou expectativas, sejam profissionais e ou pessoais. Estas pesquisas internas serão avaliadas pela comissão com intuito de apresentação para alta direção e na medida do possível atender às solicitações dos colaboradores. Com essa iniciativa conseguimos melhorar a qualidade do ambiente de trabalho, estabelecer melhor relação com equipes multiprofissional, melhoria do clima organizacional.



OUTROS PROJETOS:

2- Campanha de doação de roupas e agasalhos kits de higiene

A equipe multiprofissional, realizará levantamento das necessidades dos pacientes internados que possuem algum nível de vulnerabilidade social que não possuem condições de obter vestimentas adequadase ou agasalhos.

Será realizada campanha mensal para doação de roupas utilizando como recursos: campanha interna com a participação de colaboradores e profissionais terceirizados e externamente busca de parceiros que possam contribuir com a campanha.

A equipe multiprofissional, periodicamente e sempre que estiver realizando algum atendimento e identificar a necessidade dos pacientes/acompanhantes realizará a comunicação com o GTH e na oportunidade e disponibilidade será realizada a doação roupas e ou agasalhos. As informações e fotos dos usuários serão fornecidas no Site mediante assinatura do termo de consentimento para uso de imagem.

3- Projeto "Pode contar comigo"

O projeto tem como objetivo proporcionar acolhimento e atendimento psicológico ao colaborador, com uma escuta ativa, atendimento individualizado às suas demandas. A proposta é gerar uma experiência de bem-estar cuidando de quem cuida e reduzir os índices de afastamentos e ou adoecimento do profissional como síndromes de *bournout* entre outras situações. Todas as condutas frente as demandas são consensuadas com as lideranças para que o apoio seja eficaz e atendido da melhor forma.

4- Projeto "Visita pet"

O projeto tem como objetivo proporcionar momentos de contato entre os pacientes internados com animais de estimação que possui um valor afetivo e significativo ao paciente que está nesta situação de internação por longa permanência longe do seu lar. Pessoas internadas em hospitais e que recebem a visitade seus pets sentem psicologicamente alívio na alma e no coração, ficando mais propensos a reabilitação.

5- Projeto "Oração nos setores"

O projeto tem como objetivo proporcionar momentos de reflexão da Palavra de Deus e cantos com a participação de membros da equipe da Pastoral da Saúde local, que realizaram visitação nos setores proporcionando espaços de crescimento espiritual, preces, agradecimentos e entrega do trabalho, das relações entre os colaboradores e chefias, com aprofundamento em tempos fortes de liturgia: Páscoa e Natal. Bem como a programação da missa mensal na

instituição onde poderão participar profissionais e acompanhantes/familiares. Esta atividade também é extensível a cultos evangélicos.

6- Projeto "Qualidade de vida"

O projeto tem como objetivo proporcionar aos colaboradores da instituição um auxílio na conscientização e controle do sobrepeso/obesidade bem como controle de doenças sistêmicas como HAS (Hipertensão arterial sistêmica) e DM (Diabetes Mellitus). Onde será realizada uma triagem com equipes no próprio local de trabalho e palestras motivacionais de autocuidado.

7- Projeto "Ginástica laboral"

O projeto tem como objetivo proporcionar aos colaboradores da instituição momentos de prática de ginástica laboral durante 15 minutos . Promovendo a qualidade de vida no trabalho, evitar problemas de DORT
– Dores Osteomusculares relacionadas ao trabalho, além de promover a sociabilização entre colaboradores, melhorar o desempenho e corrigir a postura.

Uma Proposta para Mais Saúde e Bem-estar

A ginástica laboral é uma ferramenta poderosa para promover a saúde e o bem-estar dos colaboradores de um hospital. Ao incorporar exercícios físicos leves e alongamentos na rotina de trabalho, é possível prevenir lesões por esforço repetitivo, reduzir o estresse, aumentar a energia e melhorar a qualidade de vida.

Objetivos do Projeto

Prevenir Lesões: Reduzir o risco de Lesões por Esforços Repetitivos (LER/DORT) e outras doenças ocupacionais comuns em ambientes hospitalares.

Melhorar a Qualidade de Vida: Promover o bem-estar físico e mental dos colaboradores, aumentando a satisfação no trabalho.

Aumentar a Produtividade: Aumentar a energia e a concentração, resultando em um melhor desempenho nas atividades.

Diminuir o Absenteísmo: Reduzir o número de faltas por motivos de saúde.

Criar um Ambiente de Trabalho mais Saudável: Promover a cultura da saúde e do bem-estar no hospital.

Etapas para Implementação

Planejamento:

Definir os objetivos específicos do projeto junto so serviço do SESMT e colaboradores da Fisioterapia e ou terapeuta Ocupacional onde serão pontuados:

Elaboração do cronograma com a frequência e duração das sessões.

Seleção dos exercícios mais adequados para cada grupo de funcionários.

Escolha do profissional de fisioterapia qualificado para conduzir as atividades.

Definição dos recursos necessários (espaço, materiais, equipamentos).

Implementação:

Divulgar o projeto para todos os colaboradores.

Realizar as sessões de ginástica laboral de forma regular, nos horários mais convenientes.

Oferecer acompanhamento individualizado aos participantes.

Avaliar a participação e o feedback dos colaboradores.

Avaliação:

Acompanhar os resultados do projeto através de indicadores como:

Redução de afastamentos por LER/DORT.

Aumento da satisfação dos colaboradores.

Melhora da qualidade de vida.

Realizar ajustes no projeto conforme necessário.

Sugestões de Exercícios

Alongamentos: Para pescoço, ombros, braços, mãos, costas, pernas e pés.

Exercícios de força: Para fortalecer os músculos do tronco e membros superiores.

Exercícios de flexibilidade: Para melhorar a amplitude de movimento das articulações.

Exercícios respiratórios: Para relaxar e reduzir o estresse.

8- Projeto "Doutores do amor"

Definição do Projeto

O projeto "Doutores do Amor" visa conectar profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos e terapeutas, com pessoas em hospitais, asilos, comunidades carentes e outros locais, proporcionando momentos de acolhimento, conversa e atividades recreativas.

Objetivos

- **Humanizar o atendimento:** Levar conforto e carinho aos pacientes, diminuindo o sofrimento causado pela doença ou pelo processo de hospitalização e ausência de entes queridos pela própria condição de saúde ou distancia;
- **Promover a saúde mental:** Oferecer escuta ativa, atividades lúdicas e apoio emocional.
- **Fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade:** Criar um ambiente mais humanizado e acolhedor no ambiente hospitalar.

Público-alvo

- Pacientes internados
- Idosos
- Crianças

- Colaboradores

Atividades

- **Visitas:** Realizar visitas regulares a instituições para interagir com os pacientes e oferecer atividades como leitura, música, jogos e conversas.
- **Oficinas:** Promover oficinas de arte, artesanato, música e outras atividades recreativas.
- **Palestras:** Oferecer palestras sobre temas relacionados à saúde e ao bem-estar.
- **Grupos de apoio:** Criar grupos de apoio para pacientes com doenças crônicas ou em situação de luto.

O projeto visa promover a experiência da alegria na adversidade por meio da arte do palhaço, através de visitas semanais e entregas de mensagens otimistas, ajudando a superação de stress ligado à hospitalização, sendo composta por profissionais da instituição com apoio de artistas locais.

9- Meu dia de beleza

Durante o processo de internação as gestantes e puérperas, permanecerem em ambiente hospitalar o que causa uma ruptura importante em seu cotidiano e autocuidado. Portanto, o profissional de beleza com sua atuação permitirá às pacientes internadas a possibilidade de manutenção do cuidado quando indicado euma satisfação de se sentir cuidada, fortalecendo sua autoestima. O profissional de Beleza atuará mediante necessidade levantada pela equipe multiprofissional participantes do programa, e desta forma viabiliza a realização de atividades de autocuidado. Favorece a interação com outras mulheres, promovendo a distração, aliviando os níveis de estresse e auxiliando-as no processo de enfrentamento da internação.

Para os trabalhadores, o acesso aos serviços de beleza contribui para o seu bem-estar físico e mental, bem como para a promoção da saúde dos mesmos.

A proposta inclui a adequação de um espaço que funcionará como um salão de beleza com dias e horários de atendimento a serem definidos. Contando com uma cabeleireira profissional que presta serviços de design de sobrancelhas, corte, escova, hidratação entre outros.

As usuárias do hospital têm acesso aos serviços gratuitamente. Já para os funcionários da instituição, cobra-se um valor simbólico pelo serviço prestado que serve para a manutenção do espaço.

O projeto "Meu Dia de Beleza" tem o potencial de promover a autoestima e o bem-estar de muitas pessoas. Para transformar essa ideia em um projeto social de sucesso, vamos juntos construir uma proposta completa e inspiradora.

Definição do Projeto

O projeto "Meu Dia de Beleza" tem como objetivo proporcionar momentos de cuidado pessoal e bem-estar , consiste em uma proposta junto ao setor de Terapia Ocupacional do hospital, que visa promover para as gestantes e puérperas,pacientes oncológicos e mulheres internadas em longa permanência na instituição por estratégias de cuidado como forma de enfrentamento ao processo de internação. Com uma possibilidade de ampliação do projeto para atender a trabalhadores em datas comemorativas como dia das mães, dia da mulher entre outras datas que julgar necessária a implementação desta ação. Na oferta de da realização de serviços de beleza gratuitos. A iniciativa visa promover a autoestima, a inclusão social e o bem-estar emocional dos participantes.

Objetivos

- Promover a autoestima e o bem-estar emocional dos participantes.
- Integrar socialmente as pessoas em situação de vulnerabilidade.
- Oferecer serviços de beleza de qualidade de forma gratuita.
- Sensibilizar a comunidade para a importância do cuidado pessoal e da inclusão social.

Atividades

- **Serviços de beleza:** Cabelo, maquiagem, etc.
- **Oficinas de autocuidado:** Técnicas de relaxamento, cuidados com a pele, etc.
- **Palestras sobre autoestima e empoderamento feminino:** Oferecidas por profissionais da área da psicologia e da beleza.
- **Doação de produtos de higiene pessoal:** Kits com produtos básicos para o cuidado pessoal.

Parcerias

- Salões de beleza
- Escolas de beleza
- Profissionais da área da beleza (cabeleireiros, maquiadores, manicures, etc.)
- Instituições de ensino
- Organizações não governamentais (ONGs)
- Empresas do setor de cosméticos

Recursos Necessários

- Espaço físico para a realização dos serviços
- Produtos de beleza
- Materiais de higiene
- Profissionais voluntários
- Divulgação do projeto

10- Núcleo de Terapias Integrativas Complementares

A proposta é estabelecer um Núcleo/ Espaço onde serão aplicadas práticas integrativas e

complementares: acupuntura, eletroacupuntura, auriculopuntura, moxaterapia, ventosaterapia, auriculoterapia, escalda-pés com reflexologia, aromaterapia, cromoterapia e musicoterapia sendo estas realizadas por enfermeiros, especialistas em enfermagem obstétrica e terapeutas. Tais práticas são realizadas em mulheres no ciclo gravídico puerperal e em trabalhadores da instituição conforme a individualidade e necessidade.

O NTIC tem com o objetivo de diminuir a ansiedade, melhorar os desconfortos gestacionais, buscar a conexão com o bebê e com o momento do parto. Além disso, é um ambiente que favorece a relação entre as gestantes através da troca de experiências e vivências de partos anteriores. O horário de funcionamento será definido, mas ocorrerá durante a semana de segunda- a sexta- feira , sendo a terça-feira e a sexta-feira na parte da manhã, os dias exclusivos para atendimento das gestantes usuárias do SUS.

As práticas integrativas e complementares são definidas pela Portaria de nº 971, de 3 de maio de 2006 do Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único Saúde e pelo decreto nº 5813 de 22 de junho de 2006 que aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências, sendo monitoradas pelo sistema nacional de vigilância sanitária. Com esta política, busca-se atender à demanda da sociedade brasileira, amplia os serviços oferecidos pelo SUS e contribui para a consolidação de políticas de assistência à saúde ainda mais ampla e segura.

11- Projeto Recicle Aqui- Setor sustentável

I. Objetivo

Um projeto de reciclagem no hospital é uma forma eficaz de promover a sustentabilidade, educar a comunidade e reduzir o impacto ambiental. Atendendo de forma ampliada e qualificada os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS), que possam a ser protagonistas na contribuição junto à unidade na adoção de medidas de sustentabilidade e preservação do meio ambiente.

II. Diagnóstico e Planejamento

- Levantamento dos resíduos: Identifique os tipos de resíduos gerados na instituição (papel, plástico, vidro, metal, orgânico, resíduos de saúde).
- Quantificação: Determine o volume de cada tipo de resíduo gerado diariamente ou semanalmente.
- Definição dos objetivos: Estabeleça metas claras e mensuráveis, como a redução em porcentagem do volume de resíduos enviados para aterros sanitários e o aumento da taxa de reciclagem.
- Criação de um plano de ação: Detalhe as etapas para a implementação do projeto, incluindo a coleta seletiva, a destinação dos materiais recicláveis e as ações de comunicação e educação.

II. Diagnóstico e Planejamento

Implementação:

Coleta seletiva:

Lixeiras coloridas: Instale lixeiras coloridas e com identificação clara para cada tipo de material reciclável.

Pontos de coleta: Defina locais estratégicos para a coleta dos materiais, como recepção, salas de espera e áreas administrativas.

Treinamento da equipe: Capacitar os funcionários sobre a importância da coleta seletiva e como realizar o descarte correto dos resíduos.

Comunicação e educação:

Cartilhas e materiais informativos: Crie materiais educativos para informar os pacientes, funcionários e visitantes sobre a importância da reciclagem e como participar do projeto.

Palestras e workshops: Realize ações de sensibilização para promover a mudança de hábitos e aconscientização sobre o tema.

Sinalização: Utilize placas e adesivos para indicar os pontos de coleta e as orientações para o descartecorreto dos resíduos.

Parcerias:

Cooperativas de reciclagem: Estabeleça parcerias com cooperativas de reciclagem para garantir a destinação correta dos materiais coletados.

Empresas de coleta: Contrate empresas especializadas para a coleta e o transporte dos materiais recicláveis.

Acompanhamento e Avaliação:

Monitoramento: Acompanhar o volume de materiais coletados e a adesão dos usuários.

Indicadores de desempenho: Definir indicadores para avaliar o sucesso do projeto, como a porcentagem de resíduos reciclados e a redução dos custos com o descarte de lixo.

Relatórios: Elaborar relatórios periódicos para acompanhar o progresso do projeto e identificar possíveis ajustes.

Ideias Adicionais:

Reutilização de materiais: Incentivar a reutilização de materiais como papel e embalagens.

Programa de redução de consumo: Promover ações para reduzir o consumo de materiais descartáveis nainstituição.

Envolvimento da comunidade: Organizar eventos e ações para envolver a comunidade local no projeto.

ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Conforme a Resolução Conselho Federal de Medicina N° 2.152/2016 (publicada no Diário Oficial da União de 10 de novembro de 2016, Seção I, p. 566), que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

Art. 1° A Comissão de Ética Médica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, doravante referida como CEM constitui-se numa extensão do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, tendo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina no âmbito das unidades geridas pelo HMTJ.

Art. 2° A Comissão de Ética Médica deve possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 3° Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual estávinculado o seu registro.

DAS FINALIDADES

Art. 4° Compete à Comissão de Ética Médica:

I. Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade de atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;

II. Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

III. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;

IV. Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição quanto às normas legaisque disciplinam o seu comportamento ético;

V. Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;

VI. Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;

VII. Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpoclínico da instituição de saúde.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5° A Comissão de Ética Médica será composta por 03 (três) membros titulares e 03 (três) suplentes, eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas dispostasneste Regimento, podendo ser reeleitos.

Art. 6° A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário eleito dentre os membros efetivos.

DO MANDATO

Art. 7° A escolha dos membros da Comissão de Ética Médica será realizada mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico da instituição, conforme previsto no regimento interno do Corpo Clínico.

Art. 8° Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos na direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam adimplentes com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 9° São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica do HMTJ, os médicos que não estiverem adimplentes com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo Único. Considerando a existência de penas privadas, o Conselho Regional de Medicina da Paraíba deverá apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 10. O mandato da Comissão de Ética Médica tem duração de 02 (dois) anos, podendo ocorrer à reeleição de seus membros.

Parágrafo Único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Art. 11. O diretor clínico do Hospital designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina de Goiás.

Parágrafo Único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituiçãonão podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 12. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a listados votantes do corpo clínico.

Parágrafo Único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 13. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra deproporcionalidade prevista no artigo 3º da Resolução CFM No 2.152/2016 e no artigo 4º deste regimento.

§ 1º. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhosda comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõe a chapa.

Art. 14. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 15. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita à chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 16. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá serencaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás para homologação e registro.

Art. 17. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissãoeleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 18. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado em local visível ao público.

Art. 19. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CRM/GO.

§ 1°. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamenteao CRM/GO.

§ 2°. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo CRM/GO.

Art. 20. Em casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentreos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que nova eleição oficial seja realizada, que poderá ter candidatura individual.

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 21. A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Art. 22. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica do terão caráter sigiloso, exceto quando tratar-se de atividade didático-pedagógicas no âmbito Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEJ

Art. 23. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Art. 24. A apuração interna será instaurada mediante:

I. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
II. Ofício, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao CRM/GO para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 25. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 26. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por setratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 27. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica da instituição e ao CRM/GO.

Art. 28. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao CRM/GO.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 29. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao CRM/GO.

Art. 30. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente dacomissão remeter os autos diretamente ao CRM para as providências cabíveis.

Art. 31. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeitodos fatos que apurar.

§ 1° O CRM/GO não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2° A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, nãosignificando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 32. Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

I. Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;

III. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

IV. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

V. Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

VI. Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas.

Parágrafo Único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 33. Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

I. Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;

II. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;

III. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;

IV. Abrir e manter sob sua guarda o livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverãoconstar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 34. Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

I. Eleger o presidente e o secretário;

II. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;

III. Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;

IV. Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 6º deste regimento.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 35. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do CRM/GO, conforme preconiza oart. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 36. O CRM deverá fornecer todo o apoio necessário à Comissão de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no

respaldoà sua autonomia perante a instituiçãoun, conforme estabelecido na Resolução CFM No 2.152/2016, no seu artigo 36.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao CRM/GO relatório sobre as atividades realizadas, a cada seis meses ou quando solicitado.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás.

Data, _____

_____

Diretor da unidade

Membros

_____

_____

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Ética Médica

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Iniciar processo de eleição dos membros para a Comissão	Por obrigatoriedade (conforme conselho de medicina) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe médica seguindo recomendações do conselho	Diretoria Clínica	Mês 1 e mês 2
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação especializada para a equipe assistencial	Será solicitado à Diretoria clínica e representantes eleitos	A própria comissão	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 2
4	Supervisionar, orientar e avaliar na Instituição o exercício ético e legal da atividade médica.	Para oferecer segurança na assistência recebida durante período de internação.	Verificação de cadastros da equipe médica no conselho.	A própria Comissão	Mês 3
5	Instaurar sindicância, quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica ou por solicitação do CRM	Instruir e formular relatório circunstanciado acerca da situação Apurada, quando identificada	Encaminhando-o ao CRMMG, sem emitir juízo de valor a respeito dos fatos que apurar	Membros da Comissão	Mês 4

6	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 4
7	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 6
8	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 8
9	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 10
10	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade	Divulgações e orientações sobre	Membros da	Mês 12

		educativa através de discussões e análises dos casos econdutas assistenciais da categoria	temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	comissão	
11	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas	Membros da comissão e Direção Clínica.	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL; PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE), PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL.

Título: Comissão de Ética Multiprofissional; Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual.

Responsável: Equipe Multiprofissional	**Código**:	**Revisão**: 00	**Data**: 02/08/2024

Introdução

Fundada em 1995, o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ foi estadualizado em 2020 e atende demandas de urgência, emergência, maternidade e eletivas em 19 especialidades médicas. É uma unidade de Assistência 24 horas, com atendimentos de demanda espontânea para Obstetrícia, assim como demanda regulada pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, sendo referência para todo o Estado de Goiás, em Média e Alta Complexidade.

A Comissão de Ética Multiprofissional instituída no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, visa acompanhar e garantir que as atividades Multiprofissionais na unidade, sejam realizadas em conformidade com os princípios éticos e legais, assegurando boas condições de trabalho e atendimento de qualidade aos usuários. É fundamental que todos os membros da instituição se envolvam ativamente nas atividades da Comissão de Ética Multiprofissional (CEM) e contribuam para a construção de uma cultura ética.

Esta proposta apresenta a estrutura, finalidade, regimento interno e cronograma de atividades da CEM.

Finalidades

A Comissão de Ética Multiprofissional do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ tem como finalidade principal:

Promover a ética: Fortalecer os princípios éticos nas práticas profissionais de todos os membros da instituição.
Proteger os direitos: Garantir a proteção dos direitos dos usuários, colaboradores e da própria instituição.
Resolver conflitos: Analisar e resolver conflitos de natureza ética que possam surgir no âmbito das atividades institucionais.
Orientar profissionais: Oferecer orientação aos profissionais sobre questões éticas relacionadas à prática profissional.

Promover a educação em ética: Desenvolver ações de educação em ética para todos os membros da instituição.

A Comissão de Ética Multiprofissional tem como objetivo principal garantir a excelência da assistência à saúde, por meio das seguintes ações:

Melhoria contínua: Promover encontros regulares para aprimorar os processos e rotinas assistenciais na instituição.
Implementação de normas e protocolos: Assegurar a adesão às normas e protocolos institucionais nas unidades assistenciais.
Suporte técnico: Oferecer suporte técnico aos profissionais da área, visando otimizar a qualidade e a quantidade da assistência prestada.
Alinhamento estratégico: Definir as diretrizes da assistência em consonância com as políticas de gestão do cuidado.
Avaliação da assistência: Realizar diagnósticos situacionais para identificar oportunidades de melhoria.
Promoção do trabalho em equipe: Fortalecendo o relacionamento entre os profissionais da saúde.
Transparência e comunicação: Produzir relatórios e disponibilizar informações relevantes sobre as atividades da equipe.
Gestão de recursos humanos: Validar as escalas de trabalho em conjunto com os responsáveis técnicos de cada profissão.
Colaboração interdisciplinar: Estabelecer parcerias com os gestores das unidades onde a equipe atua.

Princípios

A Comissão de Ética Multiprofissional Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ fundamenta-se nos seguintes princípios:

Integralidade: Oferecer cuidado integral e personalizado aos usuários, considerando suas necessidades biopsicossociais e a complexidade de suas demandas.
Interdisciplinaridade: Promover a colaboração entre profissionais de diferentes áreas, integrando saberes e práticas para otimizar a assistência, constituindo equipes multiprofissionais para oferecer uma abordagem holística e complementar ao cuidado.
Humanização: Garantir um atendimento humanizado, pautado no respeito, na empatia e no acolhimento dos usuários.
Ética: Atuar em conformidade com os princípios éticos das profissões envolvidas, assegurando a qualidade e a segurança do cuidado.

Denominações

Art. 1º A Comissão de Ética Multiprofissional, tem como objetivo promover, fomentar e zelar pela conduta ética dos profissionais de saúde do Hospital atuando de forma educativa, preventiva e fiscalizadora.

Art. 2º A Comissão de Ética Multiprofissional será composta por profissionais de psicologia, nutrição, fisioterapia, enfermagem, serviço social, farmácia, terapia ocupacional e demais áreas da saúde, devidamente registrados em seus respectivos conselhos profissionais e atuantes no Hospital.

§ 1º Os membros da CEM serão indicados pelas chefias das respectivas áreas e terão mandato de 1 (um) ano, podendo ser reconduzidos por mais um mandato.

§ 2º A primeira composição da CEM será indicada pelas chefias das áreas e homologada pelo Diretor Técnico e ou Administrativo.

§ 3º A partir da segunda gestão, os membros da CEM serão eleitos pelos profissionais de cada área, por meio de votação, dentre os candidatos inscritos.

§ 4º O coordenador da CEM será eleito dentre os membros da Comissão, em votação, e terá mandato de 1 (um) ano.

Composição

A Comissão de Ética Multiprofissional do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ será composta por representantes de diferentes categorias profissionais da instituição, tais como:

- Presidente,
- Secretário,
- Um profissional da área da Enfermagem,
- Um profissional da área da Fisioterapia,
- Um profissional da área da Psicologia,
- Um profissional da área da Nutrição,
- Um profissional da Farmácia,
- Um profissional da área do Serviço Social.

A quantidade de membros será definida de acordo com a necessidade da instituição e a complexidade de suas atividades.

Atribuições

Art. 3° São atribuições da Comissão de Ética Multiprofissional:

I. Supervisionar e orientar o exercício profissional, assegurando que as atividades sejam realizadas em conformidade com os princípios éticos e legais, garantindo a qualidade do atendimento aos usuários e a segurança das condições de trabalho.

II. Assegurar que as ações da Comissão estejam alinhadas com os códigos de ética de cada profissão.

III. Instaurar processos éticos para apuração de fatos ou atos que possam violar os princípios éticos e legais.

IV. Analisar questões éticas e emitir pareceres técnicos, contribuindo para a resolução de conflitos e a tomada de decisões.

V. Receber, analisar e dar encaminhamento a sugestões, reclamações e denúncias relacionadas à conduta ética dos profissionais.

VI. Promover a conciliação entre os membros da equipe, buscando soluções consensuais para os conflitos.

VII. Garantir o sigilo e a confidencialidade das informações tratadas pela Comissão.

VIII. Atuar de forma imparcial na análise das representações e demais assuntos, assegurando a justiça e a equidade.

IX. Promover a cultura ética na instituição, realizando ações de conscientização e prevenção de desvios éticos.

X. Colaborar com o Recursos Humanos em questões relacionadas à ética profissional.

XI. Encaminhar para os Conselhos Regionais de cada profissão as denúncias que não puderem ser resolvidas internamente.

XII. Avaliar as condições de trabalho e a qualidade do atendimento, propondo melhorias quando necessário.

Competências por Categorias

Art. 4° Compete ao Presidente da Comissão de Ética Multiprofissional :

I. Presidir as reuniões da Comissão, coordenando os trabalhos e garantindo a ordem e o andamento das discussões.

II. Elaborar a pauta das reuniões, com base nas sugestões dos membros, e permitir a inclusão de novos itens na abertura de cada sessão.

III. Representar a Comissão em eventos internos e externos, podendo delegar esta função a outro membro quando necessário.

IV. Submeter à votação os assuntos em pauta, garantindo a participação de todos os membros.

V. Assinar em nome da Comissão, podendo solicitar a co-assinatura de outros membros quando julgar necessário.

VI. Decidir sobre a participação de pessoas externas nas reuniões, após consulta aos membros presentes.
VII. Analisar e deliberar sobre assuntos urgentes, mesmo que não estejam na pauta, com a presença da maioria dos membros titulares ou, na sua ausência, com a convocação de suplentes.
VIII. Garantir o cumprimento das decisões tomadas pela Comissão.
IX. Executar outras atividades correlatas que contribuam para o bom funcionamento da Comissão.

Art. 5° Compete ao Secretário da Comissão de Ética Multiprofissional:

I. Substituir o Presidente em seus impedimentos, assumindo suas funções.
II. Colaborar com o Presidente nas atividades da Comissão.
III. Secretariar as reuniões da Comissão, elaborando as atas e demais documentos, realizando as seguintes atividades:
a) **Documentação:** Elaborar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios da Comissão.
b) **Arquivo:** Manter organizado o arquivo da Comissão.
c) **Comunicação:** Convocar os membros para as reuniões e comunicar os resultados dos trabalhos.
d) **Divulgação:** Emitir e encaminhar os pareceres da Comissão.
e) **Demais atividades:** Executar outras atividades relacionadas ao suporte administrativo da Comissão.

Art. 6° Estabelece que os membros da Comissão de Ética Multiprofissional do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ devem:

I. Propor temas para serem analisados pela comissão.
II. Solicitar documentos e explicações sobre os casos em análise.
III. Organizar os materiais necessários para a tomada de decisão.
IV. Pedir informações a qualquer funcionário ou profissional envolvido no caso.
V. Participar ativamente das discussões sobre os casos.
VI. Tomar decisões sobre os casos analisados.
VII. Convocar reuniões extraordinárias quando necessário.
VIII. Registrar as decisões e atividades da comissão.
IX. Estar presente nas reuniões da comissão.
X. Informar à comissão os motivos de suas ausências.
XI. Participar de eventos externos em nome da comissão.

Os membros de uma Comissão de Ética Multiprofissional (CEM) desempenham um papel crucial na garantia da qualidade dos serviços de saúde e na defesa dos direitos dos pacientes. Para exercer essa função de forma eficaz, é fundamental que todos os membros possuam um conjunto de competências comuns e desejáveis:

- Compreensão profunda dos princípios da bioética, como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.
- Domínio das leis e regulamentações que regem a prática profissional na área da saúde, incluindo o Código de Ética de cada profissão.

- Habilidade para analisar de forma crítica situações complexas e tomar decisões éticas embasadas em evidências.
- Capacidade de se comunicar de forma clara e objetiva, tanto na linguagem escrita como na verbal, com diferentes públicos.
- Habilidade para negociar e construir consensos entre os membros da comissão, com diferentes pontos de vista.
- Manter-se atualizado sobre as novidades na área da saúde e as discussões éticas mais recentes.
- Capacidade de trabalhar em equipe, colaborando com os demais membros da comissão.
- Valorizar a diversidade de opiniões e experiências dos membros da comissão.
- Experiência prática na área da saúde, o que pode enriquecer a análise dos casos.
- Capacidade de liderança para coordenar grupos de trabalho e liderar projetos dentro da comissão.
- Capacidade de resolução de conflitos para mediar e resolver conflitos que possam surgir entre os membros da comissão.
- Compreensão das questões sociais e culturais que podem influenciar as decisões éticas.

A composição da Comissão de Ética Multiprofissional (CEM) é fundamental para a garantia da qualidade dos serviços de saúde e o respeito aos direitos dos pacientes. Cada profissional, com sua formação e expertise, contribui de forma única para o funcionamento da comissão:

Enfermeiros

- Assistência direta ao paciente: Contribuem com a perspectiva da assistência direta ao paciente, identificando as necessidades e vulnerabilidades.
- Relação profissional-paciente: Trazem conhecimentos sobre a importância da comunicação e do cuidado humanizado.
- Procedimentos técnicos: Avaliam a segurança e a ética dos procedimentos técnicos realizados.
- Gestão da assistência: Contribuem para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

Assistentes Sociais

- Dimensão social da saúde: Analisam os aspectos sociais e econômicos que influenciam a saúde dos pacientes.
- Direitos humanos: Defendem os direitos humanos e a justiça social.
- Rede de apoio: Conhecem a rede de serviços sociais e podem auxiliar na articulação de recursos para os pacientes.
- Acompanhamento familiar: Realizam e promovem o acompanhamento social de pacientes e familiares.

Psicólogos

- Aspectos psicológicos: Avaliam os aspectos psicológicos envolvidos nos casos, como sofrimento, luto, e questões relacionadas à saúde mental.
- Comunicação: Facilitam a comunicação entre os membros da equipe e os pacientes.
- Intervenções psicológicas: Sugerem intervenções psicológicas adequadas para cada caso.

Nutricionistas

- Análise nutricional: Avalia a conduta ética relacionada à alimentação e nutrição dos pacientes, incluindo questões como:

    a) Prescrição dietética adequada às necessidades individuais.
    b) Uso de suplementos alimentares.
    c) Educação nutricional.

- Direito à alimentação: Defende o direito à alimentação adequada e saudável, garantindo que os pacientes tenham acesso a uma dieta equilibrada.
- Ética na pesquisa: Analisa protocolos de pesquisa envolvendo nutrição, garantindo a proteção dos participantes.
- Interações medicamentosas: Avalia as interações entre alimentos e medicamentos, bem como a segurança alimentar em instituições de saúde.

Fisioterapeutas

- Prática fisioterapêutica: Analisa a conduta ética relacionada à prática fisioterapêutica, incluindo questões como:

    a) Utilização de técnicas e recursos terapêuticos.
    b) Consentimento informado.
    c) Relação terapeuta-paciente.
    d) Sigilo profissional.

- Bioética: Discute questões bioéticas relacionadas à fisioterapia.
- Acesso à saúde: Defende o direito ao acesso à fisioterapia e à reabilitação.
- Pesquisa em fisioterapia: Avalia protocolos de pesquisa envolvendo fisioterapia, garantindo a proteção dos participantes.

Funcionamento

Art. 7 A Comissão de Ética Multiprofissional se reunirá sempre que:

a) O presidente decidir;
b) Um membro pedir;
c) Houver denúncias contra funcionários;
d) Precisar resolver conflitos entre pessoas;
e) Tiver assuntos internos para discutir.

Art. 8 Todas as reuniões da Comissão de Ética Multiprofissional, inclusive as que tiverem funcionários presentes, deverão ser registradas em ata e assinadas por todos os participantes.

Art. 9 A denúncia de qualquer descumprimento do Código de Ética deve:

a) Fazer a denúncia por escrito em até 30 dias após o ocorrido;
b) Identificar-se e assinar a denúncia;

c) Enviar a denúncia para a Comissão de Ética;
d) Incluir todas as provas que tiver.

Art. 10 As denúncias referentes a funcionários ou pacientes do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ deverão ser protocoladas na Ouvidoria da unidade.

Parágrafo Único: Antes de encaminhar uma denúncia para a Comissão de Ética Multiprofissional, a Ouvidoria fará uma análise para verificar se é o caso adequado para ser tratado por este colegiado. Confirmada a competência, o Presidente da Comissão convocará uma reunião para apurar os fatos.

§ 1º A denúncia poderá ser indeferida caso, após análise, seja constatada a falta de consistência ou de pertinência para ser tratada pela Comissão.
§ 2º Se a denúncia for indeferida, o Presidente comunicará por escrito ao denunciante, justificando a decisão. Essa decisão será irrecorrível caso tenha sido tomada por unanimidade pela Comissão.
§ 3º Caso a denúncia seja aceita, o Presidente convocará tanto o denunciante quanto o denunciado para serem ouvidos, individualmente, pela Comissão de Ética ou por membros designados para essa tarefa.

Art. 11 A Comissão de Ética Multiprofissional investigará cada caso e poderá solicitar a opinião de especialistas. Se houver provas de irregularidades, o caso será encaminhado aos órgãos profissionais responsáveis. Em situações menos graves, a Comissão tentará um acordo entre as partes. Todas as informações sobre os casos são confidenciais.

Art. 12 Durante a investigação, um membro da Comissão será responsável por:

a) Marcar e realizar as audiências.
b) Analisar os documentos.
c) Fazer um relatório para a Comissão.

Art. 13 Após a coleta de todas as informações, a Comissão se reunirá para analisar o caso e emitir uma conclusão.

Parágrafo único: Se precisar de mais informações, a Comissão poderá pedir novas investigações.

Art. 14 Se houver provas de que houve uma infração ética, o caso será encaminhado para os órgãos profissionais dos envolvidos.

Art. 15 Em casos menos graves, a Comissão poderá tentar uma conciliação entre as partes.

§ 1º: Se houver acordo, a Comissão registrará isso em um documento oficial.
§ 2º: Se não houver acordo, o caso seguirá o processo normal.

Art. 16 Todas as discussões da Comissão são confidenciais.

Parágrafo único: Somente os envolvidos no caso e os membros da Comissão terão

acesso aos documentos após a conclusão da investigação.

Mandato

Art. 17 A escolha dos membros da Comissão de Ética Multiprofissional será realizada mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto.

Art. 18 A convocação da eleição será feita pelo Diretor Técnico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 19 A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 20 A Comissão de Ética Multiprofissional será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único: Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influenciado na escolha dos membros, será considerado eleito o mais antigo da instituição. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho.

Art. 21 A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 22 O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Comissões respectivos. para homologação.

Art. 23 Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância Comissão de Ética Multiprofissional e terceira instância aos Comissões respectivos.

Art. 24 A duração do mandato dos membros será de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos. Entretanto perderá o mandato o membro de, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Frequência das Reuniões

As reuniões ordinárias acontecerão mensalmente, em local, data e hora determinadas em planejamento.

As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas tanto pelos Diretores como por 1/3 dos membros efetivos, sempre que matéria exigir observando-se antecedência mínima de 24 horas.

Disposições Finais

Art. 25 As determinações deste Regimento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

Art. 26 Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Ética Multiprofissional	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Reuniões mensais para análise de casos e discussões sobre temas relevantes.	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais das categorias	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação especializada para a equipe assistencial	Será solicitado à Diretoria clínica e representantes eleitos	Membros da comissão	Mês 3
4	Reuniões extraordinárias	Reuniões para tratar de assuntos urgentes ou a pedido dos membros.	sempre que matéria exigir observando-se antecedência mínima de 24 horas.	Membros da comissão	Mês 4
5	Instaurar sindicância, quando houver indícios de infração ao Código de Ética	Instruir e formular relatório circunstanciado acerca da situação Apurada, quando identificada	encaminhado para os órgãos profissionais dos envolvidos.	Membros da comissão	Mês 5

6	Supervisionar, orientar e avaliar na Instituição o exercício ético das atividades multiprofissional	Para oferecer segurança na assistência recebida durante período na instituição.	Verificação de cadastros da equipe multiprofissional nos conselhos.	Membros da comissão	Mês 6
7	Cursos e palestras	Promoção de atividades de educação em ética para os membros da instituição.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Multiprofissional, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 7
8	Elaboração de documentos	Elaboração de documentos como códigos de ética, manuais de procedimentos e pareceres.	Atravé das tapas para a elaboração dos documentos	Membros da comissão	Mês 8
9	Divulgação de informações	Divulgação de informações sobre a CEM e suas atividades para os membros da instituição.	Através de Canais de Comunicação.	Membros da comissão	Mês 9
10	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta detrabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

INTRODUÇÃO

A Comissão de Biossegurança tem como objetivo conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo essa Comissão específica para atuação dentro do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEJ.

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Art. 1° Compete à Comissão:

I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

II. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

III. Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2° A composição mínima da Comissão de Biossegurança deverá ser composta por membros de diferentes setores e função na instituição, contendo no mínimo um membro da Segurança do Paciente e três enfermeiros, entretanto, conforme a necessidade da Instituição, este número poderá ser maior.

A depender da direção do hospital, poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos:

I. Pronto atendimento;

II. Serviço de terapia intensiva;

III. Serviço de clínica médica;

IV. Serviço de pediatria;

V. Serviço de cirurgia geral;

VI. Serviço de neurologia;

VII. Serviço de oncologia;

VIII. Serviço de obstetricia;

IX. Serviço de saúde mental;

X. Serviço de laboratório;

XI. Serviço de CME.

Art. 3° Para a realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser dispensados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela diretoria. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da unidade.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4° O mandato desta Comissão de Biossegurança será indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo quando direção achar conveniente, ou por justificativa pertinente.

§ 1° As atribuições da Comissão são de promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

§ 2° O Presidente, Vice-Presidente e o secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão.

Art. 5° As atribuições da Comissão de Biossegurança são:

I. Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos a biossegurança que lhe forem enviados;

II. Sugerir normas para melhorias na biossegurança;

III. Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;

IV. Normatizar e fiscalizar as ações de biossegurança;

V. Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão

de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

VI. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações sobre biossegurança;

VII. Zelar pelo sigilo ético das informações;

VIII. Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pelas demais comissões ou outro serviço interessado;

IX. Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

X. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

XI. Desenvolver atividades de caráter técnico - científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a instituição.

Do presidente da comissão:

Art. 6° As atribuições do Presidente da Comissão são:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Representar a Comissão junto às Gerências ou Superintendência da instituição, ou indicar seu representante;

III. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

IV. Fazer cumprir o regimento;

V. Nas decisões da comissão, além do seu voto, o presidente terá o direito ao voto de desempate;

VI. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o Vice-Presidente.

Do vice-presidente:

Art. 7° As atribuições do Vice-Presidente são:

I. Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Do secretário:

Art. 8° As atribuições do Secretário são:

I. Organizar a ordem do dia;
II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
III. Lavrar a ata das reuniões;
IV. Convocar os membros da comissão para reuniões conforme cronograma pré-estabelecido;
V. Organizar e manter o arquivo da comissão;
VI. Preparar correspondência;
VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço da secretaria.

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9° Deverão ocorrer reuniões periódicas com data, local e horário previamente definidos e informados via e-mail institucional, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

§ 1° A ausência de um membro em duas reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

§ 2° Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 10 As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 11 Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos será designado um relator ou convidado, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 12 As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§ 1° As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas durante o expediente normal da empresa, somente em dias úteis, em local apropriado.

§ 2° Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e também quando houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 13 Será necessário o quórum, calculado pela maioria simples, de membros efetivos para a edição de resoluções:

I. Não havendo quórum, será feita nova convocação;

II. Havendo impasse, a situação deverá ser votada;

III. Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva";

IV. Membros consultivos não terão direito a voto.

METODOLOGIA

Art 14 A seguinte metodologia:

I. Estabelecimento de prioridades após análise situacional;

II. Fontes de informações: Relatórios do SOST, Relatórios do CCIRAS, Plano de Ação da CIPA, fiscais de contrato das terceirizadas, demanda da ouvidoria e espontânea;

III. Elaboração de Procedimentos Operacional Padrão (POP); sugestão de criação de normas para melhorias no serviço; Campanhas e treinamentos.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15 Este Regimento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da Superintendência.

Art. 16 As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

Art. 17 Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 18 Este Regimento Interno entrará em vigor após publicação no boletim de Serviço do hospital.

Art. 19 Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Biossegurança	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão de Biossegurança;	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade.	Através de eleição demembros atuantes noserviço.	SESMT	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronizaçãode materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 1
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão;	Para oferecer suporte e orientação das atividades.	Será solicitado ao SESMT e representantes eleitos.	A própria comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronizaçãode materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 2

5	Visitas nos setores;	Acompanhar as práticas in locu com foco na segurança do colaborador e	Monitorando a prática e orientações aos profissionais das normasdo serviço frente a utilização de dispositivos	Membros da comissão	Mês 3

		alinhar as boas práticas de segurança para evitar acidentes.	com segurança e EPIs.		
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 3
7	Padronização de insumos para saúde;	Propor reuniões frequentes de padronização junto aos serviços assistenciais	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão/Representantes de compras/Farmácias/Enfermagem	Mês 4
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios das atividades desenvolvidas no ano e propostas de melhorias próximo ciclo.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como: capacitação, padronização de insumos e mudanças de fluxos e processos vivenciados com a prática do serviço.	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I: DAS DENOMINAÇÕES

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, é um órgão criado, conforme portaria Nº 196 do Ministério da Saúde que institui a implantação das comissões de controle de infecçãoem todo país, independentemente de sua natureza jurídica.

CAPÍTULO II: DAS FINALIDADES

Art. 2º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão normativo de caráter permanente e tem por finalidade a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Art. 3º A CCIH executa o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) que é o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas a redução máxima possível da incidência e da gravidade das IRAS.

Art. 4º A CCIRAS destina-se ao assessoramento da direção.

CAPÍTULO III: DA CONSTITUIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 4º A CCIRAS é composta por membros consultores e executores.

§ 1º Os membros consultores são representantes dos seguintes serviços:

I – Médico.

II – Enfermagem.

III – Farmácia.

IV - Laboratório.

V– Administração.

VI – Unidade de terapia intensiva.

VII - Serviço de higienização e gestão de resíduos.

§ 1º Os membros executores representam a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) e são encarregados da execução das ações programadas de Controle de Infecção Hospitalar.

É constituída pelos seguintes profissionais:

I – Médicos Infectologistas.

II – Enfermeiros.

III - Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Art. 5º Os membros têm um mandato pelo período de 4 anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 6º O coordenador da CCIRAS será qualquer um dos membros consultores e executores, indicado pela superintendência do hospital.

CAPÍTULO IV: DAS DESIGNAÇÕES

Art. 7º Os membros da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) serão designados pelo Diretor da instituição através de portaria.

CAPÍTULO V: DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 8º São atribuições da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS):

I - Elaborar, implementar, manter e avaliar o PCIH, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

II - Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS, de acordo com o Anexo III, da Portaria 2616/98 MS.

III - Capacitação do quadro de funcionários e profissionais do hospital, no que diz respeito à prevenção e controle de IRAS.

IV - Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

V - Avaliar, periódicamente e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores do CCIRAS.

VI - Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle, e notificar o Serviço de Vigilância Epidemiológica do organismo de gestão do SUS.

VII - Elaborar e divulgar, regularmente relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias dos setores do hospital, a situação do controle de IRAS, promovendo seu amplo debate.

VIII - Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento.

IX - Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das IRAS.

X - Definir, em cooperação com a Comissão de Medicamentos, e Comissão de padronização de materiais, política de utilização de germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição.

XI - Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das IRAS.

XII - Elaborar e atualizar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

XIII - Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

XIV - Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associada à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Art. 9º - São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I - Convocar e presidir as reuniões.

II - Indicar seu vice-presidente.

III - Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

IV - Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta.

V - Fazer cumprir o regimento.

§ 1º Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

§ 2º Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 10 - São atribuições e competências oficial administrativo da Comissão:

I - Organizar a ordem do dia.

II - Receber e protocolar os processos e expedientes.

III - Lavrar a ata das sessões/reuniões.

IV - Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
V - Organizar e manter o arquivo da comissão.

VI - Preparar a correspondência.

VII - Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

Art. 11 - São competências da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde:

I - Fazer executar, pelo Serviço de Controle de Infecção as suas determinações.

II - Fazer o controle, por relatórios, estatísticas, comunicações, solicitações e/ou outros meios que considerar necessário, das suas determinações e alcance dos objetivos propostos.

III - Tomar as providências necessárias para administração de pacientes, sempre que houver grande risco de infecção comunitária (catástrofes, epidemias, calamidades).

IV - Propor soluções para os problemas em estudo.

V - Informar à Direção modificações parciais ou totais que se fizerem necessárias ao presente regimento;

VI - Propor à Direção modificações parciais ou totais que se fizeram necessárias ao presente regimento.

VII - Convocar ou convidar as Chefias de Unidades/Serviços o cumprimento das normas, diretrizes e orientações preconizadas.

VIII - Divulgar campanhas educativas para o público interno e externo.

CAPÍTULO VI: O FUNCIONAMENTO

Art. 12 - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) reunir-se á mensalmente, na terceira sexta-feira de cada mês, as 10h em sala de reuniões. O agendamento será realizado pelo secretário e comunicado a todos os membros via e-mail com uma semana de antecedência.

§ 1º É obrigatória a participação nestas reuniões do Serviço de Controle de Infecção;

§ 2º É obrigatória a presença de todos os integrantes da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, sob pena de responsabilidade, salvo motivo de imperiosa impossibilidade;

§ 3º As reuniões se realizarão com a presença dos integrantes da Comissão de Controle de Infecção na proporção de metade e mais um na primeira chamada, ou em segunda chamada quinze minutos após com qualquer número de participantes.

Art. 13 - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

reunir-se-á extraordinariamente, por convocação do Superintendente ou do Presidente da Comissão, nas mesmas condições exigidas nos parágrafos anteriores do Art. 12.

Art. 14 - Os assuntos submetidos à apreciação da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) serão relatados por qualquer dos membros, especificamente designados.

Art. 15 - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) manterá registro em ata circunstanciada de suas reuniões e deliberações (temas, proposições, planejamento e conclusões).

Art. 16 - As matérias a serem estudadas terão prazos de conclusão e prioridade pré-estabelecidos pela Presidência da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS).

Art. 17 - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VII: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18 - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) está subordinada à Direção, possuindo autonomia de ação limitada, devendo suas determinações serem observadas e cumpridas por todas as Unidades/Serviços e pessoas que exerçam suas atividades na Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho – Goiás, após serem referendadas pela direção.

Art. 19 - Às infrações ao artigo anterior serão aplicadas as medidas administrativas necessária a cada caso.

Art. 20 - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) deverá ter seus instrumentos administrativos e organizacionais aprovados pela Superintendência, mediante publicação através de portaria.

Art. 21 - Os casos não previstos neste regimento serão estudados pela Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) e levados à consideração da direção.

Art. 22 - Com a aprovação do presente regimento também ficam aprovados os demais instrumentos administrativo-organizacionais (Organogramas hierárquico e de serviço, Fluxogramas, Normas, Rotinas, Roteiros e Impressos, entre outros).

Art. 23 - O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe médica e de enfermagem do serviço e equipe multiprofissional.	Infectologista do SCIH	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 2
3	Atualizar os protocolos inerentes a esta comissão	Atualizar as normas e rotinas do serviço baseadas em boas práticas.	Através de pesquisa sistemática da legislação pertinente, portarias e em fontes cientificas reconhecidas e atualizadas.	Membros da comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta	Divulgação e orientações sobre temas relativos às	Membros da comissão	Mês 3

		direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internados, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.		
5	Monitorar os relatórios de análise de ar e água	Avaliar os relatórios e monitorar a qualidade do ar e água.	Controle, prevenção, elaboração de relatório mensal e alimentação de planilha do estado.	A própria Comissão e Serviço terceirizado de laboratórios de análises	Mês 3
6	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internados, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 4
7	Promover capacitações aos colaboradores do hospital com assuntos relacionados às IRAS;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises e orientações /condutas com foco	Promover a atualização dos colaboradores, com base nos protocolos de controle de infecções sobre a importância de	Membros da comissão	Mês 4

		em prevenção de IRAS.	práticas seguras na assistência à saúde.		
8	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 5
9	Realizar busca ativa para identificação de IRAS e controle de dispositivos invasivos;	Facilitar o processo de fechamento de IRAS e fortalecer interrelação com os setores.	Por meio de inspeção visual, registrada em impresso próprio. Análise de prontuários, exames laboratoriais e de imagem. Evolução diária para posterior realização do relatório mensal de IRAS do setor e busca fonada quando necessário.	Memnbros da comissão	Mês 5
10	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em	Membros da comissão	Mês 6

		panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.		
11	Realizar campanhas educativas;	Desenvolver por meio de atividade educativa ou treinamentos temas voltados para as campanhas nacionais e do serviço. Exemplo : Maio - dia mundial de higiene das mãos; Setembro – dia da Sepse de discussões e análises dos casos e condutas assistencias da categoria.	Alertar os colaboradores sobre a importância da adoção de medidas seguras na prática assistencial.	Membros da comissão	Mês 6

12	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internados, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 7
13	Divulgar as taxas de IRAS das diferentes áreas assistenciais (adulto, pediátrica);	Dar ciência aos setores quantos as resultados compilados de infecções por topografias.	Divulgação das taxas de IRAS em reunião mensal da comissão e através do sistema (pasta setores-unidade de vigilância em saúde – taxas de infecção Alimentação de planilhas, encaminhamento de notificações aos órgãos competentes e elaboração de indicadores de infecção pré-estabelecidos.	Membros da Comissão	Mês 7

14	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internados, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 8
15	Avaliar antissépticos e saneantes;	Padronizar produto para desinfecção de superfícies analisando custo- benefício.	Avaliar se o produto recebido está em conformidade com o descritivo e emitir parecer.	Membros da comissão	Mês 8

16	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 9
17	Promover a Investigação/controle de surtos;	Contribuir com o controle de surtos nos setores e fortalecer medidas de prevenção.	Por meio de monitoramento, avaliação e detecção do aumento da incidência de agentes patogênicos em determinado local e tempo, e procedendo a investigação das possíveis causas, e elaboração do plano de ação em conjuento com setores envolvidos e chefias responsáveis.	Membros da comissão	Mês 9

18	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internados, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 10
19	Realizar visitas técnicas em todas os setores;	Realização periódica de visitas técnicas nas Unidades, para verificação do cumprimento dos protocolos e da legislação específica de Controle de IRAS.	Elaboração de relatório com as inconformidades encontradas e sugestões de melhorias.	Membros da comissão	Mês 10
20	Avaliar o perfil de sensibilidade microbiana;	Acompanhar resultado das culturas solicitadas nas unidades e disponibilizadas diariamente pelo laboratório	Registrado em planilha própria e documento entregue no setor, com assinatura do enfermeiro, para ser anexado ao prontuário.	Membros da comissão	Mês 11

21	Reunião ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientação sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 11
22	Realizar controle de antimicrobianos de uso restrito;	Realizar controle de antimicrobianos de uso restrito;	Avaliação da solicitação de antimicrobianos, fornecendo orientações para sua utilização, considerando a pressão seletiva, custo e tempo de uso.	Membros da comissão	Mês 12
23	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas	Membros da comissão e Diretoria.	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) é um órgão criado para atender a resolução do CFM 1638/2002, que torna obrigatória a criação dessa Comissão nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 2º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) é vinculada à Direção do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, e deverá ser criada a partir de portaria emitida pela mesma, com caráter técnico cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes ao Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

Art. 3º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) do Hospital tem por finalidade dispor de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade das informações da assistência no registro dos cuidados prestados, bem como a segurança legal e jurídica da informação registrada no prontuário do paciente.

Art. 4º Define-se prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 5º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que a compõem.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 6º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) tem os seguintes objetivos:

I - Revisar o prontuário do paciente.

II - Identificar as não conformidades nos registros e regularizá-las.

III - Comunicar aos responsáveis os registros não conformes encontrados.

IV - Garantir a qualidade das informações registradas no Prontuário do Paciente, durante a internação, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 7º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) do Hospital será composto por profissionais do corpo clínico, da área assistencial e da área administrativa.

Art. 8º Os membros da comissão deverão ser disponibilizados de suas atividades para atendimento às demandas da CRP em comum acordo entre as chefias do Hospital e a Diretoria Técnica.

Art. 9º O mandato será por período indeterminado podendo ser alterada conforme definição da Direção.

Art. 10 A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria expedida pela Direção, em Boletim de Serviço, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 11 O presidente e o vice-presidente da comissão serão designados pela Direção.

Art. 12 A Comissão será assessorada pela Unidade de Apoio Corporativo/direção e usufruirá de sua infraestrutura administrativa.

Art. 13 A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 14 A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) compete:

I - Realizar o diagnóstico situacional da qualidade dos prontuários, com a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário, em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a) identificação do paciente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b) anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) evolução diária do paciente, com data e hora, com prescrição médica, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais

que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico

d) nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento, com assinatura e carimbo ou nome legível do médico e respectiva inscrição CRM;

e) nos casos emergenciais nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade;

f) transferências entre blocos e outras unidades de saúde;

g) tipo de alta.

II - Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.

III - Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários do Hospital.

IV - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

V - Identificar, quantificar e qualificar o uso do Aplicativo de Gestão Hospitalar Universitário.

VI - Assessorar a Direção Técnica ou Clínica do Hospital em assuntos de sua competência.

VII - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica do Hospital com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

VIII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

IX - Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica do Hospital.

Art. 15 São atribuições do Presidente da Comissão:

a) convocar e presidir as reuniões;

b) representar a comissão junto à Diretoria do Hospital, ou indicar seu representante;

c) subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

d) fazer cumprir o regimento;

e) nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

f) as faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente;

g) as atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência

Art. 16 As reuniões da Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) acontecerão de forma ordinária mensalmente, na primeira quarta-feira do mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de seu Presidente, Vice-Presidente ou, ainda, pelo Diretor Técnico ou pelo Diretor Clínico, sob as seguintes condições:

I - As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes, por meio de votação aberta e justificada.

II - O Presidente terá direito ao voto de qualidade em decisões.

III - Todos os assuntos discutidos serão registrados em Ata, contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas a ser colocado no SEI, posteriormente.

IV - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, quando houver necessidade, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

V - Na ausência do presidente, o vice assume suas funções na reunião. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

Art. 17 A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou, ainda, 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Art. 18 Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19 Os casos omissos, não previstos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRP, em conjunto com o Diretor Técnico do Hospital.

Art. 20 O presente regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 21 O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Gerencia geral	Mês 1 e mês 2
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 3
3	Realizar Regimento Interno	Para organização da Comissão e de seus trabalhos;	Será solicitado ao Núcleo de Comissões, representantes das Clínicas necessárias	A própria Comissão	Mês 3 e mês 4
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 4
3	Aprovação do regimento interno	Para estabelecer normas, procedimentos e demais elementos operacionais de fluxos de prontuários;	Através de Resolução do Colegiado Executivo e publicação em Boletim de Serviço	Membro da Comissão	Mês 5
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 5

		com registros em planilhas			
5	Realizar a revisão de uma amostra de prontuários de cada setor do Hospital	Para analisar a qualidade do registro nos prontuários e buscar indicadores para melhora dos processos	Através do instrumento de análise de informações adotado pela Comissão	Membros da comissão	Mês 6 e mês 7
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 6
7	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 7
8	Fiscalizar, conjuntamente com a Comissão de Mortalidade Materna e Perinatal e de Avaliação de Óbitos, o adequado registro e preenchimento das	Para cumprir as exigências legais;	Através de análise e avaliação de cada declaração de óbito;	Membros da comissão	Mês 8
9	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 6
10	Reuniões ordinárias;			Membros da comissão	Mês 9 e mês 10
11	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e	Envio de não conformidades para	Membros da comissão	Mês 9

		levantamento de não conformidades com registros em planilhas	áreas/profissionais identificados		
12	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 10
13	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 11
14	Reuniões ordinárias e Elaboração de relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Analisar os registros e levantamento de não conformidades para implementação de melhorias de processos	Apresentação para alta direção dos dados anuais e ações impreendidas	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalhopara implantação de comissões

COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CAPÍTULO I: DA DENOMINAÇÃO

Art. 1º A Comissão de Revisão de Óbitos foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS Nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM n° 2.171/2017.

Art. 2º A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Art. 3º São finalidades da Comissão de Revisão de Óbitos:

I. Analisar os óbitos ocorridos na unidade, revisando todos os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos.

II. Analisar laudos de necropsia realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal, quando necessário.

III. Encaminhar para análise do Diretor Técnico da Instituição os casos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas e este se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica (quando esta estiver implantada no hospital), que deverá observar as disposições da Resolução CFM n 22.152 /2016 e, ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos conselhos profissionais dosprofissionais envolvidos.

IV. Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A Comissão será composta por membros do quadro funcional do hospital, e deverá ser nomeada em portaria da Superintendência publicada no Boletim de Serviço da Instituição:

§ 1º A comissão deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 2º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no

máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 3º Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compora Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 4º O presidente da Comissão de Revisão de Óbitos será obrigatoriamente médico.

§ 5º A comissão será composta por um representante de cada unidade existente no servi

ço:

I. Representante da Unidade de Pronto Atendimento;
II. Representante da Unidade de Terapia Intensiva;
III. Representante da Unidades de Internação;
IV. Representante da Unidade de Apoio Diagnóstico;
V. Representante do Setor de Vigilância Epidemiológica;
VI. Representante da Unidade da Equipe Multiprofissional.

CAPÍTULO I

DO MANDATO

Art. 5º A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbitos será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Superintendência, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de nomeação.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 6º A Comissão de Avaliação de Óbitos deverá reunir-se mensalmente, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

§ 1º Os membros da Comissão que deixarem de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas, no período de um ano, e que não apresentarem justificativa até o início da reunião, serão removidos da Comissão e será solicitada à Chefia da Divisão Médica (Direção Técnica) uma nova indicação;

§ 2º No caso da saída de um membro da Comissão, o Presidente comunicará à Direção Técnica que indicará um novo representante para análise, aprovação e nomeação via superintendência;

§ 3º As reuniões da Comissão serão registradas em ata, que deverá ser arquivada, constando data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas;

§ 4º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito, será designado um relator, convidado, ou consultor, que deverá apresentar parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido em reunião.

Art. 7º Quando ausente o Presidente e o Vice-Presidente, o Secretário conduzirá a reunião;

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas por meio de votação aberta e justificadas por voto da maioria simples dos membros presentes;

Art. 9º Os membros da Comissão de Revisão de Óbitos estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise;

Art.10. Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente, pelo Vice-Presidente, na ausência do presidente, ou pela maioria dos membros;

Art. 11. Após a reunião, uma cópia da ata, devidamente assinada, deve ser disponibilizada eletronicamente para acesso do Diretor Técnico.

Art. 12. Os instrumentos utilizados pela Comissão para a avaliação serão escolhidos/elaborados de acordo com os dados mínimos exigidos pela legislação;

§ 1º Será utilizado um formulário parapadronizar e sistematizar as avaliações.

Art. 13. A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue à DireçãoTécnica para as providências necessárias.

CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14. Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhadas ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016. (RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017)

Art. 15. São atribuições dos membros da Comissão de Revisão de Óbitos:

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;

II. A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão

III. Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina. Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

IV. É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderamo paciente.

V. Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

VI. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de prontuários, normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito e realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

VII. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbito.

VIII. Emitir parecer técnico ou relatório e/ou relatório estatístico, quando solicitado pela Direção Técnica e/ou Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, desde que observadas as normas de sigilo ético das informações;

IX. Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência;

X. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade e definir estratégias de educação permanente;

XI. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes aos colaboradores e à instituição.

Art. 16. São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice-presidente, na ausência do presidente:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Sugerir seu substituto à Direção Técnica da Instituição;

III. Representar a comissão junto à alta governança da Instituição, ou indicar seu representante;

IV. Subscrever todos os documentos resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;

V. Fazer cumprir o regimento;

VI. Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 17. São atribuições da secretaria da Comissão:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Receber e protocolar os processos e expedientes;

III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18. Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjuntocom a Chefe da Divisão Médica, Gerência de Atenção à Saúde e Superintendência.

Art. 19. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 20. O regimento entrará em vigor após aprovação do Colegiado Executivo e publicação no Boletim de Serviço do hospital entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Verificação de Óbitos;	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Gerencia geral	Mês 1
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação especializada para a equipe assistencial	Será solicitado ao Núcleo de Comissões, representantes das áreas administrativas e assistenciais	A própria comissão	Mês 2
2	Divulgar o andamento dos trabalhos da Comissão	Para dar início as atividades, discutir as pautas pertinentes	Através de relatórios gerencias apresentados em todas reuniões do serviço.	A própria Comissão	Mensalmente
	Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbito	Para oferecer suporte e orientação especializada para a equipe assistencial	Avaliação periódica das declarações de óbito	Membros da Comissão	Mês 3
3	Desenvolver atividades de caráter técnico- científico	Para dar amplo conhecimento das atividades da Comissão em meio à instituição	Notificações aos profissionais para melhorias de registros	Membros da Comissão	Mês 5
4	Reuniões ordinárias	Garantir a fidedignidade dos dados apresentados	Através do instrumento de análise de	Membros da comissão	Mensalmente

			informações		
5	Lançamentos de indicadores de óbitos institucionais e globais	Acompanhamento do perfil de óbitos ocorridos na instituição e correlações clínicas e permanências	Relatórios emitidos em prontuário eletrônico e sistema de gestão da qualidade	Membros da comissão	Mensalmente
6	Reuniões ordinárias;	Monitorar o andamento dos registros e dar suporte às áreas	Atas de reunião constando as ações de melhorias e planejamentos de ações futuras	Membros da comissão	Mensalmente
7	Elaboração de ferramentas para análise de óbito padronizada;	Otimizar o processo de verificação de óbitos e padronizar o relatório	Formulário dinâmico em prontuário eletrônico	Membros da comissão e CSTI	Mês 1
8	Reuniões ordinárias;	Monitorar o andamento dos registros e dar suporte às áreas	Atas de reunião constando as ações de melhorias e planejamentos de ações futuras	Membros da comissão	Mês 12
9	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise do perfil de óbito anual e propostas de melhorias baseadas nas evidências	Membros da comissão e Direção Clínica.	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

"Comissão Intra- Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT); Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual"

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DAS ATIVIDADES ANUAIS REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES(CIHDOTT)

Para realizar a proposta de criação da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. A OSSHMTJ entende que esta é uma comissão de suma importância, pois corresponde a uma iniciativa que tem como objetivo promover e facilitar a doação de órgãos e tecidos dentro do Hospital e subsidiar ofertas de capacitação de órgãos para a rede nacional de transplantes de órgãos, garantindo que mais vidas possam ser salvas por meio de transplantes.

A comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes é um órgão responsável por coordenar e promover a doação de órgãos e tecidos dentro do Hospital. Sua finalidade principal é garantir que o processo de doação de órgãos e tecidos seja realizado de forma ética, eficiente e segura, de acordo com as diretrizes e regulamentações estabelecidas pelas autoridades de saúde competentes

Justificativa:

A doação de órgãos e tecidos é um ato nobre que pode fazer a diferença entre a vida e a morte para muitas pessoas. Infelizmente, muitos pacientes que necessitam de um transplante não conseguem encontrar um doador compatível a tempo. A criação de uma comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos visa aumentar a conscientização sobre a importância da doação e facilitar o processo para que mais transplantes possam ser realizados.

Objetivos:

- Promover a conscientização sobre a doação de órgãos e tecidos entre os profissionais de saúde, pacientes e suas famílias.
- Identificar e registrar potenciais doadores dentro do hospital.
- Coordenar a comunicação entre a equipe médica, a família do paciente e as organizações responsáveis pelo processo de transplante.
- Assegurar que todos os protocolos legais e éticos sejam seguidos durante o processo de doação e transplante.
- Fornecer suporte emocional e informacional às famílias dos doadores e receptores durante todo o processo.

Atividades propostas:

- Realizar treinamentos regulares para os profissionais de saúde sobre o processo de doação de órgãos e tecidos, incluindo aspectos legais, éticos e clínicos.
- Desenvolver materiais educativos para os pacientes e suas famílias, com informações claras e precisas sobre a doação de órgãos e tecidos.
- Identificar potenciais doadores dentro do hospital por meio de triagem sistemática de pacientes em situação crítica ou terminal.
- Estabelecer uma linha direta de comunicação com as organizações responsáveis pelos transplantes, a fim de agilizar o processo de compatibilidade e viabilizar os transplantes de forma mais eficiente.
- Organizar campanhas regulares de conscientização sobre a doação deórgãos e tecidos, tanto internamente quanto externamente, para incentivar aparticipação da comunidade.

Composição da comissão (Membros):

A comissão será composta por profissionais de diferentes áreas, incluindo:

- médicos;
- enfermeiros;
- assistentes sociais,
- psicólogos;
- representantes das equipes jurídica e administrativa do hospital.

Cada membro desempenhará um papel específico de acordo com suas habilidades e expertise.

A comissão intra-hospitalar desempenha várias funções importantes, incluindo:

1. Sensibilização e educação: A comissão é responsável por sensibilizar os profissionais de saúde, pacientes e suas famílias sobre a importânciada doação de órgãos e tecidos para transplantes. Isso pode envolver a realização de campanhas de conscientização, programas de educação e treinamento para a equipe médica.

2. Identificação de potenciais doadores: A comissão trabalha em estreita colaboração com as equipes médicas para identificar pacientes em potencial que possam ser doadores de órgãos e tecidos. Isso pode ocorrer em situações de morte encefálica ou em casos de doação em vida, quando permitido.

3. Avaliação e triagem: A comissão avalia cuidadosamente os critérios de elegibilidade e realiza a triagem dos potenciais doadores para garantir que eles atendam aos requisitos estabelecidos para a doação de órgãos e tecidos. Isso inclui avaliar a compatibilidade entre doador e receptor.

4. Consentimento informado: A comissão garante que todo o processo de consentimento informado seja seguido, esclarecendo as opções de doação para os familiares do potencial doador e respeitando suas decisões, sendo um momento delicado e importante acolhimento e abordagem por profissional capacitado.

5. Coordenação de equipes médicas: A comissão trabalha em conjunto com as equipes médicas envolvidas no processo de doação e transplante, coordenando as etapas necessárias, como a retirada de órgãos, transporte e transplante propriamente dito. Isso requer uma comunicação eficiente e coordenação entre as equipes.

6. Registro e documentação: A comissão mantém registros precisos de todas as etapas do processo de doação, incluindo informações sobre os doadores, receptores e transplantes realizados. Esses registros são importantes para garantir a rastreabilidade e a conformidade com as regulamentações.

A finalidade geral da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos etecidos para transplantes é facilitar o processo de doação, maximizar o número de doações efetivas e assegurar a distribuição justa e equitativa dos órgãos e tecidos disponíveis, visando salvar vidas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes que aguardam um transplante.

Regimento Interno da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

Capítulo I: Disposições Gerais

Artigo 1º: A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) é uma instância responsável por coordenar e promover ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplantes dentro do âmbito do hospital.

Artigo 2º: A CIHDOTT tem como objetivo principal garantir a efetividade, segurança e qualidade dos processos de doação de órgãos e tecidos, buscando aumentar o número de doações e transplantes realizados no hospital.

Capítulo II: Composição e Atribuições

Artigo 3º: A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo de profissionais de saúde da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, cuja formação profissional seja de médico (a) ou enfermeiro (a) com experiência e/ou formação em transplantes, sendo designados por portaria da Superintendência:

§ 1.º A composição da CIHDOTT deve ser multiprofissional, recomendado-se que seja composta no mínimo: médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

§ 2.º Nos hospitais com CIHDOTT´s classificadas como tipos II e III, o Coordenador deverá possuir carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente à referida Comissão.

Artigo 4º: São atribuições da CIHDOTT:

I. Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II. 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;

III. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

IV. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica (ME), visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

V. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema;

VI. 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;

VII. Manter o registro do número de óbitos ocorridos na instituição;

VIII. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

IX. Articular-se com os respectivos Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) para, nos casos em que se aplique, agilizaro processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida à retirada dos órgãos;

X. Articular-se com Central Estadual de Transplantes (CET), Organização de Procura de Óbitos (OPO) e/ou bancos de tecidos, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XI. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CET cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de diagnóstico 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;

XII. 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;

XIII. Responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIV. Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizadas;

XV. Apresentar mensalmente os relatórios à Central Estadual de Transplantes (CET);

XVI. Articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CET das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos;

XVII. Acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, inclusive, os registros de seguimento de doadores vivos;

XVIII. 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;

XIX. Registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante.

Art. 5° Das atribuições do Coordenador da CIHDOTT

Ao Coordenador incumbe atuar como membro, 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. Articular-se com a Central Estadual de Transplantes;

VIII. Promover a interação da OPO- Organização de Procura de órgãos com a CIHDOTT;

IX. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

Art. 6.º Aos membros da CIHDOTT incumbe:

I. Realizar busca ativa de potenciais doadores de órgãos e tecidos;

II. Acompanhar a realização do Protocolo de Morte Encefálica (PME), garantido o cumprimento da legislação vigente;

III. Realizar o acolhimento dos familiares antes, durante e após a conclusão do Protocolo de Morte Encefálica;

IV. Preencher o Alerta Doador nas situações de suspeita de morte encefálica e óbito coração parado;

V. Realizar a entrevista para doação de órgãos e tecidos para transplantes, nos pacientes elegíveis para doação;

VI. Preencher e aplicar o Termo para Remoção de Órgãos e Tecidos para Transplantes, coletando a assinatura dos familiares e realizando a cópia dos documentos de identificação dos autorizadores e do doador;

VII. Acionar a Central Estadual de Transplantes nas situações de suspeitas de Morte Encefálica e na doação de córneas;

VIII. Registrar em prontuário as atividades desenvolvidas no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes;

IX. Preencher a Autorização de Internação Hospitalar nas doações de órgãos e tecidos;

X. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIHDOTT;

XI. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas pelas CIHDOTT;

XII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

Art. 7° Da rotina administrativa da Comissão

A CIHDOTT deverá enviar à CET os documentos referentes ao paciente com morte encefálica, independentemente de serem doadores, em até 48 horas após o óbito;

A CIHDOTT deverá confeccionar e manter fielmente atualizadas, planilhas de Notificação de Morte Encefálica, onde devem constar dados como data da constatação, nome do paciente, número de prontuário, idade, procedência (nome do hospital), 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 Autorização de Internação Hospitalar.

A CIHDOTT deverá arquivar no prontuário do paciente o protocolo de morte encefálica original e manter cópia nos arquivos da CIHDOTT para fins de pesquisa e auditoria.

No caso de doações efetivadas devem ficar arquivados os seguintes

documentos:

I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;

II. Termo de Autorização para Doação de Órgãos e Tecidos;

III. Cópia de documento de identificação do doador e dos autorizadores;

IV. Exames e provas sorológicas;

V. Laudo e foto do exame complementar;

VI. Laudo de AIH;

VII. Evolução do membro da CIHDOTT.

No caso de constatação de ME apenas, arquivar no mínimo os seguintes documentos:

I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;

II. Exames e provas sorológicas;

III. Laudo e foto do exame complementar;

IV. Evolução da CIHDOTT com motivo da não retirada.

Art. 08. 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. Relatório Mensal de Óbitos do Hospital;

VI. Material didático sobre doação de órgãos;

VII. Campanhas e eventos;

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. Certificados de participação em cursos, seminários, palestras, etc. dos componentes da CIHDOTT;

Das Disposições Gerais

A Superintendência poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos componentes da CIHDOTT bem como do Coordenador.A CIHDOTT se reunirá de forma ordinária, mensalmente em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros. Em cada

reunião deverá ser redigida ata com a devida assinatura dos participantes, que será arquivada em local apropriado.

A reunião da CIHDOTT instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 50% mais um dos seus membros.

§ 2.º No caso do "quórum" ser insuficiente, a reunião será suspensa após quinze minutos do horário programado para início.

§ 3.º As decisões da CIHDOTT serão tomadas por maioria simples dos presentes.

§ 4.º Cada membro terá direito a um voto.

§ 5.º O Coordenador da CIHDOTT terá o voto de qualidade.

§ 6.º A votação será nominal e aberta.

§ 7.º As deliberações tomadas pelo Coordenador "ad referendum" deverão ser encaminhadas a CIHDOTT para deliberação desta, na primeira reunião seguinte.

§ 8º 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.

§ 9.º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer um de seus membros.

Art. 09. O integrante da CIHDOTT que, sem motivo justificado, por escrito, deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas ou a três intercaladas no ano civil, será desligado da comissão:

Parágrafo único: Cabe ao Coordenador da CIHDOTT enviar ofício à Superintendência informando a necessidade de substituição do profissional e indicação de novo membro para nomeação.

Art. 10. A CIHDOTT poderá a qualquer tempo e por motivo justificado propor à Superintendência, a substituição do Coordenador, por maioria absoluta dos membros.

Art. 11. O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CIHDOTT, através da maioria absoluta de seus membros, submetida à Superintendência.

Art. 12. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da CIHDOTT, e em grau de recurso pela Divisão Médica.

Entre outras atribuições:

a) Promover campanhas de conscientização sobre a importância da doação de órgãos e tecidos para transplantes, tanto entre os profissionais de saúde quanto na comunidade em geral;

b) Realizar treinamentos e capacitações periódicas para os profissionais de saúde envolvidos no processo de doação e transplante;

c) Elaborar e revisar protocolos e diretrizes relacionados à identificação, notificação, manutenção e destinação de potenciais doadores;

d) Coordenar ações para otimizar a detecção e a avaliação de potenciais doadores de órgãos e tecidos, em conformidade com a legislação vigente;

e) Estabelecer parcerias com organizações externas, como a Central de Transplantes, para agilizar os processos de captação e distribuição de órgãos e tecidos;

f) Manter registros atualizados de todas as etapas do processo de doação e transplante, garantindo a confidencialidade e segurança das informações;

g) Realizar reuniões periódicas para avaliar os resultados e discutir estratégias de aprimoramento do trabalho da comissão.

Art. 13. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de orgãos e Tecidos	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Diretoria Clínica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil epidemiológico de atendimento.	Relatório via sistema do número de pacientes atendidos por profissional/especialidade.	A própria comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 3
5	Organizar o protocolo assistencial de doação de órgãos;	Atualizar as diretrizes e fluxos de abordagem do possível doador de órgãos.	Revisão da literatura e manual da CIHDOTT.	Membros da comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 4

		número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.			
7	Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição	Preparar a equipe que realizará a abordagem da família nos casos de possibilidade de doação de orgãos.	Realizar abordagem em local tranquilo e apresentar os termos de consentimento e documentações adequadas.	Membros da comissão	Mês 5
8	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 5
9	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Apresentar Compilado anual de doações de órgãos, número de doações realizadas com sucesso, bem como aspectos negativos/dificultadores de adesão ao processo de doação. Levantamento de	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como os motivos que impactaram em não adesão ao processo de doação de orgãos.	Membros da comissão	Mês 12

		propostas de melhorias no próximo ciclo.			

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

REGIMENTO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

DO OBJETIVO

5.1 A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA - tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

DA CONSTITUIÇÃO

5.2 Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

5.3 As disposições contidas nesta NR aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

5.4 As empresas instaladas em centro comercial ou industrial estabelecerão, através de membros de CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo, podendo contar com a participação da administração do mesmo.

DA ORGANIZAÇÃO

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

5.6.1 Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

5.6.2 Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

5.6.3 O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

5.6.4 Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro I, a empresa designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

5.7 O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

5.8 É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

5.9 Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

5.10 O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

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

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

5.13 Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.

5.14 A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego. (Alterado pela Portaria SITn.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.14.1 A documentação indicada no item 5.14 deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria, quando solicitada. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.14.2 O empregador deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA, mediante recibo. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.15 A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

DAS ATRIBUIÇÕES

5.16 A CIPA terá por atribuição:

a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;

b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

c) participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

d) realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

f) divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

g) participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

h) requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

i) colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

l) participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

m) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

n) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;

o) promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

p) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

5.17 Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

5.18 Cabe aos empregados:

a) participar da eleição de seus representantes;

b) colaborar com a gestão da CIPA;

c) indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;

d) observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

5.19 Cabe ao Presidente da CIPA:

a) convocar os membros para as reuniões da CIPA;

b) coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;

c) manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;

d) coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

e) delegar atribuições ao Vice-Presidente;

5.20 Cabe ao Vice-Presidente:

a) executar atribuições que lhe forem delegadas;

b) substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

5.21 O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

a) cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

b) coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

c) delegar atribuições aos membros da CIPA;

d) promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, quando houver;

e) divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

f) encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

g) constituir a comissão eleitoral.

5.22 O Secretário da CIPA terá por atribuição:

a) acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

b) preparar as correspondências; e

c) outras que lhe forem conferidas.

DO FUNCIONAMENTO

5.23 A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

5.24 As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

5.25 As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

5.26 As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.27 Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

a) houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

b) ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

c) houver solicitação expressa de uma das representações.

5.28 As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

5.28.1 Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

5.29 Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

5.29.1 O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

5.30 O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

5.31 A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.1 No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

5.31.2 No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

5.31.3 Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.3.1 O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.3.2 O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

DO TREINAMENTO

5.32 A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

5.32.1 O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

5.32.2 As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.

5.33 O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

a) estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;

b) metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;

c) noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;

d) noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;

e) noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;

f) princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;

g) organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

5.34 O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

5.35 O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados.

5.36 A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.

5.37 Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

DO PROCESSO ELEITORAL

5.38 Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

5.38.1 A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional.

5.39 O Presidente e o Vice Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinqüenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral – CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral. 5.39.1 Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa.

5.40 O processo eleitoral observará as seguintes condições:

a) publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

b) inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;

c) liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;

d) garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;

e) realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;

f) realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

g) voto secreto;

h) apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;

i) faculdade de eleição por meios eletrônicos;

j) guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

5.41 Havendo participação inferior a cinqüenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação, que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

5.42 As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do MTE, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA.

5.42.1 Compete a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso.

5.42.2 Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

5.42.3 Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral.

5.43 Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

5.44 Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

5.45 Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

DAS CONTRATANTES E CONTRATADAS

5.46 Quando se tratar de empreiteiras ou empresas prestadoras de serviços, considera-se estabelecimento, para fins de aplicação desta NR, o local em que seus empregados estiverem exercendo suas atividades.

5.47 Sempre que duas ou mais empresas atuarem em um mesmo estabelecimento, a CIPA ou designado da empresa contratante deverá, em conjunto com as das contratadas ou com os designados, definir mecanismos de integração e de participação de todos os trabalhadores em relação às decisões das CIPA existentes no estabelecimento.

5.48 A contratante e as contratadas, que atuem num mesmo estabelecimento, deverão implementar, de forma integrada, medidas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho, decorrentes da presente NR, de forma a garantir o mesmo nível de proteção em matéria de segurança e saúde a todos os trabalhadores do estabelecimento

5.49 A empresa contratante adotará medidas necessárias para que as empresas contratadas, suas CIPA, os designados e os demais trabalhadores lotados naquele estabelecimento recebam as informações sobre os riscos presentes nos ambientes de trabalho, bem como sobre as medidas de proteção adequadas.

5.50 A empresa contratante adotará as providências necessárias para acompanhar o cumprimento pelas empresas contratadas que atuam no seu estabelecimento, das medidas de segurança e saúde no trabalho.

DISPOSIÇÕES F INAIS

QUADRO I

Dimensionamento de CIPA

*GRUPOS	N° de Empregados no Estabelecimento N° de Membros da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
C-1	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	3	4	7	9	12	2
C-1a	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	8	9	12	2
C-2	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	7	10	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	7	9	1
C-3	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	10	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	8	8	2
C-3a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-4	Efetivos			1	1	1	1	1	2	2	2	3	5	6	1
	Suplentes			1	1	1	1	1	2	2	2	3	4	4	1
C 5	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	4	6	9	9	11	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	4	4	5	7	7	9	2
C-5a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	6	7	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-6	Efetivos		1	1	2	3	3	4	5	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	4	4	4	6	8	10	2
*GRUPOS	N° de Empregados no Estabelecimento N° de Membros da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
C-7	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	1
C-7a	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	8	2
C-8	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	8	10	1
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	4	5	6	8	1
C-9	Efetivos				1	1	1	2	2	2	3	5	6	7	1
	Suplentes				1	1	1	2	2	2	3	4	4	5	1
C-10	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	4	5	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	4	6	7	8	2
C-11	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	5	6	9	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	4	7	8	10	2
C-12	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	5	7	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	6	6	7	8	2
C-13	Efetivos		1	1	3	3	3	3	4	5	6	9	11	13	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-14	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	9	11	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	7	9	9	2
C-14a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	1
C-15	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	4	6	8	10	2
C-16	Efetivos		1	1	2	3	3	3	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	4	6	7	9	2
C-17	Efetivos		1	1	2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-18	Efetivos				2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros atuantes no serviço.	SESMT	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 1
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades.	Será solicitado ao SESMT e representantes eleitos.	A própria comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 2
5	Visitas nos setores;	Acompanhar as práticas in locu com foco na segurança do colaborador e alinhar as boas práticas de segurança para evitar acidentes.	Monitorando a prática e orientações aos profissionais das normas do serviço frente as ações de prevenção de acidentes.	Membros da comissão	Mês 3
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e	Membros da comissão	Mês 3

		propostas de melhorias.	revisão de processos.		
7	Disponibilização de EPIs	Para que os profissionais tenham equipamentos de proteção individual e executar a assistência com segurança.	Controlar a dispensação de EPIs em planilhas próprias e acompanhar vencimentos.	Membros da comissão	Mês 4
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 4
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios das atividades desenvolvidas no ano e propostas de melhorias próximo ciclo.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como: capacitação, padronização de insumos e mudanças de fluxos e processos vivenciados com a prática do Serviço	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

Serviço Especializado em Engenharia e Segurança em Medicina do trabalho (SESMT)

Introdução

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado em conformidade com a norma regulamentadora 04 (NR 04) portaria de número 3214, de 8 de junho de 1978, que regulamentou a Lei N 6514 de dezembro de 1977, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT

OBJETIVOS

O regulamento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do trabalhotem como objetivo promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho para que isto seja possível é desenvolvido documentos e atividades descritas no documento abaixo:

A norma regulamentadora 04 (NR 04) da portaria de nº 3214, de 8 de junho de 1978, que regulamentou a Lei nº 6514 de dezembro de 1977 , instituiu o SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho. O SESMT, agindo de forma preventiva, educativa e por vezes atuando na melhoria dos processos, o que proporciona aos trabalhadores um ambiente de trabalho mais seguro e saudável.

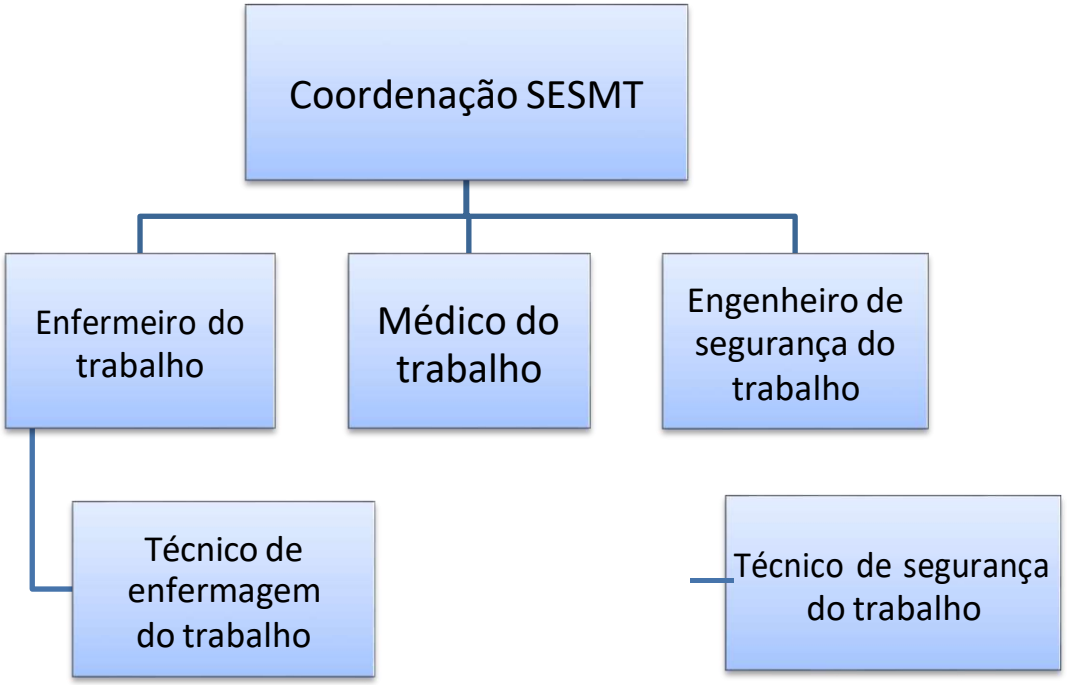
Aplicação

Enfermeiro do trabalho, Engenheiro de segurança do trabalho, Médico do trabalho, Técnico de enfermagem do trabalho e Técnico de segurança do trabalho.

Responsabilidades

É de responsabilidade dos profissionais que compõem o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesuss, observar o conteúdo deste regulamento interno.

Estrutura Organizacional



Formação especializada dos profissionais do SESMT:

1) Enfermeiro do trabalho - enfermeiro portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Enfermagem do Trabalho, em nível de pós-graduação, ministrado por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em enfermagem;
2) Engenheiro de segurança do trabalho - engenheiro ou arquiteto portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho, em nível de pósgraduação;
3) médico do trabalho - médico portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, ou portador de certificado de residência médica em área de concentração em saúde do trabalhador ou denominação equivalente, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, ambos ministrados por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em Medicina;

4) Técnico de enfermagem - portador de certificado de conclusão de curso de qualificação de técnico de enfermagem do trabalho, ministrado por instituição especializada reconhecida e autorizada pelo Ministério da Educação;
5) Técnico de segurança do trabalho - técnico portador de comprovação de registro profissional expedido pelo Ministério do Trabalho.

- **Competências dos profissionais especializados do SESMT, conforme NR 04**

1) elaborar ou participar da elaboração do inventário de riscos do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR;
2) acompanhar a implementação do plano de ação do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR;
3) implementar medidas de prevenção de acordo com a classificação de risco do PGR e na ordem de prioridade estabelecida na Norma Regulamentadora nº 01 (NR-01) - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais;
4) elaborar plano de trabalho e monitorar metas, indicadores e resultados de segurança e saúde no trabalho;
5) responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela organização;
6) manter permanente interação com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
7) promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
8) propor, imediatamente, a interrupção das atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores;
9) conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR;
10) acompanhar e participar nas ações do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, nos termos da Norma Regulamentadora nº 07 (NR-07).

- **Atribuições Profissionais:**

Enfermeiro do trabalho:

1) Desenvolver projetos e estratégias para prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, sejam elas em decorrência da atividade realizada (doença ocupacional) ou das condições/ ambiente em que trabalham (doença do trabalho);
2) Conduzir pesquisas, fazer análises para prevenir doenças do trabalho, aplicar estratégias de controle e sugerir mudanças associadas a possíveis riscos ocupacionais;
3) Prestar atendimento de urgência no ambiente de trabalho em caso de acidentes ou mal súbito dos funcionários;
4) Zelar pelo programa de vacinação da instituição
5) Conduzir testes, como o de acuidade visual e auditiva, geralmente acompanhando o médico especialista;
6) Detectar e monitorar situações de perigo ao trabalhador;
7) Padronizar normas e procedimentos de enfermagem, além de elaborar relatórios técnicos pertinentes a sua especialidade;
8) Instruir os funcionários sobre os riscos relacionados às suas atividades, bem como a utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva (EPIs e EPCs);
9) Colaborar com o planejamento e execução de projetos investigativos sobre a saúde dos funcionários;
10) Desenvolver palestras e materiais educativos relacionados a saúde do trabalhador
11) Desenvolver campanhas de prevenção de doenças e campanhas para qualidade de vida no trabalho

Engenheiro de Segurança do Trabalho:

1) Orientar tecnicamente os serviços de Engenharia de Segurança do Trabaho;
2) Estudar as condições de segurança dos locais de trabalho e das instalações e equipamentos, com vistas especialmente aos problemas de controle de risco, controle de poluição, higiene do trabalho, ergonomia **e** proteção contra incêndio.
3) Planejar e desenvolver a implantação de técnicas relativas a gerenciamento e controle de riscos;

4) Vistoriar, avaliar, realizar perícias, arbitrar, emitir parecer, laudos técnicos e indicar medidas de controle sobre grau de exposição a agentes agressivos de riscos físicos, químicos e biológicos, tais como poluentes atmosféricos, ruídos, calor, radiação em geral e pressões anormais, caracterizando as atividades, operações e locais insalubres e perigosos;

5) Analisar riscos, acidentes e falhas, investigando causas, propondo medidas preventivas e corretivas e orientando trabalhos estatísticos, inclusive com respeito a custo;

6) Propor políticas, programas, normas e regulamentos de Segurança do Trabalho, zelando pela sua observância;

7) Elaborar projetos de sistemas de segurança e assessorar a elaboração de projetos de obras, instalação e equipamentos, opinando do ponto de vista da Engenharia de Segurança;

8) Estudar instalações, máquinas e equipamentos, identificando seus pontos de risco e projetando dispositivos de segurança;

9) Projetar sistemas de proteção contra incêndios, coordenar atividades de combate a incêndio e de salvamento e elaborar planos para emergência e catástrofes;

10) Inspecionar locais de trabalho no que se relaciona com a segurança do Trabalho, delimitando áreas de periculosidade;

11) Especificar, controlar e fiscalizar sistemas de proteção coletiva e equipamentos de segurança, inclusive os de proteção individual e os de proteção contra incêndio, assegurando-se de sua qualidade e eficiência;

12) Opinar e participar da especificação para aquisição de substâncias e equipamentos cuja manipulação, armazenamento, transporte ou funcionamento possam apresentar riscos, acompanhando o controle do recebimento e da expedição;

13) Elaborar planos destinados a criar e desenvolver a prevenção de acidentes, promovendo a instalação de comissões e assessorando-lhes o funcionamento;
14) Orientar o treinamento específico de Segurança do Trabalho e assessorar a elaboração de programas de treinamento geral, no que diz respeito à Segurança do Trabalho;
15) Acompanhar a execução de obras e serviços decorrentes da adoção de medidas de segurança, quando a complexidade dos trabalhos a executar assim o exigir;
16) Colaborar na fixação de requisitos de aptidão para o exercício de funções, apontando os riscos decorrentes desses exercícios;
17) Propor medidas preventivas no campo da Segurança do Trabalho, em face do conhecimento da natureza e gravidade das lesões provenientes do acidente de trabalho, incluídas as doenças do trabalho;
18) Informar aos trabalhadores e à comunidade, diretamente ou por meio de seus representantes, as condições que possam trazer danos a sua integridade e as medidas que eliminam ou atenuam estes riscos e que deverão ser tomadas.

Médico do trabalho:

1) Estabelecer a orientação doutrinária e a modalidade de gestão das atividades médicas na empresa;
2) Supervisionar a administração e a execução das atividades de medicina do trabalho;
3) Elaborar normas e critérios para prestação de assistência médica.
4) Estabelecer critérios sobre a prestação de serviços técnico-científicos ou especializados, por pessoas físicas ou jurídicas.
5) Propor novas modalidades de trabalho e ações técnicas, decorrentes de atualização das determinações legais ou de avanços científicos.
6) Desenvolver e divulgar programas de educação para a saúde.
7) Mostrar à administração da empresa a necessidade dos órgãos médicos disporem de condições técnicas e materiais, para seu funcionamento.
8) Exercer outras atividades similares com o mesmo grau de complexidade.
9) (É médico do trabalho e pode concomitantemente exercer a atividade de supervisor médico):
10) Implantar ações médico-clínicas, preventivas, técnicas e de caráter administrativo na empresa.

11) Implantar e supervisionar as atividades de medicina do trabalho estabelecidas na legislação e na programação da empresa.
12) Fazer cumprir a Lei e o Código de Ética.

Técnico de enfermagem do trabalho:

1) Efetuar procedimentos de admissão:
2) Apresentar-se situando paciente no ambiente; arrolar pertences de paciente; controlar sinais vitais; mensurar paciente (peso, altura); higienizar paciente; fornecer roupa; conter paciente no leito; monitorar evolução de paciente.
3) Prestar assistência ao paciente:
4) Puncionar acesso venoso; trocar curativos; mudar decúbito no leito; aplicar bolsa de gelo e calor úmido e seco; estimular paciente (movimentos ativos e passivos); proceder à inaloterapia; oferecer comadre e papagaio; introduzir cateter naso-gástrico e vesical; remover o paciente.
5) Administrar medicação prescrita:
6) Verificar medicamentos recebidos; identificar medicação a ser administrada (leito, nome e registro do paciente); preparar medicação prescrita; verificar via de administração; preparar paciente para medicação (jejum, desjejum); executar anti-sepsia; acompanhar paciente na in-gestão de medicamento; acompanhar tempo de administração de soro e medicação; administrar em separado medicamentos incompatíveis.
7) Auxiliar em reanimação de paciente; efetuar tricotomia; coletar material para exames; efetuar testes e exames (cutâneo, ergométrico, eletrocardiograma); controlar administração de vacinas.
8) Organizar ambiente de trabalho:
9) Providenciar material de consumo; inspecionar carrinho de parada cárdio-respiratória (PCR); organizar medicamentos e materiais de uso de paciente e de posto de enfermagem; fiscalizar validade de materiais e medicamentos; encaminhar material para exames; arrumar camas; arrumar rouparia.
10) Trabalhar com biossegurança e segurança:
11) Utilizar recursos de informática.
12) Participar em campanhas de saúde pública.
13) Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

Técnico de segurança do trabalho:

1) Informar os trabalhadores sobre os riscos da sua atividade, bem como as medidas de eliminação e neutralização;
2) Analisar os métodos e os processos de trabalho e identificar os fatores de risco de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho e a presença de agentes ambientais agressivos ao trabalhador, propondo sua eliminação ou seu controle;
3) Executar os procedimentos de segurança e higiene do trabalho e avaliar os resultantes alcançados, adequando-os estratégias utilizadas de maneira a integrar o processo Prevencionista em uma planificação, beneficiando o trabalhador;
4) Executar programas de prevenção de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho nos ambientes de trabalho, com a participação dos trabalhadores, acompanhando e avaliando seus resultados, bem como sugerindo constante atualização dos mesmos estabelecendo procedimentos a serem seguidos;
5) Promover debates, encontros, campanhas, seminários, palestras, reuniões, treinamentos e utilizar outros recursos de ordem didática e pedagógica com o objetivo de divulgar as normas de segurança e higiene do trabalho, assuntos técnicos, visando evitar acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho;
6) Executar as normas de segurança referentes a projetos de construção, aplicação, reforma, arranjos físicos e de fluxos, com vistas à observância das medidas de segurança e higiene do trabalho, inclusive por terceiros;
7) Encaminhar aos setores e áreas competentes normas, regulamentos, documentação, dados estatísticos, resultados de análises e avaliações, materiais de apoio técnico, educacional e outros de divulgação para conhecimento e auto-desenvolvimento do trabalhador;
8) Indicar, solicitar e inspecionar equipamentos de proteção contra incêndio, recursos audiovisuais e didáticos e outros materiais considerados indispensáveis, de acordo com a legislação vigente, dentro das qualidades e especificações técnicas recomendadas, avaliando seu desempenho;
9) Cooperar com as atividades do meio ambiente, orientando quanto ao tratamento e destinação dos resíduos industriais, incentivando e conscientizando o trabalhador da sua importância para a vida;

10) Executar as atividades ligadas à segurança e higiene do trabalho utilizando métodos e técnicas científicas, observando dispositivos legais e institucionais que objetivem a eliminação, controle ou redução permanente dos riscos de acidentes do trabalho e a melhoria das condições do ambiente, para preservar a integridade física e mental dos trabalhadores;
11) Levantar e estudar os dados estatísticos de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho, calcular a frequência e a gravidade destes para ajustes das ações prevencionistas, normas regulamentos e outros dispositivos de ordem técnica, que permitam a proteção coletiva e individual;
12) Articular-se e colaborar com os setores responsáveis pelos recursos humanos, fornecendo-lhes resultados de levantamento técnicos de riscos das áreas e atividades para subsidiar a adoção de medidas de prevenção a nível de pessoal;
13) Informar os trabalhadores e o empregador sobre as atividades insalubre, perigosas e penosas existentes na empresa, seus riscos específicos, bem como as medidas e alternativas de eliminação ou neutralização dos mesmos;
14) Avaliar as condições ambientais de trabalho e emitir parecer técnico que subsidie o planejamento e a organização do trabalho de forma segura para o trabalhador;

DIMENSIONAMENTO SESMT

Este deverá seguir o anexo II da Norma Regulamentadora 4, que leva em consideração o grau de risco da instituição e o número de colaboradores.

*Norma em anexo

DISPOSIÇOES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. Através no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistêmico de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Este regulamento deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

HMTJ - Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

CME - Centro de Material Esterilizado

RI - Regimento Interno

COREN - Conselho Regional de Enfermagem **COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem **PEC** - Perfil Estruturado por Competências **GCPEC** - Sistema de Gestão por Competências
SIGQUALI - Sistema Gestão Qualidade
SAMU - Serviço Atendimento Móvel de Urgência

CROSS - Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde

AIH - Autorização Internação Hospitalar

POP - Procedimento Operacional Padrão

PRS - Procedimento Sistêmico

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

RH - Recursos Humanos

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº2, de 27 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência.** Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- As Normas Regulamentadoras entraram em vigor logo após a publicação da portaria de número 3214, de 8 de junho de 1978, que regulamentou a Lei N 6514 de dezembro de 1977, referente a Consolidação das Leis Trabalhistas, relativo a Segurança e Medicina do Trabalho, ou seja, as Normas Regulamentadora tem base legal na Le

I. Objetivos

A Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do trabalho é o conjunto de normas, objetivos e padrões que as empresas precisam adotar para garantir a integridade física de seus trabalhadores. O principal objetivo do SESMT é promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho para que isto seja possível é desenvolvido documentos e atividades descritas no documento abaixo:

II. Abrangência

A todos os colaboradores sob o regime CLT ou que estejam em unidades sob gestão da entidade, sejam elas UBS, UPA, hospitais ou outras unidades de saúde, extensível aos parceiros prestadores de serviços setoriais da instituição.

III. Diretrizes

Esta Política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as normas regulamentadoras vigentes e CLT e seguirá as diretrizes sinalizadas abaixo:

- Proporcionar ao trabalhador um ambiente de trabalho seguro e saudável;
- Determinar que nenhum trabalho pode ser executado sem a devida avaliação dos aspectos relativos à Segurança e Saúde do trabalhador, por qualquer razão, seja por urgência, importância ou por qualquer outra forma de trabalho que pode ser alegada para justificar o não cumprimento dos requisitos de Segurança e Saúde Ocupacional;
- Determinar a Segurança e Saúde Ocupacional como parte integrante da Gestão Estratégica de Pessoas, em todas as fases de um projeto, comprometendo os gestores, inclusive pelo seu exemplo, e demais profissionais como fator de sucesso;
- Assegurar que as metas e os indicadores proativos em Segurança e Saúde Ocupacional estejam vinculados à estratégia empresarial;
- Promover a educação em Segurança e Saúde Ocupacional como parte do desenvolvimento profissional dos trabalhadores da entidade;
- Promover continuamente a informação e o treinamento como ferramentas fundamentais para a conscientização e capacitação dos profissionais da entidade e demais partes interessadas de Segurança e Saúde Ocupacional;
- Determinar o cumprimento da legislação, regulamentos e outros requisitos sobre

Segurança e Saúde Ocupacional vigentes;

- Identificar, avaliar, controlar e mitigar os fatores de riscos à segurança e saúde das pessoas envolvidas com a entidade, inclusive os que possam atingir a população, de forma a prevenir acidentes em todas as atividades dos processos produtivos;
- Disponibilizar aos Órgãos fiscalizados de Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional, os meios necessários e recursos necessários para o exercício de suas atividades;
- Atuar permanentemente na pesquisa de novas tecnologias de Segurança e Saúde Ocupacional;
- Garantir que a saúde e segurança estejam integradas a todos os processos.
- Planejar, coordenar e orientar a execução dos programas e campanhas preventivas de acidentes do trabalho e promoção da saúde ocupacional.
- Buscar a melhoria continua dos processos referentes à segurança do trabalho e saúde ocupacional livres de acidentes de modo a manter e fortalecer a imagem da empresa.
- Promover a integração da segurança do trabalho em todas as fases da execução de um procedimento, escrito ou não e seu envolvimento em um estilo de vida saudável estimulando a conduta preventiva.

Dimensionamento do SESMT: Tem como objetivo atender a NR04, esta Norma estabelece os parâmetros e os requisitos para constituição e manutenção dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador.

Aplicação:

Nesta norma podemos identificar a responsabilidade de cada membro do SESMT e o número de profissionais que irão compor o quadro de cada unidade, este número é calculado com base no quadro II da NR04 que leva em consideração o total de empregados e natureza do risco relacionado a atividade desempenhada.

No caso da área da saúde o grau de risco é o III.

Programa de Gerenciamento de Riscos: Este documento tem como objetivo cumprir com a norma legislativa 01, seu foco está na identificação até a possível eliminação dos riscos, uma vez que controlar a exposição aos riscos é a estratégia mais eficaz para a proteção dos trabalhadores.

Aplicação:

A elaboração do PGR pode ser realizada por um trabalhador indicado pelo gestor da entidade, preferencialmente um membro do SESMT. Este programa visa à preservação da saúde e da integridade dos colaboradores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ocupacionais existentes no ambiente de trabalho, os agentes físicos, químicos, ergonômicos, de acidente e biológicos. O PGR é um programa obrigatório para todas as empresas. O documento deverá ser alterado sempre que for feito alteração no ambiente de trabalho ou na atividade desempenhada que indique nova avaliação para ajustes e estabelecimento de novas metas e prioridade. Este documento quando realizado pelo técnico de segurança do trabalho terá validação da coordenação do setor. Ele não é apenas um documento que deve estar à disposição da fiscalização, mas sim, um plano das iniciativas para reduzir a exposição dos trabalhadores aos riscos levantados.

Referência: POP SESMT 022 - Elaboração e implantação do PGR e NR01.

Laudo Técnico de Condições Ambientais (LTCAT): Este documento tem como objetivo comprovar o exercício do trabalho em condições insalubres ou periculosas para fins de aposentadoria especial.

Aplicação:

A elaboração do LTCAT deve ser feita pelo engenheiro do trabalho ou pelo médico do trabalho da empresa ou mesmo que venha prestar serviço à organização na área de saúde ocupacional. Apenas estes profissionais estão qualificados perante a Legislação Trabalhista e Previdenciária a emitir tal laudo. Este documento deverá permanecer disponível na empresa e ficar à disposição da Previdência Social. Inclusive, é bom lembrar que o LTCAT servirá de base para o preenchimento do PPP, uma vez que fornece informações referentes às condições ambientais da organização.

Referência: Instrução 128 INSS.

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO): Este documento tem como objetivo prevenir, detectar precocemente, monitorar e controlar possíveis danos à saúde do trabalhador evitando gastos excessivos para a empresa com ações judiciais, multas do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) dentre outras.

Aplicação:

O PCMSO é executado pelo médico do trabalho, que será o coordenador responsável por este documento. Nas unidades que possuem um número de colaboradores menor do que 500, este serviço é terceirizado.

O PCMSO visa realizar uma minuciosa e individual avaliação médica ocupacional dos trabalhadores diretamente relacionada às suas condições de trabalho. Neste documento está registrado os riscos, periodicidade dos exames ocupacionais.

Exames Ocupacionais: Tem como objetivo a redução do absenteísmo motivado por doenças, redução de acidentes potencialmente graves, a garantia de colaboradores mais adequados à função com melhor desempenho, além de evitar as implicações legais pela falta de atendimento à sua obrigatoriedade de acordo com a NR07.

Aplicação:

Dentro de nossas Unidades são realizados cinco tipos de exames ocupacionais: admissional, retorno ao trabalho, periódico, mudança de função e demissional, estes exames são realizados pelo médico do trabalho nos casos onde a unidade possui mais de 500 trabalhadores, nas unidades em que o número de trabalhadores é menor este serviço é terceirizado e um médico indicado pelo coordenador do PCMSO realiza os exames ocupacionais.

- **Exame Admissional:** É realizado quando um colaborador é selecionado para ser admitido em nossas unidades pelo RH e encaminhado para o SESMT.O SESMT recebe este colaborador, encaminha para o exame complementar se necessário e agenda avaliação clínica com o médico do trabalho. Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional), neste documento o colaborador pode ser considerado apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

- **Exame Retorno ao Trabalho:** Ocorre quando um colaborador precisou estar ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto. O SESMT agenda o exame de retorno para este trabalhador através de telegrama enviado 72 horas antes do término do afastamento comunicando o local, horário e data do exame que será no primeiro dia após o término do benefício, é

necessário que o mesmo esteja com a cópia comunicado de decisão de afastamento do INSS, exceto no caso de licença maternidade.

- **Exame Periódico:** Ocorre quando o trabalhador completa 1(um) ano de prestação de serviço de acordo com a definição do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional)**.** É realizado uma convocação por email e pessoalmente para as coordenações da unidade, e é disponibilizado em mural nos setores a listagem de trabalhadores que estão com exames pendentes e os que tem vencimento próximo. O colaborador vai até o SESMT, é encaminhado para o exame complementar quando necessário e agendado para avaliação clínica com o médico do trabalho. Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) que informa se o colaborador está apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

- **Exame Mudança de Função:** Ocorre quando é realizado qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor que implique a exposição do trabalhador a risco diferente daquele a que estava exposto antes da mudança. O trabalhador é encaminhado para o SESMT pelo RH através de uma guia que sinaliza a troca de função.O trabalhador vai até o SESMT, é agendado avaliação clínica com o médico do trabalho. Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) que informa se o colaborador está apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

- **Exame Demissional:** Ocorre quando o Trabalhador é desligado da empresa, será obrigatoriamente realizado até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de 90 (noventa) dias segundo o Quadro I da NR 4. No momento em que o colaborador é desligado da empresa por inciativa própria ou da empresa o departamento pessoal agenda com o SESMT o exame demissional e o trabalhador vai até o SESMT/ Clínica Terceirizada para a avaliação clínica com o médico do trabalho.
Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) que informa se o colaborador está apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

Todos exames ocupacionais deverão ser cadastrados e monitorados através do TOTVS.

Referência: POP SESMT 009 – Exames Ocupacionais.

Controle de Vacinas: Tem como objetivo cumprir com a exigência da NR32 e do PCMSO um controle de vacinação dos colaboradores que é uma das principais aliadas do serviço de saúde ocupacional de uma empresa, permitindo assim a partir de ações simples e de baixo custo, garantir a manutenção da saúde dos colaboradores.

Aplicação:

Nas unidades geridas pela OSS HMTJ é solicitado ao colaborador cópia do cartão contendo as vacinas dupla adulto (difteria e tétano), Hepatite B, Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) e vacina para COVID-19, estas vacinas são solicitadas no momento da admissão do colaborador. Caso o colaborador se recuse a tomar as vacinas ele assina um termo de responsabilidade de recusa a vacinação que será anexado a ficha clínica de medicina do trabalho (exceção).

Caso na admissão o colaborador só apresente a primeira dose, ele deve ser convocado de acordo com o esquema de vacinas pelo SESMT, para que complete o ciclo da vacina.

Todas vacinas deverão ser cadastradas e monitoradas através do TOTVS

Referência: POP SESMT 010 – Imunização Ocupacional

Fornecimento e Controle de EPI: Tem como objetivo cumprir com a NR 06, que diz no item: 6.3- A empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento, nas seguintes circunstâncias. Tornando assim o ambiente de trabalho mais seguro e saudável, evitando assim consequências maléficas aos colaboradores. Pois o EPI tem como objetivo proteger o colaborador dos possíveis riscos que ameaçam a sua segurança e a sua saúde no trabalho, evitando ou atenuando a gravidade das possíveis lesões durante o trabalho.

Aplicação:

Sempre que for admitido um novo colaborador, este será encaminhado à segurança do trabalho para receber o treinamento de capacitação inicial de segurança, onde serão passados dentre outros, informações sobre uso e conservação de EPI´s, e será assinado o termo de responsabilidade para utilização de Equipamentos de Proteção Individual.

Após o treinamento de capacitação inicial, será entregue ao colaborador recém admitido todos os EPI´s pertinentes aos riscos de sua atividade, conforme descrito no Programa de

Gerenciamento de Riscos (PGR) e será registrada a entrega em ficha própria, conforme Norma Regulamentadora 06. Também serão informadas as medidas de conservação bem com periodicidade de troca dos EPI's fornecidos.

O colaborador será responsável pela guarda e conservação dos EPI´s a ele fornecidos, bem como por comunicar a segurança do trabalho a necessidade de substituição dos EPI´s danificados ou extraviados.

A segurança do trabalho manterá na Ficha individual de distribuição de EPI´s, o registro de todas as aquisições e substituições de EPI´s durante a vida laboral do colaborador, com exceção dos EPI´s descartáveis, que serão disponibilizados diretamente nos setores, em atendimento a NR 32.

O SESMT e/ou a CIPA, realizará inspeções preventivas de segurança nos setores, para verificar se os EPI´s estão sendo utilizados de forma correta, nas atividades onde são obrigatórios. Todos EPI´s deverão ser cadastrados e monitorados através do TOTVS.

Referência: POP SESMT 004 – Controle de entrada e saída de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP): Tem como objetivo cumprir com a instrução técnica 128/2022 (INSS) que estabelece que "a empresa deverá elaborar e manter atualizado perfil profissiográfico abrangendo as atividades desenvolvidas pelo trabalhador e fornecer a este, quando da rescisão do contrato de trabalho, cópia autêntica desse documento"

Aplicação:

O Perfil Profissiográfico Previdenciário é feito em um formulário entregue sempre que algum colaborador é demitido ou quando é solicitado por algum colaborador este documento é dividido em três seções a primeira é preenchida pelo departamento pessoal, que encaminha o documento para o SESMT para que seja feito o preenchimento da segunda e terceira seção pelo técnico de segurança do trabalho com as informações relativas ao colaborador, como por exemplo, a riscos da atividade que exerce o colaborador (agentes nocivos químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais à saúde ou à integridade física) ao qual está exposta, a intensidade e a concentração do agente, exames médicos clínicos, além de dados referentes à empresa.

Após o preenchimento completo do PPP, ele é enviado por email para o DP para que seja entregue ao colaborador.

Referência: POP SESMT 006 – PPP

Fluxos Acidente Trabalho e Abertura de CAT: Tem como objetivo estabelecer critérios para procedimentos a serem adotados quando da ocorrência de acidentes do trabalho com colaboradores da instituição.

Aplicação:

Aplica-se dentro de nossas unidades a todos os colaboradores que sofreram acidente de trabalho.

No caso de acidente de trabalho típico o colaborador acidentado, comunica sua liderança que o acompanha até a emergência para que seja feito o primeiro atendimento. O médico da emergência caracteriza o acidente em comum ou envolvendo material biológico e realiza o atendimento conforme o fluxo disponibilizado no setor.

Após o atendimento médico este colaborador é encaminhado para o SESMT, para que seja realizado a investigação do acidente e posteriormente abertura da CAT.

No caso de acidente de trajeto o colaborador comunica o acidente para sua liderança, e apresenta ao SESMT o BO e o BAM para que seja realizado a investigação e posteriormente a abertura da CAT.

Em todos os casos citados acima deve ser preenchido a ficha de investigação do acidente, abertura da CAT online e cadastro no TOTVS.

Referência: POP SESMT 0002- CAT e POP 013 - INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Inspeção de Segurança: Tem como objetivo realizar um procedimento avaliativo e investigativo sobre determinados serviços, ambientes e/ou produtos, visando a detecção de possíveis riscos que possam ocasionar acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e consequentemente, determinar as medidas preventivas e corretivas cabíveis a serem tomadas.

Aplicação:

Nas unidades geridas pela OSS HMTJ é realizado a inspeção de rotina ou inspeção diária que deve estar obrigatoriamente vinculada ao dia-a-dia de todos os profissionais da área de segurança e saúde do trabalhador. Os técnicos de segurança realizam inspeção diária in loco,

observando a rotina de trabalho dos colaboradores e o ambiente de trabalho. Detectando precocemente possíveis riscos, e emitindo relatórios para que medidas preventivas ou corretivas sejam tomadas. A comunicação com o responsável por aquele processo ou ambiente é realizada através de email ou pessoalmente de acordo com a urgência e/ou gravidade do caso.

Referência: PRS SESMT 0068 – INSPEÇÃO IN LOCO

Inspeção de Extintores: Objetivo **c**umprir com a NR23 e demais instruções técnicas do corpo de bombeiros estadual que diz sobre medidas de proteção contra incêndios, visando a prevenção da saúde e da integridade física dos colaboradores em nossas unidades.

Aplicação:
É realizado em nossas unidades a inspeção de extintores semanalmente, onde é verificado os seguintes fatores Rompimento de Lacre, manômetro, sinalização, pintura, bico ou difusor, anel de Identificação, selo do inmetro, pino de segurança, alça do extintor, mangote, gatilho do extintor, desobstrução, carga/recarga, adequado a classe do fogo e fixação ao suporte. Após a vistoria o TST deverá assinar o cartão de vistoria de cada extintor e preencher o check list que é arquivado no SESMT, quando existe alguma alteração no extintor o coordenador administrativo da unidade é informado por email para que seja feito a substituição.

Treinamentos: Tem como objetivo cumprir com a NR32 que no item 32.2.4.9, diz que o empregador deve assegurar capacitação aos colaboradores, antes do inicio de suas atividades e de forma continuada sobre dados disponíveis sobre riscos potenciais a saúde, medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes, normas e procedimentos de higiene, utilização de EPI e vestimentas de trabalho, medidas preventivas de acidentes e incidentes e sobre medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso da ocorrência de incidentes e acidentes.

Aplicação:
Em nossas unidades são realizados treinamentos com os colaboradores de acordo com o planejamento anual, que engloba os assuntos citados acima de forma individual.
Quando o colaborador é admitido é realizado o treinamento de integração que é realizado por um equipe que envolve os setores RH, DP, SCIH, qualidade e SESMT. Neste treinamento é

feito orientações a respeito da NR32.

Após este treinamento inicial o colaborador receberá os demais treinamentos ao longo do ano, todos registrados com lista de presença que contém data e tempo de duração de em média 30 minutos conforme relatado no PCMSO da unidade.

Também é realizado a capacitação para Brigadistas na admissão dos colaboradores e sempre que preciso renovação.

Referência: POP SESMT 001 – Acompanhamento e Treinamento Brigada de Incêndio e POP SESMT 016- Treinamento NR32

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA): Tem como objetivo cumprir com a NR5 que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e estabelece como as empresas devem organizar e manter, conforme a classificação nacional de atividade econômica, esta comissão interna.

Aplicação:

O SESMT realiza a implantação e treinamento para cipeiros que ocorre em até 30 dias após a nomeação dos membros.

Participa e fiscaliza de forma ativa todos os processos da CIPA dentro de nossas unidades, dando apoio e suporte sempre que necessário.

Referência: POP SESMT 003 – CIPA

Controle de Atestados e Afastamentos: Tem como objetivo gerenciar, controlar atestados e afastamentos dentro da unidade. Podendo assim criar estratégias com a finalidade de acompanhar a saúde do colaborador, reduzindo assim o índice de afastamentos do trabalho.

Aplicação:

O SESMT monitora e controla os atestados apresentados pelos colaboradores da unidade através do cadastro no TOTVS.O colaborador possui o prazo de 48 horas úteis à partir da data do atestado para realizar a entrega do mesmo, podendo este ser entregue por um representante. O atestado só poderá ser aceito se for o original ou cópia autenticada, preenchido com nome do colaborador, dias de afastamento, data, CRM e nome do médico de forma legível. Após o recebimento o atestado deverá ser cadastrado no TOTVS, caso o

colaborador tenha apresentado no prazo de sessenta dias um número de atestados superior à 15 dias com motivos relacionados este deverá ser encaminhado ao INSS.

Neste caso é feito um requerimento ao INSS com agendamento da perícia médica e é aguardado o resultado desta avaliação. Sendo esta deferida nós monitoramos o período de afastamento, caso seja indeferido é agendado o exame de retorno ao trabalho.

Ao receber o comunicado de decisão do INSS, observamos a espécie do afastamento nos casos classificados como espécie 31 o afastamento não tem relação com o trabalho e nos casos que possuem a classificação como 91 é indicativo de doença ocupacional ou afastamento por acidente de trabalho.

Os casos classificados como espécie 91, possuem estabilidade de 1 ano a contar da data do exame de retorno ao trabalho.

Referêcia: POP SESMT 018 - RECEBIMENTO, VALIDAÇÃO, CADASTRO E CONTROLE DE ATESTADO.

Programa de Qualidade de Vida: O objetivo desse programa será implementar estratégias institucionais para humanizar o ambiente de trabalho, entendendo que a humanização desse ambiente terá como consequência maior eficiência, produtividade e principalmentebem estar para todos, diminuir o índice absenteísmo, melhorar a qualidade de vida, aumento de produtividade e engajamento nas áreas, redução de doenças ou diminuir riscos ocupacionais nas atividade de trabalho .

Aplicação:

O programa de qualidade de vida no trabalho visa realizar a promoção à saúde e bem estar dos profissionais da instituição, baseado no estudo do perfil epidêmiológico alinhado as necessidades pessoais e profissionais de nossos colaboradores promovendo desta forma o fomento a satisfação por meio de ações e projetos que valorizem a cultura e o clima organizacional, infraestrutura ambiental, maquinários e equipamentos, politica voltadas a gestão de pessoas, culminando no cuidado da saúde no ambiente laboral.

Referêcia: Programa de Qualidade de vida e bem estar.

IV. Siglas e Definições

- **PRS**: Procedimento Sistêmico
- **POP**: Procedimento Operacional Padrão
- **RH:** Recursos Humanos
- **SESMT:** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

V. Documentos de Referência ao Atendimento às Diretrizes

POP SESMT 001 - Acompanhamento e Treinamento Brigada de Incêndio.

POP SESMT 003 - CIPA.

POP SESMT 002- CAT

POP SESMT 006 - PPP.

POP SESMT 009 - Exames Ocupacionais.

POP SESMT 010 - Imunização Ocupacional.

POP 013 - Investigação de Acidente de Trabalho

POP SESMT 016 - Treinamento NR32.

POP SESMT 018 - Receimento, validação, cadastro e controle de atestados.

POP SESMT 022 - Elaboração e implantação do PGR.

Programa de Qualidade de vida e bem estar.

Instrução Técnica 128/2022 - INSS

Portaria 3214 / 1978 – Normas regulamentadoras

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar SESMT	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através solicitação da Diretoria Clínica de acordo com os requisitos preestabelecidos.	Enfermeiro do Trabalho e Engenheiro do Trabalho	Mês 1 Mês 2
2	Identificação de riscos	Realizar o inventário de riscos do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR.	Implementar medidas de prevenção de acordo com a classificação de risco do PGR e na ordem de prioridade estabelecida na Norma Regulamentadora nº 01 (NR-01) - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais	SESMT	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; propor, imediatamente, a interrupção das atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar	Emitir relatórios de acompanhamentos de visitação nos setores .	SESMT	Mês 2

		condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores; conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR			
4	Elaboração do regimento interno	Definir o regimento pautado na missão e os objetivos da instituição seguindo legislação vigente.	O regimento será realizado em conformidade com as regulamentações e diretrizes aplicáveis.	SESMT	Mês 3
5	Reuniões ordinárias;	Promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; propor, imediatamente, a interrupção das	Emitir relatórios de acompanhamentos de visitação nos setores .	SESMT	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11

		atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores; conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR			
6	Reuniões ordinárias;	Levantamento de acidentes de trabalho global, bem como os afastamentos no período geral e por motivo. Bem como a metodologia de monitoramento e medidas de prevenção e planejamento para melhorias futuras.	Divulgação dos resultados em apresentação para o comitê e Direção.	SESMT	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

REGIMENTO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA – CDME

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ é um órgão técnico criado para atender a Resolução CONARQ n° 22, de 30 de junho de 2005 e ao Decreto Nº 10.148, de 2 de dezembro de 2019, que dispõem sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.

Art. 2º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) é vinculada à Diretoria da Unidade, instituída a partir de portaria emitida pela mesma.

Art. 3º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital tem por finalidade dispor de um conjunto de ações e procedimentos referente à avaliação documental nas unidades do Hospital.

Art. 4º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que a compõem.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

Art. 5º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) tem os seguintes objetivos:

I. Orientar e realizar a análise, avaliação e seleção de documentos produzidos e acumulados nas unidades do Hospital mediante:

a. Conhecimento da estrutura e o funcionamento da instituição detentora dos documentos;

b. Conhecimento da organização dos conjuntos documentais a serem avaliados, incluídos os métodos de classificação adotados, bem como sua importância para fins de prova, de informação, e de estudos e pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais;

c. Conhecimento da terminologia e os procedimentos da área médica, bem como de suas especialidades;

d. Conhecimento da legislação pertinente à concessão de direitos relativos aos indivíduos portadores de necessidades especiais e de doenças graves e terminais.

II. Garantir a destinação final dos documentos nos termos da legislação vigente.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 5º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) será compostas pelos seguintes profissionais:

I. Colaborador arquivista ou colaborador responsável pelos serviços arquivísticos, que a presidirá; e

II - Colaboradores multiprofissionais das unidades organizacionais às quais se referem os conjuntos de documentos a serem avaliados e destinados para guarda permanente ou eliminação.

§ 1º Os membros da CDME serão designados pela Direção do órgão ou da entidade dentre os seus servidores.

§ 2º O secretário da CDME será escolhido entre os Membros da Comissão.

§ 3º O Presidente da Comissão de Documentação Médica e Estatística poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades públicos ou privados e especialistas na matéria em discussão para participar das reuniões, sem direito a voto.

Art. 6º O mandato será por período indeterminado podendo ser alterada a qualquer momento em que houver alteração na sua composição.

Art. 7º A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria expedida pela Direção da Unidade, em Boletim de Serviço, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

CAPÍTULO IV – DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º À Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) compete:

I. Adequar os códigos de classificação de documentos e as tabelas de temporalidade edestinação de documentos à legislação;

II. Aplicar e orientar a aplicação do código de classificação de documentos e a tabela de temporalidade e destinação de documentos das atividades-meio;

III. Orientar as unidades geradoras de documentos, analisar, avaliar e selecionar o conjunto de documentos produzidos e acumulados pela instituição, tendo em vista a identificação dos documentos para guarda permanente e a eliminação dos documentos destituídos de valor;

IV. Analisar os conjuntos de documentos para a definição de sua destinação final, após a desclassificação quanto ao grau de sigilo;

V. No que se refere ao estabelecimento de temporalidade e destinação final dos prontuários de pacientes, independente da forma ou do suporte, compete à Comissão de Documentação Médica e Estatística:

a) analisar os conjuntos documentais, determinando os respectivos prazos de guarda e destinação;

b) identificar os valores primário e secundário, segundo o seu potencial de uso; considerando por valor primário o uso administrativo para a instituição, razão primeira da criação do documento, e valor secundário o uso para outros fins que não aqueles para os quais os documentos foram criados, podendo ser probatório e informativo;

c) estabelecer critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final;

d) elaborar Listagem de Eliminação de Documentos, Edital de Ciência de Eliminação e Termo de Eliminação de Documentos, quando for o caso, e relatório final da

Comissão;

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

Art. 9º São atribuições do Presidente da Comissão:

a. Convocar e presidir as reuniões.

b. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

c. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.

d. Fazer cumprir o regimento.

e. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

f. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

g. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades dopresidente na sua ausência.

Art. 10 São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

a. Organizar a ordem do dia.

b. Receber e protocolar os processos e expedientes.

c. Lavrar a ata das sessões/reuniões.

d. Organizar e manter o arquivo da comissão.

e. Preparar a correspondência.

f. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Art. 11 As Reuniões da Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) acontecerão de forma ordinária mensalmente, na segunda quarta-feira do mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de seu Presidente ou por solicitação de um terço dos membros, sob as seguintes condições:

I. As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes, por meio de votação aberta;

II. O Presidente terá direito ao voto de qualidade em decisões;

III. Todos os assuntos discutidos serão registrados em Ata, contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas a ser colocado no SEI, posteriormente;

IV. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, o Presidente da CDME poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades públicos ou privados e especialistas na matéria em discussão para participar das reuniões, sem direito a voto.

V. Na ausência do presidente, o vice assume suas funções na reunião. Na ausência do vice cabe ao secretáriopresidir a reunião.

Art. 12 A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou, ainda, 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Art. 13 Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 14 A participação na Comissão de Documentação Médica e Estatística será considerada prestação deserviço público relevante, não remunerada.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15 Os casos omissos, não previstos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CDME.

Art. 16 O presente regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislaçõespertinentes ao assunto.

Art. 17 O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições emcontrário.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Documentação Médica e Estatística	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão;	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com Necessidade.	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Gerencia geral	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar a produção médica por especialidade e as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, análises de casos, e propostas de melhorias.	Relatórios de pacientes internados por setor/profissional/especialidade.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão;	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil epidemiológico de atendimento.	Relatório via sistema do número de pacientes atendidos por profissional/especialidade.	A própria comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar a produção médica por especialidade e as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, análises de casos, e	Relatórios de pacientes internados por setor/profissional/especialidade.	Membros da comissão	Mês 3

		propostas de melhorias.			
5	Elaborar painel de bordo;	Facilitar o acompanhamento dos dados de produção da equipe médica.	Elaborando junto ao CSTI painel de bordo com dados de produção médica.	Membros da comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar a produção médica por especialidade e as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, análises de casos, e propostas de melhorias.	Relatórios de pacientes internados por setor/profissional/especialidade.	Membros da comissão	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
7	Reuniões ordinárias;	Apresentar Compilado de produção das equipes médicas, com média de pacientes atendidos, ocupação/ complicações/ reinternações/ eventos ocorridos no ano e propostas de melhorias próximo ciclo.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como o não atingimento de metas contratuais.	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO - HEJ

CAPÍTULO I – DA POSIÇÃO

Artigo 1º – O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ é um órgão permanente vinculado à Unidade. Seus membros tem total independência de ação no exercício de suas funções no Comitê mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas.

CAPITULO II – DO OBJETO

Artigo 2º – O CEP-hospital é um Comitê com os seguintes objetivos:

I – orientar as pesquisas que se realizarão na Unidade, quanto às normas e quanto aosprincípios éticos exigidos pelo Ministério de Saúde;

II – observar o cumprimento dos princípios éticos no que se refere à técnica do uso de seres humanos;

III – organizar sistema de avaliação e acompanhamento das atividades do CEP da Unidade.

IV – prestar as informações aos órgãos do Ministério de Saúde no que se refere ao andamento dos trabalhos analisados;

V – normatizar seus procedimentos operacionais internos, visando ao efetivo controle sanitário dos produtos objeto de pesquisa clínica;

VI – controlar o bom andamento das pesquisas e sua atualização continuamente;

VII – orientar e fazer cumprir as responsabilidades do pesquisador, segundo as normas vigentes nas regulamentações da Secretaria de Saúde.

CAPITULO III - DAS FINALIDADES

Artigo 3º – O CEP tem por finalidade orientar, conduzir, avaliar, estimular e facilitar a realização de projetos de pesquisa em seres humanos na Unidade, dentro das Normas dos Regulamentos emitidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP- GO).

CAPITULO IV – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º – O CEP do hospital é composto por um colegiado com número superior a sete membros, tendo como representantes profissionais das áreas: Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia, Psicologia, Assistente Social e um Representante dos Usuários.

I – os componentes serão referendados pelo Direção do hospital, a partir de indicação realizada pelos Membros que compõem o CEP, podendo haver também indicação pelos Setores e outras coordenações da unidade. A indicação de qualquer membro novo deverá ser submetida à aprovação em plenária, caso seja nomeado novo representante de usuário e/ou membro o CEP solicitará as devidas alterações dos dados via formulário específico encaminhado à CONEP;

II – os Membros não possuem Suplentes;

III – os Coordenadores (1º e 2º Coordenador) serão eleitos pelos Membros nomeados;

Parágrafo Único – O 1º Coordenador será substituído nos casos de impedimento ou vacânciapelo 2º Coordenador;

IV- Nos casos de impedimento ou vacância dos Coordenadores exercerá acoordenação do Comitê o membro lotado na Unidade disponível;

V – o mandato será de 3 (três) anos, com direito de recondução conforme previsto na Resolução CNS nº 370/2007;

VI – A renovação da composição do CEP se dará a cada 3 (três) anos de acordo com a vigência do registro do CEP, junto à CONEP, mantendo-se pelo menos um terço deseus membros;

VII – o número mínimo para constituir o colegiado será de 7 (sete) membros;

VIII – o CEP será multidisciplinar e transdisciplinar, e não poderá haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos;

IX – os membros do CEP não serão remunerados pelo desempenho de suas tarefas, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação, também serão dispensados, nos horários de seu trabalho no Comitê, de suas obrigações em suas instituições, dado o caráter de relevância pública da função;

X – o CEP poderá contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à Instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos;

XI – Na impossibilidade do membro concluir o mandato, a solicitação de desligamento do Comitê deverá ser feita por escrito e o CEP deverá indicar outra pessoa para a complementação do mandato.

CAPITULO V – DA CAPACITAÇÃO DOS MEMBROS E COMUNIDADE ACADÊMICA

Artigo 5º – Na indicação de novo membro haverá uma apresentação do mesmo em reunião do Comitê, sendo orientado sobre a documentação e normas do Sistema CEP/CONEP e este Regulamento; haverá anualmente um plano de capacitação dos membros do CEP, envolvendo a comunidade acadêmica e científica da Instituição a fim de promover a educação em ética em pesquisa envolvendo seres humanos, em cumprimento a Norma Operacional nº 001/13.

CAPITULO VI – DO APOIO ADMINISTRATIVO

Artigo 6º – O CEP contará com um funcionário administrativo para a função de Secretário do Comitê, designado e exclusivo especificamente para as atividades do Comitê.

CAPITULO VII – DA COMPETÊNCIA

Artigo 7º – Ao CEP compete:

I – orientar os pesquisadores quanto às Normas exigidas pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, na realização de seus projetos e na sua condução;

II – observar se os princípios éticos na realização de pesquisas em seres humanos estão sendo cumpridos;

III – organizar um sistema de avaliação e acompanhamento destes projetos;

IV – exigir por parte do pesquisador a elaboração de relatórios semestrais a respeito do andamento de seus projetos;

Parágrafo Único – Caso o pesquisador não cumpra com sua obrigação de enviar os relatórios nos prazos estabelecidos, o CEP solicitará oficialmente que o faça, e caso ainda assim não seja atendido, o CEP comunicará a Instituição da inadimplência do pesquisador, para que providências administrativas sejam tomadas. Ainda neste caso,o CEP suspenderá novas análises de outros projetos de pesquisa do mesmo pesquisador, e inspecionará o referido estudo ao qual o pesquisador não enviou relatórios, podendo inclusive solicitar interrupção do mesmo, mediante qualquer riscoaos participantes da pesquisa;

V – comunicar as instâncias competentes os casos de infrações éticas ou denúncias, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, para averiguação e, quando couber, ao Ministério Público;

VI – informar os pesquisadores sobre as regras exigidas, criando um dispositivo capaz de facilitar esta realização;

VII – orientar e fazer cumprir as responsabilidades do pesquisador segundo as regras exaradas nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde pertencente ao Ministério da Saúde, interessando à CONEP/GO.

VIII – fazer respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como, os hábitos e costumes quando as pesquisas de seres humanos envolverem comunidades;

IX – envolver a comunidade científica na importância de atender a todas as exigências dos princípios em Ética de Pesquisa em Seres Humanos;

X – assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e, os participantes da pesquisa e os membros do CEP;

XI – observar o cumprimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do participante da pesquisa envolvido e/ou seu responsável legal, e se estão devidamente cientes, em explicações sob linguagem clara e acessível, sendo no TCLE: explicitados os possíveis desconfortos e risco decorrentes da participação na pesquisa; esclarecidas as providências a serem empregadas no caso de condições adversas quepossam causar dano ao participante da pesquisa, os benefícios esperados dessa participação e o esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito, inclusive considerando os benefícios e acompanhamento posterior ao encerramento e/ou interrupção da pesquisa; a garantia de liberdade ao participantede recusar-se a participar e retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalizações;

XII – avaliar se os relatórios estão satisfazendo aos princípios e diretrizes éticos, legais e administrativos;

XIII – sugerir a Direção da Unidade, as medidas administrativas cabíveis quando houver desrespeito às Normas Éticas de Pesquisas envolvendo seres humanos;

XIV – comprovar nas pesquisas do exterior ou com participação estrangeira, os compromissos e as vantagens para os participantes das pesquisas e para o Brasil;

XV – esclarecer aos pesquisadores que descontinuar os projetos aprovados sem justificativa aceita pelo CEP, que os aprovou, é um procedimento antiético;

XVI – assegurar que o resultado da pesquisa poderá se tornar público, independente do interesse do patrocinador e/ou pesquisador;

XVII – assegurar ao participante da pesquisa completo sigilo sobre a pesquisa;

XVIII – emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão;

XIX – propor a substituição do pesquisador em casos de cometimento de infração profissional no decorrer da pesquisa;

XX – informar as áreas competentes, para as providências cabíveis, sobre as infrações cometidas pelo pesquisador;

XXI – propor plano anual de capacitação de seus membros.

Artigo 8º – Ao Pesquisador responsável compete:

I – apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;

II – elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dentro da legislação;

III – desenvolver o projeto conforme delineado;

IV – elaborar e apresentar os relatórios parciais e final. Ao final da pesquisa, conforme descrito em seu cronograma, não sendo apresentado o relatório final, o projeto de pesquisa será considerado encerrado e após 5 (cinco) anos, a guarda do protocolo de pesquisa e os relatórios correspondentes ficarão sob responsabilidade do Pesquisador;

V – apresentar dados solicitados pelo CEP a qualquer momento;

VI – manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa;

VII – encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;

VIII – justificar fundamentalmente, perante o CEP a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;

IX – garantir o tratamento, o reembolso e as informações previstas no projeto, aos participantes da pesquisa.

CAPITULO VIII - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 9º – São atribuições do CEP:

I- avaliar protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos emitindo parecer devidamente justificado, orientado pelos princípios da impessoalidade, transparência, razoabilidade, proporcionalidade e eficiência, entre outros, destro dos prazos estabelecidos de acordo com o contido na Resolução CNS nº 466/12 complementada pela Norma

Operacional 001/2013, sendo: 10 (dez) dias para checagem documentale 30 (trinta) dias para liberar o parecer, evitando morosidade na análise;

II – desempenhar papel consultivo e educativo em questões éticas;

III – elaborar o Regimento Interno;

IV – comunicar as situações de vacância ou afastamento de membros e encaminhar à CONEP as substituições efetivadas justificando-as; sendo nomeado novo representante de usuário e/ou membro, será solicitada a alteração dos dados via formulário especifico encaminhado à CONEP.

Artigo 10 – São atribuições do COORDENADOR do CEP:

I – propor o calendário e convocar as reuniões do CEP:

II – programar e dirigir os trabalhos do CEP:

III – confirmar a indicação feita, a algum membro do CEP, para a função de relator, que avaliará se aquele trabalho segue todas as normas exigidas pelas resoluções;

IV – solicitar a participação de algum elemento de fora do CEP que poderá ajudar nesta avaliação;

V – executar as deliberações do CEP;

VI – controlar a frequência dos membros que, sem justificativa, se ausentarem por reuniões consecutivas;

VII – criar e organizar sistema que permita a guarda e arquivo de documentos;

VIII – exercer o direito de voto de qualidade;

IX – responder administrativamente pelo CEP e representá-lo perante a Direção do Hospital e ao Ministério da Saúde;

X – cumprir e fazer cumprir as Normas e Regulamentos do Hospital e das Resoluçõesdo Conselho Nacional de Saúde, quanto aos trabalhos avaliados.

Artigo 11 – São atribuições dos MEMBROS do CEP:

I – atender às convocações para as reuniões do Comitê;

II – analisar de forma detalhada se os projetos estão de acordo com as normas exigidas pelo Conselho Nacional de Saúde, na forma de relator, conforme determinado pelo Coordenador;

III – analisar de forma contínua o andamento dos trabalhos avaliados;

IV – as análises dos projetos deverão ser feitas no menor tempo possível, não excedendo a 10 (dez) dias úteis;

V – participar da discussão e elaboração dos relatórios periódicos de atualização a respeito do andamento dos trabalhos avaliados;

VI – participar da votação a respeito da análise dos trabalhos, desde que solicitado em reunião;

VII – os membros do CEP deverão isentar-se da análise e discussão do caso, assim como a tomada de decisão, quando houver conflito de interesses.

Artigo 12 – São atribuições do SECRETÁRIO do CEP:

I – providenciar a análise documental dos projetos cadastrados na Plataforma Brasil antes do aceite destes para relatoria;

II – indicar relatoria para os projetos de pesquisa cadastrados na Plataforma Brasil;

III – providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias;

IV – encaminhar aos membros do CEP a pauta das reuniões;

V – assistir às reuniões;

VI – preparar, assinar, distribuir aos membros e manter em arquivo as atas das reuniões do CEP;

VII – providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VIII – Não receber projetos que não estejam completos de acordo com este regulamento e com a legislação pertinente.

CAPITULO IX – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 13 – A Secretaria para atendimento ao público em geral e pesquisadores localiza dentro do prédio da Unidade, com funcionamento de segunda à sexta-feira,das 8 às 12 horas.

Artigo 14 – As reuniões do CEP, ordinárias e extraordinárias, serão realizadas nas dependências da Unidade, em local previamente determinado.

Artigo 15 – As reuniões serão sempre fechadas ao público para que se mantenha o sigilo exigido, preservando a confidencialidade das discussões entre os membros e dos projetos analisados, os membros do CEP e todos os funcionários que têm acesso aos documentos, inclusive virtuais, e reuniões, deverão manter sigilo comprometendo-se, por declaração escrita, sob pena de responsabilidade, em cumprimento a Resolução CNS nº 466/12:

I – o CEP reunir-se-á ordinariamente às terceiras sextas-feiras do mês, ou por convocação do Coordenador, em dia e hora previamente estabelecidos e com antecedência mínima de 24 horas;

II – sempre que houver assuntos urgentes e de interesse do CEP, o Coordenador poderá convocar extraordinariamente seus membros;

III – as reuniões cujas resoluções impliquem nas decisões do CEP deverão contar com mais de 50% dos membros, conforme Resolução CNS n° 370/07;

IV – ordinariamente e extraordinariamente as deliberações serão por maioria absoluta dos presentes na reunião, a presença dos membros será controlada através de assinatura em lista;

V – as ausências justificadas dos membros do CEP não poderá exceder o número de 3 (três) no ano, as faltas do representante de usuário serão informadas à instituiçãoque o indicou e, se for o caso, será comunicado o desligamento e solicitada nova indicação de representante;

VI – as reuniões extraordinárias somente serão feitas para assuntos específicos, previamente determinados.

Artigo 16 – As reuniões compõem-se de três partes: Expediente, Ordem do Dia eAssuntos Gerais:

I – o Expediente – destina-se à aprovação da ata da reunião anterior, comunicação do Coordenador e proposições de seus membros;

Parágrafo Único – da ata deverão constar: as deliberações da plenária; a data e horário de início e termino da reunião; o registro nominal dos presentes e as justificativas das ausências. Após votação e aprovação da ata, a mesma será assinada pelos membros do CEP;

II – a Ordem do Dia – serão apreciados os trabalhos predeterminados no ato da convocação, sendo ouvidos os relatores em suas avaliações segundo as normas exigidas;

III – os Assuntos Gerais – serão tratados outros temas de importância, sugeridos pelo Coordenador ou por algum dos membros presentes.

Artigo 17 – As deliberações ordinárias ou extraordinárias serão por consenso, na impossibilidade do mesmo, serão por maioria absoluta de votos;

Parágrafo Único – Havendo empate na votação, esta será decidida pelo voto do Coordenador.

CAPITULO X – DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Artigo 18 – O protocolo a ser submetido à revisão ética somente será apreciado se for apresentada toda documentação solicitada pelo CEP, considerada a natureza e as especificidades de cada pesquisa. A Plataforma Brasil é o sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP. Não serão aceitos para apreciação projetos fora deste Sistema.

Artigo 19 – o conteúdo tratado durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados no Sistema CEP/CONEP é de ordem estritamente sigilosa. Os membros, representantes de usuários e funcionários administrativos do Comitê que tem acesso aos documentos, inclusive virtuais deverão manter sigilo sob pena de responsabilidade.

Artigo 20 – a pesquisa deverá estar acompanhada do respectivo protocolo para ser analisada.

Artigo 21 – O CEP manterá em arquivo o protocolo de pesquisa e os relatórios correspondentes, por 5 (cinco) anos, contados a partir do término do estudo, podendo este arquivamento processar-se em meio digital. Após esse prazo, a guarda do

protocolo de pesquisa e os relatórios correspondentes ficará somente sob responsabilidade do Pesquisador, bem como os protocolos de pesquisa e os relatórios correspondentes encerrados, anteriores a Plataforma Brasil.

Artigo 22 – Aprovado o Protocolo de Pesquisa, o CEP passa a ser corresponsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa.

Artigo 23 – A análise do protocolo de pesquisa culminará com sua classificação como uma das seguintes categorias especificadas pela Norma Operacional CNS nº 001/13, a saber:

I – Aprovado: quando o protocolo se encontra totalmente adequado para execução;

II – Com pendência: quando a decisão é pela necessidade de correção, hipótese em que serão solicitadas alterações ou complementações do protocolo de pesquisa. Por mais simples que seja a exigência feita, o protocolo continua em "pendência", enquanto esta não estiver completamente atendida. Se o parecer for de pendência, o pesquisador terá o prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir de sua emissão na Plataforma Brasil, para atendê-la. Decorrido este prazo, o CEP terá 30 (trinta) dias para emitir o parecer final, aprovando ou reprovando o protocolo;

III – Não aprovado: quando a decisão considera que os óbices éticos do protocolo são de tal gravidade que não podem ser superados pela tramitação em "pendência". Nas decisões de não aprovação caberá recurso ao próprio CEP ou à CONEP, no prazo de 30 (trinta) dias, sempre que algum fato novo for apresentado para fundamentar anecessidadede uma reanálise;

IV – Arquivado: quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar as respostas às pendências apontadas ou para recorrer;

V – Suspenso: quando a pesquisa aprovada, já em andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente ao participante da pesquisa;

VI – Retirado: quando o Sistema CEP/CONEP acatar a solicitação do pesquisador responsável mediante justificativa para a retirada do protocolo, antes de sua avaliação ética. Neste caso, o protocolo é considerado encerrado.

Artigo 24 – o CEP durante a revisão ética, caso entenda como oportuno e conveniente, poderá solicitar informações, documentos e outros, para o esclarecimento de questões, ficando suspenso o processo até a vinda dos elementos solicitados.

Artigo 25 – as pendências meramente documentais serão previamente apreciadas pelo funcionário administrativo e/ou pelos coordenadores do CEP e comunicadas diretamente ao pesquisador, por escrito.

Artigo 26 – consideram-se autorizados para a execução os Protocolos de Pesquisa aprovados pelo CEP.

CAPITULO XI – DA PENALIDADE

Artigo 27 – São causas de cancelamento temporário ou definitivo da pesquisa, além das previstas pelas normas do Conselho Nacional de Saúde em vigor:

I – transgredir o código de ética das classes profissionais ou os de ética em Pesquisa, segundo as normas presentes nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde e Vigilância Sanitária;

II – desrespeitar o Regulamento do hospital, o Regimento Interno do CEP, as Ordens de Serviço, Instruções e Rotinas emitidas pela Administração da Unidade;

III – comprometer a reputação do Corpo Clínico ou do próprio hospital tanto nas relações internas quanto externas.

Artigo 28 – A apreciação e aplicação de penalidade serão de competência da CONEP/GO, quando a infração se referir à transgressão das normas que administramo Código de Ética de Pesquisa em Seres Humanos e de outras instâncias quando pertinente.

CAPITULO XII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 29 – Nenhuma pesquisa em seres humanos poderá ser realizada no Hospital sem uma aprovação do CEP, mesmo que este projeto já tenha sido avaliado por outro comitê de ética de outra instituição;

Parágrafo Único – O CEP não poderá analisar pesquisas com uso de animais sendo, portanto, vedadas quaisquer ações neste sentido.

Artigo 30 – Todos os protocolos de pesquisa a serem analisados pelo CEP deverão ser submetidos através do Sistema Plataforma Brasil, respeitando a normas exigidas pelo Comitê.

Artigo 31– Todas as determinações devem ser atendidas pelos pesquisadores e/ou patrocinadores,o mais breve possível, podendo ser bloqueados os trabalhos até que isto se resolva e seja aprovado em uma reunião ordinária do CEP.

Artigo 32 – É vedado a qualquer membro do CEP a revelação de quem seja o relator do projeto em análise, para se evitar uma eventual pressão tendenciosa nesta avaliação ou criar um caráter pessoal.

Artigo 33 – A avaliação dos relatores será colocada em votação na reunião, e a palavra final será do Colegiado e não individual, mesmo que a decisão seja contrária ao expositor.

Artigo 34 – A análise dos projetos será feita pelos relatores, devendo ser elaborada de forma clara, objetiva e detalhada, fornecendo subsídios para a decisão do colegiado.

Artigo 35 – A decisão das avaliações será por maioria absoluta de votos dos membros presentes naquela reunião.

Artigo 36 – O CEP possui a obrigação de comunicar qualquer efeito adverso, não esperado e não previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O CEP deverá receber denúncias de abusos ou notificações sobre atos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar a adequação do TCLE.

Artigo 37 – O CEP manterá registro atualizado das atividades de modo a possibilitar o pronto encaminhamento de informações aos órgãos públicos e competentes, desde que sejam solicitados.

Artigo 38 – O CEP caso tenha suas atividades suspensas temporariamente, por ocorrência de greve ou recesso institucional, de acordo com a Carta Circular nº 244/16 da CONEP deverá adotar as seguintes medidas:

I – Greve Institucional: o CEP comunicará à comunidade de pesquisadores e às instâncias institucionais correlatas (por exemplo: comissões de pós-graduação, centro de pesquisa clínica, outros) quanto à situação, informando que haverá interrupção temporária da tramitação dos protocolos, e que a tramitação permanecerá paralisada (parcial ou totalmente) pelo tempo que perdurar a greve; aos participantes de pesquisa e seus representantes o tempo de duração estimado da greve e as formas de contato com a

CONEP, de modo que permaneçam assistidos em casos de dúvidas sobre a eticidade e apresentação de denúncia durante todo o período da greve; e em relação aos projetos de caráter acadêmico, como TCC, mestrado e doutorado, a instituição deverá adequar devidamente os prazos dos alunos, de acordo com a situação de cada um, caso haja atraso na avaliação ética pelo CEP institucional; e informar à CONEP quais as providências que serão adotadas para regularizar a sua atuação quanto à tramitação de protocolos para apreciação ética, após o período de paralisação;

II – Recesso Institucional: o CEP informará, com a devida antecedência e por meio de ampla divulgação por via eletrônica, à comunidade de pesquisadores o período exato de duração do recesso; e aos participantes de pesquisa e seus representantes o período exato de duração do recesso e as formas de contato com o CEP e a CONEP,de modo que permaneçam assistidos em casos de dúvidas sobre a eticidade e apresentação de denúncia durante todo o período do recesso.

Artigo 39 – Quando houver a colocação de verbas por parte de patrocinadores, para realização da pesquisa, esta deverá ser bem esclarecida através de documento, por escrito, para que não se confunda como uma forma de pagamento aos pesquisadores.

Artigo 40 – No caso de projetos de interesse dos patrocinadores, estes deverão ser informados de sua responsabilidade sobre todos os custos que envolvem a pesquisa.

Artigo 41– O prontuário médico do pesquisado/paciente, bem como todos os dados colhidos e consignados, somente poderão ser acessados com autorização do CEP.

Artigo 42 – Os casos omissos serão resolvidos, no que couber, pelo CEP.

Artigo 43 – O presente Regimento entra em vigor nesta data da sua publicação, revogando qualquer disposição anterior.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERENCIA GERAL / DIRETORIA TECNICA / DIRETORIA CLINICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comitê De Ética Em Pesquisa	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar o Comitê de Ética	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordocom necessidade;	Através solicitação MEC de acordo com os requisitos preestabelecidos.	Diretoria Técnica e membro do COREME	Mês 1 Mês 2
2	Definição da estrutura ecomposição do CEP	Para direcionar as linhas de pesquisaem saúde.	Alinhar com Preceptores e parcerias com Escola de Ensino Superior para elaboração de projetos de pesquisa envolvendo humanos.	O CEP	Mês 2
3	Reuniões ordinárias	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 2
4	Elaboração do regimento interno	Definir o regimento pautado na missão e os objetivos do comitê, os procedimentos de avaliação ética dos	O regimento será realizado em conformidade com as regulamentações e diretrizes aplicáveis.	O CEP	Mês 3

		projetos de pesquisa, a periodicidade das reuniões, as responsabilidades dos membros, os processosde tomada de decisão, entre outros aspectos relevantes. .			
5	Reuniões ordinárias	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 3
6	Definição dos fluxos de trabalho e processos de avaliação ética	Estabelecer prazos para submissão de projetos, os critérios de análise ética, a documentação necessária para a avaliação, os procedimentos de revisão pelos membros do CEP, entre outros aspectos operacionais.	Apoiando-se as diretrizes e boas práticas estabelecidas pelas regulamentações.	O CEP	Mês 4
7		Alinhar as atividades	Divulgação e orientações		

	Reuniões ordinárias	em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 4
8	Recrutamento e capacitaçãode membros	Realizar processos deseleção adequados, considerando as competências necessárias para o desempenho das funções.	Oferecer capacitação contínua aos membros do CEP, garantindo que estejam atualizados em relação às regulamentações e às questões éticas pertinentes.	O CEP	Mês 5
9	Reuniões ordinárias	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11

Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) - Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)

REGIMENTO INTERNO

CAPITULO I
DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Regimento Interno da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para a sistematização da Terapia Nutricional Enteral no Hospital.

Art. 2º A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital é uma equipe multidisciplinar que tem por finalidade a execução, supervisão e avaliação permanente de todas as etapas da terapia nutricional.

Art. 3º O Objetivo da EMTN é garantir assistência nutricional efetiva, de forma a prevenir e tratar a desnutrição intra-hospitalar, buscando promover o cuidado integral, seguro e efetivo para o paciente, além da eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos discentes

Art. 4º o EMTN tem como finalidade, a realização de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

Art. 5º O EMTN deverá analisar e exigir as empresas Prestadoras de serviço, o cumprimento legal em termos de recursos humanos, infra-estrutura física, equipamentos e procedimentos operacionais conforme recomendações das Boas Práticas de Preparação da Nutrição Enteral - BPPNE e Boas Práticas de Administração da Nutrição Enteral - BPANE.

CAPITULO II
DAS DEFINIÇÕES

Art. 6º Para esse regimento, considera-se:

I – Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional: grupo formal obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias, a critério do hospital, conforme prevê a Resolução – RDC nº 63 de 6 de julho de 2000.

II - Nutrição Parenteral (NPT) : Solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos , aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, adicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistema. Para a terapia Nutricional Parenteral, são utilizadas fórmulas recebidas prontas pra uso, que são preparadas em câmara de fluxo laminar e transportadas de acordo com as normas e técnicas da Vigilância Sanitária.

III - Terapia de Nutrição Enteral (TNE): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NE. As dietas para Nutrição enteral são utilizadas fórmulas recebidas prontas pra uso, que são preparadas em câmara de fluxo laminar e transportadas de acordo com as normas e técnicas da Vigilância Sanitária.

CAPITULO III
DA COMPOSIÇÃO

Os membros que compõe a Equipe de Suporte Nutricional do Hospital serão formados por:

1. Médico Coordenador Técnico Administrativo;
2. Médico Coordenador Clínico;
3. Nutricionista;
4. Enfermeira (o);
5. Farmacêutico;
6. Psicóloga.

CAPITULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º Atribuições gerais da EMTN

I. Estabelecer as diretrizes técnicos- administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição:

II. Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados aos cuidados da EMTN.

III. Atender às 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.

IV. Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da TNE, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos.

V. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.

VI. Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TNE.

VII. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNE visando a garantia de sua qualidade.

VIII. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da EMTN, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da TNE.

IX. Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE.

Art. 8 ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

I. Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da equipe e dos profissionais da mesma, visando prioritariamente a qualidade e eficácia da TNE.

II. Representar a equipe em assuntos relacionados com as atividades da Comissão.

III. Promover e incentivar programas de educação continuada, para os profissionais envolvidos na TNE, devidamente registrados.

IV. Padronizar indicadores da qualidade para TNE para aplicação pela Comissão.

V. Gerenciar os aspectos técnicos e administrativos das atividades de TNE.

VI. Analisar o custo e o benefício da TNE no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar.

Art. 9º ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR CLÍNICO

I. Coordenar os protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TNE.

II. Zelar pelo cumprimento das diretrizes de qualidade estabelecidas nas BPPNE e BPANE.

III. Assegurar a atualização dos conhecimentos técnicos e científicos relacionados com a TNE e a sua aplicação.

IV. Garantir que a qualidade dos procedimentos de TNE prevaleçam sobre quaisquer outros aspectos.

Art. 10º ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO

I. Indicar e prescrever a TNE.

II. Assegurar o acesso ao trato gastrointestinal para a TNE e estabelecer a melhor via, incluindo ostomias de nutrição por via cirúrgica, laparoscópica e endoscópica.

III. Orientar os pacientes e os familiares ou o responsável legal, quanto aos riscos e benefícios do procedimento.

IV. Participar do desenvolvimento técnico e científico relacionado ao procedimento

V. Garantir os registros da evolução e dos procedimentos médicos

Art. 11º ATRIBUIÇÕES DO NUTRICIONISTA

I. Realizar a avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional .

II. Elaborar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica.

III. Formular a NE estabelecendo a sua composição qualitativa e quantitativa, seu fracionamento segundo horários e formas de apresentação.

IV. Acompanhar a evolução nutricional do paciente em TNE, independente da via de administração, até alta nutricional estabelecida pela EMTN.

V. Adequar a prescrição dietética, em consenso com o médico, com base na evolução nutricional e tolerância digestiva apresentadas pelo paciente.

VI. Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente.

VII. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da NE prescrita para o período após a alta hospitalar.

VIII. Utilizar técnicas pré-estabelecidas de preparação da NE que assegurem a manutenção das características organolépticas e a garantia microbiológica e bromatológica dentro de padrões recomendados na BPPNE

IX. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores, bem como para todos os profissionais envolvidos na preparação da NE.

Art. 12º ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

I. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TNE.

II. Preparar o paciente, o material e o local para o acesso enteral.

III. Prescrever os cuidados de enfermagem na TNE, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar.

IV. Proceder ou assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transpilórica.

V. Assegurar a manutenção da via de administração.

VI. Receber a NE e assegurar a sua conservação até a completa administração.

VII. Proceder à inspeção visual da NE antes de sua administração.

VIII. Avaliar e assegurar a administração da NE observando as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição médica.

IX. Avaliar e assegurar a administração da NE, observando os princípios de assepsia, de acordo com as BPANE.

X. Detectar, registrar e comunicar à EMTN e ou o médico responsável pelo paciente, as ocorrências de qualquer ordem técnica e ou administrativa.

XI. Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto ao: peso, sinais vitais, tolerância digestiva e outros que se fizerem necessários.

XII. Garantir a troca do curativo e ou fixação da sonda enteral, com base em procedimentos pré-estabelecidos.

XIII. Participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores.

XIV. Elaborar e padronizar os procedimentos de enfermagem relacionadas à TNE.

XV. Acompanhar a evolução nutricional do paciente em TNE , independente da via de administração, até a alta nutricional.

XVI. Assegurar as recomendações quando a conservação.

XVII. Assegurar que qualquer outra droga e ou nutriente prescritos, sejam administrados na mesma via de administração da NE, conforme procedimentos pré-estabelecidos.

Art. 13º ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO

I. De acordo com os critérios estabelecidos pela EMTN, adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NE industrializada, quando estas atribuições, por razões técnicas e ou operacionais, não forem da responsabilidade do nutricionista.

II. Participar da qualificação de fornecedores e assegurar que a entrega da NE industrializada seja acompanhada de certificado de análise emitido pelo fabricante.

III. Participar das atividades do sistema de garantia da qualidade respeitadas suas atribuições profissionais legais.

IV. Avaliar a formulação das prescrições médicas e dietéticas quanto à compatibilidade físico-química droga-nutriente e nutriente-nutriente.

V. Participar de estudos de farmacovigilância com base em análise de reações adversas e interações droga-nutriente e nutriente-nutriente, a partir do perfil farmacoterapêutico registrado.

VI. Organizar e operacionalizar as áreas e atividades da farmácia.

VII. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores.

VIII. Será realizado reuniões ordinariamente, trimestralmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos,pela convocação, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

CAPITULO V
DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Art. 14. A atuação dos membros da EMTN se restringe ao âmbito interno de sua instituição hospitalar, devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno do Hospital.

Art. 15. As reuniões ordinárias ocorrerão mensalmente em local previamente agendado ou por videoconferência, conforme acordado previamente com seus membros.

§1º Os dias, horários e lugares das reuniões ordinárias serão divulgados pelo coordenador técnico-administrativo com antecedência mínima de 48 horas, sendo obrigatória, pelo menos, a presença do coordenador técnico ou do coordenador clínico da EMTN.

§2º A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMT deliberará com a presença da maioria simples.

§3º As reuniões deverão ser registradas em ata de reunião .

§4º O membro que faltar duas reuniões consecutivas ou três alternadas,sem justificativa formalizada, será desligado da EMTN.

Art. 16. Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador clínico ou técnico-administrativo da EMTN com antecedência mínima de 24 horas.

Art. 17. As deliberações da EMTN deverão ser encaminhadas à Direção e, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Art. 18. A participação na EMTN não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros.

Parágrafo único. Os participantes da EMTN deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão.

Art. 19. A EMTN é a responsável pelas capacitações dos profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a Terapia Nutricional Enteral, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados.

Art. 20. A solicitação de avaliação do paciente pela EMTN deverá ocorrer por intermédio da equipe assistencial, através do Hospital.

Art. 21. A EMTN deverá atender às 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 sejam atingidos os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos.

Art.22. As condutas da EMTN devem estar alinhadas com os profissionais que prestam assistência ao paciente;

Art. 23. As condutas clínicas referentes à TNE deverão ser tomadas conforme padronizado nos elaborados pela EMTN;

Art. 24. A EMTN acompanhará periodicamente os Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional Enteral (IQTN), de forma a monitorar a eficácia da terapia nutricional, bem como garantir a excelência do suporte nutricional prestado aos pacientes.

CAPITULO VI
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25. Nenhum membro da EMTN, à exceção de seus Coordenadores, poderá falar em nome da Equipe, sem que esteja autorizado pela Direção do Hospital.

Art. 26. Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da EMTN e submetidos à apreciação final da Direção.

Art. 27. A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infra- estrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 28. Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 29. Este Regimento Interno entrará em vigor a partir desta data podendo ser alterado a qualquer tempo.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Equipe Multiprofissional De Terapia Nutricional

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através solicitação do Serviço de Nutrição Médica de acordo com os requisitos preestabelecidos.	Diretoria Técnica e Nutricionista Clínico	Mês 1 Mês 2
2	Identificação das necessidades	Identificar as áreas de atuação que devem ser abrangidas pela equipe, levando em consideração as especialidades envolvidas, como nutrição clínica, dietética, enfermagem, farmácia, medicina, entre outras. .	Alinhar com equipe multiprofissional as padronizações de fórmulas e fluxos de dispensação e acompanhamento da equipe.	A Equipe EMTN	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Acompanhar e avaliar o suporte nutricional de pacientes internados diariamente, bem como as necessidades de via de administração de dieta, juntamente com equipe multiprofissional.	Emitir relatórios semanais de pacientes em suplementação nutricional no sistema e a avaliar custos.	A Equipe EMTN	Mês 2

4	Elaboração do regimento interno	Definir o regimento pautado na missão e os objetivos da instituição , os procedimentos de avaliação dos pacientes de acordo com VET calórico diário e patologias de base.	O regimento será realizado em conformidade com as regulamentações e diretrizes aplicáveis.	A Equipe EMTN	Mês 3
5	Reuniões ordinárias;	Acompanhar e avaliar o suporte nutricional de pacientes internados diariamente, bem como as necessidades de via de administração de dieta, juntamente com equipe multiprofissional.	Emitir relatórios semanais de pacientes em suplementação nutricional no sistema e a avaliar custos.	A Equipe EMTN	Mês 3
6	Definição dos fluxos de dispensação de dietas e suplementação.	Estabelecer processos de acompanhamento dos pacientes junto a equipe multiprofissional.	Apoiando-se as diretrizes e boas práticas estabelecidas pelas regulamentações vigentes.	A Equipe EMTN	Mês 4
7	Reuniões ordinárias;	Acompanhar e avaliar o suporte nutricional de pacientes internados diariamente, bem como as necessidades de via de administração de dieta, juntamente com equipe multiprofissional.	Emitir relatórios semanais de pacientes em suplementação nutricional no sistema e a avaliar custos.	A Equipe EMTN	Mês 4

8	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	A Equipe EMTN	Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
9	Reuniões ordinárias;	Acompanhar e avaliar o suporte nutricional de pacientes internados diariamente, bem como as necessidades de via de administração de dieta, juntamente com equipe multiprofissional. Planilhar o perfil de pacientes em suplementação e realizar relatório administrativo. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação dos resultados em apresentação para o comitê e Direção.	A Equipe EMTN	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLOGICA

COMISSÃO DE RADIOPROTEÇÃO
REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA MISSÃO

Art 1° - A Comissão de Radioproteção tem como objetivo propor e aplicar critérios de radioproteção para os funcionários que trabalham com radiação ionizante, à população usuária dos serviços que a utilizam e também a segurança e integridade das instalações.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Art 2° - A Comissão de Radioproteção será constituída por um grupo multifuncional (profissionais de nível superior e técnico), tendo por finalidade:

A) Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica;

B) Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na instituição.

CAPITULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art 3° - À Comissão de Radioproteção compete.

a) Avaliar os registros de dosimetrias individuais e ambientais;

b) Implementar cronograma de manutenções preventivas e preditivas;

c) Acompanhar o gerenciamento da monitoração individual das pessoas ocupacionalmente expostas às radiações ionizantes;

d) Discutir problemas diversos referente ao uso das radiações ionizantes e à radioproteção;

e) Verificar o padrão de atendimento prestado;

f) Promover cursos e palestras de conscientização e capacitação para colaboradores da instituição não envolvidos diretamente com o uso de radiação ionizante;

g) Definir programas de treinamento periódicos em proteção radiológica para colaboradores da instituição envolvidos diretamente com o uso de radiação ionizante.

CAPÍTULO IV - DA ORGANIZAÇÃO

Art 4° - A Comissão de Radioproteção, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, um Vice-Presidente, um Secretário e um membro do SESMT da instituição.

Art 5° - A participação da Comissão de Radioproteção não implicará em qualquer vantagem económica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

Art 6° - A permanência dos membros nesta Comissão é de dois anos, podendo ser renovado ''ad infinitum", exceto no que tange ao Art 15 deste Regimento e as decisões da Comissão, bem como de decisões pessoais dos membros.

Art. 7º - Os membros exercerão seus mandatos por dois anos, sem receberem qualquer tipo de remuneração adicional, considerando-se o relevante interesse público pertinente às atribuições exercidas pelos mesmos.

§ 1º - A substituição de membros dar-se-á por portaria do superintendente para o tempo que restar do mandato.

§ 2.º A ausência de um membro da comissão a duas reuniões consecutivas ou a três alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará perda do mandato.

CAPÍTULO V – DOS MEMBROS

Art 7° - Esta comissão é multidisciplinar e multiprofissional.

Art 8º - Os membros da Comissão de Radioproteção distribuem-se na seguinte representação.

a) Técnico em Segurança do Trabalho;
b) Coordenação de Enfermagem;
c) Apoio Administrativo;
d) Representante do serviço de Imagiologia Ltda;
e) Representante técnico em Radiologia;
f) Membro do SESMT.

Sua representatividade deverá ser:

a) Presidente;
b) Vice-Presidente;
c) Secretário (a);
d) Membros Efetivos.

CAPÍTULO VI - DAS FUNÇÕES

Art 8° - Ao Presidente compete:

a) Presidir e coordenar as atividades da Comissão;
b) Determinar datas, horários e locais, bem como coordenar as reuniões ordinárias da Comissão,
c) Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;
d) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
e) Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades;
f) Nomear ou exonerar os membros da Comissão, através de resoluções;
g) Revogar e anular resoluções.

Art 9° - Ao Vice-Presidente compete

a) Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;
b) Comparecer as reuniões quando convocado ou em seu impedimento, encaminhar um substituto previamente homologado pela Comissão para tal fim;
c) Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral das radioproteções;
d) Sugerir medidas para a melhoria dos registros e anotações, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;
e) Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração das radioproteções;
f) Analisar os processos e propor modificações quando necessário.

Art 10° - Ao Secretário compete

a) Encaminhar convocação de reunião aos membros da comissão;
b) Redigir a ata de reunião de forma clara;
c) Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem.

Art 11° - Ao membro do SESMT compete

a) Participar das reuniões nos dias e horários programados;
b) Elucidar dúvidas junto a Comissão referente a assuntos de Radioproteção;
c) Ajudar a orientar os demais funcionários da instituição em assuntos de Radioproteção.

CAPÍTULO VII - DO FUNCIONAMENTO

Art 12° - A Comissão de Radioproteção se reunirá ordinariamente, quadrimestralmente (e extraordinariamente, quando necessário) em dia, local e horário previamente estabelecidos, por convocação com no mínimo 24 (vinte quatro) horas de antecedência. A ata da assembleia deverá ser lavrada em livro próprio.

Art. 13° - As reuniões da Comissão somente serão efetivadas se houver a presença de pelo menos 02 (dois) membros. Caso haja somente 01 (um) membro, a reunião será adiada para uma nova data e o motivo de seu adiamento deverá constar na ata.

Art. 14° - Para aprovação das deliberações da Comissão de Radioproteção, exigir-se-á a presença dos membros, prevalecendo a vontade da maioria. Caso haja apenas dois membros, a reunião será realizada, contudo, não serão tomadas decisões.

Art 15° - Poderão participar das reuniões os demais funcionários, como convidados, quando as suas presenças forem necessárias para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Art 16° - A presença às reuniões da Comissão de Radioproteção é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir 03 (três) faltas sem justificativa, consecutivas ou não.

Art. 17° - O membro que não puder comparecer à reunião deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Art 18° - O membro que, por algum motivo, venha pleitear seu desligamento deverá fazê-lo por escrito justificando a sua decisão.

Art 19° - E dever de todo membro da Comissão divulgar os conhecimentos e esclarecer dúvidas entre seus pares, quando solicitado.

Art 20° - A Comissão de Radioproteção pautará sua atuação na legislação nuclear e sanitária vigentes.

CAPÍTULO VIII – DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21 - A responsabilidade da direção do hospital é garantir a infra-estrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 22 - Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 21° - Este Regimento Interno entrará em vigor a partir desta data podendo ser alterado a qualquer tempo.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Proteção Radiológica

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe multiprofissional	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias	Apresentar perfil de exames realizados. Atualização de técnicas utilizadas, Atendimento humanizado durante a realização de exames. Produção mensal e planejamento das ações no serviço de imagem.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que o serviço em relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação de segurança durante a realização de exames baseados em cuidados na exposição radiológica.	A partir de recomendação do Conselho de radiologia e boas práticas.	Membros da comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias	Apresentar perfil de exames realizados. Atualização de técnicas utilizadas, Atendimento humanizado durante a realização de exames. Produção	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que o serviço em relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 6

		mensal e planejamento das ações no serviço de imagem.			
5	Levantamento radiométrico de exposição de colaboradores	Realização periódica de testes de controle dos dosímetros individuais dos colaboradores.	Análise dos laudos dos dosímetros dos colaboradores por terceiro.	Membros da comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias	Apresentar perfil de exames realizados. Atualização de técnicas utilizadas, Atendimento humanizado durante a realização de exames. Produção mensal e planejamento das ações no serviço de imagem.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que o serviço em relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 10
7	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros da comissão	Mês 5
8	Treinamento e capacitação de riscos de exposição radiológica	Capacitar toda equipe quanto aos cuidados de exposição radiológicas e uso de EPCs adequados.	Aplicação de treinamentos específicos à pratica de acordo com Plano de Proteção Radiológica.	Coordenador da comissão	Mês 6
9	Reuniões ordinárias	Apresentar perfil de atendimento pelo	Apresentar para Direção a partir	Membros da	Mês 12

		serviço. Número de exames geral e número de exames suspensos.	de relatório estruturado.	comissão	

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DO PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE DO HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO - HEJ

CAPÍTULO I JUSTIFICATIVAS LEGAIS

Artigo 1º – A comissão foi criada em atendimento a Resolução CONAMA n° 358/2005 e RDC nº 222/2018, que determina normas de gerenciamento dos resíduos em estabelecimentos de assistência à saúde.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Artigo 2º – Estabelecer e discutir diretrizes de funcionamento e de planejamento junto aos membros da comissão para com a entidade. Com finalidades em minimizar a geração de resíduos na fonte, reduzir o volume e toxicidade na geração dos resíduos no meio – ambiente, adequar a segregação na origem, contribuir para o controle dos riscos de acidentes de trabalho, controlar e reduzir riscos ao meio ambiente, controlar e reduzir riscos para a saúde pública, contribuir para a qualidade da higiene em unidades de saúde, com enfoque no controle de infecção hospitalar, assegurar a manutenção e a operação dos resíduos, buscando a melhoria continua do PGRSS e promover a educação ambiental.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – A comissão será gerenciada por um presidente e um secretário, indicados pela entidade e ou pelos componentes da comissão. Todos os componentes da gestão em vigor poderão continuar nas próximas gestões, caso demonstre qualificações e comprometimento, além de ser vontade própria do membro.

I. Presidente;
II. Secretário;
III. Membros:
- 01 Representante da administração;
- 01 Representante do Setor de Higiene e Limpeza;

- 01 Representante da Farmácia;
- 01 Representante da CIPA;
- 01 Representante do Setor de Assistência social;
- 01 Representante do Setor de Enfermagem;
- 01 Representante do Setor de Manutenção;
- 01 Representante do Setor de Segurança do Trabalho;
- 01 Representante do Setor da Recepção;
- 01 Representante do Setor de Controle de Infecção Hospitalar;
- 01 Representante dos médicos; e
- 01 Responsável Técnico (RT) pela elaboração e manutenção do PGRSS.

Parágrafo único: A comissão poderá convidar outros profissionais para participar de suas reuniões, quando julgar necessário.

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Artigo 4º – A duração do mandato da Comissão será de no máximo 2 anos, ou por tempo indeterminado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, sendo registrado em ata e atualizado o ato de nomeação.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 5º – Todos os componentes da comissão irá se reunir sistematicamente de forma trimestral, de acordo com data, hora e local pré - estabelecido no calendário anual de reuniões do PGRSS;

Artigo 6º – Todos os componentes são diretamente responsáveis pela implantação, adaptação e aplicação do PGRSS;

Artigo 7º – Todos os componentes serão treinados sobre quaisquer disposições do PGRSS.

Artigo 8º – As reuniões serão registradas em ata, que deverão ser encaminhadas ao Setor de Qualidade, para arquivamento e acompanhamento das ações. A ata deverá conter: local, data, hora, tipo de reunião, relação dos participantes, pauta, situação das ações anteriores, relato da reunião, plano de ação ou ação pontual, assinatura do secretário e assinatura dos participantes.

CAPÍTULO VI DA COMPETÊNCIA

Artigo 9º – Compete ao presidente da comissão:

I. Presidir as reuniões ordinárias;

II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

III. Representar oficialmente a comissão;

IV. Prestar contas de atividades realizadas e ou pendentes.

Artigo 10º – Compete ao secretário da comissão:

I. Organizar atas e listas diversas;

II. Responsabilizar- se pela guarda de livro, pastas e etc;

III. Comunicar reuniões;

IV. Organizar apoio logístico;

V. Realizar anotações diversas das reuniões;

VI. Anotar queixas ou reclamações;

Artigo 11º – Compete aos membros da comissão:

I. Visar uma correta gestão dos resíduos no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, proporcionar a saúde pública e aomeio ambiente e principalmente à unidade geradora, na medida que há redução dos riscos de acidente do trabalho, poluição, contaminação, além da contribuição para a saúde ocupacional dos colaboradores é um instrumento de gestão essencial para quem busca qualquer certificação.

CAPÍTULO VII DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 12º – É obrigação dos membros respeitarem a data e hora das reuniões, que se reunirá trimestralmente, conforme calendário pré - estabelecido pela comissão;

Artigo 13º – É obrigação dos membros justificarem sua ausência com antecedência;

Artigo 14º – Após duas ausência consecutivas sem justificativa, tal membro estará automaticamente excluído da comissão.

Artigo 15º – Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Resíduos De Serviços De Saúde

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão Resíduos de Serviços de Saúde	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Nomeação de membros Comissão Resíduos de Serviços de Saúde	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Elaboração de políticas e procedimentos para a segregação, acondicionamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos.	Será solicitado à comissão e representantes eleitos	A própria comissão	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a PGRSS de acordo com os perfis de classificação de resíduo de saúde por setor. Levantamento de quantidade de resíduo gerado por setor e global. Suporte aos setores quanto ao descarte adequado.	Divulgação e orientações aos setores quanto ao descarte adequado e consciente.	Membros da comissão	Mês 3
3	Realizar classificação de resíduos por áreas fornecedoras.	Para os setores tenham conhecimento e	Disponibilização de lixeiras d por setor de acordo com classificação de resíduos.	Membros da comissão	Mês 3

		cuidados com o descarte adequado de resíduos e padronização de sacos de lixo e lixeiras.			
4	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a PGRSS de acordo com os perfis de classificação de resíduo de saúde por setor. Levantamento de quantidade de resíduo gerado por setor e global. Suporte aos setores quanto ao descarte adequado.	Divulgação e orientações aos setores quanto ao descarte adequado e consciente.	Membros da comissão	Mês 6
5	Realizar capacitação das áreas	Capacitar equipes quanto as classificações de resíduos em saúde e cuidados adequados para evitar exposição.	Atender as recomendações de descarte seguro de resíduos. Avaliando o acondicionamento adequado nos momentos de coleta pelo SHL.	A própria Comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a PGRSS de acordo com os perfis de classificação de resíduo de saúde por setor. Levantamento de quantidade de	Divulgação e orientações aos setores quanto ao descarte adequado e consciente.	Membros da comissão	Mês 9

		resíduo gerado por setor e global. Suporte aos setores quanto ao descarte adequado.			
7	Realizar em conjunto com SHL (serviço de higiene e limpeza) rotas de coleta de lixo hospitalar nos setores	Evitar cruzamento com rotas de alimentação dos pacientes, evitando contaminação do ambiente hospitalar e reduzindo risco de infecção.	Monitorar rotas do serviço.	Membros da comissão	Mês 5
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios das atividades desenvolvidas no ano e propostas de melhorias para futuros programas.	Divulgação de resultados e identificação de oportists de melhorias bem como: capacitação, cursos ,entre outras necessidades apontadas.	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMITÊ TRANSFUSIONAL

COMITÊ TRANSFUSIONAL
REGIMENTO INTERNO

I - Princípios e Diretrizes:

O Comitê Transfusional é constituído por uma equipe multidisciplinar tendo como objetivo monitorar a prática transfusional no Hospital, de modo a fornecer a cada paciente procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assegurando o melhor resultado para a sua saúde, com o menor custo e com o menor risco iatrogênico.

II – OBJETIVOS:

- Melhorar as práticas hemoterápicas da instituição;
- Aumentar a segurança transfusional;
- Otimizar o uso do hemocomponentes;
- Reduzir os erros transfusionais;
- Estreitar a relação com os diversos serviços do hospital;
- Criar programa efetivo de revisão da utilização do sangue;
- Promover atualização em hemoterapia;
- Atender exigências legais

III – COMPETÊNCIAS:

- É COMPETÊNCIA do Comitê Transfusional o monitoramento da prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos institucional no atendimento a rotina hemoterápica.
- A constituição do Comitê Transfusional será compatível e adequar-se-á às necessidades e complexidades de cada serviço de hemoterapia.
- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais internacionais e institucionais relativos aos assuntos de sua competência.
- Revisar periodicamente a legislação relacionada à politica transfusional e sua aplicação na legislação.
- Monitorar os eventos adversos a transfusão de sangue e hemocomponentes , juntamente com a comissão de hemovigilância.
- Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;

- Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida na instituição.
- Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial.
- Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição.
- Desenvolver mecanismos para avaliações das requisições transfusionais antes de sua liberação para uso.

IV - Constituição do Comitê Transfusional:

A) O Comitê Transfusional do Hospital está constituído por 04 médicos, 01 enfermeiro, 01 técnico de patologia e 01 assistente administrativo.

B) O Coordenador do comitê foi indicado pela direção clínica entre os membros do comitê.

C) O mandato do comitê será de 02 anos podendo ser renovado pelo mesmo período.

D) Os membros do Comitê deverão ser representantes das seguintes áreas assistenciais e administrativas da instituição:

V — Funcionamento:

A) As reuniões ordinárias são realizadas mensais, já estabelecida em cronograma data, hora e duração.
B) Coordenador do CT tem atribuição de convocar as reuniões
C) As faltas deverão ser justificadas.
D) Outros profissionais poderão participar das reuniões para sugestões e queixas, mas não participarão das tomadas de decisão.
E) O Coordenador poderá convocar reuniões extraordinárias para discussão de casos graves ou outros assuntos afins.
F) A técnica de Patologia será a referência para o recebimento dos resumos hemoterápicos e FITs.
G) Deve ser realizada ata de cada reunião, onde os membros consignarão sua presença, ficando ajustado as pendências, conclusões, deliberações e resoluções. A ata deverá ser assinada.
H) Uma cópia da ata deve ser encaminhada a Direção Técnica/Médica da instituição ao qual faz parte.

I) O Comitê Transfusional deverá fazer avaliação das transfusões realizadas e dos eventos;

J) O serviço de hemoterapia colaborará com as atividades do Comitê Transfusional das instituições de assistência à saúde para as quais forneça componente sanguíneo para atividade transfusional, de elaboração e implementação de protocolos para controlar as indicações, o uso e o descarte dos hemocomponentes sanguíneos, quando solicitado.

VI - Atribuições:

Do Comitê Transfusional:

A) Avaliar as transfusões de sangue realizadas na Instiuição;

B) Estabelecer normas para auxiliar a qualidade e segurança do ato transfusional.

C) Enviar o resumo hemoterápicos para o Hemocentro de Regional de Goiás;

D) Emitir boletim estatístico periódico a cada 06 meses, sobre a prática transfusional e reações adversas;

E) Divulgar as funções do Comitê Transfusional no Hospital;

F) Dos membros do Comitê Transfusional:

G) Dos médicos: Elaboração de campanhas, divulgação do Comitê Transfusional, avaliação das solicitações de transfusão, orientação aos demais médicos, avaliação e conclusão das FITs, participar de treinamentos e reuniões.

H) Do enfermeiro: Efetuar treinamento e capacitação para os enfermeiros do Hospital, supervisionar e orientar as transfusões e notificação de reações transfusionais e participar de treinamentos;

I) Do técnico e responsável pela agência transfusional: Orientar sobre as rotinas para realização dos testes pré e pós transfusional e o correto preenchimento da FIT, divulgar o Comitê Transfusional, participar de reuniões e treinamentos.

J) Do assistente administrativo: Fazer as atas das reuniões do Comitê Transfusional, divulgar o Comitê Transfusional e participar de reuniões e treinamentos.

K) Do Coordenador do Comitê Transfusional: Fazer convocação de reuniões ordinárias e extraordinárias, orientações, divulgação do comitê, organização de treinamentos, palestras e outros.

VII — Responsabilidades:

Da Diretoria da Instituição:

A) Nomear os membros do Comitê Transfusional.
B) Homologar as ações do Comitê Transfusional.
C) Acompanhar o desenvolvimento e as atividades do Comitê Transfusional.
D) Divulgar a importância do Comitê Transfusional no Hospita.
E) Do Comitê Transfusional:
F) Avaliar, elaborar, executar ações para a qualidade e segurança do ato transfusional no Hospita.
G) Divulgar a ações do Comitê Transfusional internamente — Hospital.
H) Elaborar campanhas educativas.
I) Da Equipe Medica:
J) Preencher adequadamente as solicitações de transfusão
K) Participar dos treinamentos do Comitê Transfusional.
L) Avaliar e atender as possíveis reações transfusionais.
M) Possuir manual de condutas para a prescrição, administração da transfusão, monitorização e assistência às reações adversas da transfusão.
N) Preencher adequadamente a Ficha de Incidente Transfusional (FIT).

Da Equipe de Enfermagem:

O) Avaliar as solicitações de transfusão.
P) Fazer a identificação segura e correta da amostra e do paciente.
Q) Participar dos treinamentos do Comitê Transfusional.
R) Realizar o atendimento seguro as reações adversas.
S) Fazer o preenchimento adequado da FIT.
T) Promover a educação permanente dos técnicos de enfermagem sobre a prática transfusional segura.

VI — Disposição Geral

A) Este Regimento deverá ser aprovado pela Direção do Hospital antes de entrar em vigor.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comitê Transfusional	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Nomeação de membros do ComitêTransfusional	Diretoria Clínica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de transfusões realizadas separando por tipos de hemocomponentes. Planilha de descartes hemocomponentes. Relatórios de doadores	Relatórios com a direção sobre oandamento da comissão e resultados alcançados.	Membros do Comitê.	Mês 2
3	Elaborar RegimentoInterno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil epidemiológico de atendimento.	Relatório via sistema do númerode pacientes atendidos por profissional/especialidade.	Membros do Comitê.	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de transfusões realizadas separando por tipos de hemocomponentes. Planilha de descartes hemocomponentes. Relatórios de doadores	Relatórios com a direção sobre oandamento da comissão e resultados alcançados.	Membros do Comitê.	Mês 3
5	Desenvolvimento de diretrizes e protocolos;	Atualizar as diretrizes e fluxos de abordagem do possível doador de sangue e acompanhamento de notificações de reações	Revisão da literatura e manual doHemocentro em conjunto com NSP da instituição.	Membros do Comitê e NSP.	Mês 4

		transfusionais junto aoNSP.			
5	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de transfusões realizadas separando por tipos dehemocomponentes. Planilha de descartes hemocomponentes. Relatórios de doadores	Relatórios com a direção sobre oandamento da comissão e resultados alcançados.	Membros do Comitê.	Mês 4
6	Promover e organizar campanha interna de doaçãode sangue	Preparar a equipe que realizará a abordagemdo colaborador junto nas campanhas de doação de a sangue. E Sensibilização dasequipes.	Realizar divulgação das campanhas internas junto ao setorde Comunicação.	Membros do Comitê.	Mês 5
9	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas enúmero de sucessos decaptação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre oandamento da comissão e resultados alcançados.	Membros do Comitê.	Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
	Reuniões ordinárias;	Apresentar Compilado anual de transfusões realizadas, número de bolsas perdidas, número de reações notificadas, bem como aspectos negativos/dificultadoresde adesão ao processo de doação. Levantamento de propostas de melhorias próximo ciclo.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades demelhorias bem como os motivos que impactaram em não adesão ao processo de boas práticas na realização de hemotransfusão e segurança do paciente.	Membros do Comitê.	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

NÚCELO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

REGIM EN T O INTER N O DO NUCLEO DE QUALIDA D E E SEGUR AN ÇA DO HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO - HEJ

ABRANGÊNCIA

Este se aplica a todos os setores do Hospital Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ que, direta ou indireta mente, possam estar envolvidos com a segurança do paciente.

CAPÍTULO I - DO OBJETIVO

Artigo 1º - A criação do Núcleo de Segurança do Paciente de acordo com a RDC nº. 36/2013, tem como objetivo promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantaç ão da gestão de risco.

CAPÍT ULO III – DIRET RIZE S

- A melhoria contínua nos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- A disseminaç ão sistemátic a da cultura de segurança;
- A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- A garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

CAPIT ULO IV - DA ORGA NIZ AÇÃ O DO NUCLE O

Artigo 2º - Os membro s do núcleo deverão ser nomeado s pela diretoria clínica.

Artigo 3º - Os me mbros do núcleo terão ma ndato de 02 (dois) anos, prorrogáveis por igual período. Caso necessário saída de algum membro, o mes mo deverá ser substituído por outro membro indicado pela direção clínica.

CAPIT ULO V - DA SUBOR D INA ÇÃ O

Artigo 4º - Toda a equipe da NSP do hospital estará subordinada à diretoria clínica.

CAPITULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS

Ao Núcleo de Segurança do Paciente é incumbido:

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

II - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

III - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

IV - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VI - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

VIII - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

IX - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI - manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

CAPÍTULO VII - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A composição do Núcleo de Segurança do Paciente será a seguinte :

a) 01 representante do Corpo Clínico;
b) 01 representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
c) 01 representante da Enfermagem;
d) 01 representante da Farmácia Hospitalar;
e) 01 representante da Fisioterapia;
f) 01 representante da Psicologia;
g) 01 representante da Assistência Social;
h) 01 representante da Ouvidoria;
i) 01 representante da Engenharia Clínica;
j) 01 representante da Agência Transfusional;
k) 01 representante da Gestão de Qualidade;
l) 01 secretário Administrativo;
m) 01 gestor do NSP.

Artigo 6º - Novos integrantes da comissão só serão nomeados em Ata de Nomeação após três reuniões consecutivas, ou em casos excepcionais será nomeado de imediato com aprovação de todos os membros integrantes da comissão, sendo registrado em ata.

Artigo 7º - Cada membro deverá seguir suas atribuições de acordo com as descrições feitas e discutir os casos em equipe para tomada de decisões.

CAPÍTULO VIII - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º - O NSP realizará reuniões quinzenais, podendo ser convocada extraordinariamente quando necessário.

Artigo 9º - As reuniões, bem como seus conteúdos serão registradas em ata constando o nome dos membros participantes, além de assinatura de lista de presença.

Artigo 10º - Todas as ausências e modificações do cronograma devem ser justificada na Ata de reunião.

Artigo 11º - As atividades do hospital, também serão registradas em ata.

CAPÍTULO IX – DO PLANEJAMENTO

Artigo 12º - O NSP deverá apresentar no mês de dezembro o planejamento de suas atividades para o ano do seguinte, a ser avaliado e aprovado pela diretoria clínica do hospital.

CAPÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Artigo 13º - É de responsabilidade do NSP, atender as recomendaç ões do plano nacional de segurança do paciente.

Artigo 14º - O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo NSP.

Artigo 15º - A notificação dos eventos adversos, deverá ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15° (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

Parágrafo único – Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas, a partir da data do ocorrido.

Artigo 16º - Este regimento poderá ser modificado de acordo com as necessidades para melhor funcionamento da NSP.

Artigo 16º - Para registro das reuniões, deverá ser elaborada, Ata de reunião Cronograma Lista de presença, Planilha de controle de eventos adversos Notificação interna de eventos adversos e Notificação de eventos adversos pela Anvisa.

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar NQSP	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros do Serviço de Gestão da Qualidade	Gerencia de enfermagem/Qualidade	Mês 1
2	Elaboração do regimento interno do NSP	Políticas de segurança e regimento do serviço, método de notificação de incidentes, matriz de riscos	Acompanhar implementação	Membros do NSP	1° e 2°quinzena (Mês 1,2,3,4)
3	Protocolos de segurança do paciente	Definição e condutas padronizadas de acordo com protocolos clínicos	Acompanhar implementação	Membros do NSP	3° e 4°quinzena (Mês 1,2,3,4)
4	Meta 1: Identificação Correta do Paciente	Definição e condutas padronizadas de identificação do paciente.	Acompanhar implementação	Membros do NSP	1° e 2°quinzena (Mês 1,2,3,4)
5	Meta 2: Comunicação Efetiva	Padronizar comunicação efetiva durante na assistência gerada aos pacientes internados.	Acompanhar implementação	Membros do NSP	3° e 4°quinzena (Mês 1,2,3,4)
6	Meta 3: Melhorar a Segurança dos Medicamentos	Seguir os protocolos de boas práticas na cadeia medicamentosa.	Acompanhar implementação	Membros do NSP	1° e 2°quinzena Mês (5,6,7,8)
6	Meta 4: Cirurgia Segura	Aplicação do Check list de Cirurgia	Acompanhar implementação	Membros do NSP	3° e 4°quinzena Mês (5,6,7,8)

		segura em sua completitude de pacientes operatórios.			
6	Meta 5: Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados	Desenvolver e aderir ações de prevenção de infecção relacionadas a saúde.	Acompanhar implementação	Membros do NSP	1° e 2°quinzena Mês (9,10,11,12)
7	Meta 6: Reduzir o Risco de Danos aos Pacientes Resultantes de Lesões por Pressão e Quedas	Aplicação de protocolos de avaliação do risco e prevenção de quedas e lesão por pressão.	Acompanhar implementação	Membros do NSP	3° e 4°quinzena Mês (9,10,11,12)
8	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas e perfil de notificação de eventos adversos.	Membros da comissão e Direção Clínica	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

Comitê de Gerenciamento doa Pacientess com Risco de Longa Permanência Hospitalar

Capítulo I

Disposições preliminares, objetivos e características

Art. 1º Este regimento dispõe sobre o funcionamento do Comitê de Longa Permanência (CLP) do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEJ.

Art. 2º O CLP do HEJ é uma instância de assessoramento à gestão hospitalar, como uma das ações referentes à desospitalização e alta responsável no âmbito da Unidade de Clínica Médica (UCM) na instituição, atuando de acordo com as normas da Administração Pública, com os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, além dos princípios da legitimidade, economicidade, transparência e supremacia do interesse público.

Art. 3º O monitoramento prestado pelo CLP tem como objetivos:

I - manter os padrões de excelência, eficácia e eficiência nas atividades envolvidas pelo serviço, como uma das ações referentes à desospitalização e alta responsável no âmbito da UCM da instituição.

II - otimizar processos de trabalho, protocolos e rotinas, priorizando a ética e o bem-estar de seus pacientes e colaboradores.

Capítulo II Competências

Art. 4º O CLP possui as seguintes competências:

I - dar suporte à missão, à continuidade e à sustentabilidade institucional, pela garantia razoável deatingimento dos objetivos estratégicos do hospital;

II - implementar ferramentas de gestão da qualidade hospitalar (*Projeto Lean, Kanban,* entreoutros);

III - identificar oportunidades de melhoria dos processos de trabalho no serviço da UCM;

IV– propor, monitorar e revisar metas e indicadores de gestão da qualidade hospitalar, priorizandosempre a melhoria dos resultados;

V - monitorar a efetividade das ferramentas de gestão da qualidade hospitalar

implementadas;

VI – atualizar e executar mudanças oriundas de novos protocolos de saúde;

VII - propor capacitações e atualização do conhecimento para os colaboradores envolvidos nosprocessos de trabalho da UCM, sempre que necessário;

VIII – apresentar relatórios e resultados à governança HEJ, sempre que solicitado;

IX - colaborar com a adoção de práticas que institucionalizem a austeridade e gestão responsável dos recursos financeiros e/ou materiais do HEJ.

Capítulo III
Composição e mandato

Art. 5º Os membros do CLP serão designados por portaria da direção do HEJ, dentro do quadro efetivo de empregados/servidores, sem alterações de suas atribuições ou cargos durante sua participação no Comitê, o qual será composto por 1 (um) representante de cada área a seguir:

I – chefe da UCM, coordenador;

II – responsável técnico (RT) de enfermagem da UCM, vice-coordenador;

III – um enfermeiro;

IV – um farmacêutico;

V – um assistente social;

VI – um psicólogo;

VII – um fisioterapeuta;

VIII – um nutricionista;

IX – quatro médicos:

a) três médicos da UCM;

b) um médico do Núcleo Interno de Regulação (NIR);

X – um assistente administrativo;

XI- um fonoterapeuta.

§ 1º Poderão participar do Comitê residentes médicos e multiprofissionais, e estagiários autorizados em esquema de rodízio.

§ 2º Nos afastamentos e/ou impedimentos legais do coordenador, caberá ao vice-coordenador a gestão das ações do Comitê, com as competências e atribuições que lhe são inerentes.

§ 3º A função de membro do Comitê é indelegável, consistindo em encargo de trabalho, semacréscimo de carga horária e/ou vencimentos e vantagens.

Capítulo IV
Atribuições dos membros

Art. 6° São atribuições do coordenador do Comitê (e do vice, na ausência docoordenador):

I - coordenar e supervisionar as atividades do Comitê;

II - representar o Comitê em suas relações internas e externas;

III - instalar o Comitê epresidir suas reuniões;

IV - promover a convocação das reuniões;

V - tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer o voto de qualidade;

VI- indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessáriosà consecução da finalidade do Comitê;

VII – atualizar os membros do Comitê, junto à Superintendência, a cada alteração na equipe, paraemissão de nova portaria;

VIII - manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza de que tenha conhecimento por força de sua participação no Comitê, a qualquer tempo, mesmo estando desligado do Comitê ou da instituição, salvo em decorrência de decisão do próprio Comitê, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial, bem como de autoridade superior;

IX - participar pontual e assiduamente das reuniões ordinárias do Comitê, justificando as ausênciase afastamentos legais;

Art. 7º São atribuições dos demais membros do Comitê:

I – aplicar e relatar, nos prazos estabelecidos, os checklists que lhes forem atribuídos pelo coordenador;

II - comparecer às reuniões, proferir votos ou pareceres;

III - requerer votação de matéria, em regime de urgência;

IV - desempenhar outras atribuições que lhes forem estipuladas pelo coordenador;

V - apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê;

VI - manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza de que tenha conhecimento por força de sua participação no Comitê, a qualquer tempo, mesmo estando desligado do Comitê ou da instituição, salvo em decorrência de decisão do próprio Comitê, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial, bem como de autoridade superior;

VII- participar pontual e assiduamente das reuniões ordinárias do Comitê, justificando as ausênciase afastamentos legais.

Art. 8º O CLP contará com um assistente administrativo que terá as seguintes atribuições:

I – participar pontual e assiduamente das reuniões ordinárias do Comitê, justificando as ausênciase impedimentos legais;

II - preparar e encaminhar o expediente;

III - manter o controle dos prazos legais e regimentais, referentes aos processos que devam serexaminados nas reuniões do Comitê;

IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - lavrar termos de abertura e encerramento de atas, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob controle;

VI - providenciar, sob determinação do coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;

VII - encaminhar aos integrantes do Comitê a pauta das reuniões;

VIII - lavrar as atas das reuniões, para posterior aprovação do Comitê;

IX - providenciar arquivo de documentos pertinentes;

X - manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza de que tenha conhecimento por força de sua participação no Comitê, a qualquer tempo, mesmo estando desligado do Comitê ou da instituição, salvo em decorrência de decisão do próprio Comitê, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial, bem como de autoridade superior;

XI - manter, em meio eletrônico, os processos, as correspondências e demais documentos do Comitê.

Art. 9º A todos os membros do CLP é obrigatório o cumprimento do que determina o Regimentodas Comissões, Comitês, Núcleos e Grupos de Trabalho do HEJ.

Capítulo V Reuniões/Funcionamento

Art. 10. O Comitê se reunirá para discussão dos casos uma vez por semana, por uma hora, visandoà otimização do cuidado.

§ 1º As reuniões terão início no horário marcado, com quórum mínimo de 3 (três) membros e serãorealizadas nas dependências do HEJ.

§ 2º Todos os presentes deverão assinar a lista de presença.

§ 3º Todas as matérias colocadas em pauta devem ser discutidas pelos membros do Comitê, sendodados todos os encaminhamentos.

§ 4º A cada reunião será providenciada a elaboração de ata com registro dos trabalhos, encaminhamentos, conclusões e deliberações, sendo assinada por todos os membros.

Art. 11. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, consignado em ata da reunião seguinte, deixar de participar de 3 (três) reuniões consecutivas ou de 6 (seis) não consecutivas no período de 1 (um) ano, sendo substituído por indicação da coordenação do CLP à direção do HEJ.

Parágrafo único. A indicação do substituto para a Superintendência deverá ser efetivada no prazomáximo de 15 (quinze) dias.

Capítulo VI Disposições finais

Art. 12. Quando o Comitê tiver conhecimento de situações que contenham evidências de fraude oudanos ao erário, deve comunicar formal e imediatamente à direção do HEJ.

Art. 13. Os casos omissos serão discutidos em reunião e encaminhados para conhecimento da GASdo Hospital.

Art. 14. Este regimento poderá ser revisto sempre que a maioria dos membros do Comitê julgar necessário, ou mediante publicação de portarias, instruções normativas, leis ou outros atos normativos inovadores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União,2003.
3. Lei nº 13.303/2016.
4. Política Nacional de Humanização do SUS. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na Rede de Atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1		Elaboração de Regimento (REG)

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Gerenciamento Dos Pacientes Com Risco Para Longa Permanência Hospitalar

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros NIR	Gerencia de enfermagem/Qualidade/NIR	Mês 1
2	Elaboração do regimento interno do Comitê	Padronizar o acompanhamento e determinação de períodos de longa permanência por tipo de CID/ clínica dos pacientes internados	Acompanhar implementação	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Mês 2
3	Treinamento e capacitação da equipe	Capacitar equipe quanto a identificação dos pacientes com avaliação diária de longa permanência.	Aplicação de escalas	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Mês 3
4	Registros de mudanças de procedimentos de pacientes internados	Atualização de cadastros de novas AIHs	Acompanhar registros	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Mês 4
5	Monitoramento de taxas de permanências por clínicas	Avaliar casos de frequentes.	Acompanhar implementação	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Mês 5
6	Monitorar permanências de pacientes	Acompanhamento semanal de tempos	Favorecer o giro de leito e propiciar aumento de		Semanalmente todos os meses

		de permanências por setores e especialidades junto ao NIR.	internações e cumprimento de metas contratuais.		do ano
7	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas e perfil de pacientes de longa permanência.	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar e Direção Clínica.	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTADETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

REGIMENTO INTERNO

Capítulo I: Da finalidade

I. Compilar e analisar os dados estatísticos dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes na instituição;
II. Analisar os acidentes de trabalho ocorridos e as situações de risco com materiais perfuro cortantes durante a prática diária assistêncial;
III. Buscar medidas de controle para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes incluindo;
IV. Propor sugestões ou estratégias para reduzir os acidentes de trabalho que envolve a utilização de materiais perfurocortantes e expõe o colaborador ao risco biológico;
V. Colaborar e participar da seleção e padronização dos materiais perfuro cortantes com dispositivos de segurança;
VI. Dar suporte técnico quando da realização de testes nos materiais com dispositivos de segurança e ou solicitar que fornecedores executem capacitação antes de padronizar novos materiais ;
VII. Garantir que os trabalhadores sejam capacitados antes da adoção de qualquer medida de controle e de forma continuada para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;
VIII. Elaborar, implementar e atualizar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais perfuro cortantes.

Art. 1° O presente Regimento Interno tem por objetivo reger a composição, as atribuições, a estrutura, as competências e o funcionamento da Comissão de Biossegurança em Saúde;
Art. 2º A Comissão de Biossegurança em Saúde será composta pelo número de representantes definido pelo Hospital.
§ 1º Cada representante titular terá um suplente.
§ 2º Os membros titulares e suplentes da Comissão de Biossegurança em Saúde serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde e designados pelo Ministro da Saúde.

Capítulo II - Da área de atuação e da estrutura

Art. 3º Caberá à Comissão:

I. Participar, nos âmbitos nacional e internacional, da elaboração e reformulação de normas no âmbito da biossegurança;
II. Proceder ao levantamento e à análise das questões referentes à biossegurança, visando identificar seus impactos e suas correlações com a saúde humana;
III. Propor estudos para subsidiar o posicionamento da Instituição na tomada de decisões sobre temas relativos à biossegurança;
IV. Propiciar debates públicos sobre biossegurança, por intermédio de reuniões e eventos abertos à comunidade; e
V. Estimular a integração de ações dos diversos órgãos do Sistema Único de Saúde - SUS, nas questões de Biossegurança em Saúde.

Art. 4º Para cumprimento de suas finalidades, definidas neste Regimento Interno, a Comissão de Biossegurança em Saúde terá a seguinte estrutura:

- Coordenação;
- Apoio Administrativo;
- Grupos de Trabalho.

Seção I - Da Coordenação

Art. 5º O primeiro representante indicado pela Instituição, exercerá a Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde.

Subseção I - Do Apoio Administrativo

Art. 6º O Apoio Administrativo será prestado por servidores da Hospital à qual estiver vinculada a Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde e proverá o suporte necessário ao desenvolvimento de suas atividades.

Subseção II - Dos Grupos de Trabalho

Art. 7º Quando houver necessidade, serão constituídos, no âmbito da Comissão, Grupos de Trabalho com a atribuição de discutir e analisar questões referentes à biossegurança em saúde, além de elaborar documentos técnicos para subsidiar os membros da Comissão de Biossegurança em Saúde.

Art. 8° Os Grupos de Trabalho serão compostos por representantes dos setores, e das

entidades integrantes da Comissão de Biossegurança em Saúde.

§ 1º A Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde proverá o apoio administrativo necessário ao desenvolvimento das atividades dos Grupos de Trabalho e atenderá às solicitações de suas Coordenações.

§ 2º A participação dos integrantes dos Grupos de Trabalho, inclusive de suas Coordenações, fica vinculada à conclusão das metas definidas quando de sua criação e ao seu mandato na Comissão de Biossegurança em Saúde.

§ 3º Os Consultores de que trata o artigo seguinte poderão ser convidados a assessorar os Grupos de Trabalho.

Capítulo III - Das competências e das atribuições

Art. 9º Compete à Coordenação:

- convocar as reuniões da Comissão de Biossegurança em Saúde;
- dirigir as sessões da Comissão de Biossegurança em Saúde;
- submeter à Comissão de Biossegurança em Saúde todos os assuntos constantes da pauta de reunião;
- assinar os atos destinados a formalizar e documentar as decisões da Comissão de Biossegurança em Saúde;
- convidar a participar das reuniões, após consulta e aprovação da Comissão de Biossegurança em Saúde, consultores para auxiliar na discussão de casos específicos;
- convocar reuniões extraordinárias;
- distribuir aos membros da Comissão de Biossegurança em Saúde matérias para seu exame e parecer;
- zelar pelo cumprimento das normas deste Regimento e resolver as questões de ordem;
- representar ou indicar representante da Comissão de Biossegurança em Saúde nos atos que se fizerem necessários, respeitada a natureza de suas atribuições.

Art. 10º Compete ao Apoio Administrativo:

- apoiar administrativamente a Comissão de Biossegurança em Saúde;
- manter arquivos e registros de documentos e atividades relacionadas à Comissão de Biossegurança em Saúde;
- elaborar atas e memórias das reuniões;
- manter grupo eletrônico de discussão no âmbito da Comissão de Biossegurança em Saúde;
- divulgar, em âmbito nacional, as atividades da Comissão de Biossegurança em Saúde, por sua determinação;
- encaminhar documentos produzidos ou solicitados pelos membros;

- exercer outras funções administrativas, a critério da Coordenação, necessárias ao bom desempenho das atividades da Comissão de Biossegurança em Saúde.

Art. 11º São atribuições dos membros:
-comparecer, participar e votar nas reuniões da Comissão de Biossegurança em Saúde;
-aprovar as pautas e memórias de reunião, elaboradas pela Coordenação;
- propor a convocação de reuniões extraordinárias da Comissão de Biossegurança em Saúde;
- examinar e relatar expedientes que lhes forem distribuídos pela Coordenação, dentro dos prazos estabelecidos de saúde;
-propor atividades de interesse para a Comissão de Biossegurança em aprovar, em reunião plenária, os Grupos de Trabalho, seu âmbito, duração e escopo de trabalho; e
- indicar, dentre eles, os dirigentes da primeira reunião dos Grupos de Trabalho, em que se escolherá sua Coordenação.
Parágrafo único. Os membros titulares, em suas faltas, serão substituídos pelos respectivos suplentes nas reuniões da Comissão de Biossegurança em Saúde, com iguais atribuições.

Art. 12º Compete aos Grupos de Trabalho:

- indicar a Coordenação do Grupo de Trabalho, em sua primeira reunião, a qual irá conduzir e coordenar as reuniões técnicas relacionadas à matéria sob seu exame;
- propor a alteração de sua composição à Coordenação; e
- apresentar relatórios das atividades desenvolvidas pelo seu Grupo de Trabalho, nas reuniões plenárias da Comissão de Biossegurança em Saúde, podendo indicar relator para fazê-lo.

Art. 13º Aos Consultores cabe subsidiar a Comissão de Biossegurança em Saúde e Grupos de Trabalho, em assuntos específicos.

Seção III - Das Reuniões

Art. 14º A Comissão de Biossegurança em Saúde reunir-se-á, ordinariamente, conforme calendário definido pelo Plenário, quando da primeira reunião anual e, extraordinariamente, por convocação da Coordenação ou a requerimento da maioria simples de seus membros.
§ 1º A Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde dirigirá as reuniões ordinárias e extraordinárias, com direito a voto simples.
§ 2º Na impossibilidade de comparecimento da Coordenação dirigirá os trabalhos um membro escolhido entre os demais presentes à reunião.
§ 3º Tanto os membros titulares quanto os suplentes, serão sempre convocados para participar

das reuniões, com 7 (sete) e 5 (cinco) dias de antecipação, respectivamente para as ordinárias e para as extraordinárias.

§ 4º Nos casos em que o titular e seu suplente estiver impossibilitado de comparecer à reunião, deverá comunicar seu não comparecimento com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro horas) e apresentar justificativa formal a Coordenação da Comissão.

§ 5º As reuniões obedecerão à pauta formulada pela Coordenação, aprovada pela Direção da Unidade..

§ 6º O pedido de inclusão de assuntos para discussão poderá ser dirigido à Coordenação, por qualquer membro, com antecedência mínima de 10 (dez) dias da data de realização da reunião, ou apresentado durante a aprovação de sua pauta pelo Plenário.

§ 7º As reuniões serão instaladas com a presença mínima de maioria simples dos membros presentes, inclusive os suplentes dos titulares que não tiverem comparecido.

§ 8º A Coordenação ou quem estiver dirigindo a reunião poderá suspendê-la por tempo determinado, quando julgar necessário.

§ 9º O membro presente à reunião poderá solicitar, em qualquer fase dos trabalhos, salvo se já anunciada a decisão, a retirada de matéria de sua autoria ou pedir vista da que estiver em discussão, que será apreciada na próxima reunião ordinária ou extraordinária, sempre respeitando prazo não inferior a 30 (trinta) dias.

§ 10º Anunciado pela Coordenação o encerramento da discussão, a matéria será submetida a aprovação.

§ 11º A aprovação das matérias ocorrerá prioritariamente por consenso ou, se não for alcançado, por maioria simples do Plenário.

§ 12º Os trabalhos de cada reunião, em especial as deliberações, serão registrados em memória, que, aprovada pelo Plenário, será divulgada para todos os membros, titulares e suplentes, e arquivada na Coordenação.

Capítulo IV - Disposições Gerais

Art. 15º Os casos omissos ou as dúvidas de interpretação deste Regimento serão resolvidos ou referendados pelo Plenário.

Parágrafo único. Em casos excepcionais, a Direção em conjunto com a Coordenação tratará os casos omissos ou as dúvidas de interpretação do Regimento, e suas decisões deverão ser referendadas em Plenário.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Acidentes Com Material Biológico

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão de Acidentes com material biológico.	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros atuantes no serviço.	SESMT	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 1
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades.	Será solicitado ao SESMT e representantes eleitos.	A própria comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 2
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança	Membros da comissão	Mês 3

		analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.		
7	Padronização de insumos para saúdes;	Propor reuniões frequentes de padronização junto aos serviços assistenciais	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão/Representantes de Compras/Farmácias/Enfermagem	Mês 3
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios dos tipos de acidentes biológicos ocorridos no ano, número de afastamentos de colaborador bem como medidas tomadas para mitigar os riscos.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias com as áreas assistências, diretoria e prestadores de serviço.	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA
REGIMENTO INTERNO

CAPÍTILO I: DA DEFINIÇÃO

Da Natureza e do Objeto da Comissão:

Art. 1 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é um órgão colegiado com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos e produtos para saúde. A CFT atua de forma consultiva, deliberativa e educativa, cujas ações estão voltadas para a assistência farmacêutica, sendo responsável pelo processo de seleção, ultilização, acompanhamento e avaliação do uso racional dos medicamentos e produtos para saúde e pelo desenvolvimento de ações para garantir o seu uso seguro e racional.

Art. 2 - A Comissão tem como objetivo principal assessorar a Coordenação de Assistência Farmacêutica nas seguintes atribuições:

Padronização: Definir a lista de medicamentos a serem utilizados na instituição, considerando critérios de eficácia, segurança e custo-benefício.
Aquisição: Estabelecer os critérios para a compra de medicamentos, garantindo a qualidade e a disponibilidade dos produtos.
Armazenamento: Definir as condições adequadas para o armazenamento de medicamentos, visando garantir sua integridade.
Prescrição e Dispensação: Estabelecer protocolos e normas para a prescrição e dispensação de medicamentos.
Farmacovigilância: Implementar um sistema de monitoramento dos efeitos adversos dos medicamentos, visando à segurança dos pacientes e à geração de dados para a avaliação de riscos.

CAPÍTULO II: DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 3 - São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ

a) Assessorar a coordenadoria de Assistência Farmacêutica nos assuntos referentes aos medicamentos padronizados ou não;
b) Revisar sistematicamente a relação de padronização atualizando-a de acordo com as necessidades expressas por seus prescritores;

c) Avaliar e emitir pareceres sobre as solicitações de inclusão, exclusão e avaliação dos medicamentos padronizados;
d) Propor e elaborar projetos de educação permanente na área de abrangência da assistência farmacêutica;
e) Organizar e manter atualizada a listagem padrão de fármacos e congêneres a serem utilizados pelo Hospital, tendo em vista a eficiência terapêutica;
f) Adotar medidas visando evitar a desnecessária duplicação de substâncias básicas ou associações similares com nomes comerciais diferentes;
g) Acompanhar estudos e pesquisas de fármacos, medicamentos ou congêneres, sob o ponto de vista clínico, químico, farmacocinético e farmacodinâmico sobre sua eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
h) Manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre fármacos, medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, com programação especial, contendo:

I. Listagem-padrão;
II. Dados farmacológicos e clínicos;
III. Reações adversas;
IV. Ocorrências na ministração.

i) Desempenhar papel consultivo e educativo divulgando, no âmbito da instituição, esclarecimentos sobre fármacos e congêneres e utilização de substâncias potencialmente tóxicas;
j) Colaborar nas atividades de ensino e pesquisa;
k) Implementar ações referentes ao sistema de inspeção da qualidade dos fármacos e congêneres.

CAPÍTULO III: DA COMPOSIÇÃO

Art. – 4 - A composição da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ será definida em ata da primeira reunião de implantação, com membros indicados pelo Conselho Diretor, e terá como componentes:

I. Diretor Clínico,
II. Diretor Administrativo.
III. Médico Coordenador da UTI Adulto
IV. Médico Coordenador da UICN
V. Farmacêutico RT
VI. Enfermeiro Coordenador de Setor.

Art. 5 - Fica estabelecido que a substituição de nomes desta comissão se dará em reunião imediatamente após o afastamento do mesmo.

Art. 6 - Será automaticamente substituído o membro desta comissão que faltar a 03 (três) reuniões sucessivas sem justificativa relevante, neste caso o setor representado deverá indicar novo membro.

CAPÍTULO IV: DO FUNCIONAMENTO

Art. 7 - A CFT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 8 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital terá como secretário executivo o farmacêutico RT que terá como responsabilidade a organização de pauta de reuniões elaboração da ata, devendo tornar público as decisões por elas tomadas.

Art. 9 - Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica terão também um mandato de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos. Entretanto perderá o mandato o membro de, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Art. 10 - Os representantes das áreas/unidades de que tratam do artigo 4º, serão indicados pelo Superintendente do Hospital, após ouvir os diretores daquelas áreas/unidades.

Parágrafo único - Deixará de fazer parte da Comissão o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano

Art. 11 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica se reuniria anualmente ou em regime extraordinário por convocação de 2/3 de seus membros.

Art. 12 - A ata da reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica deverá conter o nome dos membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações e pereceresdefinidos.

Art. 13 - Os integrantes da CFT deverão ter total independência no exercício das suas funções e na tomada das decisões mantendo, sob caráter confidencial, as informações recebidas e não deverão ficar sujeitos a qualquer tipo de pressão, seja por parte de superiores hierárquicos ou por interessados no parecer.

Art. 14 - Os componentes da CFT deverão abster-se de tomada de decisão, quando estiverem diretamente envolvidos com o objeto da avaliação.

Art. 15 - A aquisição de medicamentos não padronizados deverá ter prévia análise da direção administrativa e sua compra não significa a sua padronização, devendo o prescrito preencher o formulário próprio à disposição nos setores.

Art. 16 - A aquisição e dispensação de antimicrobianos estará condicionada às regras definidas pela Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistencia à Saúde (CCIRAS).

CAPÍTULO V: DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21 - A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infra-estrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 22 - Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 21° - Este Regimento Interno entrará em vigor a partir desta data podendo ser alterado a qualquer tempo.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comissão De Farmácia E Terapêutica	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe farmacêutica	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Realizar levantamento de consumo médio e medicamentos, revisando estoque mínimo, buscando melhor planejamento de reposição e armazenamento obedecendo princípios de boas práticas da cadeia medicamentosa.	Apresentar à direção o consumo diário e mensal dos insumos a fim de fortalecer o processo de compras e ou padronização de medicamentos de acordo com histórico de dispensação e perfil de pacientes. Através de relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Elaboração de protocolos e diretrizes terapêuticas baseados em evidências científicas, regulamentações e orientações nacionais e internacionais. Esses documentos devem abordar aspectos como a indicação, a posologia, as	A partir de padronização de medicamentos baseados em legislação vigentes e aprovados pelo órgão de fiscalização nacional (ANVISA).	Membros da comissão	Mês 3

		contraindicações, as interações medicamentosas, a monitorização e a duração do tratamento para diferentes condições clínicas.			
4	Avaliação contínua dos pacientes por auxílio da farmácia clínica	Realizar o acompanhamento das terapias e dos medicamentos utilizados na instituição, investigando suas indicações bem como posologias, tempo de uso e o respeito a cadeia medicamentosa.	Relatórios estruturados de uso de medicação por paciente, com tempo de utilização, posologia, confrontando com dados do paciente: tempo de permanência, diagnóstico inicial/definitivo/ sexo, idade entre outros dados para melhor interpretação e intervenção farmacêutica.	Membros da comissão	Mês 4
5	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros da comissão	Mês 5
6	Reuniões ordinárias;	Realizar levantamento de consumo médio e medicamentos, revisando estoque mínimo, buscando melhor planejamento de reposição e armazenamento obedecendo	Apresentar à direção o consumo diário e mensal dos insumos a fim de fortalecer o processo de compras e ou padronização de medicamentos de acordo com histórico de dispensação e perfil de pacientes. Através de relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 8

		princípios de boas práticas da cadeia medicamentosa.			
7	Reuniões ordinárias;	Realizar inventário anual de estoque de medicamentos bem como relatório final de consumo médio e medicamentos por setores baseados em perfil assistencial e por sensibilidade de uso de antimicrobianos Planejamento de ações de melhoria de processos para próximo fluxo.	Apresentar à direção o consumo diário e mensal dos insumos a fim de fortalecer o processo de compras e ou padronização de medicamentos de acordo com histórico de dispensação e perfil de pacientes. Através de relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTADETRABALHO PARAIMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES COMITÊ DE COMPLIANCE

REGIMENTO INTERNO – COMITÊ COMPLIANCE

I. Objetivos

Programas de Compliance têm por finalidade disseminar diretrizes voltadas para o atingimento do estado de conformidade e sustentabilidade dos negócios, possibilitando o aumento da prevenção de atos ilícitos, redução de perdas financeiras e de danos à reputação da instituição. É estar em conformidade com leis e regulamentos.

II. Abrangência

Todos os setores

Il. Diretrizes

1) Compliance

Um programa de compliance determina uma variedade de regras e procedimentos necessários para as práticas realizadas em uma instituição. Posturas de ética, transparência e qualidade na gestão pautam as principais exigências estabelecidas.

Na busca pela melhor relação com pacientes, colaboradores e fornecedores trazem maior confiança aos processos, seja por meio do atendimento, de medicamentos aplicados ou de materiais adquiridos, por exemplo. Dessa forma, condutas inapropriadas e atuações que fogem dos valores da instituição são combatidas.

A Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus está altamente empenhado em atingir o nível de excelência em Compliance. Por isso desenvolveu um Programa de Compliance fundamentado em três pilares: prevenir, detectar e responder, cujo foco principal, obviamente, está na prevenção, com ações fortes em comunicação, treinamento e definição de políticas, entre outras. Seja somente um conjunto de regras, mas sim a questão de atitude e, como parte do programa, um dos mais importantes é o princípio anticorrupção em todas as áreas de atuação da instituição.

2) Aplicação de Compliance

O Programa é voltado a todos os colaboradores e aos terceiros que prestam serviços de natureza permanente, temporária, excepcional ou eventual ao Hospital, e a todas às unidades geridas pela OSS HMTJ.

Está alinhado à Estratégia Corporativa, refletindo a Missão, Visão e Valores compartilhados entre as pessoas que fazem o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

2.1) Composição

O Comitê será formado por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos, eleitos em Ato de Nomeação pelo Diretor Presidente, sendo obrigatória a participação e de 1 (um) dos Diretores da Instituição.

O Comitê de Compliance é composto dos seguintes membros:

- Diretor Financeiro;
- Gerente de Controladoria;
- Representante dos Colaboradores;
- Representante Jurídico.

2.1.1) Os membros do Comitê elegerão 1 (um) Presidente pela maioria absoluta de votos, na primeira reunião que ocorrer após a posse de tais membros, ou sempre que ocorrer vacância naquele cargo ("Presidente").

2.2) Conheça bem a sua organização

Conhecer, monitorar e estudar o cotidiano da organização é a maneira mais eficiente de identificar setores que precisam de aprimoramento e intervenção de um líder, de modo a se adequarem às normas e procedimentos preestabelecidos

2.3) Envolva todos os seus colaboradores e parceiros

É necessário fomentar o respeito às regras em nossos colaboradores. Para isso, é fundamental envolver a todos no processo. As pessoas são o maior bem de uma instituição, mas uma equipe desmotivada e mal gerenciada pode ser um risco à imagem da organização. Quando a gestão de pessoas não é realizada adequadamente, isso abre espaço para o desenvolvimento de condutas que não contribuem para o crescimento e podem afetar a reputação do negócio. Por isso, é essencial envolver seus colaboradores em seu projeto de compliance.

Porém, para conquistar a compreensão e o apoio da equipe, é necessário investir em transparência e clareza quanto aos objetivos do procedimento e as vantagens que isso vai trazer à instituição e a todos que nela trabalham.

2.4) Estimule uma cultura organizacional ética

A cultura organizacional pode ser definida pelos padrões de comportamento dentro do Hospital. Dessa maneira, estimular nossos colaboradores a adotarem

uma cultura organizacional ética e de respeito às leis, fica muito mais fácil prevenir problemas de desvio de caráter e de comportamento.

A proposta é para incorporar o compliance em seu dia a dia para que isso passe a ser algo natural e não uma imposição dos gestores e da Direção. Ressalta-se que uma cultura organizacional positiva e pautada na ética reflete no aumento da motivação, produtividade e segurança do trabalho executado. Os reflexos vão muito além do ambiente hospitalar, reverberando positivamente sua imagem em toda a sociedade.

2.5) Cuide para que as relações internas sejam justas

É extremamente importante saber premiar os colaboradores de maneira justa e de acordo com o bom trabalho desempenhado.

2.6) Monitore os processos

Primordial acompanhar de perto as tarefas e transações realizadas pela equipe visando avaliar os comportamentos de toda a equipe e detectar condutas inadequadas e em desconformidade com as regras. Com isso garantimos que a instituição tenha uma atuação sempre correta e pautada em processos éticos e legais.

3) Estratégia Corporativa

O Planejamento Estratégico é um processo sistemático por meio do qual são estabelecidos os objetivos estratégicos, indicadores e planos de ação, buscando o melhor direcionamento dos esforços e alocação dos recursos organizacionais.

No Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, o Planejamento Estratégico é revisado anualmente com o intuito de definir os Objetivos Estratégicos a serem perseguidos pela instituição no ano.

Missão:

Promover e prestar assistência à saúde, com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

Visão

2028: Ser referência Nacional para o Sistema Único de Saúde, pela Qualidade assistencial, gestão, ensino e pesquisa.

Valores:

- ÉTICA: Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos
- QUALIDADE E SEGURANÇA: Alcançar resultados consistentes gerando

valor para as partes interessadas. Cuidado centrado paciente

• HUMANIZAÇÃO: Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.

• INOVAÇÃO: Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

• SUSTENTABILIDADE: Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

4) Programa de Compliance



4.2) Avaliação de Riscos

Risco é a possibilidade de que o resultado realizado de um determinado evento seja diferente do resultado esperado, impactando negativamente a condição da organização de atingir objetivos previamente estabelecidos.

Conhecer as vulnerabilidades, os riscos e os objetivos do hospital são fundamentais para se estruturar uma avaliação assertiva, conjugando a probabilidade de ocorrência e os impactos que tais eventos teriam caso viessem a ser observados. O Hospital atuará com uma estrutura de gerenciamento de riscos que tem a finalidade de identificar, avaliar e mensurar, controlar, mitigar, monitorar e reportar os riscos, contribuindo para a manutenção da solidez da organização.

4.3) Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador

O Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador devem ser sempre respeitados em suas ações e decisões do dia a dia, e também devem servir de referência para os nossos colaboradores, prestadores de serviço e fornecedores.

Estabelecem os valores e determinam o padrão de comportamento que se espera do seu corpo funcional. Apresentam os compromissos e as diretrizes em relação ao seu público de relacionamento, deveres e comportamentos esperados no ambiente de trabalho.

4.4) Treinamento e Comunicação

Programas de treinamento e ações de comunicação são fundamentais para promover a cultura de Compliance. A definição de estratégia para elaboração de plano de treinamento e comunicação permite o encadeamento e multiplicação do conhecimento.

Será realizado ações de treinamento voltadas à promoção da capacitação, atualização e especialização dos seus colaboradores, em temas relacionados a controles internos, gestão de riscos, segurança. As ações de comunicação visam reforçar os temas abordados, divulgando a todos os colaboradores aspectos relativos a normas e procedimentos, políticas gerais e específicas, utilizando todos os canais disponíveis.

4.5) Controles Internos

São processos e práticas pelas quais a organização procura assegurar que todas as ações planejadas e aprovadas sejam executadas adequadamente, visando a salvaguarda dos ativos, a exatidão e confiabilidade das informações gerenciais e dos registros financeiros, a promoção da eficiência operacional e a aderência às políticas da organização. Tem por finalidade contribuir para a realização dos objetivos estratégicos e a perenidade da organização.

4.6) Canais de Denúncia

Permitem aos colaboradores, estagiários, aprendizes, trabalhadores de empresas contratada e parceiros comerciais, uma forma de alertar a organização, inclusive de maneira anônima, para potenciais violações ao Código de Ética e Normas de Conduta e outras políticas.

O canal de denúncia da OSS HMTJ está localizado no site, conforme a Foto 01, tendo facilidade de acesso, prontidão e capacidade de captar e analisar as informações recebidas.

Para acesso, entrar no site https://hmtj.org.br/, clicar em contato, na sequência em ouvidoria e escolher o setor que será notificado.



Foto 01: Canal de denúncia HMTJ

Logo depois vai aparecer o formulário como mostra a Foto 02, que deve ser preenchido com as informações pertinentes e ao final clicar em enviar.

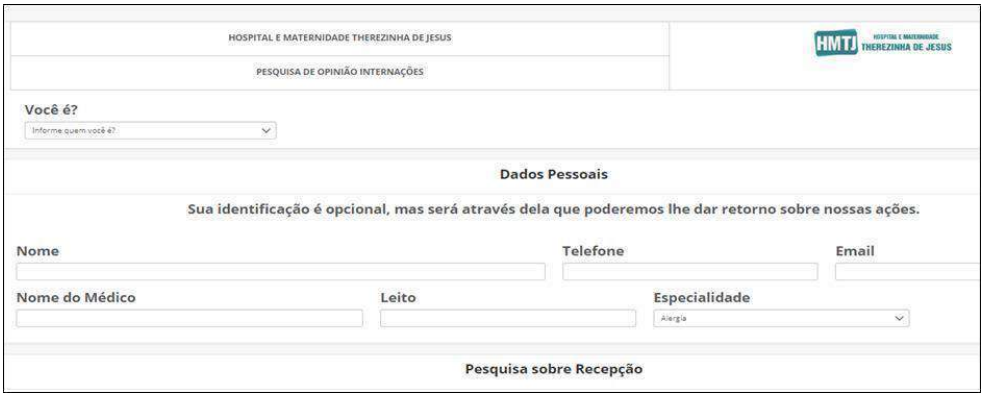


Foto 02: Formulário

São reconhecidos pela credibilidade e pelo compromisso de sigilo da fonte e confidencialidade das informações. As denúncias sobre desvios comportamentais, descumprimento de normas internas e eventual suspeita de ato lesivo qualificável como corrupção devem ser encaminhadas à Ouvidoria Interna.

4.7) Investigações Internas e Gestão das Consequências

O hospital dispõe de normativos, procedimentos específicos e fluxos definidos para o processo de investigação e apuração de responsabilidade e controle disciplinar, de forma segregada, autônoma e imparcial.

O descumprimento das diretrizes do Código de Ética e das Normas de Conduta pode resultar em sanções, de acordo com a gravidade da ocorrência, suas circunstâncias e o nível de participação de cada envolvido.

A condução deve ocorrer de forma independente e sigilosa, e a apuração deve ser realizada de forma profissional e isenta, utilizando mecanismos de investigação adequados.

A gestão de consequências exige metodologia e inteligência, com um processo impessoal e foco na apuração da verdade.

5) Monitoramento do Programa de Compliance

O Programa de Compliance é acompanhado periodicamente pela Direção com o propósito de avaliar o estado de conformidade do conjunto de orientadores.

Todo o monitoramento do programa é feito através dos setores da controladoria: auditoria interna, custos e contabilidade; Com base no nosso Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador; Pelas políticas institucionais; E pelo setor de ouvidoria.

5.1) Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador

O Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador é a expressão dos princípios éticos e valores da instituição, o qual orienta e norteia a atuação de todos os nossos administradores, colaboradores, representantes e terceiros, sem exceção. Seu conteúdo deve ser claro, não permitindo outras interpretações e deve ser seguido por todos, bem como estar amplamente acessível ao público externo.

Nele, estão contidas as expectativas a respeito do comportamento e da conduta dos administradores, colaboradores, representantes, terceiros e demais partes interessadas, durante suas atividades.

No Código de Ética e Conduta, são abordados de forma geral:

▪ Os princípios e diretrizes relacionados às questões de ética e conduta.

▪ Previsão de aplicação de Ações Disciplinares para desvios ao Código de Ética e Conduta.

▪ Existência do Canal de Denúncias e orientações sobre quando utilizar, bem como a garantia de anonimato e não retaliação ao denunciante.

O manual está disponível no software da qualidade e deverá ser atualizado, minimamente, a cada 02 (dois) anos, de acordo com novas necessidades da empresa, em decorrência de mudanças legais ou regulatórias ou institucionais.

5.2) Políticas Institucionais

A Instituição dispõe de um conjunto de políticas fundamentais que refletem nossos princípios e diretrizes para a condução dos negócios e suportam o Programa de Compliance, as quais devem ser conhecidas e aplicadas por todos. As políticas devem ser amplamente divulgadas e está disponível para consulta no software da qualidade.

Politicas	Objetivos
POLÍTICA DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS	Esta política define como os dados pessoais são protegidos pela Instituição nos processos de coleta, registro, armazenamento, uso, compartilhamento, enriquecimento e eliminação, em cumprimento aos preceitos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).
POLÍTICA DE GESTÃO DAQUALIDADE	Assegurar que o SGQ esteja estabelecido, implementado e mantidoconforme a norma ONA; Acompanhar o desempenho do SGQ; Assegurar o alcance/ acompanhamento dos requisitos das partes interessadas em toda organização; Garantir a implementação e o acompanhamento dos objetivos estratégicos; Acompanhamento da satisfação do cliente; Garantir a qualidade e a segurança do cuidado e dos serviços prestados.

POLÍTICA PARA EXECUÇÃO DE PAGAMENTOS E PRIORIDADE DE PAGAMENTOS EM CASO DEINADIMPLÊNCIA	Seguir as regras e dos padrões operacionais definidos para a execução dos pagamentos por parte da OSS HMTJ; Estabelecer os pontos de controle em relação aos pagamentos realizados e a realizar, por meio do Fluxo de Caixa; Assegurar a liquidação das obrigações financeiras da OSS HMTJ dentro dos prazos e condições estabelecidos com os fornecedores e em conformidade com esta política; Classificar a prioridade de Despesas para pagamento, seguindo as Diretrizes, tendo em vista possíveis inadimplências.
POLÍTICA DOS DIREITOS EDEVERES DO PACIENTE	Garantir o direito do usuário para promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde, cabendo a ele prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações.
POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES - SERVIÇOS	Padronizar o processo de Gestão de Contratos, qualificação e avaliação, melhorar o desempenho dos processos de aquisição edesenvolver estratégias para alinhar os fornecedores de serviço aos objetivos da organização.
POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES E GESTÃO DE SUPRIMENTOS	Padronizar o processo de gestão de suprimentos, melhorar o desempenho dos processos de aquisição de insumos, além de desenvolver estratégias para alinhar os fornecedores aos objetivosda organização.
POLÍTICA INSTITUCIONAL: DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS	A Política de Recursos Humanos é um conjunto de orientações, baseadas em crenças e valores, que devem nortear as relações de trabalho, dando sustentação às estratégias institucionais, de forma dinâmica e duradoura, objetivando assegurar a disponibilidade de pessoas qualificadas, saudáveis, seguras, motivadas e satisfeitas, que agreguem valor para os negócios da Entidade. A política de Recursos Humanos tem como objetivos principais identificar talentos, integrar, capacitar, desenvolver e valorizar os funcionários, a fim de qualificar os serviços prestados pelo hospital.

POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS	Estabelecer uma gestão financeira adequada, através de estudos eanálises voltadas para a mudança de processos; Garantir a eficiência máxima do sistema de gestão de custos avaliando seus impactos na eficácia e assegurando dessa maneira a efetividade; Fornecer, a todos os setores da instituição, informações referentes aos seus recursos, independente da natureza produtiva, despertando assim a corresponsabilidade, para que todos exerçamuma efetiva gestão dos custos; Oferecer para a diretoria as informações necessárias para a tomada de decisões ou soluções de problemas;
POLÍTICA DE SEGURANÇA, CONSISTÊNCIA E RASTREABILIDADE DA INFORMAÇÃO	O Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, está comprometida com a proteção de dados e informações pessoais que são compartilhados pelos usuários. Essa política tem como objetivo garantir a segurança dos dados e informações em meios físicos e digitais do paciente/cliente, levando em conta a coleta, a integração, a organização, o controle, a disposição a movimentação, o recebimento, o armazenamento, a conservação eo descarte das informações, tendo como base a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

5.3) Fluxo de Solicitações

O conjunto de controles de gestão que visa dar confiança e transparência nas informações da unidade, é tomada como base nas solicitações feita via sistema Fluig, enviado pela unidade solicitante sempre com base no Regulamento de Contratações de serviços, produtos e pessoas, e prestação de conta da OSS HMTJ.

A interação dos processos via Sistema Fluig segue um direcionamento de solicitação e aprovação de acordo com a atividade fim descrita nos procedimentos das áreas.

5.3.1) Contratos

O setor de contratos analisa as cotações recebidas do mercado, verificando se a proposta atende à necessidade da instituição para o motivo em que está sendo feita e se condiz em valores com os menores preços praticados. Os passos para a aprovação seguem o fluxo abaixo:

1) Solicitante: O usuário solicita a contratação de determinado serviço, informando todo o escopo de atividades e as necessidades demandadas.

2) Coord. Administrativa: Aprovar a necessidade da contratação com foco na real necessidade.

3) Direção unidade: Ter ciência e validar a prática da atividade fim.

4) Contratos: Fazer uma busca ativa no mercado e cotar com empresas proponentes a contratação do serviço demandado respeitando o Regulamento de Contratações de obras, serviços e compras da OSS HMTJ.

5) Responsável Técnico: Validar tecnicamente os orçamentos obtidos, aprovando a operacionalização da melhor proposta, com visita técnica caso o fornecedor seja considerado crítico.

6) Controladoria: Verificar se a proposta de melhor valor está em conformidade com o orçamento Base-zero da unidade.

7) Direção OSS HMTJ: Ter ciência e validar a prática da atividade fim na unidade conforme as premissas do Conselho Deliberativo da OSS HMTJ.

8) Contratos: Elaborar a Minuta para formalização do Contrato entre as partes.

9) Jurídico: Validar o Contrato proposto e liberar o mesmo para assinatura das partes.

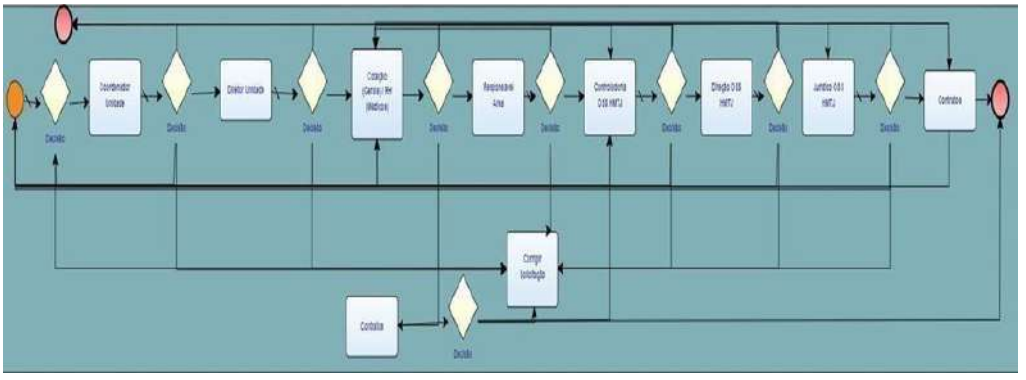


Figura 01: Fluxo de Aprovação setor de Contratos

5.3.2) Compras

O setor de compras da organização seleciona fornecedores para produtos e serviços com base na capacidade destes em atender os requisitos estabelecidos

conforme especificação das normas de Qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e atendimentos às especificações legais considerando ainda as diretrizes da Política de Qualificação de Fornecedores e Gestão de Suprimentos. Os passos para a aprovação estão descritos abaixo e mostrado na Figura 01.

1) Solicitante: O usuário abre a solicitação de compra, informando as necessidades e demandadas.

2) Area técnica: Validar tecnicamente a necessidade da compra.

3) Compras: Fazer a cotação com os fornecedores, respeitando o Regulamento de Contratações de obras, serviços e compras da OSS HMTJ.

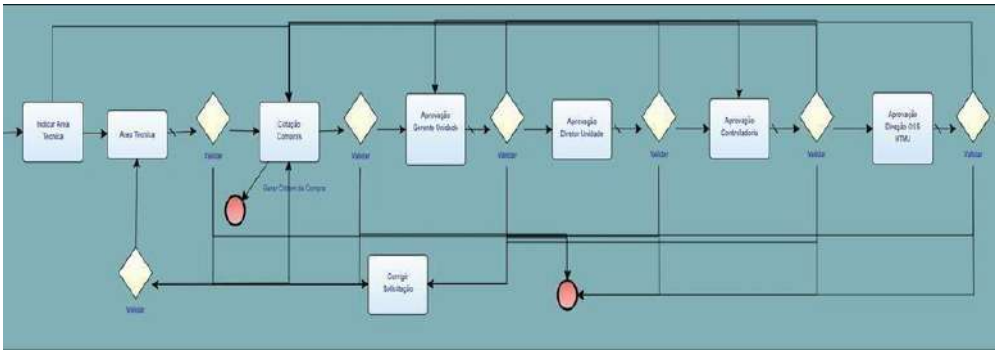
4) Gerente da unidade: Ter ciência e validar a prática da atividade fim.

5) Direção da unidade: Ter ciência e validar a prática da atividade fim.

6) Controladoria: Verificar se a proposta de melhor valor está em conformidade com o orçamento Base-zero da unidade.

7) Direção OSS HMTJ: Ter ciência e validar a prática da atividade fim na unidade conforme as premissas do Conselho Deliberativo da OSS HMTJ.

Figura 02: Fluxo de Aprovação setor de Compras



5.3.3) Alçada

Em caso de necessidade, o coordenador administrativo da unidade tem autonomia para realizar compras de insumos com valor até R$ 1.500,00, utilizando para tal o "caixa interno" disponibilizado mensalmente. Acima deste valor será necessário autorização assinada pela Direção Administrativa da OSS HMTJ.

5.3.1) Recursos Humanos

O setor de recursos Humanos é responsável por apoiar e dar suporte aos processos de captação e seleção de pessoas, utilizando como base informações definidas em nosso PEC, visando identificar o candidato ideal para uma vaga, percebendo se os valores deste colaborador estão compatíveis com os valores e cultura do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, por meio da definição de etapas e recursos técnicos a serem utilizados no processo de Recrutamento e Seleção com base na aplicabilidade da Política de Gestão de Pessoas, tem por alicerce, princípios constitucionais de legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade, portanto aplicada a todos os colaboradores da instituição. Em suma, implantar Política de Gestão de Pessoas, atendendo a legislação vigente e responsabilizando-se pela contratação de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

Na OSS HMTJ onde todos os recursos financeiros têm que ser geridos com o rigor, o planejamento de Recursos Humanos é imprescindível, como vista a fazer coincidir o número certo de trabalhadores, detentores das competências adequadas de acordo com o C.H.A. (Competências, Habilidades e Atitudes) definidos para cada cargo, com os objetivos, estratégias e valores definidos pela Entidade.

Os passos para a aprovação estão descritos abaixo e mostrado na Figura 03.

1) Solicitante: Abertura da vaga preenchendo todas as informações solicitadas

2) Priorização de vaga: As vagas serão trabalhadas por ordem de chegada do fluig, havendo necessidade de priorização, o responsável pela vaga destacará e justificará a maior necessidade de sua área.

2) Atração/ Recrutamento: A partir do recebimento do Formulário via FLUIG, o RH verifica perfil da vaga de acordo com o PEC e os melhores canais de divulgação desta vaga para recrutamento, priorizando quando possível, seleções internas, no intuito de retenção de talentos na Entidade. Logo em seguida o RH da unidade verificará necessidades para seguimento das etapas do processo (aplicação prova de conhecimentos específicos, avaliação de perfil comportamental, redação e dinâmicas, quando aplicável.

3) Recrutamento Interno: Processo de aproveitamento do capital humano interno, sendo sua política, a de sempre priorizar a seleção dentre os seus colaboradores. O recrutamento interno, visando valorizar os talentos de nossa organização e ocorre quando, havendo determinada vaga, a entidade procura preenchê-la por meio de processos seletivos e remanejamento de seus empregados

4) Recrutamento Externo: O RH providenciará a divulgação da vaga evidenciando os sites específicos de Oportunidades de Emprego, como: Linkedin, JF Empregos; mídias sociais, jornais internos e externos, parceiros (cursos técnicos e faculdades), para captação dos candidatos e simultaneamente fará uma busca no Sistema TOTVS Gestão de Pessoas, onde ficam armazenados os currículos que foram cadastrados para a vaga ou em nosso Site do HMTJ, no campo Trabalhe Conosco.

5) Seleção: Após a triagem dos currículos dentre os vários candidatos recrutados, cabe ao RH,

selecionar aqueles que são mais adequados aos cargos. Definir locais, datas e horários para as entrevistas antes mesmo de dar início ao processo seletivo. Entrar em contato com os candidatos através de e-mail, mensagens no WhatsApp ou contato por telefone. Receber os candidatos, apresentando aos mesmos a entidade, salário, benefícios, atividades a serem desenvolvidas no cargo anunciado e prazo para feedback do processo. Esclarecer dúvidas do candidato, caso ocorra e em seguida explicar as etapas do processo de seleção.

6) Finalização do Processo: A coordenação registrará no parecer final da entrevista por competência, a escolha e aprovação do candidato e suas justificativas para o RH. Diante dessa definição será acordada a data prevista para o início das atividades.

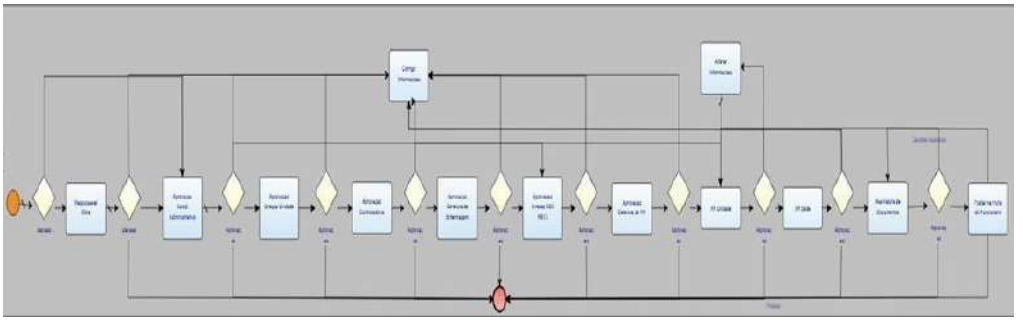


Figura 03: Fluxo de Aprovação setor de Recursos Humanos

5.4) Controladoria

A controladoria é responsável por facilitar o acesso de dados financeiros e contábeis da organização. Esses dados dão suporte para os gestores em reuniões e momentos importantes nas decisões que visem mudanças e crescimento. Dessa forma, a preocupação da organização existe para garantir o cumprimento de processos e entregas de qualidade para seus clientes. Além disso, prevê a manutenção de sua marca no mercado. Se não atuar em conformidade, o risco de sanções legais e financeiras passa a ser alto e a reputação da empresa entra em jogo. Na busca por transparência e desejo por ampliação em atuação no país, é

importante investir em um ambiente positivo, onde as regras são devidamente cumpridas.

Um dos meios de controle utilizado pelo HMTJ é o sistema Fluig, que centraliza e registra dados da organização em um único local, por meio de uma comunicação colaborativa. Nesse sistema é realizado todas as prestações de contas, que são enviados ao setor da auditoria interna para que seja feita a conferência dessas contas. As prestações de custos são realizadas quadrimestralmente e realizamos também os lançamentos no portal transferência mensalmente em cumprimento à normativa legal.

No HMTJ a controladoria possui 3 subsetores de apoio listados abaixo:

5.4.1) Auditoria Interna

A auditoria interna é o setor cuja atividade se destina a observar, analisar, investigar, questionar e propor. Trata-se de um controle administrativo, cuja função é avaliar a eficiência e eficácia dos outros controles, desempenhando um papel de grande relevância, ajudando a eliminar desperdícios, evitar fraudes, otimizar e simplificar tarefas, servir de ferramenta de apoio à gestão e transmitir informações aos administradores sobre o desenvolvimento das atividades executadas.

Esta área atua como setor isento e independente aos processos de execução operacional, se reportando à Controladoria e Direção, e possui como principal objetivo garantir a transparência institucional por meio da correta execução dos processos operacionais, contábeis e financeiros, além de atuar como ferramenta para proposição de melhorias contínuas aos processos, beneficiando a instituição em liderança, transparência e eficácia na criação, manutenção e aprimoramento de controles internos.

O intuito é beneficiar a instituição com um melhor controle de seu patrimônio, procurando reduzir a ineficiência, negligência e incapacidade. Com essa ferramenta de controle administrativo a empresa se beneficiará dos diagnósticos, quanto à obediência às normas e procedimentos internos, possíveis áreas de risco, possibilitando a administração tomar as decisões necessárias.

O setor de Auditoria Interna recebe para análise toda documentação comprobatória relativa aos pagamentos provenientes das atividades executoras que geram despesas para a instituição, a saber: prestação de serviços, execução de compras, contratação de recursos humanos e remuneração de pessoal, despesas operacionais de fundo fixo de caixa interno e despesas de viagem. Cada tipo de despesa possui sua especificidade documental necessária para a comprovação e validação das despesas para pagamento.

Todas as despesas provenientes da prestação de serviços, execução de compras e pessoal passam por trâmite de aprovação das áreas competentes antes da sua execução, garantindo o cumprimento das políticas institucionais, legislação vigente e demais exigências necessárias. Já as despesas operacionais de fundo fixo de caixa rotativo e despesas de viagem são analisadas mediante prestação de contas dos valores gastos, onde os responsáveis recebem os valores gastos após as devidas comprovações, justificativas e autorização de todas as áreas competentes.

Após execução das despesas, os setores Administrativo, Almoxarifado e Departamento Pessoal efetuam os lançamentos financeiros em sistema informatizado para pagamento juntamente com toda documentação comprobatória, validada e autorizada para comprovação e justificativa da execução das despesas, mediante validação da gestão administrativa local e demais áreas envolvidas em cada processo, que são responsáveis pela fiscalização da execução de cada processo que gere despesas para pagamento.

Em seguida, toda documentação disponibilizada por meio de sistema informatizado é enviada via malote para conferência e validação da Auditoria Interna. Os documentos somente são liberados para pagamento após validação documental, confrontada com as diretrizes de cada processo (ex: contratos, cotações, manuais de reembolso de viagem e fundo fixo de caixa, etc.), garantindo a transparência e correta execução dos processos.

5.4.2) Custos

Custos compõe todos os gastos e investimentos necessários para que a organização realize suas atividades e produza. Em especial, a gestão de custos serve para direcionar o planejamento estratégico de um negócio. Feita de maneira eficiente contribui para a saúde financeira da empresa.

No HMTJ o setor é responsável por elaboração de orçamento, fazer levantamentos quantitativos, contabilidade de custos, relatórios gerenciais e com a gestão de pessoas, elaborar pré- orçamentos para análise de viabilidade, atendendo às especificações de cada projeto. Sinalizar inconsistências e pontos de alerta nos projetos em questão, contribuir com a otimização de ferramentas internas, buscando precisão e agilidade nos trabalhos apresentados. Elaborar orçamentos base, atendendo às especificações dos projetos, acompanhar e assegurar o cumprimento de prazo no envio de relatório de atividade e prestação de contas, elaborar e acompanhar a elaboração de orçamento, relatório de atividade e prestação de conta. Realizar análise do gasto do projeto, elaborar e acompanhar a elaboração do orçamento, do relatório de atividade e da prestação de contas, documentar e sistematizar o resultado da atividade e preparar o

relatório periódico de acompanhamento interno.

Além de todo preparo e entrega do relatório da Prestação de Contas, buscando a preservação da transparência nas gestões operacionalizadas por esta Instituição, por meio de um mecanismo de Software toda a relação de documentação que compõem a prestação de contas é disponibilizada em um Portal da Transparência da Entidade de amplo acesso a qualquer indivíduo, fornecendo informações mensais, quadrimestrais e anuais, financeiras, contábeis e de pessoal. Além disso, a disponibilização de informações assistenciais, como escalas e coberturas de atendimento.

5.4.3) Contabilidade

O setor realiza um conjunto de práticas para garantir o cumprimento correto e coerente de todas as exigências da legislação em relação à contabilidade empresarial. Ele atua por meio de três vias.

A primeira frente de atuação é a gestão de riscos, que busca localizar as falhas e solucionar. A proposta é gerenciar essas questões, para evitar que elas se concretizem em um problema, ou seja, você encontra os pontos falhos para fortalecer esses itens.

Outra via de ação é a governança corporativa, que trabalha para que a gestão corporativa seja ética e transparente, levando em consideração os objetivos estratégicos da organização. A proposta é alinhar metas a uma gestão correta e respeitosa com as normativas. Busca, assim, criar meios de execução eficientes, funcionais e que evitem falhas.

Há também a via da gestão de processos, buscando estabelecer rotinas e procedimentos para a eficiência, qualidade e conformidade com as normativas.

O objetivo é promover a inspeção constante das práticas contábeis, mapear as atividades associadas à contabilidade, avaliar os objetivos do negócio, mensurar riscos e promover a adequação às leis. Reduzindo assim a incidência de fraudes, desvio de recursos, melhoria na tomada de decisão e positivar a imagem da instituição.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TECNICA / DIRETORIA CLINICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comitê De Compliance	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comitê	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe multiprofissional	Diretoria Clínica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Realizar monitoramento e auditoria para avaliar o cumprimento das políticas e procedimentos de conformidade.	Apresentar ao serviço a quantidade de inconformidades encontradas e ou denúncias junto aos conselhos que o serviço em relatório sistematizado.	Membros do comitê	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação de das políticas e procedimentos de conformidade durante todo processo assistencial e documentação gerada.	A partir de recomendação dos Conselhos e baseadas em Direitos e deveres dos pacientes e leis da LGPD.	Membros do comitê	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Realizar monitoramento e auditoria para avaliar o cumprimento das políticas e procedimentos de conformidade.	Apresentar ao serviço a quantidade de inconformidades encontradas e ou denúncias junto aos conselhos que o serviço em relatório sistematizado.	Membros do comitê	Mês 6
5	Definição das responsabilidades	Realizar a revisão e aprovação de políticas e	Análise da a implementação de treinamentos de conformidade e a elaboração de relatórios regulares	Membros do comitê.	Mês 4

		procedimentos de conformidade, o monitoramento do cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis, a identificação e mitigação de riscos de não conformidade, a investigação de denúncias de irregularidades.	para a alta administração.		
6	Reuniões ordinárias;	Realizar monitoramento e auditoria para avaliar o cumprimento das políticas e procedimentos de conformidade.	Apresentar ao serviço a quantidade de inconformidades encontradas e ou denúncias junto aos conselhos que o serviço em relatório sistematizado.	Membros do comitê	Mês 10
7	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros do comitê	Mês 5
8	Treinamento sobre diretrizes e as expectativas da empresa em relação à conformidade legal e ética.	Treinamentos devem abordar áreas como anticorrupção, lavagem de dinheiro, proteção de dados, concorrência justa, conflito de interesses e	Aplicação de treinamentos específicos à pratica de acordo com perfil de ocorrências instituição.	Coordenador do Comitê	Mês 6

		qualquer outra legislação ou regulamento relevante para a organização.			
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar Número de ocorrências durante o ano e planejamento de ações futuras de melhorias do processo e serviço.	Apresentar para Direção a partir de relatório estruturado.	Coordenador do Comitê	Mês 12

Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil - Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de AtividadeAnual

Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil - Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual

É de interesse da OSSHMTJ a criação do Comitê Interno de Investigação do Óbito Materno e Infantil no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, reconhecendo a importância da saúde materna e infantil e se comprometendo com a busca contínua pela excelência nos cuidados prestados. A criação deste comitê é uma iniciativa essencial para promover uma assistência mais segura, eficiente e humanizada.

Justificativa:

A mortalidade materna e infantil continua sendo uma preocupação global na área de saúde pública. Apesar dos avanços alcançados em muitos países, ainda existem desafios a serem enfrentados para garantir uma assistência adequada a mulheres grávidas e a crianças em seus primeiros anos de vida. Nossa Instituição de Saúde/Organização reconhece a importância de se dedicar a esse tema e implementar ações que possam contribuir para a redução desses índices.

Objetivos do Comitê:

- Avaliar e monitorar os indicadores de mortalidade materna e infantil na Instituição de Saúde/Organização.
- Constitui-se num importante instrumento de avaliação da assistência de saúde para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção, contribuindo para o melhor conhecimento sobre os óbitos e a redução de mortalidade.
- Elucidar as circunstâncias da ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetais, identificar e propor medidas de melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade materna, perinatal e infantil;
- Realizar o diagnóstico local da mortalidade infantil, seus componentes, os principais problemas relacionados e distribuição na população no nível local (estadual / regional /municipal);
- Divulgar a magnitude e a importância da mortalidade infantil, além de subsidiar o conhecimento sobre o seu conceito, seus componentes (neonatal precoce, neonatal tardio, pós-neonatal e fetal) e o cálculo das taxas;
- Sensibilizar e envolver os profissionais de saúde e a sociedade sobre a importância e a gravidade da mortalidade materna, infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo;

- Identificar os óbitos infantis como eventos-sentinelas, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com o adequado funcionamento da assistência de saúde;
- Estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados;
- Identificar os problemas e as circunstâncias de ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetais para melhorar o conhecimento sobre a mortalidade infantil e perinatal e as possibilidades de intervenção;
- Avaliar os serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança;
- Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, neste caso a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento (prontuários de atendimento ambulatorial e hospitalar, cartão de Gestante e Cartão da Criança);
- Identificar e recomendar as estratégias e as medidas de saúde necessárias para a redução da mortalidade materna, infantil e perinatal, com destaque para as mortes porcausas evitáveis.

Suas funções:

- Investigar os óbitos infantis e fetais segundo critérios estabelecidos pelo Comitê Nacional
  / Estadual / Regional e de acordo com a realidade e o interesse local, assumindo como uma responsabilidade institucional, incorporando como rotina do serviço;
- Promover a integração com os Comitês Municipal / Regional para a troca de informações e análise dos casos, de modo a contribuir para o adequado funcionamento da investigação de óbitos no nível local;
- Divulgar sistematicamente os resultados, com elaboração de material específico (relatório / boletim periódico) para sensibilização dos profissionais;
- Promover o aprimoramento das Declarações de Óbitos (DOs), incentivando seu correto preenchimento e melhora na qualidade das informações, tanto da DO, como doprontuário;
- Realizar as correções necessárias das informações;
- Enviar relatórios/encaminhamento à Secretaria Municipal/Estadual de Saúde dos registros avaliados;
- Contemplar a totalidade dos eventos ocorridos na instituição;
- Avaliar periodicamente os principais problemas observados no estudo dos óbitos para identificação das medidas necessárias de intervenção no âmbito interno do hospital, bem como da rede de assistência de saúde no nível local, para a redução da mortalidade infantil e perinatal.

Dias e horários da reunião

- As reuniões são mensais, orienta-se a escolha da última semana do mês.
- Horário das reuniões: a definir
- Local: Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.

Composição do Comitê:

O Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil será composta por profissionais de diferentes áreas, incluindo, mas não se limitando a:

- Médicos obstetras e pediatras
- Enfermeiros obstetras e pediátricos
- Representantes da administração da Instituição de Saúde/Organização
- Farmacêuticos
- Psicólogos e assistentes sociais
- Profissionais de saúde ambiental
- Outros profissionais relevantes.

Cronograma Proposto:

- Apresentação da proposta e aprovação da criação do comitê
- Convocação e seleção dos membros do comitê
- Realização da primeira reunião do comitê para definição dos objetivos e planejamento das ações
- Desenvolvimento dos planos de ação e estratégias
- Implementação das ações de prevenção e redução da mortalidade materna e infantil
- Avaliação dos resultados e elaboração de relatórios
- Apresentação dos resultados e recomendações à administração

A criação do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil é um passo essencial para aprimorar a qualidade dos cuidados materno-infantis oferecidos nesta Instituição de Saúde/Organização. Possibilitando durante o processo de investigação identificar os gargalos da assistência e mobilizar a participação dos níveis de atenção em prol de uma assistência segura para as gestantes e consequentemente a redução das taxas de mortalidade materna e infantil.

REGIMENTO INTERNO DA COMITÊ INTERNO DE PREVENÇÃO DE MORTALIDADE MATERNA E ÓBITO INFANTIL

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Comitê Interno de Prevenção De Mortalidade Materna e Óbito Infantil Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ é um organismo interinstitucional de caráter eminentemente educativo, congregando instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com a participação multiprofissional, cuja finalidade é identificar, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos maternos, infantis e fetais.

Art. 2º O comitê será criado em atendimento as seguintes determinações:

• - Portaria Interministerial nº 2.400, de 2 de outubro de 2007, que estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares, como hospitais de ensino, tendo constituído, em permanentefuncionamento, as comissões pertinentes a instituições hospitalares, entre outras, a Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal (para hospitais que possuam maternidade) e a Comissão de Óbitos.

• - Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008, do Ministério da Saúde, que regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos.

• - Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, do Ministério da Saúde, que torna obrigatória a Vigilância do Óbito Infantil e Fetal nos serviços de saúde (públicos e privados) que integramo sistema único de saúde (SUS).

• - Resolução nº 618/12 – CIB/RS, que regulariza, aprimora e uniformiza o processo de informações associadas aos óbitos maternos e de crianças menores de 05 anos.

Art. 3º O comitê constitui-se num importante instrumento de avaliação da assistência de saúde para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção, contribuindo para o melhor conhecimento sobre os óbitos e a redução de mortalidade.

Art. 4º A atuação do comitê é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva e cujas ações devem estar voltadas à investigação e análise sobre as causas de óbitos.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e desencadeadas pelo Presidente.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 5º O Comitê Interno de Prevenção De Mortalidade Materna e Infantil - tem os seguintes objetivos:

- - Elucidar as circunstâncias da ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetais, identificar e propor medidas de melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade materna, perinatal e infantil.

- - Realizar o diagnóstico local da mortalidade infantil, seus componentes, os principais problemas relacionados e distribuição na população no nível local (estadual / regional / municipal).

- - Divulgar a magnitude e a importância da mortalidade infantil, além de subsidiar o conhecimento sobre o seu conceito, seus componentes (neonatal precoce, neonatal tardio, pós-neonatal e fetal) e o cálculo das taxas.

- - Sensibilizar e envolver os profissionais de saúde e a sociedade sobre a importância e a gravidade da mortalidade materna, infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo.

- - Identificar os óbitos infantis como eventos-sentinelas, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com o adequado funcionamento da assistência de saúde.

- - Estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados.

- - Identificar os problemas e as circunstâncias de ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetaispara melhorar o conhecimento sobre a mortalidade infantil e perinatal e as possibilidades de intervenção.

- - Avaliar os serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança.

- - Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, neste caso a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento (prontuários de atendimento ambulatorial e hospitalar, cartão de Gestante e Cartão da Criança).

- - Identificar e recomendar as estratégias e as medidas de saúde necessárias para a redução da mortalidade materna, infantil e perinatal, com destaque para as mortes por causas evitáveis.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 6º O Comitê Interno de Prevenção De Mortalidade Materna e Infantil será constituída porprofissionais das seguintes categorias:

- - Médico obstetra.
- - Médico Pediatra.
- - Médico Neologista.
- - Médico Infectologista.
- – Enfermeira.
- - Representante do Sistema de informação de Mortalidade e Núcleo de Vigilância Epidemiológica.
- - Representante da Secretária Municipal de Saúde.

Parágrafo Único. O Comitê Interno de Prevenção De Mortalidade Materna e Infantil será composta de no mínimo de três componentes multidisciplinar, um dos quais será seu presidente designado pela Direção Geral da unidade.

Art. 7º O mandato dos integrantes do Comitê Interno de Prevenção De Mortalidade Materna eInfantil terá duração de quatro anos.

Parágrafo único. No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Superintendência para alteração da portaria de nomeação.

Art. 8º O Comitê Interno de Prevenção De Mortalidade Materna e Infantil - da unidade ficarávinculada à Superintendência.

Parágrafo Único. O comitê será assessorada pela Unidade de Apoio Corporativo/Superintendência e usufruirá de sua infraestrutura administrativa.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9. São atribuições do Comitê Interno de Prevenção De Mortalidade Materna e Óbito Infantil:

• - Investigar os óbitos maternos, infantis e fetais segundo critérios estabelecidos pelo Comitê Nacional / Estadual / Regional e de acordo com a realidade e o interesse local, assumindo como umaresponsabilidade institucional, incorporando como rotina do serviço.

• - Promover a integração com os Comitês Municipal / Regional para a troca de informações e análise dos casos, de modo a contribuir para o adequado funcionamento da investigação deóbitos no nível local.

• - Divulgar sistematicamente os resultados, com elaboração de material específico (relatório

/ boletim periódico) para sensibilização dos profissionais.

• - Promover o aprimoramento das Declarações de Óbitos - DOs, incentivando seu correto preenchimento e melhora na qualidade das informações, tanto da DO, como do prontuário.

• - Realizar as correções necessárias das informações.

• - Enviar relatórios/encaminhamento à Secretaria Municipal de Saúde/ 4ª CRS dos registros avaliados.

• - Contemplar a totalidade dos eventos ocorridos na instituição.

• - Avaliar periodicamente os principais problemas observados no estudo dos óbitos para identificação das medidas necessárias de intervenção no âmbito interno do hospital, bem como da rede de assistência de saúde no nível local, para a redução da mortalidade infantil eperinatal.

• - Produzir relatório mensal da análise da qualidade dos registros de óbitos institucionais.

• - Zelar pelo sigilo ético das informações.

Art. 10. São atribuições do Presidente da Comissão:

I - Convocar e presidir as reuniões. II - Indicar seu substituto.

• - Representar o comitê junto à Instituição, ou indicar seu representante.

• - Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros.

- - Fazer cumprir o regimento.

- - Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 11 O Comitê Interno de Prevenção De Mortalidade Materna e Infantil - reunir-se-á ordinariamente,mensalmente, conforme necessidade das demandas de atividades, com pauta, data, local e horário previamente definido e comunicado.

§ 1º As reuniões serão registradas em ata, contendo data, horário, nome e assinaturados membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas.

Art. 12 Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, a qualquer momento, para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente, peloVice- Presidente, na ausência do presidente, ou pela maioria dos membros.

Art. 13 Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos osmembros.

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14 O Comitê Interno de Prevenção De Mortalidade Materna e Infantil - norteará suas atividades por este regimento interno.

Art. 15 Este Regimento poderá ser alterado:

- - Após avaliação de desempenho, se for o caso.

- - Pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

- - Em ambos os casos, por proposta da Superintendência da unidade.

- Art. 16 O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma do Comitê Interno De Prevenção De Mortalidade Materna E Infantil

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Diretoria Clínica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias	Realizar a discussão dos óbitos ocorridos no período, registrar em formulário padronizado, solicitar a participação de convidados que participaram durante algum momento da assistência à gestante/puérpera. Realizar relatórios de monitoramento e propor ações de melhoria. Garantir a fidedignidade dos dados apresentados	Através do instrumento de análise de informações	Membros da comissão	Mês 1
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação especializada para a equipe assistencial	Será solicitado ao Núcleo de Comissões, representantes das áreas administrativas e assistenciais	A própria comissão	Mês 2

4	Reuniões ordinárias	Realizar a discussão dos óbitos ocorridos no período, registrar em formulário padronizado, solicitar a participação de convidados que participaram durante algum momento da assistência à gestante/puérpera. Realizar relatórios de monitoramento e propor ações de melhoria. Garantir a fidedignidade dos dados apresentados	Através do instrumento de análise de informações	Membros da comissão	Mês 2
5	Realização da primeira reunião da comissão para definição dos objetivos e planejamento das ações	Para dar início as atividades, discutir as pautas pertinentes	Através de relatórios gerencias apresentados em nas reuniões do serviço.	A própria Comissão	Mês 3
6	Reuniões ordinárias	Realizar a discussão dos óbitos ocorridos no período, registrar em formulário padronizado, solicitar a participação de convidados que participaram durante algum momento da assistência à gestante/puérpera. Realizar relatórios de monitoramento e propor ações de melhoria. Garantir a fidedignidade dos dados apresentados	Através do instrumento de análise de informações	Membros da comissão	Mês 3

7	Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbito	Para oferecer suporte e orientação especializada para a equipe assistencial	Avaliação periódica das declarações de óbito	Membros da Comissão	Mês 4
8	Reuniões ordinárias	Realizar a discussão dos óbitos ocorridos no período, registrar em formulário padronizado, solicitar a participação de convidados que participaram durante algum momento da assistência à gestante/puérpera. Realizar relatórios de monitoramento e propor ações de melhoria. Garantir a fidedignidade dos dados apresentados	Através do instrumento de análise de informações	Membros da comissão	Mês 4
9	Desenvolvimento dos planos de ação e estratégias	Para dar amplo conhecimento das atividades da Comissão em meio à instituição	Notificações aos profissionais para melhorias de registros	Membros da Comissão	Mês 5

10	Reuniões ordinárias	Realizar a discussão dos óbitos ocorridos no período, registrar em formulário padronizado, solicitar a participação de convidados que participaram durante algum momento da assistência à gestante/puérpera. Realizar relatórios de monitoramento e propor ações de melhoria. Garantir a fidedignidade dos dados apresentados	Através do instrumento de análise de informações	Membros da comissão	Mês 5
11	Lançamentos de indicadores de óbitos institucionais e globais	Acompanhamento do perfil de óbitos ocorridos na instituição e correlações clínicas e permanências	Relatórios emitidos em prontuário eletrônico e sistema de gestão da qualidade	Membros da comissão	Mês 6
12	Reuniões ordinárias	Realizar a discussão dos óbitos ocorridos no período, registrar em formulário padronizado, solicitar a participação de convidados que participaram durante algum momento da assistência à gestante/puérpera. Realizar relatórios de monitoramento e propor ações de melhoria. Garantir a fidedignidade dos dados apresentados	Através do instrumento de análise de informações	Membros da comissão	Mês 6

13	Elaboração de ferramentas para análise de óbito padronizada;	Otimizar o processo de verificação de óbitos e padronizar o relatório	Formulário dinâmico em prontuário eletrônico	Membros da comissão e CSTI	Mês 7
14	Reuniões ordinárias	Realizar a discussão dos óbitos ocorridos no período, registrar em formulário padronizado, solicitar a participação de convidados que participaram durante algum momento da assistência à gestante/puérpera. Realizar relatórios de monitoramento e propor ações de melhoria. Garantir a fidedignidade dos dados apresentados	Através do instrumento de análise de informações	Membros da comissão	Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
15	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise do perfil de óbito anual e propostas de melhorias baseadas nas evidências.	Membros da comissão e Direção Clínica.	Mês 12

ÁREA DA QUALIDADE

OUTRAS COMISSÕES

Comissão de Humanização em Saúde:

A OSSHMTJ tem interesse na criação da **Comissão de Humanização em Saúde**, que tem como objetivo propor e desenvolver metas que humanizem o atendimento aos pacientes da instituição em conjunto com o serviço de Recursos Humanos.

A Comissão de Humanização em Saúde será um grupo sistematizado, participativo e deliberativo, que de forma organizada e democrática que se destina a implementar uma política Institucional de sensibilização, implementação e implantação da Humanização na assistência plena à saúde.

O objetivo do grupo é otimizar a qualidade da assistência prestada ao usuário, bem como melhoria da qualidade de trabalho aos profissionais de saúde, compreendendo que a Humanização aglomera os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde.

Todos os membros do setor possuem atividades que são de sua responsabilidade, conforme abaixo:

Atividades dos Coordenadores:

- Convocar as reuniões da Comissão;
- Representar a Comissão de Humanização de forma oficial internamente e externamente quando se fizer necessário;
- Executar e prestar contas das atividades da Comissão de Humanização para a Administração da Instituição quando solicitado;
- Homologar e encaminhar as decisões e deliberações da comissão às instâncias competentes;
- Ter sob sua responsabilidade e guarda os relatórios, atas e documentos da comissão;

Atividades dos membros da Comissão de Humanização:

- Estabelecer estratégias e mecanismos envolvendo e integrando os diferentes setores da unidade para que tornem os serviços prestados mais humanizados;
- Definir metas para humanizar o processo de atenção à saúde;
- Promover estratégias de comunicação, envolvimento e integração entre os diferentes setores, bem como entre profissionais e usuários do serviço;
- Programar e realizar treinamentos sobre o tema humanização;
- Planejar, organizar e coordenar eventos e atividades voltadas à humanização;

- Buscar a participação de entidades da sociedade civil e da comunidade nas ações de humanização dos serviços;
- Fomentar a participação da Instituição na rede nacional de Humanização;
- Avaliar os projetos a serem implantados, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.

A Comissão de Humanização é um grupo composto por representantes dos diversos setores da unidade e tem como objetivo implementar uma política institucional de sensibilização, implementação e implantação da humanização na assistência à saúde.

A humanização se refere a um conjunto de ações que visam melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes, tornando-o mais acolhedor, respeitoso e humanizado. Isso envolve desde a forma como os profissionais de saúde se relacionam com os pacientes até a estrutura física do ambiente.

Os membros da Comissão de Humanização possuem atividades específicas, como convocar reuniões, estabelecer estratégias para integrar os diferentes setores da unidade, definir metas para humanizar o processo de atenção à saúde, promover treinamentos sobre o tema, planejar eventos e atividades voltadas à humanização, avaliar projetos a serem implantados, entre outras sendo contemplados no regimento interno abaixo.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DAS ATIVIDADES ANUAIS

REGIMENTO INTERNO DO GTH – GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO

Da Definição

O grupo de trabalho de humanização (GTH) é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender ações pautadas nas diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) e resgate da humanização na assistência à saúde, visando tornar o ambiente mais acolhedor, humanizado e respeitoso para pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde.

Dos Objetivos

- Difundir a cultura de humanização em saúde;
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários de forma acolhedora e inclusiva;
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde promovendo ambiente saudável;
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes;
- Estimular a realização de parcerias e intercambio de conhecimentos e experiências nessa área para facilitar o processo de acolhimento e sensibilização;

Da Constituição

- O Grupo de Trabalho de Humanização, deverá ser constituído de maneira voluntária;
- O Grupo de Trabalho de Humanização será um instrumento deliberativo constituído por uma equipe multidisciplinar, com gestão participativa, tendo como competência:

- Apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário interno e externo;

Das Competências

O GTH terá as seguintes competências:

a) estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os serviços mais humanizados;

b) traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;

c) examina propostas sobre assuntos pertinentes as relações inerpessoais na instituição;

d) liderar o processo de humanização;

e) buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores;

f) promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de Humanização a serem desenvolvidas;

g) apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;

h) avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos;

i) estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil usuários nas ações de humanização dos serviços;

j) Realizar deliberações que serão tomadas por maioria de votos dos membros presentes.

Da Estrutura Organizacional

O GTH será constituído por:

1. Coordenação geral
2. Vice-coordenação
3. Secretaria
4. Comissões

Ficando a critério do GTH a formação de comissões quando se fizerem necessárias entre os participantes;

Da Organização

O GTH será gerenciado por um coordenador (a) e um vice-coordenador (a).

Do Coordenador (a)

CABERÁ AO COORDENADOR (A)

- coordenar as atividades de promoção de humanização;
- convocar as reuniões do GTH dando execução às respectivas deliberações;
- representar oficialmente o GTH;
- Prestar contas das atividades do GTH a Gerência Técnica Assistencial e Administrativa.

Do Vice – Coordenador (a)

COMPETE AO VICE – COORDENADOR (A):

- Assessorar ao Coordenador Geral;
- Assumir as funções do Coordenador Geral na sua ausência, por impedimento e ou afastamento temporário;
- Comparecer as reuniões do GTH.

Do Secretário (a)

COMPETE AO SECRETARIO (A):

- Secretariar e elaborar as atas das reuniões;
- Realizar a leitura das atas nas reuniões;

Das Comissões

COMPETEM AS COMISSÕES:

- As Comissões são instrumentos operacionais integrados e interdependentes para a realização de ações humanizadas, no âmbito de sua especificidade: projetos, parcerias, levantamento de pontos críticos, planejamento.
- Cada comissão será coordenada por um membro do grupo, que buscara outros voluntários segundo as suas necessidades;
- Apresentar os resultados das ações propostas;
- Divulgar o processo de humanização da unidade;
- Realizar atividades educativas aos usuários;
- Desenvolver e implantar sistema de informações aos usuários;
- Exercer outras atividades inerentes a cada comissão.

Da Composição

O GTH terá as seguintes composições:

- representante(s) do Serviço Social;
- representante(s) da Coordenação de Enfermagem;
- representante(s) da Coordenação de Recepção; representante(s) da Diretoria Clínica – Gestor Médico;
- representante(s) da Engenharia de Manutenção Predial;
- representante(s) do Serviço de SCIH ;
- representante(s) dos Supervisão dos Serviços Terceirizados;
- representante(s) da Segurança do Trabalho.

Das reuniões

As reuniões do GTH serão realizadas mensalmente.

Caso necessário o coordenador poderá convocar reuniões extraordinárias. Os participantes do Grupo de Trabalho de Humanização:

1.1. deverão manter presença e participação efetiva nas reuniões periódicas e nas demais atividades desenvolvidas;

1.2. qualquer ausência deverá ser justificada antecipadamente junto à secretaria administrativa do Grupo de Trabalho de Humanização, devendo ser a mesma registrada no relatório;

1.3. ausências não justificadas serão comunicadas à instituição de origem do participante, bem como casos de ausências frequentes, mesmo que justificadas.

PROPOSTA DE REGIMENTO ATIVIDADE ANUAL

A humanização é um princípio fundamental na prestação de serviços de saúde, pois visa garantir o acolhimento, respeito, dignidade e bem- estar dos pacientes, familiares e profissionais de saúde. Com o objetivo de promover a humanização em nossa unidade, apresentamos uma proposta de regimento de atividades anual de humanização. Esse regimento servirá como um guia para as ações e práticas que serão implementadas ao longo do ano, com o intuito de proporcionar um ambiente mais acolhedor e empático.

2. Comitê de Humanização:

2.1. Criação de um comitê de humanização, composto por profissionais de saúde, administradores e representantes dos pacientes e familiares.

2.2. O comitê será responsável por coordenar, planejar e avaliar as atividades de humanização.

3. Capacitação dos Profissionais:

3.1. Realização de treinamentos e capacitações periódicas para os profissionais de saúde, abordando temas como comunicação empática, ética no cuidado, atendimento humanizado e manejo do estresse.

3.2. Incentivo à participação dos profissionais em cursos, workshops e eventos relacionados à humanização.

4. Acolhimento e Informação aos Pacientes e Familiares:

4.1. Desenvolvimento de um programa de acolhimento aos pacientes e familiares, que inclua a entrega de informações claras e acessíveis sobre o funcionamento da unidade, direitos e deveres dos pacientes, e orientações sobre o tratamento.

4.2. Disponibilização de canais de comunicação (como ouvidorias) para que os pacientes e familiares possam expressar suas dúvidas, sugestões, elogios ou reclamações.

5. Ambiente Físico e Comunicação Visual:

5.1. Criação de espaços de convivência e lazer para pacientes e familiares, como salas de espera mais confortáveis, áreas de recreação e jardins terapêuticos.

5.2. Utilização de uma comunicação visual acolhedora e informativa nos ambientes da unidade, com cartazes, murais e sinalizações claras.

6. Promoção de Atividades Culturais e Recreativas:

6.1. Realização de atividades culturais e recreativas da unidade, como apresentações musicais, exposições de arte, sessões de cinema, palestras e oficinas.

6.2. Parcerias com instituições e voluntários para viabilizar essas atividades.

7. Cuidado Integral ao Paciente:

7.1. Estímulo à prática de cuidados integrativos, como a medicina complementar e terapias holísticas, de acordo com a escolha do paciente.

7.2. Implementação de ações voltadas para o alívio da dor, conforto e bem - estar do paciente, como musicoterapia, aromaterapia, massagem e relaxamento.

8. Continuidade do Cuidado:

8.1. Desenvolvimento de um programa de acompanhamento e suporte aos pacientes após a alta da unidade, com orientações sobre cuidados em casa, agendamento de consultas e acompanhamento de tratamentos.

9. Avaliação e Monitoramento:

9.1. Realização periódica de pesquisas de satisfação com pacientes e familiares para avaliar a efetividade das ações de humanização e identificar oportunidades de melhoria.

9.2. Análise e monitoramento dos indicadores relacionados à humanização, como tempo de espera, taxa de readmissão e incidência de eventos adversos.

Conclusão:

A implementação de um regimento de atividades anual de humanização contribuirá para a melhoria da qualidade do atendimento e a promoção de um ambiente mais acolhedor e empático. Ao colocarmos em prática essas ações, estaremos fortalecendo a relação de confiança entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, proporcionando uma experiência positiva durante o período de tratamento. A humanização é um processo contínuo e envolve o engajamento de todos os colaboradores, visando sempre o cuidado integral e a promoção da saúde.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ					
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA					
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Humanização Em Saúde					
Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão de Humanização em saúde	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade	Nomeação de membros da equipe multiprofissional	Gerente Geral	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Discutir as estratégias que serão adotadas de acordo com as visitas nas áreas com levantamento de oportunidades de ações de humanização. Reunir com grupos e aplicar as ações propostas de acordo com o planejamento do GTH.	Ações de sensibilização com equipes, entre outras ações planejadas.	Membros do Grupo	Mês 2

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Humanização Em Saúde

3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para direcionar as ações de grupo, parcerias e recursos para a realização de ações de humanização a pacientes atendidos na unidade.	Documento de planejamento das ações anual e ações pontuais de acordo com a demanda.	Membros do Grupo.	Mês 3
4	Estabelecer estratégias e mecanismos envolvendo e integrando os diferentes setores	Realizar a sensibilização das equipes para participação de campanhas de humanização de pacientes/humanização.	Elaborar estratégias de humanização com visitas programadas nos setores.	Membros do Grupo.	Mês 4
5	Reuniões ordinárias;	Discutir as estratégias que serão adotadas de acordo com as visitas nas áreas com levantamento de oportunidades de ações de humanização. Reunir com grupos e aplicar as ações propostas de acordo com o planejamento do GTH.	Ações sensibilização com equipes entre outras ações planejadas.	Membros do Grupo.	Mês 5
6	Programar e realizar treinamentos sobre o tema humanização	Preparar a equipe para os momentos das campanhas de Humanização e Sensibilização dos profissionais envolvidos	Realizar divulgação das campanhas internas junto ao setor de Comunicação.	Membros do Grupo	Mês 6

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Humanização Em Saúde

7	Reuniões ordinárias	Discutir as estratégias que serão adotadas de acordo com as visitas nas áreas com levantamento de oportunidades de ações de humanização. Reunir com grupos e aplicar as ações propostas de acordo com o planejamento do GTH	Ações de sensibilização com equipes entre outras ações planejadas.	Membros do Grupo	Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar o compilado de ações implementadas durante o ano e planejamento de demais ações	Divulgação das ações no site da instituição e em plano de trabalho do serviço.Levantar oportunidades de melhorias bem para próximo ano.	Membros do Grupo	Mês 11
9	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise do anual e propostas de melhorias baseadas nas evidências.	Membros da comissão e Direção Clínica.	Mês 12



PROPOSTA VOLTADAS PARA A QUALIDADE

PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

PROPOSTA PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO - HEJ

1. INTRODUÇÃO

A Educação permanente em saúde (EPS) é o processo de aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar estão associados ao cotidiano desse cenário.

A EPS baseia-se em uma prática significativa às necessidades do serviço e na possibilidade de transformar a atuação dos trabalhadores da saúde. Ademais, é um processo que considera os saberes prévios dos profissionais da saúde, articulados aos problemas vivenciados no dia a dia, para a construção de conhecimentos (Brasil, 2014). A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ficou evidente a necessidadede mudança na formação dos profissionais de saúde.

No Brasil esses profissionais são formados com grande domínio de técnicas, porém diversas vezes são incapazes de compreender a subjetividade e a diversidade da cultura das pessoas. Não são preparadospara o trabalho de forma multi e inter- disciplinar e apresentam dificuldades de implementar os princípios do SUS no seu serviço diário.

Os processos de qualificação dos trabalhadores de saúde devem ter como referência as necessidades da população, da gestão e do controle social. É importante que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

Esta Educação Permanente em Saúde destaca-se pela valorização do trabalho como fonte do conhecimento, vinculação do cotidiano e do processo de aprendizagem, orientação das ações educativas para a integração do trabalho de maneira inter e multiprofissional. Com isso, a educação será trabalhada de maneira permanente e dinâmica, buscando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação, pondo o cotidiano do trabalho em análise.

No HMTJ, a qualificação profissional é oferecida pela através do serviço deEducação Permanente, será norteada pela Política Nacional de Educação Permanente emSaúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria GM/ MS nº 198/2004; que teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007. Apresenta duas modalidades: a Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde.

1. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS):

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS é considerada uma importante estratégia do SUS e visa contribuir para a organização dos serviços de saúde, com a qualificação e a transformação das práticas em saúde, por meio da formação e do desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores da saúde, buscando articular a integração entre ensino e serviço, com vistas ao fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. O PNEPS têm como principais objetivos:

1.1.1 Promover a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde:

A PNEPS prevê diversas ações para garantir a qualificação dos profissionais em todos os níveis

da atenção à saúde.

1.1.2 **Integrar o ensino e o serviço:** A PNEPS busca superar a dicotomia entre teoria e prática, promovendo a integração do ensino com o cotidiano do trabalho.

1.1.3 **Fortalecer a participação social:** A PNEPS reconhece a importância da participação dos trabalhadores e usuários na construção da EPS.

1.1.4 **Articular as diferentes ações de EPS:** A PNEPS busca promover a articulação entre as ações de EPS em diferentes níveis e esferas de governo.

2. Educação Continuada

A Educação Continuada enfatiza a atualização e o aperfeiçoamento técnico para a área de atuação, contempla atividades com período definido para execução e utiliza, em sua maior parte, atividades educacionais e estratégias de ensino tradicional, formal, visa promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico- científicas pelo trabalhador. É realizada por meio de cursos, palestras, aulas, treinamentos, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele.

3. Educação Permanente

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se configura como aprendizagem no trabalho, neste contexto o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano. Há problematização da realidade, ou seja, identificação dos problemas do trabalho pelos profissionais e os usuários e a busca por informações e soluções, com o intuito de Qualificar o atendimento prestado, transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho e aumentar a resolubilidade a eficiência do sistema de saúde. Utiliza diferentes estratégias de aprendizagem como oficinas em grupo, rodas de conversa, capacitações, jogos, dramatizações, vídeos, simulações, experimentos, ilustrações. Na proposta da Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, da gestão, da participação ou da formação é construída na prática de equipes, trabalhadores e parceiros, devendo considerar a necessidade de implementar um trabalho relevante, de qualidade e resolutividade. As demandas para qualificação ou especialização são demandas para a promoção de pensamento e ação.

Na Política do HMTJ de Educação Permanente em Saúde devem ser observadas três questões principais associadas à capacitação e à educação permanente do pessoal de saúde:

- Nem toda ação leva a um processo de educação permanente;

- A educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger diversasações

específicas de capacitação e não o inverso;

- Todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução apartir deuma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde.

O setor de educação permanente do HMTJ é formado por profissionais de nível superior e este são responsáveis pela organização, planejamento, execução dos eventos promovidos pelo setor e seguindo o plano de gestão de qualidades a realização de avaliação, revisão dos protocolos operacionais padrão (POP), além de dar suporte às atividades do setor. A educação permanente não é vista igualmente por todos os profissionais como uma estratégia potente para a transformação das práticas de saúde. Atingir e identificar essas necessidades torna-se mister para uma boa atuação e prática dos profissionais das unidades básicas em estudo

Espera-se que a formação dos novos profissionais de saúde seja voltada à realidade da população, respeitando suas necessidades com um modelo de assistência de excelência. Ressalta-se que a reorientação da formação profissional em saúde deve ser um movimento de fortalecimento do SUS, portanto, a formação em serviço passa a ter papel fundamental na metodologia pedagógica.

A Educação Permanente em Saúde se diferencia por sua abrangência e profundidade. Ela inclui dimensões além da atualização de conhecimentos e habilidades, buscando o desenvolvimento integral dos profissionais e trabalhadores da saúde. Essa abordagem holística engloba:

- **Dimensão Técnica:** Aprimoramento de conhecimentos e habilidades técnico-científicas para o exercício da profissão com maestria.
- **Dimensão Ética:** Reflexão crítica sobre valores, princípios e dilemas éticos que permeiam a atuação na área da saúde.
- **Dimensão Política:** Compreensão dos determinantes sociais da saúde e do papel dos profissionais na construção de uma sociedade mais justa e saudável.
- **Dimensão Gestora:** Desenvolvimento de competências para a gestão do trabalho e dos serviços de saúde de forma eficaz e eficiente.

2. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA

CAPÍTULO 1 - DAS DEFINIÇÕES

A busca por qualidade na atenção à saúde dos usuários, exige dos profissionais envolvidos competências técnicas em suas atuações. Isso significa que uma qualificação adequada e em seguida a busca por capacitações torna o profissional da saúde apto para atuar em todos os níveis de atenção.

A discussão sobre qualificação dos profissionais passa a ser fundamental e estratégicapara o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus. Desta forma, a política de recursos humanos preconiza a educação permanente no trabalho, o desenvolvimento de lideranças, visando alcançar perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade e em cada nível de complexidade.

Nesse contexto, a educação dentro das instituições de saúde, em todos os níveis de atenção, é considerada um esforço educativo e universal dos profissionais que se baseiam nadinamicidade e na integralidade de cada região. Atrelado a esse fator, esse processo permite o conhecimento das necessidades dos grupos sociais, ordenando um ensinamento lógico e contínuo em todas as redes de serviços de saúde para tentar minimizar os problemas encontrados.

Partindo desse paradigma, muitos debates vêm sendo criados nos sistemas de saúde, acerca do desenvolvimento de recursos humanos educativos dentro desses ambientes. Nessas vertentes educativas dois modelos têm se sobressaído como método de obtenção para melhores resultados durante a intervenção dos profissionais desse setor que é a "Educação Permanente" e "Educação Continuada".

Ela leva em consideração os problemas enfrentados na realidade daquele espaço de trabalho, bem como as experiências que as pessoas possuem e que adquiriram ao longo do tempo. Já a educação continuada, é entendida como toda ação desenvolvida após a graduação, com propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração definida por meio de metodologias formais. É o conjunto de experiências que vem em seguida à formação primária, permitindo ao trabalhador aprimorar e/ou aumentar sua capacidade, igualando sua competência com o grau de necessidade de cada região.

Desta forma, enquanto a educação continuada envolve as atividades de ensino após a graduação (atualização), possui duração definida e utiliza metodologia tradicional,a Educação Permanente estrutura-se a partir de dois elementos: as necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como inclusivo ao trabalho. Os profissionais da área da saúde como um todo são responsáveis por esse processo, tanto no que tange a educação permanente que é fixa e responsável pelo desenvolvimento do indivíduo, quanto a educação continuada

que sempre sofre modificações de acordo com as mudanças de cada esfera inserida, com o propósito de alcançar os objetivos dos sistemas, buscando atrelar teoria e prática e obter um diálogo contínuo com os usuários.

A Educação Permanente e Continuada em Saúde refere-se à prática social fundamentada na concepção de educação como espaço de problematização, reflexão e diálogo.
Nessa concepção, elaborou a Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde, com definição clara das suas diretrizes, princípios e objetivos.

2.2 APRESENTAÇÃO

A Política Institucional do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus para a EducaçãoPermanente e Continuada em Saúde opera de forma articulada e integrada aos órgãos públicos, instituições privadas, educativas e sociedade civil organizada, em sinergia com outras políticas educacionais e contribuindo para o fortalecimento da gestão da saúde e do SUS.

A Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde adotará o referencial do quadrilátero de formação para a área da saúde (ensino, gestão, atenção e controle social) a fim de construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade, para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções.

2.3 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

2.3.1 Valorizar o conhecimento como instrumento de qualificação da gestão, da assistência e da vigilância em saúde;

2.3.2 Enfoque humanista, democrático, participativo, crítico e inserido na realidade sanitária e dos serviços de saúde.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

1. Promover a integração de saberes, intra e interinstitucionalmente, e a detecção de necessidades em Educação Permanente e Continuada em Saúde;

2. Apoiar a formação, atualização, qualificação, participação, informação e intercâmbio de saberes dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS);

3. Melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção;

4. Contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança, a gerência descentralizada, a autogestão, a gestão de qualidade;

5. Servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população;

6. Desenvolver a Educação Permanente e Continuada em Saúde na perspectiva de compreensão do conceito ampliado do processo saúde/doença, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);

7. Fomentar a assistência, pesquisa e ensino em saúde e sua divulgação.

CAPÍTULO III - DAS DIRETRIZES

1. Reconhecimento das especificidades locais para a elaboração e desenvolvimento da Educação Popular em Saúde;

2. Fortalecimento das redes de atenção à saúde integradas;

3. Adoção de estratégias inovadoras para a realização das ações de Educação Permanente e Continuada em Saúde;

4. Desenvolvimento de estudos e pesquisas que favoreçam o aprimoramento e a qualificação das práticas em saúde;

5. Desenvolvimento de parcerias que propiciem ações em Educação Permanente e Continuada em Saúde de forma abrangente;

6. Qualificação dos colaboradores da instituição, ampliando o conhecimentos e aumentando a eficácia dos serviços de saúde em benefício da população;

7. Desenvolvimento de indicadores que possibilitem o monitoramento e avaliação das ações promovidas.

CAPÍTULO IV - DOS ESPAÇOS

A organização das atividades de Educação Permanente e Continuada em Saúde será realizada considerando a necessidade de cada projeto e coordenada pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde local (NEPS) e pactuado entre as diversas instâncias envolvidas.

São espaços definidos para Educação Permanente e Continuada em Saúde:

BASES – espaços que ocorrem nos serviços de saúde;

NÚCLEOS – reuniões por categoria profissional, referente às especificidades das áreas profissionais; CAMPOS – espaços específicos de qualificação;
INTERSECÇÃO – espaços de intercâmbio de ações e práticas de conhecimento entre as unidades de saúde.

CAPÍTULO V – DA GESTÃO

A Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde permeará todos os âmbitos, norteada por um Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde e coordenada pelo Núcleo de Educação em Serviço (NES). O Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde deverá ser elaborado interinstitucionalmente e pactuado entre as diversas esferas envolvidas, baseado no diagnóstico situacional das necessidades e resultando em um cronograma de ações integradas.

São atribuições do NES:

- Planejar, coordenar e monitorar a execução do Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde;
- Assessorar os gestores na discussão sobre Educação Permanente e Continuada em Saúde;
- Estimular e apoiar a formação continuada e permanente dos trabalhadores de saúde;
- Promover a integração dos diferentes segmentos sociais por meio de projetos e pesquisas em Educação Permanente e Continuada em Saúde;
- Elaborar e apoiar o desenvolvimento de projetos através de planejamento participativo;
- Monitorar e avaliar as ações e estratégias de Educação Permanente e Continuada em Saúde Implantadas no referido serviço/projeto;

CAPÍTULO VI – DOS EIXOS

As estratégias de ação da Educação Permanente e Continuada em Saúde, integrando ensino, gestão, atenção e controle social, ocorrerão principalmente nos seguintes eixos:

- **DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL:**

Desenvolvimento Profissional é o eixo responsável por organizar, divulgar e monitorar o calendário anual de qualificação e formação profissional, criando e mantendo um banco de dados dos profissionais capacitados, ordenando a participação em eventos e formulando propostas e estratégias pedagógicas, conforme o Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde.

Investir no desenvolvimento profissional dos colaboradores na unidade de saúde proporciona diversos **benefícios**, como:

- **Melhoria da qualidade da assistência:** Profissionais capacitados e atualizados estão mais aptos a oferecer um **atendimento humanizado, eficaz e seguro** aos pacientes.

- **Aumento da produtividade:** O desenvolvimento profissional contribui para o **aprimoramento das habilidades e competências** dos colaboradores, otimizando o tempo e os recursos da unidade de saúde.

- **Redução de erros assistenciais:** Profissionais bem treinados e atualizados estão menos propensos a cometer **erros assistenciais**, garantindo maior segurança aos pacientes.

- **Aumento da motivação e do engajamento dos colaboradores:** O investimento no desenvolvimento profissional demonstra **valorização e respeito** pelos colaboradores, motivando-os e engajando-os em seus trabalhos.

– OBSERVATÓRIO EM SAÚDE:

Observatório em Saúde é o eixo responsável pela transparência e acesso às informações sobre Educação Permanente e Continuada em Saúde em desenvolvimento nos serviços próprios e gerenciados, possibilitando o monitoramento e avaliação. Agrega informações estratégicas, como projetos, pesquisas, estudos e ações, disponibilizando dados a toda sociedade civil.

CAPÍTULO VII - DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS

A OSS HMTJ, deverá prever e prover recursos para a execução da Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde;

Para a implementação da Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde, o HMTJ poderá firmar contratos, convênios e parcerias.

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Caberá ao Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus:

Destinar os recursos humanos, financeiros e tecnológicos necessários para o funcionamento e consolidação de NES, incluindo a comunicação permanente entre os seus componentes, através de encontros presenciais e/ou meio eletrônico, e desenvolvimento do Observatório em Saúde.

Destinar estrutura física adequada para o trabalho do NES, podendo ser em espaço próprio, cedido ou compartilhado com outras instituições parceiras.

Apresentada nossa Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde,

abordaremos a seguir algumas especificidades do projeto em consonância com a nossa Política.

Como apresentado anteriormente, as ações de Educação Permanente e Continuada em Saúde são desenvolvidas em três eixos prioritários que integram ensino, gestão, atenção e controle social, a saber:

✓ Formação no SUS e para o SUS;

✓ Desenvolvimento Profissional;

✓ Observatório em Saúde.

Detalharemos a seguir nossa proposta de Educação Permanente e Continuada em Saúde para as unidades objetos deste edital.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Organização:

Objetivo é Estruturar Programa para desenvolver as competências, com base no diagnóstico situacional, em conjunto com os profissionais.

Nessa etapa a ação realizada será de utilizar estratégias de ensino reflexivas e participativas voltadas à problematização e reflexão sobre a real necessidade. A duração desse processo é de 30 dias.

Implementação:

Nessa etapa o objetivo é implementar o Programa de Educação Permanente e Continuada em Saúde.

A elaboração do Plano propriamente dito acontece nesse momento. Através de um instrumento previamente elaborado, construímos um programa permanente por módulos (temas) considerando os itens: objetivo, público-alvo, conteúdo, metodologia de ensino, estratégias de adesão e divulgação, recursos necessários, metodologia de avaliação de resultados e custos. Esse processo tem duração de 30 dias.

Método de identificação de necessidade de treinamento:

O objetivo é identificar as necessidades de treinamento, devendo estar em acordo com as lacunas de competências, individuais e grupais, para atingir os objetivos da unidade, ou seja, devem estar alinhadas ao desenvolvimento de competências (habilidades, conhecimentos e atitudes) esperados pela organização.

O **levantamento de necessidades de treinamento (LNT)** é um processo crucial para identificar as lacunas de conhecimento e habilidades existentes em uma equipe ou organização. Através de um diagnóstico preciso das necessidades, é possível **desenvolver programas de treinamento eficazes e direcionados**, otimizando o investimento em tempo e recursos, além de **promover o desenvolvimento profissional dos colaboradores** e contribuir para o **alcance dos objetivos da organização**.

Etapas Essenciais do Levantamento de Necessidades de Treinamento:

1. **Definição dos Objetivos:** O primeiro passo consiste em **definir claramente os objetivos do LNT**. O que se pretende alcançar com o levantamento? Quais as áreas de interesse prioritário? Estabelecer objetivos claros e específicos permitirá direcionar as ações e coletar dados relevantes.

2. **Coleta de Dados:** A etapa de coleta de dados envolve a **utilização de diversas ferramentas e métodos**, como: Notificação de Incidentes, Relatos de Não Conformidades, Avaliações de desempenho, entre outros.

3. **Priorização das Necessidades:** Com base na análise dos dados, as **necessidades de treinamento devem ser priorizadas** de acordo com sua relevância, urgência e impacto potencial no desempenho individual e organizacional.

Desta forma, a necessidade de treinamento será verificada mediante ata de reunião, avaliação de desempenho, demanda legal, notificações de não conformidades (RNC), resultado apresentado pelos indicadores, interações com a equipe, relatório de custos e relatório de visita técnica, análise das notificações de Near Miss e de eventos adversos.

Método de aplicação dos treinamentos:

O objetivo é capacitar toda a equipe multiprofissional a fim de aprimorar as habilidades técnicas e científicas, bem como atualizar os colaboradores.

Existem diversas formas de treinar as equipes, dentre elas estão o treinamento presencial teórico/prático utilizando metodologias ativas que desenvolvam a participação e compreensão de cada participante, bem como estabelecer um ambiente lúdico, porém focado no ensino/aprendizagem.

Outras ferramentas que podem ser utilizadas é a plataforma online de treinamento, sendo de forma otimizada e de acesso prático,além de proporcionar a liberdade ao colaborador dentro do processo de trabalho, o acesso da plataforma para a execução das atividades conforme orientação a qualquer momento e em qualquer equipamento que disponibilize internet. Dentro da perspectiva do uso da tecnologia para o aprimoramento profissional, pode-se utilizar dentro da plataforma videoconferências com os tutores/alunos, considerada uma aula dinâmica e

diferenciada, tendo como benefício a interação entre os alunos e professores.

Avaliação:

Nessa etapa o objetivo é realizar o monitoramento das etapas do programa e a avaliação dos resultados. A principal ação é utilizar ferramentas como: Avaliação de reação; Análise crítica; Avaliação de Eficácia e Indicadores Institucionais.

A avaliação acontece durante todo o período de vigência do Plano de Ação da Educação Permanente e Continuada em Saúde, até mesmo, durante a elaboração do Plano para o ano seguinte. Essas atividades podem ser aplicadas presencialmente, seguindo os documentos padronizados pelo Recursos Humanos ou até mesmo aplicado via plataforma online, onde cada colaborador terá acesso aos questionários avaliativos de acordo com cada capacitação.

Relatório:

O objetivo é proporcionar as informações necessárias para a tomada de decisão e divulgar as atividades realizadas. Nessa etapa final estruturamos um relatório analítico para mensurar o alcance dos objetivos estruturados, com a finalidade de buscar aperfeiçoamento e melhoria de ações. Além de identificar por meio da médias de notas e/ou percentual de participação dos treinamentos os possíveis gap's, nas quais precisam do aprimoramento no decorrer do planejamento das capacitações.

A entrega de cada relatório ao Recursos Humanos acontece durante o mês subsequente ao término do Plano de Ação da Educação Permanente e Continuada em Saúde. Apresentamos a seguir o cronograma (programação) das capacitações para os dois primeiros anos de Gestão, elaborado a partir das necessidades identificadas pelo HMTJ, abordando as diversas categorias profissionais presentes.

Quadro 1: Cronograma de Treinamentos para equipe multiprofissional.

MES	TEMA	OBJETIVO
1° mês	Integração	Qualificar os a equipe multiprofissional com relação a missão, visão, valor e políticas de qualidade, bem como a apresentação de todos os serviços da unidade.
2° mês	Atendimento de Enfermagem em Parada Cardiorrespiratória (PCR)	Atualizar a equipe multiprofissional para o atendiment organizado, priorizando pela assistência segura e d qualidade aos clientes em PCR.
3° mês	Impacto da Higiene das Mãos no Controle de Infecção	Orientar as equipes sobre a prevenção e medidas para controlar a infecção hospitalar e padronizar a técnica de higienização das mãos.

4° mês	Cadeia de Valor	Trabalhar os conceitos que envolvem a cadeia de valor com foco em desenvolver a liderança para o trabalho de excelência e melhoria contínua.
5° mês	Atuação dos Líderes no Controle e Prevenção de IRAS	Capacitar os profissionais para realização de ações de prevenção e controle da infecção hospitalar durante oprocesso assistencial.
6° mês	Sepse	Capacitar os colaboradores para identificação prévia dos sinais e sintomas de sepse a fim de implementar as condutas assistenciais dentro da hora ouro.
7° mês	Atendimento qualificado e seguro: "você seria seu próprio Cliente"	Levar os profissionais a um autorreflexão sobre a forma de atendimento, resgatando valores e princípios éticos da profissão.
8° mês	Processos de Qualidade	Contribuir para desenvolvimento, implementação e monitoramento dos diversos processos de melhoria contínua das práticas assistenciais e administrativas.
9° mês	Humanização em Saúde	Trabalhar com os colaboradores no que diz respeito a humanização em saúde frente a prestação da assistência do cliente desde sua admissão até a alta.
10° mês	LGPD	Orientar aos colaboradores quanto a lei geral de proteção de dados, uma vez que a unidade movimenta dados sigilosos e pessoais.
11° mês	Uso adequado de EPI's	Verificar a retenção do conhecimento através da simulação realística dos principais temas trabalhados durante ano
12° mês	Comunicação Efetiva	Capacitar os colaboradores quanto comunicação clara e efetiva, a fim de minimizar falhas dos processos assistenciais.
13° mês	Notificação de Incidentes	Qualificar a equipe multiprofissional com relação a importância da notificação dos incidentes (Near Miss, Incidente com dano, Evento adverso) frente a prestação dos cuidados. A fim de aprimorar o processo de trabalho e assegurar assistência de qualidade ao cliente.
14° mês	AcidenteVascular Cerebral	Atualizar os colaboradores com relação a identificação do cliente com AVC seguindo o protocolo do encaminhamento para unidade de referência dentro do tempo preconizado.

15° mês	Prevenção de Quedas	Capacitar as equipes nas medidas que previnem queda ao cliente conforme o protocolo.
16° mês	Cuidados Paliativos	Orientar a equipe multiprofissional quanto ao protocolo de cuidados paliativos e o processo de finitude.
17° mês	Evolução (registro) emprontuário eletrônico	Treinar as equipes frente ao registro em prontuári eletrônico de forma adequada e coerente com processo de atendimento e avaliação de cada cliente.
18° mês	Contenção Mecânica	Capacitar as equipes para o cumprimento adequado do protocolo de contenção mecânica.
19° mês	Identificação do Paciente	Capacitar as equipes sobre a importância da identificação correta dos pacientes.
20° mês	Ética Profissional	Capacitar os colaboradores com relação aos preceitos éticos e legais durante o processo de trabalham.
21° mês	Prevenção de Broncoaspiração	Capacitar a equipe multiprofissional, na atuação preventiva e corretiva nos momentos de intercorrências, relacionadas abroncoaspiração.
22° mês	Administração de medicamentos	Capacitar as equipes sobre a importância de seguir os 13 certos para administrar uma medicação de formasegura, envolvendo os processos desde a prescrição a administração.
23° mês	Alívio de Engasgo	Orientar aos colaboradores com relação ao manejo da vítima engasgada.
24° mês	Aspiração de Vias Aéreas Superior e Inferior	Orientar os colaboradores sobre o processo de aspiração em sistema fechado e em sistema aberto.

ÁREA DA QUALIDADE

Desenvolvimento da unidade

Fluxo de Manutenção Preventiva e corretiva de equipamentos para a unidade desaúde

Fluxo de Manutenção Preventiva e corretiva de equipamentos para a unidade de saúde

No dicionário, a palavra manutenção é definida como: "medidas necessárias para a conservação ou a permanência de alguma coisa ou de uma situação; os cuidados técnicos indispensáveis ao funcionamento regular e permanente de motores e máquinas".

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), define a manutenção pela norma NBR 5462-1994: "como a combinação de todas as ações técnicas e administrativas, incluindo as de supervisão, destinadas a manter ou recolocar um item em um estado no qual possa desempenhar uma função requerida".

A manutenção consiste nas atividades que visam obter disponibilidade e confiabilidade do sistema e de seus componentes a um certo nível de qualidade. Inclui as atividades relacionadas ao controle das peças de reposição, recursos humanos e gestão de riscos em todas as decisões e em todos os níveis da organização. Incluindo atividades relacionadas com as falhas, como a prevenção, detecção, reparo, investigação de suas causas e estabelecimento de contramedidas para sua reincidência.

Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), o defeito, a falha e a pane podem ser definidos pela norma NBR 5462-1994 como:

- "Defeito: Qualquer desvio de uma característica de um item em relação aos seus requisitos", e "esse defeito pode, ou não, afetar a capacidade de um item em desempenhar uma função requerida".
- Falha: "Término da capacidade de um item desempenhar a função requerida".
- Pane: "Estado de um item caracterizado pela incapacidade de desempenhar uma função requerida. Uma pane é geralmente o resultado de uma falha de um item, mas pode existir sem uma falha anterior".

Na Figura 2 mostra-se um esquema explicando os tipos de manutenção:

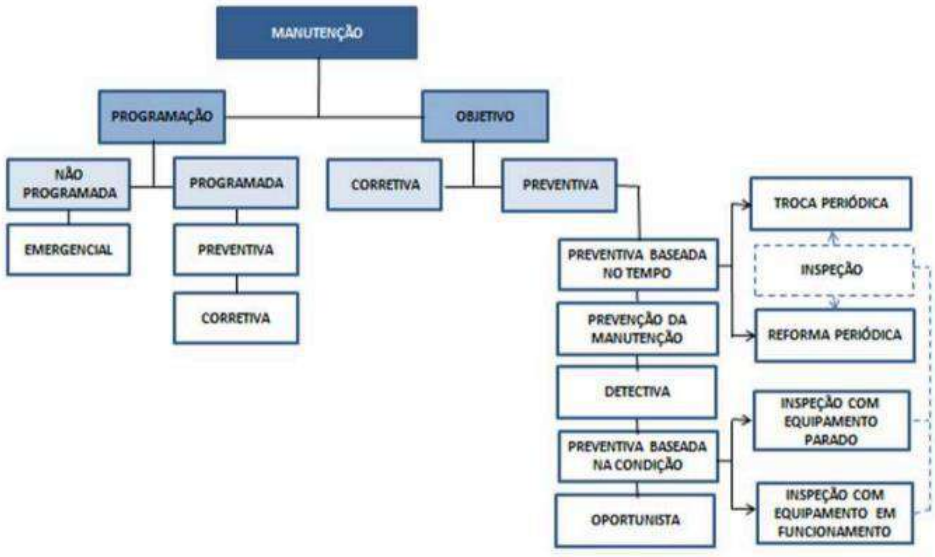


Figura 2 – Tipos de Manutenção. Fonte: Adaptado de Xenos (2004); Siqueira (2005)

A partir destas atividades de manutenção é possível garantir o bom funcionamento dos equipamentos, otimizando sua operação e garantindo a qualidade do serviço prestado.

A engenharia Clínica traz grandes contribuições para as unidades de saúde na gestão das Manutenções dos equipamentos médico-hospitalares preservando e aumentando a vida útil dos mesmos, de forma que os equipamentos possam entregar aos pacientes segurança e qualidade assistencial. Tal serviço será terceirizado através de empresa especializada.

A empresa contratada de Engenharia Clínica deverá apresentar a seguinte documentação para participação do processo:

- Técnicos com registros no CREA atuantes no contrato;
- Engenheiro clínico como gestor do contrato;
- Empresa com registro no CREA;
- Fornecimento de relatório de gestão de Engenharia Clínica, com acompanhamento mensal que contemplem Indicadores de Desempenho como: custo de reparo, custo de contrato de manutenção, resolutividade total das OSS abertas no período, entre outros;
- Elaboração e acompanhamento pelo Engenheiro Clínico da estratégia de manutenção preventiva do parque tecnológico;
- Disponibilizar profissionais treinados e capacitados que deverão ser capazes de auxiliar e atender principalmente os processos assistenciais nas soluções para os problemas técnicos em equipamentos médico-hospitalares.
- Definição das necessidades, periodicidades e tolerâncias aplicáveis de calibração;
- Declaração expressa de que a empresa dispõe de equipamentos aptos para aferição, calibração e controle de qualidade, para os seguintes equipamentos médico-hospitalares: Cardioversores e Desfibriladores; Monitores Multiparamétricos; Respiradores; Tensiômetros e aspiradores cirúrgicos; Centrífugas; Esfigmomanômetros; Aspiradores Cirúrgicos; Bisturis; Oxímetros de Pulso; Segurança Elétrica; dentre outros que se fizerem necessário;
- Disponibilizar a autorização emitida pelo INMETRO, em nome da empresa, para fins de conserto e manutenção em esfignomanômetro e balanças.
- Realizar inventário dos equipamentos contendo informações como: número de série, marca, modelo, patrimônio, registro na ANVISA, condição (próprio, com contrato, em garantia, comodato etc.) setor, criticidade e quantidade;

- Elaboração de cronograma com a definição dos planos de manutençãopreventiva e calibração de todos os equipamentos;
- Execução das manutenções preventivas com base em checklists técnico adequado às características dos equipamentos e atendendo recomendações técnicas de manuais especializados;
- Execução de Calibração com emissão de certificado;
- Os serviços técnicos programados de calibração, que por sua natureza técnica acarretarem a paralisação dos equipamentos, deverão ser executados em dias e horários não coincidentes com o expediente dos setores, acordados pelos responsáveis da área;
- Execução de testes de segurança elétrica;
- Gerenciamento e análise de contratos de manutenção vigentes, a fim de avaliar sua viabilidade financeira, utilizando indicadores de desempenho e benchmarking de valores de mercado;
- Atuar sobre todos os equipamentos médico-hospitalares inoperantes, exceto nos que detêm manutenção exclusiva por rede autorizada, de modo a resolver os problemas de baixa e média complexidade, sem o fornecimento de peça e preferencialmente dentro da própria instituição, visando uma redução direta no custo das manutenções e, principalmente, agilidade no retorno do equipamento ao setor de origem;
- Acompanhar e coordenar as ações para solução dos problemas de alta complexidade em equipamentos, quando não possíveis de reparo pela CONTRATADA; bem como, também, atuar da mesma forma quando os equipamentos tiverem manutenção exclusiva por rede autorizada, identificando, nesses casos, os procedimentos para uma solução ágil e econômica;
- Avaliar a consistência técnica e os custos das propostas oferecidas pelos prestadores de serviço para reparo dos equipamentos médicos, apresentando, pelo menos, três orçamentos, para aprovação da contratante;
- Realizar o gerenciamento dos custos com as manutenções principalmente as corretivas;
- Gestão de estoque de materiais e peças de reposição dos equipamentos médico hospitalares;
- Realização de inspeções periódicas nos equipamentos e/ou setores críticos das instituições, cumprindo a legislação vigente e registrando no sistema de gestão;
- Acompanhamento de serviços realizados por terceiros;
- Recebimento e acompanhamento de instalação de novos equipamentos;

- Desenvolvimento de programa de educação continuada para operação e segurança dos equipamentos junto a equipe assistencial (corpo clínico, enfermagem, fisioterapeutas, entre outros profissionais) e da própria Engenharia;
- Avaliação tecnológica e apresentação de novas tecnologias;
- Assessoria na avaliação da obsolescência dos equipamentos médico-hospitalares, emitindo parecer técnico baseado em inspeção técnico- operacional, histórico de falhas etc.
- Apoio na criação de plano de investimento e aperfeiçoamento de equipamentos
- Realizar atendimento dos chamados para corretivas da unidade em até 24hs, com devolutiva do prazo para reparo em até 48hs.

Deverá a empresa contratada oferecer os seguintes serviços junto às unidades objeto deste Edital, através de pessoal devidamente qualificado a execução das manutençõesnos equipamentos médicos hospitalares e gerenciamento informatizado:

- **Manutenção preventiva**: Elaboração de cronograma de manutenção; Execução das manutenções, Inventário de equipamento; Acompanhamento contrato de terceiros.

- **Manutenção corretiva**: Elaboração de uma rotina de manutenção corretiva; Controle de entrada de solicitação de serviço; Execução das manutenções; Acompanhamento contrato de terceiros;

- **Análises de Segurança Elétrica:** Execução da análise de segurança nos equipamentos médico-hospitalares; Evidência da Análise;

- **Calibração**: Execução da calibração nos equipamentos médico-hospitalares; Emissão de certificado;

- **Consultoria e assessoria para incorporação tecnológica da unidade:** Participarefetivamente do processo de aquisição de equipamentos a ser adquirido, custos futuros com manutenção, peças de reposição, acessórios e insumos, objetivo o melhor custo-benefício à instituição; Emitir parecer técnico quanto às propostas em processo de licitação; Especificação técnica;

- **Consultoria e assessoria para aquisição de peças de reposição:**

Participar da especificação técnica do material a ser adquirido, levando em consideração melhor custo-benefício;

- **Gerenciar o recebimento e instalação de equipamentos**:

  - Acompanhar a abertura da embalagem que deve ser realizo pela entidadeganhadora do processo, salvo em casos autorizados por escrito pela entidade;
  - Observar se o equipamento entregue condiz com o equipamento apresentadona proposta;
  - Observar se todos os manuais exigidos pelo edital acompanham o equipamento;
  - Observar possíveis danos causados ao equipamento durante o seu transporte;
  - Acompanhar pessoalmente todo o processo de instalação executado pelo fornecedor;
  - Avaliar/ aceitar o equipamento e registrar parecer;

A empresa a ser contratada deverá:

  - Oferecer consultoria para processos de qualidade com foco em certificação e acreditação previstas no Edital.
  - Disponibilizar uma equipe fixa de técnicos em eletrônica. O serviço contará também com uma equipe de apoio para atendimento às demandas de 01 Engenheiro Clínico e Biomédico; 01 Engenheiro em eletrônica; 01 supervisor técnico; 01 analistaadministrativo e 01 analista de Qualidade.
  - Atender a plantão 24 (vinte e quatro) horas (inclusive finais de semana e feriados) para atendimento de emergência;
  - Disponibilizar Recursos Técnicos de Analisadores/Simuladores e demais que sejam necessários ao desenvolvimento de suas atividades;
  - Atender a todos os processos do setor de Qualidade, se comprometendo a

atingir as metas propostas pela empresa.

- Disponibilizar um software de abertura e controle das ordens de serviço, para mapeamento da demanda e medição de eficácia dos serviços prestados.

Planejamento da Atividade	1º MÊS		2º MÊS		3º MÊS	
	1ªQ	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q
Estruturação da equipe de Engenharia Clinica						
Validação dos Procedimentos adotadospela empresa terceira						
Capacitação da equipe paranovos processos que forem necessários						
Implantação de novas rotinasde Engenharia clinica						
Revisão dos indicadores de monitoramento						
Monitoramento dosindicadores						

POP ENG CL 001 - ADMISSÃO DO PARQUE TECNOLÓGICO DO CLIENTE

1. OBJETIVO

Assegurar que todos os equipamentos médico-hospitalares estejam seguros para uso.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os equipamentos médico-hospitalares que integram o parque tecnológicodo cliente.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço
EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

SIG
Formulários de cada processo
Equipamentos de teste (Multímetro e osciloscópio)
Analisador/ simulador padrão específico para
cada equipamento Termo-Higrômetro
Software Certificados

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação

Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes externos	Todos os setores

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

No início de um novo contrato, a empresa realiza uma verificação em todos os equipamentos com o objetivo de garantir que os equipamentos estão seguros para uso. Quando o equipamento é reprovado na verificação funcional ele é encaminhado para manutenção corretiva (se houver possibilidade de conserto), após conserto deve realizar uma nova verificação funcional, caso não haja conserto, informar ao responsável da unidade que o equipamento está impossibilitado para uso e conserto, neste caso, o equipamento não entrará na gestão do parque tecnológico.

Obs: 1) Em caso de reprovado, o mesmo não deve ser colocado em uso até estar em pleno funcionamento.
2) A verificação funcional é realizada APENAS no início de um contrato novo de Engenharia Clínica e deve serrealizada até 4º mês após o início das atividades.
No processo de admissão do parque tecnológico deve-se seguir o Anexo 02 - check-list de Admissão do parquetecnológico do cliente.

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA / SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Disponibilizar os pontos de calibração para execução da verificação funcional.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC

- Organizar o espaço, separar as peças e equipamentos.
- Identificar com etiqueta padrão os equipamentos parados.
- Cadastrar equipamentos no SIG conforme POP FST OPE 002 - Levantamento patrimonial.
- Abrir uma ordem de serviço de verificação funcional para cada equipamento no SIG.
- Imprimir o formulário Anexo 01 - Formulário de verificação funcional.
- Imprimir formulário de Análise Segurança elétrica conforme POP FST OPE 006 – Análise de segurançaelétrica.
- Imprimir o formulário de Calibração conforme POP FST OPE 005 – Calibração de

equipamentos médicohospitalares.

- Gerar o certificado de calibração conforme POP FST OPE 018 – Emissão de Certificado de Calibração.
- Juntar todos os formulários (verificação funcional e segurança elétrica) e certificado de calibração no mesmo grampo e arquivar em meio físico e no SIG todas as "Verificações Funcionais".
- Criar plano de manutenção preventiva conforme POP FST OPE 004 – Manutenção Preventiva.
- Lançar no relatório de medição (quando aplicável) horas gastas nas verificações funcionais.

Obs: Para checagem da infraestrutura do cliente, utilizar anexo 05 do PRS FST INF 001 – Infraestrutura parachecagem dos itens acordados em contrato.

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC

- Organizar o espaço, separar as peças e equipamentos parados.
- Identificar com etiqueta padrão os equipamentos parados.
- Montar computador e impressora.
- Acessar rede internet unidade.
- Realizar inventário conforme POP FST OPE 002 – Levantamento Patrimonial.
- Identificar e etiquetar os equipamentos com a etiqueta (TAG) fornecida pela Fisio-tec, considerando modalidadecontrato.
- Realizar verificação funcional conforme o Anexo 01 - Formulário de verificação funcional.
- Realizar Análise Segurança Elétrica, conforme POP FST OPE 006 – Análise de segurança elétrica.
- Realizar calibração conforme POP FST OPE 005 – Calibração de equipamentos médico hospitalares; OBS: Solicitar os pontos para à Direção/ Gerência / supervisão da Fisio-tec.
- Concluir sobre o aceite ou não do equipamento considerando as seguintes possibilidades:

Aprovado (Passou em todos os testes e está apto para uso)

Aprovado com restrição (Passou por todos os testes, porém algum acessório está com problemas). O equipamento aprovado com restrição só pode ser liberado se o problema apresentado não impactar o paciente/ usuário.

Reprovado (Não está apto para uso e não deve ser liberado)

- Caso o equipamento seja aprovado, o mesmo deve ser disponibilizado para o setor no prazo máximo de dois dias após ser recolhido para verificação funcional, considerando que a verificação não foi feita no próprio setor de origem.
- Caso o equipamento seja reprovado (não admitido no rol de MNT), proceder com abertura de uma ordem de serviço para manutenção corretiva, informar ao responsável da unidade que o equipamento está impossibilitado para uso, se o equipamento não tiver conserto, o mesmo não entrará na gestão do parque tecnológico, caso o tenha conserto, após correção deverá ser realizado uma nova verificação funcional (abrir uma nova ordem de serviço) e anexar documentação correspondente.
- Caso o equipamento seja aprovado com restrição (exemplos: equipamentos com bateria ruim funcionando apenas na rede elétrica; monitor sem todos os acessórios/sensores, camas com apenas um rodízio ruim), disponibilizar a informação no SIG na ordem de serviço de verificação funcional e no formulário de verificação funcional, no campo observação descrever a restrição, abrir uma Ordem de Serviço (filha) para manutenção de corretiva conforme POP FST OPE 007 – Manutenção Corretiva.
- Juntar todos os formulários (verificação funcional e segurança elétrica) e certificado de calibração no mesmo grampo.
- Encaminhar as evidências para auxiliar administrativo.
- Devolver equipamento ao setor no prazo máximo dois (02) dias corridos, considerando que a verificação não foi feita no próprio setor de origem.

Obs: 1) Para checagem da infraestrutura do cliente, utilizar anexo 05 do PRS FST INF 001 – Infraestrutura para checagem dos itens acordados em contrato.
2) Checar junto a Direção/ gerencia/ Auxiliar Administrativo o resumo do contrato conforme anexo 03 – Resumodo contrato.

CABE AO GERENTE DE ENFERMAGEM/ RESPONSÁVEL PELO CONTRATO/ DIREÇÃO DO CLIENTE/ RESPONSÁVEL PELO SETOR OU DESIGNADO:
- Validar o formulário de verificação funcional e suas respectivas evidências.
- Testar o equipamento na entrega do mesmo pela Fisio-Tec.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização da aceitação / verificação funcional de equipamento;
- Erro no registro da aceitação / verificação funcional de equipamento.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALIL, S. J. & TEIXEIRA, M. S., Saúde & Cidadania: Gerenciamento de Manutenção em EquipamentosHospitalares – São Paulo: AGWM Artes Gráficas,1998. 127p.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 15943: Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para saúde. ABNT, 2011.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Verificação funcional
Anexo 02 - Check-list de Admissão do parque tecnológico do cliente. Anexo 03 – Resumo do contrato

10. REGISTROS

Nome do registro	Local d arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Verificação funcional	SIG e pasta localizada no armário do setor	Auxiliar Administrativo e/ ou Técnico	02 anos físico	Pico te
Check-list de Admissão do parque tecnológico do cliente.	Pasta localizada no armário do setor	Auxiliar Administrativo e/ ou Técnico e/ou supervisor e/ou engenharia	02 anos físico	Pico te

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05, 06 e 09	Troca de função, Melhoria de processo e Inclusão de formulário
02	06	Melhoria de processo

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 002 - LEVANTAMENTO PATRIMONIAL

01. OBJETIVO

Conferir os equipamentos existentes na unidade para a execução/gestão das manutenções.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os equipamentos médico-hospitalares que integram o parque tecnológico da instituição.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço
EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

SIG; Formulários do processo

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes externos	Todos os setores

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

- Realizar o levantamento patrimonial a cada 12 meses e conferir no SIG, após arquivar levantamento. Caso tenha alguma incoerência, verificar no controle de movimentação a localização dos equipamentos com cadastro incoerente.
- O inventário ajuda na busca do equipamento para preventiva/ calibração/ segurança elétrica. Se o mesmo estiver com alguma incoerência ou não foi localizado no setor e nem possui movimentação, a Fisio-Tec deverá enviar um comunicado por email para o **responsável pelo contrato/ responsável setorial/ gerente de enfermagem/ direção/ responsável designado** relatando o ocorrido e solicitando um posicionamento, caso a incoerência ou falta de localização não seja solucionada, deve-se enviar uma RNC para o setor responsável peloequipamento.

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA / SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Analisar as respostas das RNC's e comunicados gerados.
- Validar o Anexo 02 – Análise de inventário em até 30 dias após a compilação dos dados pelo auxiliar administrativo.
- Apresentar a análise de inventario validada ao gerente de enfermagem/ responsável pelo contrato/ direção docliente/ responsável designado.
- Orientar a equipe as ações a serem realizadas conforme apresentação da análise para unidade

CABE AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIOTEC

- Filtrar do SIG todos os equipamentos ativos na unidade, exportar para o Excel e manter apenas as colunas: item, Tag, tipo de tecnologia, marca, modelo, nº série, nº patrimônio, nº registro da anvisa, localização, encontrado (sim ou não) e observação. Deve-se fazer setor por setor, para facilitar a busca. Após esse processo, colocar as informações mantidas no formulário padrão Anexo 01 - Levantamento Patrimonial
- Imprimir o formulário completo setor por setor para o levantamento patrimonial e entregar para o técnico auxiliartécnico que irá realizar o levantamento patrimonial.
- Receber o levantamento atualizado pelos técnicos/ auxiliar técnico e conferir no SIG se os mesmos estão com informações coerentes. Caso no levantamento atualizado esteja faltando algum equipamento quando comparado com o levantamento anterior ou com alguma incoerência, entrar em contato imediatamente com o setor (por e- mail ou comunicação interna) solicitando a disponibilização do equipamento (no prazo de até 07

dias), que não foi citado no novo levantamento, para checagem dos dados. Se o responsável do setor não souber o paradeiro do equipamento, enviar um comunicado por e-mail para o **responsável pelo contrato/ responsável setorial/ gerente de enfermagem/ direção/ responsável designado** relatando o ocorrido e solicitando um posicionamento, caso a incoerência ou falta de localização não seja solucionada, deve-se enviar uma RNC parao setor responsável pelo equipamento.

- Compilar os dados encontrado e colocar no formulário Anexo 02 – Análise de inventário no prazo de 30 dias após o a finalização do levantamento patrimonial.

Obs: Pontuar os equipamentos não encontrados, os movimentados e o custo de um equipamento similar dos não encontrados.

- Encaminhar para direção/ gerencia/ supervisão (após prazo de 07 dias de RNC) lista com equipamentos não encontrados e movimentados.
- Atualizar o SIG com o novo levantamento patrimonial (após orientação da direção/ gerencia/ supervisão da FST.
- Escanear e arquivar o "Levantamento Patrimonial" no one-drive.
- Arquivar em meio físico o "Levantamento Patrimonial";
- Tomar ações conforme orientação da gerência/ direção da FST.

Obs: Só receber o levantamento patrimonial da equipe se o mesmo estiver validado pelo setor responsável epelo técnico da Fisio-Tec (responsável pelo levantamento patrimonial.

COMPETE AO AUXILIAR TÉCNICO/TÉCNICO DA FISIO-TEC

- Receber do auxiliar administrativo da Fisio-Tec o formulário Anexo 01 - Levantamento Patrimonial com asinformações atualizadas do SIG.
- Conferir todos os itens da lista, considerando as informações, como: item, Tag, tipo de tecnologia, marca, modelo, nº série, nº patrimônio, nº registro da anvisa, localização, encontrado (sim ou não) e observação
- Caso não seja encontrados equipamentos que não estejam na lista, deve ser verificado a procedência doequipamento quanto a movimentação e aceitação.
- Fazer levantamento de todos os equipamentos do parque tecnológico;
- Registrar todos os dados no Anexo 01 - Levantamento Patrimonial e atentar-se para todos os itens descritos;
- Verificar junto aos enfermeiros/ chefes/ Coordenadores/ responsáveis designados a localização de todos os equipamentos pertinentes ao setor. Caso falte algum equipamento já levantado anteriormente, solicitar ao auxiliar administrativo que envie um comunicado por e-mail para o **responsável pelo contrato/ responsável setorial/ gerente de**

enfermagem/ direção/ responsável designado relatando o ocorrido e solicitando um posicionamento, caso a incoerência ou falta de localização não seja solucionada, deve-se enviar uma RNC parao setor responsável pelo equipamento.

- Assinar o formulário no local indicado após finalização do levantamento patrimonial;

- Validar as informações contidas no formulário junto ao responsável pelo setor. É importante mostrar aoresponsável a observação contida no final do formulário:

AO REALIZAR A VALIDAÇÃO DO DOCUMENTO O RESPONSÁVEL DA ÁREA TOMA CIÊNCIA QUE SERÁ NOTIFICADO (EMAIL E RNC) PELOS EQUIPAMENTOS NÃO ENCONTRADOS E/ OU INCOERENCIAS NO INVENTÁRIO. CASO O DESAPARECIMENTO DO EQUIPAMENTO PERSISTA, O MESMO CONSTARÁ NO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE INVENTÁRIO QUE SERÁ ENVIADO PARA A DIREÇÃO DA UNIDADE.

Obs: 1) Equipamentos parados em manutenção (preventiva/ corretiva/ calibração/ segurança elétrica), tambémprecisam ser conferidos no inventário.

2) Antes de ir ao setor na busca do equipamento, verificar se o equipamento está em manutenção interna ouexterna.

COMPETE GERÊNCIA/ SUPERVISÃO/ ANALISTA DE QUALIDADE DA FISIO-TEC

- Fazer auditoria interna (PRQ FST SGQ 001) em cima do levantamento patrimonial ou in loco no setorassistencial.

CABE AO GERENTE DE ENFERMAGEM/ RESPONSÁVEL PELO CONTRATO/ DIREÇÃO DO CLIENTE/ RESPONSAVEL DESIGNADO:

- Acompanhar o técnico da Fisio-tec no levantamento do parque tecnológico.
- Verificar se as informações contidas no inventario condiz com os equipamentos pertencentes ao setor.
- Informar se o equipamento foi movimentado para outro setor.
- Validar o levantamento patrimonial.
- Analisar e traçar ações baseadas no Anexo 01 - Análise de inventário

Atenção: **AO REALIZAR A VALIDAÇÃO DO DOCUMENTO O RESPONSÁVEL DA ÁREA TOMA CIÊNCIA QUE SERÁ NOTIFICADO (EMAIL E RNC) PELOS EQUIPAMENTOS NÃO ENCONTRADOS E/ OU INCOERENCIAS NO INVENTÁRIO. CASO O DESAPARECIMENTO DO EQUIPAMENTO PERSISTA, O MESMO CONSTARÁ NO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE INVENTÁRIO QUE SERÁ ENVIADO PARA A DIREÇÃO DA UNIDADE.**

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização de levantamento patrimonial conforme planejado;
- Não inclusão de equipamento no inventário da unidade;
- Falha na identificação do equipamento (TAG);
- Não localização do equipamento.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALIL, S. J. & TEIXEIRA, M. S., Saúde & Cidadania: Gerenciamento de Manutenção em EquipamentosHospitalares – São Paulo: AGWM Artes Gráficas,1998. 127p.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 15943: Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para saúde. ABNT, 2011.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Formulário de Levantamento patrimonial Anexo 02 – Análise de inventário.

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	esponsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Levantamento patrimonial	Pasta localizada no armário do setor	Assistente Administrativo, Auxiliar Administrativo e/ ou Técnico	02 anos físico	Picote
Análise de levantamentopatrimonial	Pasta localizada no armário do setor	Assistente Administrativo, Auxiliar Administrativo e/ ou Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05, 06, 09	Troca de função, Melhoria de processo e Melhoria formulário
02	06	Melhoria de processo (Inclusão dos prazos de entrega da análise dolevantamento)
03	06	Melhoria de processo nas atividades de gerência/ administrativo e auxiliar administrativo.

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 003 - IDENTIFICAÇÃO E RASTREABILIDADE

1. OBJETIVO

Estabelecer procedimentos e mecanismos para identificação e rastreabilidade dos equipamentos assistidos pela Fisio-tec e os instrumentos utilizados para esta finalidade, permitindo o controle sobre os serviços realizados de MNT (Preventiva - Corretiva), análise segurança elétrica e calibração.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os equipamentos devem ser identificados pelo nº de série.

Todos os equipamentos e instrumentos utilizados pela FST para atender aos requisitos dos clientes referentes (Preventiva - Corretiva), análise de segurança elétrica e calibração devem possuir placa de identificação (TAG).

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço **SS:** Solicitação de serviço **EC:** Engenharia Clínica
Equipamentos padrões: Analisadores/ simuladores

4. MATERIAIS

Etiquetas autocolantes, software específico de gestão, software de elaboração de laudos, Papel A4 (quando for ocaso).

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

6.1 EQUIPAMENTOS DOS CLIENTES

- São todos os equipamentos existentes no parque tecnológico do Cliente ou adquiridos pelo Cliente, estes devem ser conferidos no momento do recebimento (início de contrato ou em aquisições futuras), os mesmos devem ser conferidos e posteriormente cadastrados no software de gestão, considerando as seguintes informações:

- Tipo de Tecnologia
- Categoria
- Solicitante
- Localização
- Marca do equipamento
- Modelo
- No de série: Localizado no equipamento
- Patrimônio (Cliente),
- TAG
- Nº Registro na Anvisa
- Todos os equipamentos sob a gestão da Fisio-tec recebem uma etiqueta com as iniciais do hospital (máximo 04 dígitos) e números sequenciais (máximo 04 casas). Caso não seja autorizado o uso da TAG da FST pelo cliente, utilizar número de série para rastreabilidade ou etiqueta de número de patrimônio do cliente.

6.1.1 VALIDADE DA CALIBRAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS CLIENTES

- A validade é determinada conforme cada contrato e sugestão plano assinado junto ao cliente.

Obs: Não deve ultrapassar o prazo de 365 dias, salvos em casos específicos conforme recomendação dofabricante.

6.2 ANALISADORES E SIMULADORES

- São todos os equipamentos e dispositivos de medição e monitoramento adquiridos pela FST, estes sãoutilizados durante a prestação dos serviços realizados pela FST.
- Todos os equipamentos, inclusive os padrões devem possuir identificação, nesta identificação deve constar amarca "FISIO-TEC" e o número sequencial para diferenciar os equipamentos.
- Utilizar etiqueta para patrimoniar conforme modelo padrão apresentado abaixo:

6.2.1 VALIDADE DA CALIBRAÇÃO DOS ANALISADORES

- A validade é determinada no formulário de sugestão de plano conforme cada tipo de equipamento, após a calibração do padrão o certificado é validado e nele determina a validade da calibração.
- O Controle do vencimento das calibrações está disponível no software de gestão dentro de cada equipamentos.

6.3 RASTREABILIDADE

- A rastreabilidade consiste na possibilidade de identificar os equipamentos, bem como os serviços realizados sobre os mesmos com a finalidade de garantir a busca de dados e informações sobre os serviços realizados e a eficácia dos equipamentos.

6.3.1 RASTREABILIDADE SOBRE EQUIPAMENTO DE CLIENTE

-Os serviços realizados pela FST de MNT (preventiva e corretiva), análise segurança elétrica e calibração são identificados através de:

- Evidência da realização de manutenção preventiva e corretiva, calibração e análise de segurança elétrica permanecem no SIG. A partir da abertura da "ss" de manutenção preventiva a mesma é contemplada de um check-list do serviço realizado e junto a ss é anexado o certificado de calibração, bem como a análise de segurança elétrica. Ambos ficam disponíveis apenas em meio digital (dentro da SS de cada equipamento).

Para clientes que não possuem acesso ao software de gestão, o mesmo é enviado via e-mail e também permanecem impressos dentro das pastas com respectivas assinaturas dos clientes.

- Inserção de etiqueta autocolante, conforme modelo apresentado abaixo:

- Colocar etiqueta apenas se for solicitado/autorizado pelo cliente, conforme anexo 01 – Autorização de uso de etiqueta.
Obs: O Uso da etiqueta colada nos equipamentos não isenta a existência dos laudos.

- Colar a Etiqueta na lateral direta no meio do equipamento, desde que não atrapalhe as informações doequipamento.

6.3.1 RASTREABILIDADE SOBRE EQUIPAMENTO PADRÔES

- Os equipamentos da FST são cadastrados no software de geração de certificados e SIG.

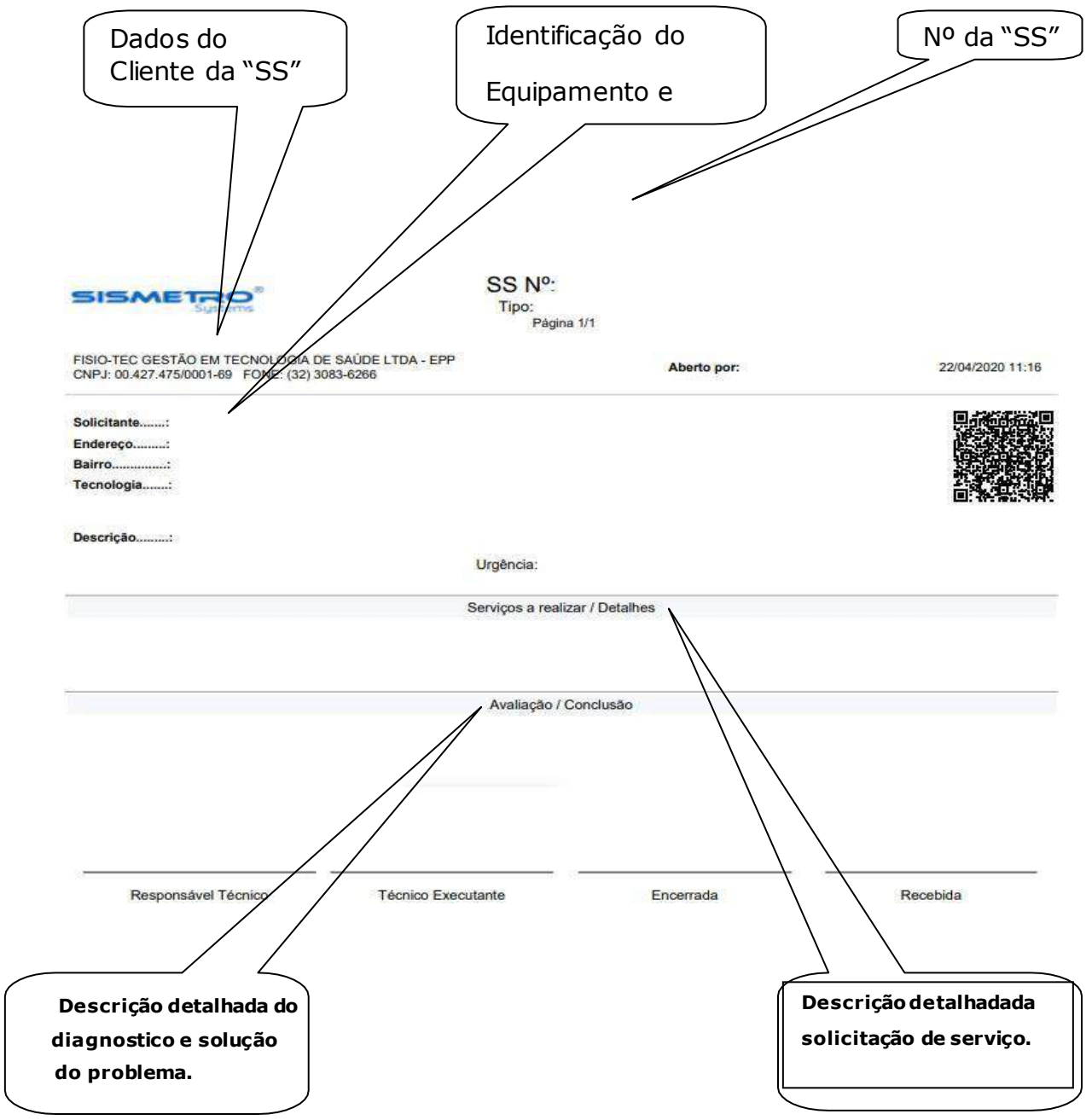
- OS certificados ficam disponíveis no one drive junto com suas respectivas rastreabilidades, também estãodisponíveis no SIG.

6.4 LAUDOS

- O conjunto denominado de laudo é composto pelos documentos citados abaixo, os quais devem possuir osseguintes marcadores:

6.4.1 "SS" - SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO:

- Identificada por um número sequencial ordinário crescente, sendo quem nesta deve constar também o setor do Centro de Custo e os dados dos equipamentos, conforme mostra abaixo:

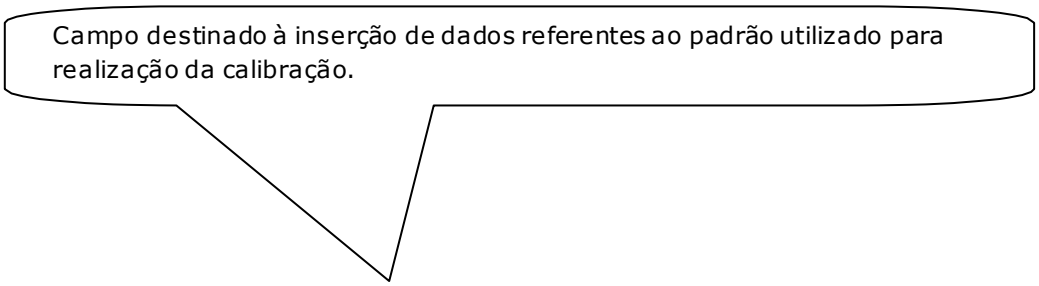


- A "SS" também contempla os dados e informações apresentados abaixo com a finalidade de permitir omonitoramento sobre as ações operacionais de MNT:
- Número da SS
- Aberto por quem
- Data e hora da solicitação

- Solicitante,
- Tipo de MNT,
- Tecnologia
- Serviço a realizar/ Detalhes
- Avaliação / Conclusão – Aqui o técnico descreve o diagnostico e a ação tomada para solucionar o problema doequipamento.
- Responsável técnico
- Técnico executante

6.4.2 ANÁLISE SEGURANÇA ELÉTRICA

- É Realizada com a utilização do formulário para registros de análise de segurança elétrica conforme Anexo 01 do POP FST TEC 006 - Segurança elétrica, que tem como objetivo registrar os parâmetros referentes aos testes realizados, bem como os status obtidos.
- Neste formulário deve conter também os dados de identificação do padrão utilizado, conforme figura abaixo:



Padrão utilizado na calibração	
Marca:	Modelo:
Nº Série:	Vencimento:

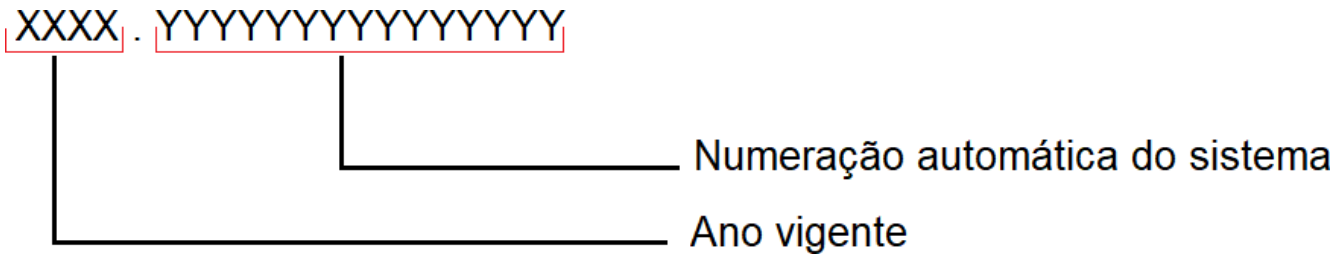
TÉCNICO EXECUTANTE	
Nome:	Assinatura e carimbo técnico

- Cabe ressaltar que todos os certificados originais de calibração referentes aos padrões utilizados estão sob a guarda da Gerência na Matriz da FST em Juiz de Fora - MG.

- A gerência mantém atualizado todos os certificados e durante os ciclos de auditorias nos clientes estes são disponibilizados para as unidades que estão em processo de auditorias em meio físico. Também ficam disponíveis em meio digital no SIG e one drive.

6.4.3 CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO

- O Certificado é produzido mediante a inserção de dados no SI - Sistema Informatizado denominado "Arkmeds", estes são identificados utilizando uma sequência numérica como mostra abaixo:



Obs: Todas as unidades estão providas com o sistema "Arkmeds", que permite a emissão dos certificados deforma direta apara o Cliente.

Faz parte dos certificados de calibração os itens:

- Dados do Contratante,
- Instrumento/Equipamento calibrado,
- Condições Ambientais - (Temperatura Umidade),
- Padrões utilizados no processo de calibração:
- São simuladores de aplicação específica, os quais são identificados pelo nº de série e modelo, além de possuir:
    - ☐ Nº do certificado,
    - ☐ Validade,
    - ☐ Órgão calibrador.
- Procedimento de calibração,
- Informações complementares,
- Resultados.
- Campo definindo o status (Aprovado e Não aprovado).

Obs: Para clientes avulsos a validade não é informada, apenas se solicitado.

6.5 PRESERVAÇÃO DOS DADOS E INFORMAÇÕES

- Todos os dados do SIG e SI ficam armazenados em um servidor contrato pela fornecedores do software.

6.6 CUIDADOS COM O PARQUE TECNOLOGICO DO CLIENTE

- Retirar os equipamentos dos locais designados apenas para execução da manutenção preventiva, manutençãocorretiva, calibração e segurança elétrica.
- Utilizar rodízios e alças disponíveis no equipamento para deslocamento;
- Retirar após desinfecção dos equipamentos conforme NR32;
- Disponibilizar os critérios de uso seguro para o cliente e utilizá-los sempre que for manusear;
- Utilizar elevadores sempre que possível;
- Devolver contendo os acessórios conforme disponibilizado;
- Disponibilizar equipamentos apenas em pleno funcionamento;
- Entregar equipamento limpo;
- Colocar na ordem de serviço quando enviado para manutenção externa;
- Fazer aceitação conforme PRS FST OPE 009 – Aceitação equipamento, no retorno da manutenção externa;

6.7 COLOCAÇÃO ETIQUETA (MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CALIBRAÇÃO)

A etiqueta de manutenção preventiva e calibração só devem ser colocados conforme acordado com a unidade, conforme anexo 01- Autorização utilização etiqueta de manutenção.

- Preencher a etiqueta com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próximaPreventiva (considerar o último dia do mês).
- Fixar etiqueta na lateral direita centralizada ou na frente do equipamento, não colocar atrás pois dificulta a visualização dos usuários ou colocar conforme a política de cada Instituição.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização do cadastro e informações necessária para rastreabilidade

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 10012: Sistemas de gestão de medição - Requisitos para os processos de medição e equipamentos de medição. ABNT, 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO/IEC 17025: Requisitos gerais para a competência delaboratórios de ensaio e calibração. ABNT, 2005.

Vocabulário Internacional de Metrologia: Conceitos fundamentais e gerais e termos associados (VIM 2012). Duque de Caxias, RJ: INMETRO, 2012.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR IEC 60601-1-1: Esta Norma se aplica a segurança de sistemas eletromédicos. Descreve as prescrições de segurança relativas aos sistemas eletromédicos no intuito de possibilitar a proteção do paciente, do operador e do ambiente. ABNT, 2004.

9. ANEXOS

Anexo 01 - Autorização etiqueta de manutenção.

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Formulário Autorização de uso de etiqueta de manutenção	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05, 06 e 09	Troca de função, Melhoria de processo e Inclusão de formulário
02	06	Melhoria de processo

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG 004 - MANUTENÇÃO PREVENTIVA

1. OBJETIVO

Apresentar o processo de manutenção preventiva, que é a manutenção efetuada em intervalos pré- determinados, ou de acordo com critérios prescritos, destinada a reduzir a probabilidade de falha ou a degradação do funcionamento de um equipamento, mantendo o uso seguro do mesmo no paciente e usuário, conforme padrão do fabricante.
São executadas e gerenciadas manutenções preventivas de:

<table>
<tr><th>PARQUE TECNOLOGICO</th><th>TERCEIROS</th><th>PARCEIROS</th><th>MÉDICOS</th></tr>
<tr><td rowspan="5">Equipamentos da unidade -
Bens Patrimoniais (Próprio e/u Doado)</td><td>Comodatos</td><td rowspan="5">São empresas que trabalham dentro da unidade e possuem equipamento médico assistencial</td><td rowspan="5">São equipamentos médico assistencial de médicos prestadores de serviço nas unidades</td></tr>
<tr><td>Locados</td></tr>
<tr><td>estação de Serviço Avulso</td></tr>
<tr><td>restação de Serviço Contrato</td></tr>
<tr><td>Emprestado</td></tr>
<tr><td>Gerencia por: Software de Gestão Integrado</td><td>Gerencia por: Software de Gestão Integrado</td><td>renciado por: Planilha no One Drive</td><td>Gerencia por: Software de Gestão Integrado</td></tr>
</table>

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento deverá ser aplicado em todos os clientes da Fisio-tec conforme descrição contratual.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão

OS: Ordem de Serviço

SS: Solicitação de Serviço

EC: Engenharia Clínica

In loco: No próprio local

One Drive: serviço de armazenamento em nuvem da Microsoft utilizado pela Fisio-Tec

4. MATERIAIS

Equipamentos de teste (Ex: multímetro, osciloscópio, entre outros);
Ferramentas diversas (Ex: chave *phillips*, chave fendas, chave *allen* , alicates, entre outros);Limpa contato;
DesengripanteÁlcool;
SIG;
Sabão neutro;
Pano de compressa.

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

As preventivas são geradas pelo SIG sendo disponibilizadas para todos os envolvidos, sejam

eles colaboradores da Fisio-tec e/ou clientes.

Em caso onde o equipamento está em processo de manutenção corretiva, a manutenção preventiva deveráserrealizada imediatamente após o término do reparo.

O equipamento conectado em paciente com alta complexidade onde há riscos na substituição só deverá serdisponibilizado na troca de paciente.

O plano de manutenção preventiva possui as seguintes tolerâncias:

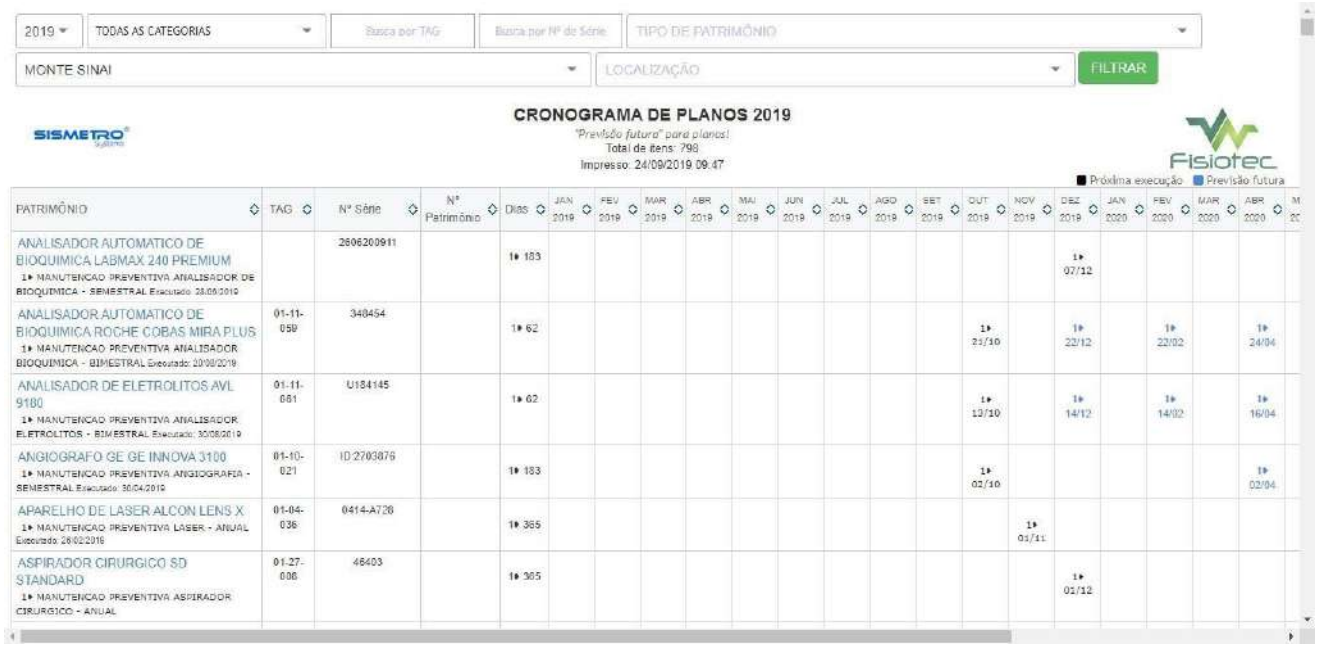
>31 dias = 30 dias de tolerância

< 31 dias = 5 dias de tolerância

Obs: As ordens de serviços de manutenção preventiva são geradas até o 2º dia útil do mês.

O período para realização das preventivas podem ter tolerância superior a 30 dias desde que alinhadocom o cliente.

- O Cronograma de Manutenção Preventiva encontra-se disponível no SIG, para acesso de todos os usuários.Exemplo:



6.1 EQUIPAMENTOS DA UNIDADE

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA / SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Criar Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva, levando em consideração a família de tecnologias, a logística da estrutura necessária para a realização do serviço, a proporcionalidade de equipamentos e a periodicidade recomendada pelo fabricante/ legislação.
- Validar O Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva junto ao Gerente de Enfermagem e/ouresponsável pelo contrato e/ou demais responsáveis.
- Tomar ação caso seja identificado que os prazos/ tolerâncias não estão cumpridos.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO e/ou SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Avaliar a existência de um cronograma de manutenções preventivas na unidade, caso não possua ou possua com deficiência, solicitar a direção/ coordenação/ gerência Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva validada pelo (a) Gerente de Enfermagem e/ou responsável pelo contrato.
- Lançar no SIG em cada equipamento o cronograma de manutenção preventiva conforme Anexo 01- Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva aprovado.

Obs.: Uma vez implantado, não será permitido alteração sem autorização da direção/ gerência.

- Caso o cronograma de manutenção preventiva esteja de acordo, acompanhar e conferir as evidências de realização da manutenção diariamente no SIG.
- Alertar aos técnicos / terceiros/ parceiros/ Médicos sobre as datas e prazos de tolerâncias. Caso seja identificado que os prazos não estão sendo cumpridos, comunicar formalmente com antecedência a direção/ engenharia.
- No 2º dia útil de cada mês, verificar as ordens de serviços geradas pelo SIG junto aos técnicos da Fisio-tec.
- Checar quem irá realizar cada manutenção preventiva e solicitar evidências no decorrer do mês para os responsáveis, que são: técnicos da Fisio-tec, terceiros, parceiros ou Médicos.
- Em caso de clientes da Fisio-tec que não possuem equipe alocada na unidade, formalizar contato via e-mail informando a data prevista da visita na unidade e aguardar liberação do cliente.
- Gerar não conformidade/ notificação nos seguintes casos: se a unidade (cliente) não disponibilizar o equipamento sem uma justificativa plausível; se houver resistência para disponibilizar do equipamento; se a unidade (cliente) não souber onde está o equipamento (equipamento não encontrado).

- Após não conformidade/ notificação do equipamento não encontrado, se ainda continuar desaparecido, comunicar formalmente a situação ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato/ Direção da unidade para que seja tomada uma ação efetiva.
- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Responsável pelo setor/ Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção pra vencer.
- Realizar compra do material necessário para execução da manutenção preventiva de forma antecipada e registrar na planilha controle de compras da unidade (cliente) conforme POP FST OPE 014 – Aquisição ou conforme acordado com

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- No 2º dia útil de cada mês, verificar junto ao auxiliar administrativo e/ou supervisor técnico da Fisio-tec quais serão os responsáveis pela execução das manutenções preventivas planejadas, podendo ser de responsabilidade dos próprios técnicos da Fisio-tec, terceiros, parceiros ou Médicos.
- Realizar a busca ativa dos equipamentos na unidade (cliente) e priorizar a execução da manutenção nos equipamentos de menor tolerância. Em caso de clientes que não possuem equipe alocada na unidade, alinhar junto ao auxiliar administrativo e/ou supervisor técnico a confirmação da data de visita para execução das manutenções preventivas.
- Realizar a movimentação interna do equipamento para o setor de EC tomando os devidos cuidados conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade. **RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSAVEL DO SETOR QUE O MESMO SÓ SERÁ RETIRADO PARA MANUTENÇÃOAPÓS PROCESSO DE DESINFCÇÃO, DESCREVER NA SS:**

"Em virtude do item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Responsável do setor comunicado".

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo setor que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção pra vencer.

- Em posse do equipamento, separar as ferramentas necessárias para a realização da manutenção preventiva.
- Realizar a manutenção preventiva de acordo com o Checklist disponível na ordem de serviço do SIG.

Obs: Verificar se no plano de preventiva contempla a análise segurança elétrica e calibração, e realizar conforme POP FST OPE 006 – Análise de Segurança Elétrica e POP FST OPE 005 – Calibração de equipamentos médico-hospitalares.

ATENÇÃO: Se um dos itens do check'lists da manutenção preventiva não for atendido, deverá ser reprovado e o sistema abrirá automaticamente uma SS inconformidade do Check-List, então se o item não trouxer nenhum impacto para o funcionamento com segurança, a SS de Manutenção Preventiva será concluída. Porém, se este item do check-List reprovado impactar na funcionalidade e segurança do equipamento, então a SS de Manutenção Preventiva deverá ficar aberta até a finalização da manutenção corretiva (item do checklist reprovado) (e). Após finalização da corretiva, a preventiva deverá ser realizada/finalizada e o equipamento será liberado para uso.

Exemplos de itens que permitem a liberação do equipamento: Acessórios, rodízio travado, lâmpada queimada em foco que possui mais de uma cúpula.

Exemplos de itens que NÃO permitem a liberação do equipamento: Falha/Erro na Análise de Segurança Elétrica, Falha/Erro na Calibração ou Falha/Erro em itens que possam impactar a segurança do paciente.

- Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção.
- Devolver o equipamento ao setor de destino.
- Caso seja solicitado/ autorizado pela instituição, preencher e anexar etiqueta conforme Anexo 02 – Etiqueta de Preventiva / Calibração, com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próxima Preventiva (considerar o último dia do mês). Fixar etiqueta de Manutenção na lateral direita centralizada conforme PRS FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade (**OU** de acordo com a política de cada Instituição).

OBS.: Em unidade (clientes) que possuem ordem de serviço própria ou que exige ordem de serviço física, preencher a ordem de serviço, coletar assinatura do setor (para comprovação da execução), escanear e anexar na ordem de serviço do SIG.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG.
- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de forma antecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica;

Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR 32 e desconectado do paciente.

- Testar o equipamento na devolução (após manutenção).
- Validar/ Aceitar a manutenção através da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Verificar se os equipamentos possuem etiqueta de manutenção preventiva/ calibração caso seja exigência da unidade. Se estiver sem etiqueta, acionar a Engenharia Clínica para que verifique a última manutenção realizada (se acordado).
- Autorizar a data da visita (clientes que não possuem equipe locada na unidade).

CABE AO GERENTE DE ENFERMAGEM/ RESPONSÁVEL PELO CONTRATO/ DIREÇÃO DO CLIENTE:

- Validar Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva junto a direção/ coordenação/ engenharia da Fisio-Tec
- Tomar ação junto a Fisio-Tec caso o equipamento não seja encontrado.
- Orientar aos responsáveis setoriais quanto a importância da manutenção preventiva.

6.2 <u>EQUIPAMENTOS TERCEIROS</u>

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO E/OU SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Realizar cadastro do equipamento no SIG assim que o equipamento chegar na unidade e abrir ordem de serviço para aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos, após anexar documentação na SS de Aceitação e criar o cronograma de manutenção preventiva.
- Solicitar junto ao terceiro as documentações mais recentes do equipamento (Evidência da última preventiva, certificados de Calibração, Segurança Elétrica, etc.)
- Cadastrar cronograma de manutenção preventiva levando em consideração as últimas evidências, se possível inserir dentro da família conforme Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva.
- Agendar com o terceiro e com o responsável do setor o dia da visita para realização da manutenção preventiva.
- Acompanhar se o técnico anexou as evidências enviadas pelo terceiro na ordem de serviço gerada pela SIG. Checar se foi validado pela Fisio-Tec e cliente, caso não tenha

sido solicitar a coordenação/ gerência da Fisio- Tec para que exclua as evidências. Solicitar ao técnico para que seja inserido apenas as evidências validadas.

CABE AO TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Realizar aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos para que o auxiliar administrativo cadastre o plano de manutenção preventiva.

- Acompanhar o terceiro para realização da manutenção preventiva in-loco, caso seja necessário realizar a movimentação interna do equipamento para o setor de EC tomando os devidos cuidados conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade, **RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSAVEL DO SETOR QUE O MESMO APÓS PROCESSO DE DESINFCÇÃO, DESCREVER NA SS:**

"Em virtude de o item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Chefia do setor comunicado".

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção vencendo.
- Testar se o equipamento está em perfeita condição e uso.

- Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção.
- Validar e arquivar no SIGa evidência da manutenção preventiva do equipamento executada pelo terceiro.
- Devolver o equipamento ao setor de destino.
- Caso seja solicitado/ autorizado pela instituição, preencher e anexar etiqueta conforme Anexo 02 – Etiqueta de Preventiva / Calibração, com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próxima Preventiva (considerar o último dia do mês). Fixar etiqueta de Manutenção na lateral direita centralizada conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade (**OU** de acordo com a política de cada Instituição).

OBS.: Em unidade (clientes) que possuem ordem de serviço própria ou que exige ordem de serviço física, anexar a ordem de serviço do terceiro, preencher a ordem de serviço da unidade (cliente), coletar assinatura do setor (para comprovação da execução), escanear e anexar na ordem de serviço do SIG.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG.
- Alinhar junto ao auxiliar administrativo da Fisio-Tec a melhor data para visita do terceiro.
- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de formaantecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica;

Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR 32 e desconectado do paciente.

- Testar o equipamento na devolução (após manutenção).
- Validar/ Aceitar a manutenção através da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Verificar se os equipamentos possuem etiqueta de manutenção preventiva/ calibração caso seja exigência da unidade. Se estiver sem etiqueta, acionar a Engenharia Clínica para que verifique a última manutenção realizada.
- Realizar aceitação do serviço via SIG.

6.3 EQUIPAMENTOS DE PARCEIROS E MÉDICOS

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO e/ou SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Solicitar (anualmente ou assim que entrarem na unidade) aos parceiros presentes dentro da unidade (cliente) o cronograma de manutenção preventiva/ calibração/ segurança elétrica todos os equipamentos fixos e rotativos disponíveis na unidade.
- Lançar o cronograma no Anexo 03 - Controle Equipamentos de Médicos e Parceiros disponível no ONE DRIVE.
- Recolher mensalmente as evidências das manutenções preventivas / calibrações / segurança elétrica dos parceiros dentro da unidade de saúde conforme cronograma de manutenção preventiva/ calibração disponibilizado pelo mesmo. Caso haja recusa na disponibilização das evidências, aplicar não conformidade/ Notificação e se ainda persistir, comunicar formalmente a situação ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato/ Direção da unidade para que seja tomada uma ação efetiva.

- Arquivar a SS dos parceiros e médicos no OneDrive e/ou em pasta física identificada e

realizar controle através da planilha disponível no OneDrive.

CABE AO TÉCNICO/ GERENCIA/ SUPERVISOR DA ENGENHARIA DA FISIO-TEC:

- Analisar se a ordem de serviço/ laudo de calibração/ laudo segurança elétrica se possui todas as informações necessárias que garantem a preventiva do equipamento. Exemplo: checklist do que foi realizado, data, hora, dados dos equipamentos, padrão utilizado, pontos calibrados e validação dos parâmetros.

6.4 EQUIPAMENTOS PASSIVEIS DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EXTERNA

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO/ SUPERVISOR DA FISIO-TEC:

- Solicitar o orçamento e apresentar para direção/ responsável pelo contrato e seguir processo de compras da unidade (cliente). Em contratos que a Fisio-tec é a responsável financeira por estes custos, seguir o POP FST OPE 014 – Aquisição.
- Fazer contato com o fornecedor e informar se o equipamento será enviado ou se optou pela visita. Caso seja autorizado o envio para o fornecedor, solicitar junto ao setor fiscal/ contábil da unidade (cliente) a emissão da Nota fiscal para o transporte. Caso seja visita, agendar junto ao setor de destino do equipamento uma melhor data.
- Checar com a direção/ responsável pelo contrato qual vai ser o meio de transporte para envio do equipamento (transportadora / correio). Em contratos que a Fisio-tec é a responsável financeira por esses custos, checar com a direção da Fisio-tec.
- Entrar em contato com a transportadora e agendar a coleta. Caso seja pelo correio, verificar o meio de transporte até ao correio.
- Acompanhar se o técnico anexou as evidências enviadas pelo fornecedor na ordem de serviço gerada pela SIG. Checar se foi validada pela Fisio-Tec e cliente, caso não tenha sido solicitar a coordenação/ engenharia da Fisio-Tec para que exclua as evidências. Solicitar ao técnico para que seja inserido apenas as evidências validadas.
- No retorno do equipamento, proceder conforme POP FST OPE 008 – Movimentação de Equipamentos e POPFST OPE 009 – Aceitação de Equipamentos.
- Caso seja autorizado a visita do fabricante/assistente, agendar junto ao setor de destino do equipamento umamelhor data.
- Arquivar a SS de terceiros através de uma ordem de serviço do SIG. Todas as informações deverão estar noSIG.

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Embalar o equipamento para que seja transportado em segurança. (caso seja enviado para fornecedor/ assistente técnico)

- Registrar o motivo do envio para manutenção externa na SS ou visita do fornecedor.
- Acompanhar junto ao auxiliar administrativo o processo para execução do serviço.
- Acompanhar o fornecedor na visita realizada e solicitar SS do que foi realizado.
- Testar se o equipamento está em perfeita condição e uso.
- Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção.
- Validar e arquivar no SIG a evidência da manutenção preventiva do equipamento executada pelo terceiro.

OBS: Colocar todas as informações na SS do SIG.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização de manutenção preventiva após finalização de manutenção corretiva;
- Falta de material para execução da manutenção preventiva por falha na aquisição prévia de material;
- Não realização da manutenção preventiva do equipamento;
- Não acompanhar o plano de manutenção preventiva dos parceiros do cliente;
- Não notificar os parceiros do cliente quando houver não conformidades quanto ao envio do plano demanutenção preventiva e/ou evidências do serviço.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NR32 **-** Segurança e Saúde no Trabalho em
Serviço de SaúdeManual de Tecnovigilância
ABNT NBR 15943 - Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura deserviços de saúde e de equipamentos para a saúde.

ABNT NBR ISSO/ IEC 60601:2012 – Requisitos gerais para equipamentos eletromédicos.

RESOLUÇÃO Nº 2:2010 – Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimento de saúde.

Boas práticas para aquisição de equipamentos Médicos- hospitalares – ANVISA

Equipamentos médico-hospitalares e o gerenciamento da manutenção – Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002. Guia para elaboração do Plano de Gestão de equipamentos –

Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2012.
Manual para Regularização de Equipamentos Médicos na ANVISA, 2017

9. ANEXOS

Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva Anexo 02 – Etiqueta de Preventiva / Calibração
Anexo 03 - Controle Equipamentos de Médicos e Parceiros disponível no ONE DRIVE.

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva	Pasta localizada no armário do setor Engenharia Clínica e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive)	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote
Etiqueta de Preventiva / Calibração	Pasta localizada no armário do setor Engenharia Clínica e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive)	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote
Controle Equipamentos de Médicos e Parceiros	One drive	Assistente e Auxiliar Administrativo	Indeterminado	

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Troca de função
01	06	Melhoria de processo

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 005 - CALIBRAÇÃO DE EQUIPAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

1. OBJETIVO

Estabelecer sob condições especificadas a relação entre valores indicados por um instrumento de medição e osvalores correspondentes aos padrões utilizados (rastreáveis).

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento deverá ser aplicado em todos os clientes da Fisio-tec conforme descrição contratual.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço **SS:** Solicitação de Serviço **EC:** Engenharia Clínica
In loco: No próprio local
One Drive: serviço de armazenamento em nuvem da Microsoft utilizado pela Fisio-Tec

4. MATERIAIS

Padrão específico para calibração conforme cada equipamento;SIG;
Software
Certificados;
Formulário do processo.

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

A calibração é um serviço realizado no equipamento conforme parâmetro utilizado. Pode ser executada junto com a manutenção preventiva, aceitação, verificação funcional ou apenas calibração.

A calibração é um item do check list da manutenção preventiva, onde deve ser realizada conforme cronograma da manutenção preventiva POP FST OPE 004.

6.1 EQUIPAMENTOS DA UNIDADE

JUNTO COM A MANUTENÇÃO PREVENTIVA

Quando a calibração é executada junto com a manutenção preventiva, ela passa a ser um item do check list damanutenção preventiva.

Recolher o equipamento para realização da calibração conforme cronograma de manutenção preventivadisponível do SIG (ou antecipadamente).

OBS.: Recolher somente se o equipamento estiver passado pelo processo de desinfecção (caso contrário,informar superior imediato do setor);

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA/ ENGENHARIA / SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Orientar a equipe conforme Sugestão de plano de Manutenção Preventiva validada junto a unidade, PRS FST OPE 004.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO

- Fornecer formulário de calibração para os técnicos (quando aplicável) - Anexo 01 - Formulário de Calibração;
- Receber do técnico formulário devidamente preenchido (Receber apenas se estiver completamente preenchidopelo técnico);
- Gerar certificado de calibração conforme POP FST OPE 018 – Emissão de Certificado de Calibração;
- Disponibilizar o certificado no SIG dentro da ordem de serviço de manutenção preventiva na aba documentos.
- Conferir na virada do mês se a ordem de serviço que contém o certificado foi aprovada/validada peloresponsável da unidade / setor / gerente de enfermagem, caso não tenha sido, enviar e-mail/comunicado informando as SS's que deverão ser aprovadas/ validadas.

Obs: Em caso de clientes da Fisio-tec que não possuem equipe alocada na unidade, formalizar contato via e- mail informando a data prevista da visita na unidade e aguardar liberação do cliente.

- Gerar não conformidade/ notificação nos seguintes casos: se a unidade (cliente) não disponibilizar o equipamento sem uma justificativa plausível; se houver resistência para disponibilizar do equipamento; se a unidade (cliente) não souber onde está o equipamento (equipamento não encontrado).

Após não conformidade/ notificação do equipamento não encontrado, se ainda continua desaparecido, comunicar formalmente a situação ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato/ Direção da unidade para que seja tomada uma ação efetiva.

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Responsável pelo setor/ Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção vencendo. Registrar na ordem de serviço onome da

pessoa que foi comunicada.

- Após 10 dias do comunicado gerar RNC para unidade/setor que não aprovou/validou ordem de serviço de manutenção preventiva que contém o certificado;
- No caso de clientes que não possuem acesso ao sistema de gestão, imprimir e/ou enviar por email o certificado.
- Clientes avulsos, imprimir e entregar o certificado para o cliente. A validação fica a critério do cliente.
- Acompanhar cronograma dos analisadores/simuladores (padrões) da Fisio-tec disponível conforme cronograma..

ATENÇÃO: O PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE EQUIPAMENTOS FAZ PARTE DO PLANO DE CALIBRAÇÃO.EX: CAPELA FLUXO LAMINAR, AUTOCLAVES ETC.

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Antes de iniciar o processo de calibração o técnico deverá testar o analisador/ simulador e analisar se os valores estão dentro das faixas pré-determinadas na Tabela de adequação de uso seguro, caso haja alguma inconformidade, o técnico imediatamente deverá testar o Padrão (instrumento utilizado) em outro equipamento do mesmo tipo, para certificar-se se à alteração está no Padrão ou no equipamento a ser analisado. Caso seja apontado que o Padrão necessite de ajuste, imediatamente o mesmo deve ser retirado de uso e enviado para laboratório certificado na grandeza (certificados rastreáveis à Rede Brasileira de Calibração) conforme autorização da direção da Fisio-Tec, para ajuste e calibração. Após substituição do Padrão, repetir o procedimento de calibração; caso seja apontado que o equipamento à ser analisado apresente alteração, o mesmo é encaminhado imediatamente para manutenção corretiva (no caso em que o equipamento esteja em garantia, acionar a assistência técnica do fabricante), após correção, repetir o procedimento de calibração, um novo registro no formulário deverá ser realizado.
- Verificar se as condições atmosféricas estão dentro das faixas recomendadas para realizar a calibração dos equipamentos, caso não estejam, encaminhar o equipamento para um local apropriado para execução da calibração.

Considerar os padrões:

Instrumentos da Área de Eletricidade, Temperatura e Umidade:

a) Temperatura

Recomenda-se que a temperatura ambiente não exceda os limites entre 18°C e 28°C (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a temperatura ambiente não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

b) Umidade relativa

Recomenda-se que a umidade do laboratório permaneça entre os limites 45 %ur e 70 %ur (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a umidade relativa não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

c) Alimentação elétrica

O suprimento elétrico deve atender às especificações dos instrumentos de medição. Recomenda-se que o laboratório/ local da calibração possua malha de aterramento para os equipamentos.

Instrumentos da Área de Pressão e Massa

1) Calibração nas instalações permanentes

Convém que as mesmas sejam realizadas a uma temperatura de (20 ± 2) °C e umidade relativa do ar de (50 ± 20) % e "isentas" de vibrações. Recomenda-se ao laboratório que, em função de serviço específico, necessitar de uma variação menor que 2ºC.

2) Calibração nas instalações do cliente.

No caso de calibração em campo, a variação da temperatura ambiente entre o início e o término da calibração, convém não exceder 4ºC.

- Realizar a busca ativa dos equipamentos na unidade (cliente) e priorizar a execução da manutenção nos equipamentos de menor tolerância (tempo). Em caso de clientes que não possuem equipe alocada na unidade, alinhar junto ao auxiliar administrativo e/ou supervisor técnico a confirmação da data de visita para execução das manutenções preventivas.
- Realizar a movimentação interna do equipamento para o setor de EC tomando os devidos cuidados conforme POP FST OPE 003 – Identificação e rastreabilidade. **RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSAVEL DO SETOR QUE O MESMO APÓS PROCESSO DE DESINFCÇÃO, DESCREVER NA SS:**

"Em virtude de o item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornarao setor. Chefia do setor comunicado".

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção vencendo.
- Em posse do equipamento, separar os analisadores/ simuladores necessários para a realização da calibração.
- Ligar o analisador/ simulador na rede elétrica (conforme voltagem descrita nos mesmos).
- Conectar o analisador/ simulador ao equipamento.
- Realizar as verificações em 3 pontos (para cada ponto realizar três medidas ou mais se necessário)
- Anotar no formulário de calibração os resultados encontrados. Caso haja erro na escrita o mesmo deve ser riscado e descrito corretamente e assinado ao lado, <u>mas atenção, nunca apagado ou rasurado;</u>
- Realizar a calibração de todos os parâmetros e pontos conforme "Tabela de Adequação de uso seguro" de cada cliente, nos clientes que não possuem tabela, solicitar que ele defina os 03 pontos;
- Preencher todos os campos do formulário de calibração, inclusive com os dados do analisador que está sendo utilizado.
- Entregar para o ADM gerar o certificado das calibrações.
- Analisar se o certificado emitido está dentro dos critérios de tolerância conforme "Tabela de Adequação para uso seguro", caso não esteja, encaminhar o equipamento para manutenção corretiva conforme POP FST OPE 007 – Manutenção Corretiva, caso esteja dentro da tolerância definida, anexar o certificado na SS no SIG.
- Devolver o equipamento ao setor de destino.
- Fechar a SS no SIG, logo após execução da calibração.
- Caso seja solicitado/ autorizado pela instituição, preencher e anexar etiqueta conforme Anexo 02 – Etiqueta de Preventiva / Calibração, com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próxima Preventiva (considerar o último dia do mês). Fixar etiqueta de Manutenção na lateral direita centralizada conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade (**OU** de acordo com a política de cada Instituição).

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG.
- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de forma antecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica;

Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.

- Testar o equipamento na devolução (após manutenção).
- Validar/ Aceitar a manutenção através da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Verificar se os equipamentos possuem etiqueta de manutenção preventiva/ calibração caso seja exigência da unidade. Se estiver sem etiqueta, acionar a Engenharia Clínica para que verifique a última manutenção realizada.
- Autorizar a data da visita (clientes que não possuem equipe locada na unidade)

JUNTO COM A VERIFICAÇÃO FUNCIONAL (ADMISSÃO DE NOVO PARQUE TECNOLÓGICO)

- Recolher o equipamento conforme levantamento patrimonial POP FST OPE 002 – Levantamento Patrimonial, para realização da calibração.

OBS.: Recolher somente se o equipamento estiver passado pelo processo de desinfecção (caso contrário, informar superior imediato do setor);

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIOTEC

- Fornecer formulário de calibração para os técnicos (quando aplicável) - **Anexo 01 - Formulário de Calibração;**
- Receber do técnico formulário devidamente preenchido (Receber apenas se estiver completamente preenchidopelo técnico);
- Gerar certificado de calibração conforme POP FST OPE 018, no prazo máximo de até três dias após execução;
- Disponibilizar o certificado no SIG dentro da ordem de serviço de verificação funcional na aba documentos.
- Acompanhar cronograma dos analisadores/simuladores (padrões) da Fisio-tec disponível no one drive.

CABE AO TÉCNICO DA FISIOTEC

- Antes de iniciar o processo de calibração o técnico deverá testar o analisador/ simulador e analisar se os valores estão dentro das faixas pré-determinadas na Tabela de adequação

de uso seguro, caso haja alguma inconformidade, o técnico imediatamente deverá testar o Padrão (instrumento utilizado) em outro equipamento do mesmo tipo, para certificar-se se à alteração está no Padrão ou no equipamento à ser analisado. Caso seja apontado que o Padrão necessite de ajuste, imediatamente o mesmo deve ser retirado de uso e enviado para laboratório certificado na grandeza (certificados rastreáveis à Rede Brasileira de Calibração) conforme autorização da direção da Fisio-Tec, para ajuste e calibração. Após substituição do Padrão, repetir o procedimento de calibração; caso seja apontado que o equipamento à ser analisado apresente alteração, o mesmo é encaminhado imediatamente para manutenção corretiva (em caso de equipamento estar em garantia acionar a assistência técnica do fabricante), após correção repetir o procedimento de calibração e um novo registro no formulário deverá ser realizado.

- Verificar se as condições atmosféricas estão dentro das faixas recomendadas para realizar a calibração dos equipamentos, caso não estejam, encaminhar o equipamento para um local apropriado para execução da calibração.

Considerar os padrões:

Instrumentos da Área de Eletricidade, Temperatura e Umidade:

a) Temperatura

Recomenda-se que a temperatura ambiente não exceda os limites entre 18°C e 28°C (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a temperatura ambiente não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

b) Umidade relativa

Recomenda-se que a umidade do laboratório permaneça entre os limites 45 %ur e 70 %ur (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a umidade relativa não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

c) Alimentação elétrica

O suprimento elétrico deve atender às especificações dos instrumentos de medição. Recomenda-se que o laboratório/ local da calibração possua malha de aterramento para os equipamentos.

Instrumentos da Área de Pressão e Massa

1) Calibração nas instalações permanentes

Convém que as mesmas sejam realizadas a uma temperatura de (20 ± 2) °C e umidade relativa do ar de (50 ±

20) % e "isentas" de vibrações. Recomenda-se ao laboratório que, em função de serviço específico, necessitarde uma variação menor que 2ºC.

2) Calibração nas instalações do cliente.

No caso de calibração em campo, a variação da temperatura ambiente entre o início e o término da calibração, convém não exceder 4ºC.

- Realizar movimentação interna do equipamento para o laboratório quando possível/necessário para realizaçãoda calibração conforme inventário levantado.
- Em posse do equipamento, separar os analisadores/ simuladores necessários para a realização da calibração.
- Ligar o analisador/ simulador na rede elétrica (conforme voltagem descrita nos mesmos).
- Conectar o analisador/ simulador ao equipamento.
- Realizar as verificações em 3 pontos (para cada ponto realizar três medidas ou mais se necessário)
- Anotar no formulário de calibração os resultados encontrados. Caso haja erro na escrita o mesmo deve ser riscado e descrito corretamente e assinado ao lado, mas atenção, nunca apagado ou rasurado;
- Realizar a calibração de todos os parâmetros e pontos conforme "Tabela de Adequação de uso seguro" de cada cliente, nos clientes que não possuem tabela, solicitar que ele defina os 03 pontos;
- Preencher todos os campos do formulário de calibração, inclusive com os dados do analisador que está sendoutilizado.
- Entregar para o Auxiliar ADM gerar o certificado das calibrações.
- Devolver o equipamento ao setor de destino.
- Lançar na SS verificação funcional o que foi realizado.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Disponibilizar os equipamentos para verificação funcional;
- Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.
- Testar o equipamento na devolução (após verificação funcional).
- Validar/ Aceitar a manutenção através do formulário e da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes quepossuem acesso)
- Autorizar a retirada do equipamento para execução da verificação funcional.

JUNTO COM A ACEITAÇÃO (ENTRADA DE UM EQUIPAMENTO NA UNIDADE)

- Receber o equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de Equipamentos, para realização da calibração.

OBS.: Recolher somente se o equipamento estiver passado pelo processo de desinfecção (caso contrário,informar superior imediato do setor);

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIOTEC

- Fornecer formulário de calibração para os técnicos (quando aplicável) - Anexo 01 - Formulário de Calibração;
- Receber do técnico formulário devidamente preenchido (Receber apenas se estiver completamente preenchidopelo técnico);
- Gerar certificado de calibração conforme POP FST OPE 018, no prazo máximo de até três dias após execução;
- Disponibilizar o certificado no SIG dentro da ordem de serviço de verificação funcional na aba documentos.
- Acompanhar cronograma dos analisadores/simuladores (padrões) da Fisio-tec disponível no one drive.

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TECNICO DA FISIOTEC

- Antes de iniciar o processo de calibração o técnico deverá testar o analisador/ simulador e analisar se os valores estão dentro das faixas pré-determinadas na Tabela de adequação de uso seguro, caso haja alguma inconformidade, o técnico imediatamente deverá testar o Padrão (instrumento utilizado) em outro equipamento do mesmo tipo, para certificar-se se à alteração está no Padrão ou no equipamento à ser analisado. Caso seja apontado que o Padrão necessite de ajuste, imediatamente o mesmo deve ser retirado de uso e enviado para laboratório certificado na grandeza (certificados rastreáveis à Rede Brasileira de Calibração) conforme autorização da direção da Fisio-Tec, para ajuste e calibração. Após substituição do Padrão, repetir o procedimento de calibração; caso seja apontado que o equipamento à ser analisado apresente alteração, o mesmo é encaminhado imediatamente para manutenção corretiva (em caso de equipamento estar em garantia acionar a assistência técnica do fabricante), após correção repetir o procedimento de calibração e um novo registro no formulário deverá ser realizado.

- Verificar se as condições atmosféricas estão dentro das faixas recomendadas para realizar a calibração dos equipamentos, caso não estejam, encaminhar o equipamento para um local apropriado para execução da calibração.

Considerar os padrões:

Instrumentos da Área de Eletricidade, Temperatura e Umidade:

a) Temperatura

Recomenda-se que a temperatura ambiente não exceda os limites entre 18°C e 28°C (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a temperatura ambiente não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

b) Umidade relativa

Recomenda-se que a umidade do laboratório permaneça entre os limites 45 %ur e 70 %ur (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a umidade relativa não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

c) Alimentação elétrica

O suprimento elétrico deve atender às especificações dos instrumentos de medição. Recomenda-se que o laboratório/ local da calibração possua malha de aterramento para os equipamentos.

Instrumentos da Área de Pressão e Massa

1) Calibração nas instalações permanentes

Convém que as mesmas sejam realizadas a uma temperatura de (20 ± 2) °C e umidade relativa do ar de (50 ± 20) % e "isentas" de vibrações. Recomenda-se ao laboratório que, em função de serviço específico, necessitarde uma variação menor que 2ºC.

2) Calibração nas instalações do cliente.

No caso de calibração em campo, a variação da temperatura ambiente entre o início e o término da calibração, convém não exceder 4ºC.

- Realizar movimentação interna do equipamento para o laboratório ou local adequado realização da calibraçãoconforme nota fiscal.
- Em posse do equipamento, separar os analisadores/ simuladores necessários para a realização da calibração.
- Ligar o analisador/ simulador na rede elétrica (conforme voltagem descrita nos mesmos).
- Conectar o analisador/ simulador ao equipamento.
- Realizar as verificações em 3 pontos (para cada ponto realizar três medidas ou mais se necessário)

- Anotar no formulário de calibração os resultados encontrados. Caso haja erro na escrita o mesmo deve ser riscado e descrito corretamente e assinado ao lado, mas atenção, nunca apagado ou rasurado;
- Realizar a calibração de todos os parâmetros e pontos conforme "Tabela de Adequação de uso seguro" de cada cliente, nos clientes que não possuem tabela, solicitar que ele defina os 03 pontos;
- Preencher todos os campos do formulário de calibração, inclusive com os dados do analisador que está sendoutilizado.
- Entregar para o Auxiliar ADM gerar o certificado das calibrações.
- Comunicar ao setor de patrimônio que o equipamento está disponível para ser enviado ao setor e colagem daetiqueta.
- Lançar na SS de aceitação o que foi realizado.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:
- Testar o equipamento na devolução (após aceitação).
- Validar/ Aceitar a manutenção através do formulário de aceitação e da ordem de serviço no SIG. (Apenas emclientes que possuem acesso).
- Autorizar a data da instalação.

6.2 EQUIPAMENTOS TERCEIROS

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO E/OU SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:
- Realizar cadastro do equipamento no SIG assim que o equipamento chegar na unidade e abrir ordem de serviço para aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos, após anexar documentação na OS de Aceitação e criar o cronograma de manutenção preventiva.
- Solicitar junto ao terceiro as documentações mais recentes do equipamento (Evidência da última preventiva, certificados de Calibração, Segurança Elétrica, etc.)
- Cadastrar cronograma de manutenção preventiva/ calibração levando em consideração as últimas evidências, se possível inserir dentro da família conforme Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva do POP FST OPE 004 – Manutenção preventiva.
- Agendar com o terceiro e com o responsável do setor o dia da visita para realização da manutenção calibração.

- Acompanhar se o técnico anexou as evidências enviadas pelo terceiro na ordem de serviço gerada pela SIG. Checar se foi validada pela Fisio-Tec e cliente, caso não tenha sido solicitar a coordenação/ engenharia da Fisio- Tec para que exclua as evidências. Solicitar ao técnico para que seja inserido apenas as evidências validadas.

CABE AO TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Realizar aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos para que o auxiliar administrativo cadastre o plano de manutenção preventiva. (Se estiver entrando com o equipamento)
- Acompanhar o terceiro para realização da calibração in-loco, caso seja necessário realizar a movimentação interna do equipamento para o setor de EC tomando os devidos cuidados conforme PRS FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade.

RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSAVEL DO SETOR QUE O MESMO APÓS PROCESSO DE DESINFCÇÃO, DESCREVER NA SS:

"Em virtude de o item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Chefia do setor comunicado".

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção vencendo.
- Testar se o equipamento está em perfeita condição e uso.
- Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção (calibração).
- Validar e arquivar no SIG a evidência da calibração executada pelo terceiro.
- Devolver o equipamento ao setor de destino.
- Caso seja solicitado/ autorizado pela instituição, preencher e anexar etiqueta conforme Anexo 02 – Etiqueta de Preventiva / Calibração, com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próxima Preventiva (considerar o último dia do mês). Fixar etiqueta de Manutenção na lateral direita centralizada conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade (**OU** de acordo com a política de cada Instituição).

OBS.: Em unidade (clientes) que possuem ordem de serviço própria ou que exige ordem de serviço física, anexar a ordem de serviço do terceiro, preencher a ordem de serviço da unidade (cliente), coletar assinatura do setor (para comprovação da execução), escanear e anexar na ordem de serviço do SIG.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG.
- Alinhar junto ao auxiliar administrativo da Fisio-Tec a melhor data para visita do terceiro.
- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de formaantecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica;

Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.

- Testar o equipamento na devolução (após calibração).
- Validar/ Aceitar a manutenção através da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Verificar se os equipamentos possuem etiqueta de manutenção preventiva/ calibração caso seja exigência da unidade. Se estiver sem etiqueta, acionar a Engenharia Clínica para que verifique a última manutenção realizada.

6.2 EQUIPAMENTOS DE PARCEIROS E MÉDICOS CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC

Cronograma de Manutenção Preventiva/ Calibração/ Segurança Elétrica

- Solicitar no mês de dezembro aos parceiros presentes dentro da unidade de saúde o cronograma de manutenção preventiva/ calibração/ segurança elétrica de todos os equipamentos fixos e rotativos disponíveis naunidade.

Evidências das Manutenções Preventivas/ Calibrações/ Segurança Elétrica Realizadas pelos parceiros conforme cronograma

- Recolher mensalmente evidência das manutenções preventiva/ calibração/ segurança elétrica dos parceiros dentro da unidade de saúde conforme cronograma de manutenção preventiva/ calibração disponibilizado pelo mesmo. Caso haja recusa na disponibilização das evidências, aplicar RNC conforme cadeia cliente fornecedor.

Análise das ordens de serviços/ laudo de calibração/ laudo segurança elétrica dos parceiros

- Analisar se a ordem de serviço/ laudo de calibração/ laudo segurança elétrica possui todas as informações necessárias que garantem a preventiva do equipamento. Exemplo: check list do que foi realizado, data, hora, dados dos equipamentos, padrão utilizado, pontos calibrados e validação dos parâmetros.
- Arquivar a SS dos parceiros e médicos no One drive e/ou em pasta física identificada e realizar controle através da planilha disponível no One Drive.

6.3 EQUIPAMENTOS QUE VÃO PARA CALIBRAÇÃO EXTERNACABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC

- Solicitar o orçamento e apresentar para direção/ responsável pelo contrato e seguir processo de compras da

unidade (cliente). Em contratos que a Fisio-tec é a responsável financeira por estes custos, seguir o POP FST SUP 001 – Compras.

- Fazer contato com o fornecedor e informar se o equipamento será enviado ou se optou pela visita. Caso seja autorizado o envio para o fornecedor, solicitar junto ao setor fiscal da unidade (cliente) a emissão da Nota fiscal para o transporte. Caso seja visita, agendar junto ao setor de destino do equipamento uma melhor data.
- Checar com a direção/ responsável pelo contrato qual vai ser o meio de transporte para envio do equipamento (transportadora / correio). Em contratos que a Fisio-tec é a responsável financeira por esses custos, checar com a direção da Fisio-tec.
- Entrar em contato com a transportadora e agendar a coleta. Caso seja pelo correio, verificar o meio de transporte até ao correio.
- Acompanhar se o técnico anexou as evidências enviadas pelo fornecedor na ordem de serviço gerada pela SIG. Checar se foi validada pela Fisio-Tec e cliente, caso não tenha sido solicitar a coordenação/ engenharia da Fisio-Tec para que exclua as evidências. Solicitar ao técnico para que seja inserido apenas as evidências validadas.
- No retorno do equipamento, proceder conforme POP FST OPE 008 – Movimentação de Equipamentos e POPFST OPE 009 – Aceitação de Equipamentos.
- Caso seja autorizado a visita do fabricante/assistente, agendar junto ao setor de destino do equipamento umamelhor data.
- Arquivar a SS de terceiros através de uma ordem de serviço do SIG. Todas as informações deverão estar noSIG.

CABE AO TÉCNICO DA FISIOTEC

- Embalar o equipamento para que seja transportado em segurança. (caso seja enviado para fornecedor/ assistente técnico)

- Registrar o motivo do envio para manutenção externa na SS ou visita do fornecedor.
- Acompanhar junto ao auxiliar administrativo o processo para execução do serviço.
- Acompanhar o fornecedor na visita realizada e solicitar SS do que foi realizado.
- Testar se o equipamento está em perfeita condição e uso.
- Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção.
- Validar e arquivar no SIG a evidência da manutenção preventiva do equipamento executada pelo terceiro.

OBS: Colocar todas as informações na SS do SIG.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização de calibração após finalização de manutenção corretiva;
- Não realização da calibração do equipamento;
- Realização de calibração fora dos parâmetros determinados;
- Não acompanhar o plano de calibração dos parceiros do cliente;
- Não notificar os parceiros do cliente quando houver não conformidades quanto ao envio do plano de calibraçãoe/ou evidências do serviço.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Norma Portuguesa. NPEN ISO 90012008. Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos (ISO 9001:2008).

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 10012: Sistemas de gestão de medição - Requisitos paraos processos de medição e equipamentos de medição. ABNT, 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas.NBR ISO/IEC 17025: Requisitos gerais para a competência delaboratórios de ensaio e calibração. ABNT, 2017.

Manual da ONA - Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-hospitalar.

Vocabulário Internacional de Metrologia: Conceitos fundamentais e gerais e termos associados (VIM 2012). Duque de Caxias, RJ: INMETRO, 2012.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR IEC 60601-1-1: Esta Norma se aplica a segurança de sistemas eletromédicos. Descreve as prescrições de segurança relativas aos sistemas eletromédicos no intuito de possibilitar a proteção do paciente, do operador e do ambiente. ABNT, 2004.

9. ANEXOS

Anexo 01 - Formulário de Calibração

Anexo 02 - Etiqueta de Preventiva/ Calibração

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Formulário de Calibração	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote
Etiqueta de Preventiva/ Calibração	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	06	Melhoria de processos
01	09	Melhoria formulário

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 006 - ANÁLISE DE SEGURANÇA ELÉTRICA

1. OBJETIVO

Este procedimento estabelece diretrizes que visam definir uma metodologia sistemática no tocante à orientação técnica quanto à análise de segurança elétrica, garantindo assim o uso seguro do equipamento médico assistencial no paciente e usuário em relação ao risco de descargas elétricas não intencionais. A realização dos testes no equipamento médico hospitalar visa verificar o isolamento elétrico e fugas de correntes elétricas para os pacientes e usuários.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os equipamentos médico-hospitalares que integram o parque tecnológico da instituição, desde que ligado à rede elétrica e possuir aterramento.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço **SS:** Solicitação de serviço **EC:** Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

Analisador de Segurança Elétrica
Termo-higrômetro
SIG
Formulário de registro padrão do processo.

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

A análise de segurança elétrica deve ser realizada na entrada de um novo equipamento, no retorno da manutenção externa conforme POP FST OPE009 - Aceitação Equipamentos, na verificação funcional conforme POP FST OPE001 – Admissão do Parque Tecnológico, na realização da manutenção preventiva POP FST OPE004 – Manutenção preventiva e/ou junto a calibração POP FST OPE 005 – Calibração.

6.1 EQUIPAMENTOS DA UNIDADE CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO

- Fornecer formulário Anexo 01 - Análise de Segurança Elétrica (quando aplicável);
- Receber do técnico o formulário devidamente preenchido (caso não seja acordado como atividade do técnico);
- Escanear e anexar na ordem de serviço do SIG sejam ela de aceitação, verificação funcional, manutenção

`

preventiva e /ou calibração (caso não seja acordado como atividade do técnico);
- Arquivar o formulário de segurança elétrica físico em pasta destinada na unidade. Caso seja aceitação, anexar junto ao formulário de aceitação POP FST TEC 009– Aceitação de equipamento, se for verificação funcional POP FST OPE 001 – Admissão do Parque tecnológico anexar junto ao formulário de verificação (caso não seja acordado como atividade do técnico);
- Manter o arquivo organizado por tipo de equipamento/ data.

CABE AO TÉCNICO DA FISIO-TEC

Manutenção Preventiva/ Calibração
- *Recolher o equipamento para realização da segurança elétrica conforme cronograma de manutenção preventiva/ calibração disponível do SIG.

Verificação funcional
- *Recolher o equipamento conforme levantamento patrimonial POP FST OPE 001 – Admissão de Parque tecnológico para realização da segurança elétrica.

***OBS.:RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSAVEL DO SETOR QUE O MESMO APÓS PROCESSO DE DESINFCÇÃO, DESCREVER NA SS:**

"Em virtude do item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Chefia do setor comunicado".

Aceitação
– Receber o equipamento (novo ou retorno da manutenção) para realização da segurança elétrica conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de Equipamentos após disponibilizar para uso (se aprovado no teste);

- Antes de iniciar o processo de segurança elétrica o técnico deverá testar o analisador e analisar se os valores estão dentro das faixas pré-determinadas no formulário anexo 01- Análise de Segurança Elétrica, caso haja alguma

inconformidade, o técnico imediatamente deverá testar o Padrão (instrumento utilizado) em outro equipamento do mesmo tipo, para certificar-se se à alteração está no Padrão ou no equipamento a ser analisado. Quando o analisador de segurança elétrica possuir o teste integrado na própria carcaça, é necessário testar o padrão antes de iniciar o processo de segurança elétrica no equipamento.
Caso seja apontado que o Padrão necessite de ajuste, imediatamente o mesmo deve ser retirado de uso e enviado para laboratório certificado na grandeza (certificados rastreáveis à Rede Brasileira de Calibração) conforme autorização da direção da Fisio-Tec, para ajuste e calibração. Após substituição do Padrão, repetir o procedimento de segurança elétrica, caso seja apontado que o equipamento a ser analisado apresente alteração, o mesmo deve ser devolvido ao fornecedor.

- Verificar se as condições atmosféricas estão dentro das faixas recomendadas para realizar a calibração dos equipamentos, caso não estejam, encaminhar o equipamento para um local apropriado para execução da segurança elétrica.

Considerar os padrões:

Instrumentos da Área de Eletricidade, Temperatura e Umidade:

a) Temperatura

Recomenda-se que a temperatura ambiente não exceda os limites entre 18°C e 28°C (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a temperatura ambiente não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

b) Umidade relativa

Recomenda-se que a umidade do laboratório permaneça entre os limites 45 %ur e 70 %ur (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a umidade relativa não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

c) Alimentação elétrica

O suprimento elétrico deve atender às especificações dos instrumentos de medição. Recomenda-se que o laboratório/ local da utilização possua malha de aterramento para os equipamentos.

- Em posse do equipamento, separar o analisador e os acessórios necessários para a realização da segurança elétrica.
- Ligar o analisador na rede elétrica com aterramento (conforme voltagem descrita nos mesmos).
- Conectar o analisador no equipamento;
- Realizar todos os testes descritos no formulário de análise de segurança elétrica conforme Anexo 01 - Análise de Segurança Elétrica.
- Preencher todos os campos do formulário de segurança elétrica, inclusive com os dados do analisador que estásendo utilizado (Padrão).
- Analisar se o equipamento passou na análise de segurança elétrica, caso não tenha passado encaminhar o equipamento para manutenção corretiva conforme POP FST OPE007 – Manutenção Corretiva. Caso tenha passado no teste, anexar o formulário de análise de segurança elétrica na SS no SIG e/ou formulário de aceitação de equipamentos, formulário de verificação funcional.

OBS: A análise de Segurança Elétrica deverá ser realizada apenas em equipamentos passíveis deste tipo de análise. Exemplo: não usar em equipamentos com consumo de corrente acima do limite do analisador (Ex: motores elétricos).

- Escanear e anexar na ordem de serviço do SIG, seja ela de aceitação, verificação funcional, manutenção preventiva e /ou calibração (caso seja acordado como atividade do técnico);
- Arquivar o formulário de segurança elétrica físico em pasta destinada na unidade conforme matriz de registro. Caso seja aceitação anexar junto ao formulário de aceitação POP FST OPE 009 - Aceitação, se for verificação funcional POP FST OPE 001 – Admissão de Parque tecnológico anexar junto ao formulário de verificação (caso seja acordado como atividade do técnico);

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR (UNIDADE/ CLIENTE):

- Verificar se os equipamentos estão funcionando perfeitamente;
- Realizar a aceitação/ validação do serviço no SIG através da SS ou assinar a Ordem de Serviço validando arealização da análise.
- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG

(a segurança elétricafaz parte do item de check-list da preventiva/ calibração).
- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de formaantecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica;
- Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.
- Testar o equipamento na devolução (após manutenção/ aceitação/ verificação funcional).
- Validar/ Aceitar a manutenção preventiva/ calibração (segurança elétrica) através da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Autorizar a data da visita (clientes que não possuem equipe locada na unidade)

6.2 EQUIPAMENTOS PARCEIROS E MÉDICOS

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO e/ou SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Solicitar (anualmente ou assim que entrarem na unidade) aos parceiros presentes dentro da unidade (cliente) o cronograma de manutenção preventiva/ calibração/ segurança elétrica todos os equipamentos fixos e rotativos disponíveis na unidade.
- Lançar o cronograma no Controle Equipamentos de Médicos e Parceiros disponível no ONE DRIVE.
- Recolher mensalmente as evidências das manutenções preventivas / calibrações / segurança elétrica dos parceiros dentro da unidade de saúde conforme cronograma de manutenção preventiva/ calibração disponibilizado por ele. Caso haja recusa na disponibilização das evidências, aplicar não conformidade/ Notificação e se ainda persistir, comunicar formalmente a situação ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato/ Direção da unidade para que seja tomada uma ação efetiva.
- Arquivar a SS dos parceiros e médicos no OneDrive e/ou em pasta física identificada e realizar controle através da planilha disponível no OneDrive.

CABE AO TÉCNICO/ SUPERVISOR/ COORDENADOR/ ENGENHARIA DA FISIO-TEC:

- Analisar se o laudo de segurança elétrica possui todas as informações necessárias que garantem a segurança elétrica do equipamento. Exemplo: checklist do que foi realizado, data, hora, dados dos equipamentos, padrão utilizado, pontos calibrados e validação dos parâmetros.
- Arquivar a SS dos parceiros e médicos no OneDrive e/ou em pasta física identificada e realizar controle através da planilha disponível no OneDrive.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização de segurança elétrica após finalização de manutenção corretiva;
- Não realização da segurança elétrica do equipamento;
- Realização de segurança elétrica fora dos parâmetros corretos;
- Não acompanhar o plano de segurança elétrica dos parceiros do cliente;
- Não notificar os parceiros do cliente quando houver não conformidades quanto ao envio do plano de segurançaelétrica e/ou evidências do serviço.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISSO 10012: Sistemas de gestão de medição – Requisitos paraos processos de medição e equipamentos de medição. ABNT, 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISSO/IEC 17025: Requisitos gerais para a competência delaboratórios de ensaio e calibração. ABNT, 2005.

Vocabulário Internacional de Metrologia: Conceitos fundamentais e gerais e termos associados (VIM 2012). Duque de Caxias, RJ: INMETRO, 2012.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR IEC 60601-1-1: Esta Norma se aplica a segurança de sistemas eletromédicos. Descreve as prescrições de segurança relativas aos sistemas eletromédicos no intuito de possibilitar a proteção do paciente, do operador e do ambiente. ABNT, 2004.

Segurança em instalações e serviços em eletricidade. NR10. Estabelece os requisitos e condições mínimas para garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores que interagem em instalações elétricas.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Análise de Segurança Elétrica

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Análise de Segurança Elétrica	SIG e pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	09	Melhoria no formulário

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

1. OBJETIVO

Tem como objetivo informar sobre o processo de manutenção corretiva que ocorre nos equipamentos médico- hospitalares quando apresentam falhas de funcionamento, podendo ser uma falha permanente ou intermitente.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os equipamentos médico-hospitalares que integram o parque tecnológicoda instituição.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço
SS: Solicitação de Serviço
EC: ngenharia Clínica

4. MATERIAIS

Manual de serviço Mala de ferramentas Luvas
SIG

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerencia	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação

Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

A atividade de manutenção corretiva é realizada mediante chamado via SIG.

6.1. ATENDIMENTO SOLICITAÇÃO DE MANUTENÇÃO COMPETE AO CLIENTE E AO RESPONSÁVEL PELO SETOR:

- Definir a gravidade de cada equipamentos para elaboração do GUT, conforme anexo 06- Formulário de GUT x SLA. Obs: Para elaboração da GUTxSLA deve ser levado em consideração o que predomina a RDC 185, RDC 07/2010, Resolução CFM 2.174/ 2017, Resolução Nº 36/2008, Plano de contingência da unidade, quantidade de equipamentos disponíveis, relatório MC x MP, tipo de serviço (especialidade), boas práticas e outros.
- Abrir chamado para manutenção corretiva via SIG detalhando o ocorrido no campo "Serviços a realizar / Detalhar Problema"
- Acompanhar situação equipamentos via *SIG*;
- Testar equipamento após devolução do técnico;
- Realizar a aceitação/ validação do serviço no SIG através da SS (Menu SS encerradas).
- Realizar compra material (acessórios). (Se aplicável)

Obs: No caso de processo licitatório, seguir GUT e SLA conforme edital.

COMPETE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIOTEC:

- Acompanhar o SIG diariamente, durante os períodos da manhã e tarde, quanto às solicitações dos clientes e osatendimentos dos técnicos.
- Informar ao técnico para que seja classificado a tendência que faz parte da matriz GUT (Gravidade x Urgênciax Tendência)
- Realizar solicitação de orçamentos de materiais e acompanhar processo de compras realizando as alterações necessárias no campo "Evolução" da SS do SIG conforme. Utilizar

- **Anexo 01 - Tabela I – Descrição de Evoluções**
- Entrar em contato com o fabricante/ assistência técnica quando solicitado pelo técnico;
- Arquivar treinamentos e as orientações de uso em casos de "falha operacional" na pasta

de treinamentos e naSS do SIG;

- Compilar informações para cadastro de ocorrência e análises críticas de indicadores de resultado
- Atender o processo de contingência descrito abaixo, quando necessário.
- Lançar ordem de serviço da contingência (se existir).

COMPETE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIOTEC:

ATENDIMENTO INICIAL

- Acompanhar o SIG diariamente, durante os períodos da manhã e tarde, e realizar atendimento conforme a GUT. (Priorização de atendimento de acordo com a criticidade)
- Avaliar o tipo de chamado de acordo com o Anexo 02 - Tabela II – Tipos de Chamado e proceder conforme referenciado na tabela. Obs.: Chamados abertos pelo solicitante, deveram ser apenas dos tipos "Corretivo" ou "Evento Adverso".
- Alterar a tendência no sistema (obrigatório) que faz parte da matriz GUT (Gravidade x Urgência x Tendência).
- Dirigir-se até a unidade/setor do chamado munido de ferramentas e realizar a avaliação técnica inicial do chamado.

Obs¹.: Caso o técnico identifique que o tipo de chamado foi classificado erroneamente pelo usuário, o mesmo deverá ser alterado para o tipo de chamado correto e justificado no campo"Avaliação/Conclusão".

Obs².: Caso, o chamado tenha sido para outro equipamento diferente do descrito na SS, o técnico não poderá atender e deverá proceder com o encerramento da SS informando que o equipamento do chamado se encontra em perfeito funcionamento. Orientar o solicitante para que seja aberto um novo chamado corretamente para o equipamento que necessita intervenção técnica.

- Procurar responsável do setor e/ou solicitante do chamado para apresentar-se e obter maiores informações sobre a falha/defeito. Para continuidade do atendimento é obrigatório que:

  - O item a sofrer intervenção (equipamento, acessório, etc.) deverá estar desconectado do paciente e forade uso;
  - O item deverá ter sido submetido a prévia descontaminação;

Caso algum dos itens acima não tenha estejam de acordo, o técnico deverá registrar no campo"Avaliação/Conclusão" o seguinte texto:

"Em virtude do item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica vai aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Chefia do setor

comunicado".

- O atendimento só terá continuidade após as atividades acima citadas terem sido realizadas. Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.

IDENTIFICAÇÃO DE FALHA

- Antes do início de qualquer intervenção, o técnico designado deverá verificar a qual tipo de falha a solicitação de manutenção corretiva deverá ser enquadrada conforme **Anexo 03 - Tabela III – Tipos de Falhas** e proceder conforme orientação das ações a serem tomadas. **ATENÇÃO:** Falha Operacional - Mau uso ou problemas de conexão (Evitar a abertura de um equipamento cuja falha pode ser simplesmente devido a erro de operação, queima de fusível ou qualquer outra causa de fácil solução);

EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO – SEM NECESSIDADE DE MATERIAL OU MANUTENÇÃO EXTERNA

- Após validação do tipo de chamado, análise do equipamento e classificação da falha, o técnico deverá então realizar os devidos reparos caso não sejam necessários materiais ou envio para manutenção externa.

Uma vez realizado o reparo do equipamento, o técnico deverá preencher o campo de evolução da ordem de SS no SIG.

- No campo "Avaliação/Conclusão" o técnico deverá informar minuciosamente os problemas identificados e os serviços executados no equipamento.**Exemplo:**

Avaliação: Foi diagnosticado que o equipamento não estava ligado na tomada, por isso não estava funcionando; **Conclusão:** O equipamento foi ligado corretamente (tomada 110V) e funcionou. Classificar como falha operacional.

Neste caso, será necessária uma orientação, pois o equipamento não possuía nenhuma falha. Abrir uma SS (pode ser SS filha) para registrar a orientação realizada "quanto ao uso correto para ligar o equipamento" (neste exemplo). Colher a assinatura de quem recebeu a orientação, registrar via SS (impressa) ou no registro de treinamento. Não esqueça de colher assinatura dos orientados.

- Após preencher os campos de: evolução, avaliação/conclusão, tipo de falha, técnico designado e inserção de horas trabalhada, a SS deverá ser encerrada.

Obs.: Se o técnico não conseguir identificar ou reparar a falha/defeito em 48h,

então deverá comunicar o problema para a Supervisão/Gerencia/Diretoria. Caso a dificuldade continue a ocorrer, ou o item seja de alta complexidade tecnológica, será necessário entrar em contato com o fabricante e/ou a assistência técnica autorizada. Registrando o ocorrido no campo "Avaliação/Conclusão "na SS.

EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO – C/ NECESSIDADE DE ENVIO PARA MANUTENÇÃO EXTERNA /ATENDIMENTO EXTERNO

- Após validação do tipo de chamado, análise do equipamento e classificação da falha, o técnico deverá então realizar os devidos reparos. Caso não seja possível realizar o reparo e seja avaliada a necessidade de manutenção externa, o equipamento deve ser enviado para manutenção ao fabricante e/ou assistente técnico ou o técnico destes locais devem comparecer até a unidade.

- Na saída do equipamento, realizar a evolução no sistema conforme **Anexo 01 - Tabela I – Descrição de Evoluções** e proceder conforme POP FST OPE 008 – Movimentação de Equipamentos.

- No retorno do equipamento, realizar a evolução no sistema conforme **Anexo 01 - Tabela I – Descrição de Evoluções** e proceder conforme POP FST OPE 008 – Movimentação de Equipamentos.

- No retorno do equipamento, o mesmo deve passar pelo processo de aceitação POP FST 009 – Aceitação de Equipamentos, após este processo, liberar equipamento para setor. O técnico deve anexar a SS do fabricante e/ou assistente técnico na SS da unidade no SIG e registrar todo ocorrido no campo "**"Avaliação/Conclusão".**

Obs.: Se o fabricante e/ou assistente técnico comparecerem na unidade para avaliação/reparo do equipamento, o técnico deverá acompanhar todo o trabalho realizado e anexar a SS do fabricante e/ou assistente técnico na SS da unidade e registrar todo o corrido e horas gastas.

EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO – C/ NECESSIDADE DE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS

- Após validação do tipo de chamado, análise do equipamento e classificação da falha, o técnico deverá então realizar os devidos reparos. Caso não seja possível realizar o reparo e seja avaliada a necessidade de aquisição de peças, acessórios ou componentes registrar os materiais necessários para compra no campo "Avaliação/Conclusão" e mudar o campo "Evolução" conforme **Anexo 01 - Tabela I – Descrição de Evoluções.**

- Acompanhar o Auxiliar Administrativo e responsáveis da unidade na compra desses materiais e após a chegada do material, realizar os devidos reparos registrando no campo "Avaliação/Conclusão". **Exemplo:**

Avaliação: Foi identificado que o sensor usado no monitor multiparâmetro era incompatível com a marca. **Conclusão:** Foi orientado ao setor a realização de compra do acessório compatível com o monitor para que então o reparo pudesse ser realizado. (Consultar na unidade quem é o responsável pela solicitação de acessórios).

Obs¹.: Caso já tenha o material na unidade, registrar a utilização do mesmo na SS no campo "Produtos". Se o mesmo não tiver cadastro para lançamento, solicitar ao Auxiliar Administrativo para que disponibilize o item no SIG.
Obs².: Se o equipamento ficar aguardando peça ou parado por qualquer outro motivo na Engenharia Clínica, utilizar a Etiqueta de identificação conforme Anexo 04 - Etiqueta de identificação.

6.2. CONTINGÊNCIA (FALHA DO SIG):

- Na ausência do *SIG*, o setor solicitante deverá abrir o chamado via telefone/ email, e a equipe do setor de Engenharia Clínica utilizará o formulário de **Ordem de serviço em branco** conforme Anexo 05 - Ordem de Serviço (Contingência), para preenchimento da solicitação e execução do serviço pelo técnico.

Obs: Após solucionar problema no SIG, o Auxilia ADM da Engenharia Clínica deverá lançar OS (Contingência) no SIG.

6.3. PRIORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO DE ACORDO COM A CRITICIDADE

- Os técnicos devem atender aos chamados seguindo a prioridade imposta pela criticidade do equipamento(GUT), onde no cadastro do equipamento será informada a gravidade de cada equipamento (a gravidade éfornecida pelo cliente).
- Na abertura do chamado o setor informará sua urgência de atendimento e o técnico da engenharia clínicaavaliará sua tendência.

A partir desta análise os atendimentos serão realizados dentro do critério da maior para a menor GUT, dentro dos prazos descritos abaixo e conforme o Anexo 06 – Formulário de GUT x SLA:

Obs: Para elaboração da GUTxSLA deve ser levado em consideração o que predomina a RDC 185, RDC 07/2010, Resolução CFM 2.174/ 2017, Resolução Nº 36/2008, Plano de contingência da unidade, quantidade de equipamentos disponíveis, tipo de serviço (especialidade) e boas práticas.

CRITÉRIOS PARA PRIORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO		
GUT Mínima	**GUT Máxima**	**Tempo máximo para o atendimento (Horas Úteis)**
100	125	Acordado com cada unidade
80	99	Acordado com cada unidade
40	79	Acordado com cada unidade
0	39	Acordado com cada unidade

6.4. PRESTADORES DE SERVIÇOS

- Quando houver necessidade de contratação de prestadores de serviços externos, para manutenção e/ou serviços relacionados à Engenharia Clínica, a qualificação deverá ser realizada conforme Gestão de Fornecedores estabelecida pela instituição, exceto em casos que a Fisio-Tec é a responsável financeira pela aquisição de peças/serviços. No caso da avaliação, a mesma deve ser realizada apenas para prestadores de serviços esporádicos.

6.5. ATENDIMENTO DE EMERGENGIACOMPETE A GERÊNCIA

- Disponibilizar mensalmente na intranet nos últimos dias do mês a escala de sobreaviso do mês seguinte. A escala deve contemplar nome do técnico de plantão, horário de atendimento sobreaviso e telefones de contato.

COMPETE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO:

- Enviar nos últimos dias do mês a escala de sobreaviso do mês seguinte para os clientes/ setores. A escala deve contemplar nome do técnico de plantão, horário de atendimento sobreaviso e telefones de contato.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não atendimento aos prazos estipulados em GUT;
- Não atendimento aos prazos estipulados em SLA;

- Não realização de abertura de chamado via Sistema Integrado de Gestão – SIG;
- Não validação da execução de manutenções corretivas pelos responsáveis das áreas.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 5462: Confiabilidade e mantenabilidade. Rio de Janeiro: ABNT,1994.

Resolução da Diretoria Colegiada RDC Nº 185, 22 de outubro de 2001. Registro, alteração, revalidação ecancelamento de registro de produtos médicos na ANVISA.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 15943: Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.

BRASIL. ANVISA. Manual de Tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúdecomercializados no Brasil. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipamentos Médico-hospitalares e o Gerenciamento da Manutenção, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipamentos para estabelecimentos assistenciais de saúde; planejamento e dimensionamento. Brasília, 1994. 239p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Portaria GM n. 1.748, de 30 de agosto de 2011. Diário Oficial da União, 31/08/2011.

BRONZINO, J.D. Management of medical technology: a primer for clinical engineers. Stoneham: Butterworth-Heinemann, 1992. 452p.

CALIL, S. J. & TEIXEIRA, M. S., Saúde & Cidadania: Gerenciamento de Manutenção em EquipamentosHospitalares – São Paulo: AGWM Artes Gráficas,1998. 127p.

FENNIGKOH, L. & SMITH, B. Clinical Equipment Management.JCAHO Plant Safety Technology and Safety Management Standard Series, n.2, 1989. 1:5-14.

MOUSSAVI, S. & WHITMORE, K. Review of Scheduled Performance Assurance Inspections.Journal of Clinical Engineering - v.18 mar/abr, 1993. p. 159-164.

Manual da ONA - Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-hospitalar. Souza et al. Gestão da Manutenção em Serviços de Saúde., ed. *Blucher*, 2010.

9. ANEXOS

Anexo 01 - Tabela I – Descrição de Evoluções **Anexo 02 -** Tabela II – Tipos de Chamado **Anexo 03** - Tabela III – Tipos de Falhas **Anexo 04 -** Etiqueta de identificação

Anexo 05 - Ordem de Serviço (Contingência)

Anexo 06 - Formulário de GUT x SLA

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamen	Responsável pelo	Tempo de	Descarte

	to	arquivamento	retenção	
Etiqueta de identificação	Pasta localizada no armário (FIS-058) do setor e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive) e SIG	Assistente Administrativo	02 anos físico	Picote
Ordem de Serviço (Contingência)	Pasta localizada no armário (FIS-058) do setor e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive) e SIG	Assistente Administrativo	02 anos físico	Picote
Formulário de GUT x SLA	Pasta localizadano armário (FIS-058) do setor e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive)	Assistente Administrativo	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	06	Melhoria do processo
01	09	Melhoria no formulário

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

1. OBJETIVO

Manter o controle sobre a movimentação dos equipamentos (chegada e saída do serviço de saúde) minimizando riscos de extravios e garantindo o retorno deles.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os equipamentos e acessórios do parque tecnológico do serviço de saúde.
Qualquer entrada de equipamento na instituição deverá passar pelos procedimentos abaixo, seja por aquisição, locação, empréstimo, demonstração, retorno de manutenção e contrato de comodato.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço **SS:** Solicitação de Serviço **NF:** Nota Fiscal
EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

Formulário do processo

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerente	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

6.1 ENTRADA DE EQUIPAMENTO (MOVIMENTAÇÃO)

6.1.1 MOVIMENTAÇÃO EQUIPAMENTOS NOVOS

CABE A UNIDADE/ CLIENTE (SETOR DO ALMOXARIFADO/ SUPRIMENTOS/ PORTARIA DA INSTITUIÇÃO/PATRIMÔNIO):

- Informar à Engenharia Clínica que o equipamento está disponível para entrada/ retirada;
- Disponibilizar cópia de NF à Engenharia Clínica;
- Patrimoniar o equipamento (aplicável somente para equipamento novo e após aceitação Engenharia Clínica);
- Encaminhar para setor de destino após aceitação da Engenhara Clínica (Se esse processo não estiveramarrado a EC).

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA/ SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Alinhar com o responsável pelo contrato/ direção do cliente o processo de movimentação da Fisio-Tec com o jáexistente na unidade.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:

- Receber o comunicado do cliente (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio) (via telefone), que o equipamento chegou na instituição e está disponível para Fisio-Tec;

- Solicitar ao técnico/ Auxiliar Técnico da Fisio-Tec que retire o equipamento do Almoxarifado / - Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio junto com a NF correspondente ao equipamento;
- Preencher todos os campos do Anexo 01 - Movimentação de Equipamento. Registrar também os respectivos acessórios;
- Coletar assinatura do responsável pela entrega na unidade (se possível) e do setor de entrega (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio) no formulário;
- Realizar cadastro do equipamento no SIG assim que o equipamento chegar na unidade e abrir ordem de serviço para aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos, após anexar documentação na OS de Aceitação e criar o cronograma de manutenção preventiva.

OBS.: Conforme descrito nas atividades administrativas, criar uma pasta em arquivo físico, dentro da pasta criar outra pasta com entradas pendentes, saídas pendentes e concluídos, ou seja, tudo que é da unidade e saiu tem quem voltar e tudo que entrou e não é da unidade um dia irá sair, desta forma fechamos o processo e deixamos arquivado em concluídos. Para equipamentos novos, riscar o campo saída e encerrar o processo.

CABE AO TÉCNICO DA ENGENHARIA CLÍNICA:
- Conferir o equipamento com a NF na presença do (a) responsável da unidade (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio), para checar que o equipamento e acessórios estão conforme NF. Caso esteja faltando algum item, o equipamento não deverá ser retirado e nem encaminhado para o processo de aceitação. Caso esteja de acordo, encaminhar o equipamento para o processo de aceitação POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos.

6.1.2 MOVIMENTAÇÃO EQUIPAMENTOS EXISTENTES NA UNIDADE

CABE AO SETOR DO ALMOXARIFADO/ SUPRIMENTOS/ PORTARIA DA INSTITUIÇÃO/ PATRIMÔNIO:

- Informar à Engenharia Clínica que o equipamento está disponível para entrada/ retirada;
- Disponibilizar cópia de NF à Engenharia Clínica;
- Encaminhar para setor de destino após aceitação da Engenhara Clínica (Se esse processo não estiveramarrado a EC).

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:

- Receber o comunicado do cliente (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio) (via telefone), que o equipamento chegou na instituição e está disponível para Fisio-Tec;
- Solicitar ao técnico da Fisio-Tec que retire o equipamento do Almoxarifado / - Suprimentos/ Portaria/ Patrimôniojunto com a NF correspondente ao equipamento;
- Preencher todos os campos do Anexo 01 - Movimentação de Equipamento. Registrar também os respectivos acessórios, usar o mesmo formulário o qual foi registrado a saída. Após a saída e entrada estarem preenchidas, colocar na pasta de concluídos.
- Coletar assinatura do responsável pela entrega na unidade (se possível) e do setor de entrega (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio) no formulário;
- Abrir ordem de serviço para aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos, após anexar documentação na OS de Aceitação.

Realizar a movimentação no SIG.

OBS.: Conforme descrito POP FST OPE 019 de atividades administrativas, criar uma pasta em arquivo físico, dentro da pasta criar outra pasta com entradas pendentes, saídas pendentes e concluídos, ou seja, tudo que éda unidade e saiu tem quem voltar e tudo que entrou e não é da unidade um dia irá sair, desta forma fechamos o processo e deixamos arquivado em concluídos. Para equipamentos novos, riscar o campo saída e encerrar o processo.

CABE AO TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Conferir o equipamento com a NF na presença do (a) responsável da unidade (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio), para checar que o equipamento e acessórios estão conforme NF e controle de saída. Caso esteja faltando algum item, o equipamento não deverá ser retirado e nem encaminhado para o processo de aceitação. Caso esteja de acordo, encaminhar o equipamento para o processo de aceitação POP FST OPE 009
– Aceitação de equipamentos.

6.2 SAÍDA DE EQUIPAMENTO (MOVIMENTAÇÃO)

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:

- Solicitar ao Técnico que disponibilize o equipamento em embalagem adequada para transporte;
- Preencher todos os campos do formulário de movimentação e coletar assinaturas mencionadas. (Principalmente a da unidade/ cliente);

- Descrever no campo observação do formulário de movimentação todos os acessórios que estão saindo junto com o equipamento;
- Realizar a movimentação no SIG.
- No caso de baixa/ desativação do equipamento passar para a supervisão/ coordenação/ gerência da Fisio-tec para que seja realizado procedimento de acordo com o POP FST OPE 015 – Obsolescência e Baixa de equipamento.
- Solicitar NF de transporte ao setor fiscal da unidade (cliente).
- Chamar transportadora / correio ou transporte definido pela unidade.
- Disponibilizar o equipamento para envio já embalado e seguro para transporte.

CABE AO TÉCNICO ENGENHARIA DA FISIO-TEC:

- Recolher o equipamento no setor (cliente);
- Embalar de forma segura para transporte.
- Anotar todos os acessórios que estão saindo junto com o equipamento;
- Disponibilizar em local de fácil acesso para retirada para transporte.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização da movimentação dos equipamentos

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manual de Tecnovigilância

ABNT NBR 15943 - Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde.

RESOLUÇÃO Nº 2:2010 – Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimento de saúde.

Boas práticas para aquisição de equipamentos Médicos- hospitalares – ANVISA
Equipamentos médico-hospitalares e o gerenciamento da manutenção – Ministério da Saúde, Brasilia, DF, 2002. Guia para elaboração do Plano de Gestão de equipamentos – Ministério da Saúde, Brasilia, DF, 2012.
Manual para Regularização de Equipamentos Médicos na ANVISA, 2017

9. ANEXOS

Anexo 01 - Movimentação de Equipamento

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Movimentação de Equipamento	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ouAuxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	06	Melhoria do processo

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 009 - ACEITAÇÃO DE EQUIPAMENTO

1. OBJETIVO

Garantir o uso seguro dos equipamentos nos pacientes através da aceitação (verificação), na entrada naunidade, através de testes de funcionalidade, análise de segurança elétrica e calibração.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os equipamentos médico-hospitalares do parque tecnológico do serviço de saúde. Qualquer entrada de equipamento na instituição deverá passar pelos procedimentos abaixo, seja por aquisição, locação, empréstimo, demonstração, retorno de manutenção e contrato de comodato.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço
SS: Solicitação de Serviço
NF: Nota Fiscal
EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

Formulários de registro do processo;
Analisador de Segurança Elétrica devidamente calibrado com rastreabilidade RBC;
Padrão específico para cada equipamento devidamente calibrado com rastreabilidade RBC;Software Certificados;
SIG.

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção

Gerencia	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

Após processo de movimentação POP FST OPE 008 – MOVIMENTAÇÃO DE EQUIPAMENTOS, todo equipamento deve passar por uma Aceitação que é composto de: teste de funcionalidade, Análise Segurança Elétrica e Calibração.

Nota¹: O processo de aceitação deverá ser realizado no prazo máximo de 10 dias após movimentação ou conforme programação de entrega informada pelo setor de compras.

COMPETE A DIREÇÃO/ GERENCIA/ SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Orientar quanto à adequação do plano de manutenção preventiva e calibração do equipamento conforme orientação do fabricante e/ou legislação (periodicidade, *Checklist*) e/ou necessidades do setor;

Obs: Como é um equipamento novo, consultar o prazo de garantia para adequação do cronograma de manutenção.

COMPETE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:

- Disponibilizar formulário conforme Anexo 01 - Aceitação do Equipamento, formulário de Análise Segurança Elétrica conforme POP FST OPE 006 - Análise Segurança elétrica e formulário de Calibração conforme POP FST OPE 005 - Calibração ao Técnico;
- Conferir se cópia da NF está junto ao formulário de Aceitação de Equipamentos (equipamentos novos e retornode manutenção externa);
- Identificar no formulário o tipo de entrada (Aquisição – substituição parque tecnológico, Aquisição – aumento parque tecnológico, retorno manutenção, comodato, demonstração, empréstimo, devolução, locação ou doação);

- Cadastrar o equipamento no SIG (equipamento novos).
- Solicitar ao fornecedor o manual em meio digital e anexar na biblioteca do sismetro.
- Criar plano de Manutenção Preventiva e Calibração após aceitação do técnico. Colocar a periodicidade que deve ser de acordo com a orientação da Supervisão/ Coordenação/ Engenharia ou manual do fabricante;
- Verificar junto ao setor de compras se o treinamento foi lançado na compra do equipamento;
- Abrir SS de aceitação para registro de horas dos técnicos, logo após o cadastro.
- Agendar treinamento com o fornecedor caso seja notificado no formulário de aceitação pelos setores (clientes)e comunicar a todos os interessados;

OBS.: Entrar em contato com o fornecedor e pedir autorização formal (e-mail) para abrir a caixa e instalar equipamento médico-hospitalar. Caso não seja autorizado, aguardar visita do mesmo. No ato da visita seguir os procedimentos descritos acima.

OBS: Para oS auxiliares Administrativos locais, executar todas as atividades acima, para oS auxiliares administrativos de suporte (sede) as atividades de cadastramento e registro no sistema ficam por conta do técnico executante. O Auxiliar administrativo sede fica como apoio e poderá ajudar o técnico nessas atividades.

COMPETE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Fazer os testes de funcionamento.
- Fazer Análise de Segurança Elétrica quando aplicável, conforme POP FST OPE 006 - Análise Segurançaelétrica;
- Fazer calibração quando aplicável, conforme POP FST OPE 005 - Calibração;
- Preencher o formulário de aceitação conforme Anexo 01 - Aceitação do Equipamento.
- Verificar junto ao enfermeiro responsável pelo setor a necessidade de treinamento;
- Solicitar o aceite da área assistencial no formulário Anexo 01 - Aceitação do Equipamento;
- Solicitar ao auxiliar administrativo que gere o certificado e colocar junto aos demais documentos na SS.
- Cadastrar o equipamento no SIG (equipamento novos).
- Solicitar ao fornecedor o manual em meio digital e anexar na biblioteca do sismetro.
- Criar plano de Manutenção Preventiva e Calibração após aceitação do técnico. Colocar a periodicidade que deve ser de acordo com a orientação da Supervisão/ Coordenação/ Engenharia ou manual do fabricante;
- Verificar junto ao setor de compras se o treinamento foi lançado na compra do equipamento;

- Abrir SS de aceitação para registro de horas dos técnicos, logo após o cadastro.
- Agendar treinamento com o fornecedor caso seja notificado no formulário de aceitação pelos setores (clientes) e comunicar a todos os interessados;
OBS.: Entrar em contato com o fornecedor e pedir autorização formal (e-mail) para abrir a caixa e instalar equipamento médico-hospitalar. Caso não seja autorizado, aguardar visita do mesmo. No ato da visita seguir os procedimentos descritos acima.
- Fechar a SS informado o que foi realizado.
- Entregar para o auxiliar administrativo a aceitação, nf, análise segurança elétrica e calibração, para arquivamento em meio físico;

COMPETE AO RESPONSAVEL DA UNIDADE:

Receber o equipamento; Testar o equipamento;
Pontuar a necessidade de treinamento; Assinar formulário de aceitação.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização da aceitação / verificação funcional de equipamento;
- Erro no registro da aceitação / verificação funcional de equipamento.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NR32 - Segurança e Saúde no Trabalho em
Serviço de SaúdeManual de Tecnovigilância
ABNT NBR 15943 - Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde.

ABNT NBR ISSO/ IEC 60601:2012 – Requisitos gerais para equipamentos eletromédicos.

RESOLUÇÃO N° 2:2010 – Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimento de saúde.
Boas práticas para aquisição de equipamentos Médicos- hospitalares – ANVISA

Equipamentos médico-hospitalares e o gerenciamento da manutenção – Ministério da Saúde, Brasilia, DF, 2002. Guia para elaboração do Plano de Gestão de equipamentos – Ministério da Saúde, Brasilia, DF, 2012.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Aceitação de Equipamento

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Aceitação de Equipamento	SIG e pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	09	Melhoria no formulário

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.

As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitirnovas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 010 - VALIDAÇÃO DE CERTIFICADOS

1. OBJETIVO

Garantir a validação dos certificados comprobatórios da realização dos serviços de

calibração sobre os equipamentos da contratante, verificando se o valor medido está dentro da tolerância determinada.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os setores que possuem equipamentos médico-hospitalares que passam pelo processo de calibração POP FST OPE 005 – Calibração de Equipamentos.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço
EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

SIG;
Laudo de Calibração

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

A Validação consiste em somar a "Incerteza" com "tendência" e comparar com a faixa de tolerância definida no anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico.

Todas as avaliações devem possuir amostragens de ensaio superior ou igual a 03 (três) (salvo algumas exceções) e para aprovação (validação) todas as amostragens devem apresentar resultados dentro dos parâmetros de tolerância, basta uma amostragem fora da faixa de tolerância para reprovar o equipamento.

O conceito acima também se aplica para os equipamentos com mais de um parâmetro. Ex.: Incubadora: Foram feitos 03 ensaios dos seguintes parâmetros:

Temperatura e Umidade.

"Os parâmetros devem apresentar resultados dentro da faixa de tolerância".

- Para analisar os certificados de calibração deve-se usar uma tabela onde define a tolerância de cada padrão.

6.1 VALIDAÇÃO DE CERTIFICADO

CABE AO TÉCNICO, AUXILIAR TÉCNICO/ ADMINISTRATIVO, SUPERVISOR, GERENTE, DIRETOR DAFISIO-TEC

Realizar a validação dos certificados de terceiros conforme anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico, utilizar carimbo aprovado ou reprovado.

No processo de validação somar a "Incerteza" com "tendência" e comparar com a faixa de tolerância definida no Anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico, caso esteja dentro do valor colocar como **aprovado**, data da validade (considerar o último dia do mês) do certificado e responsável pela aprovação (nome legível), caso esteja com algum valor fora da faixa de tolerância colocar como **reprovado** e encaminhar o equipamento para a manutenção corretiva. Após reparo, repetir o procedimento de Calibração conforme POP FST OPE 005 – Calibração de Equipamento Médico Hospitalar.

Obs: Este procedimento só deve ser realizado em certificados de terceiros e nos certificados emitidos pela Fisio- tec que não tiverem os critérios de tolerância lançados na emissão dos certificados.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:

- Emitir certificado com os parâmetros de tolerância definidos pela instituição através do anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico.
- Lançar na SS do SIG os certificados (laudos) assim que forem confeccionados. No caso de certificados externos, anexar após validação. Obs: Anexar os certificados reprovados também.

CABE AO RESPONSAVEL PELO CONTRATO/ RESPONSAVEL SETORIAL/ GERENTE DE ENFERMAGEM OU DEFINIÇÃO DA DIREÇÃO

- Selecionar OS encerradas à receber
- Acessar o menu documentos dentro da OS
- Conferir os certificados de Calibração e checar se o erro (tendência + incerteza) está dentro da tolerância definida no anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico. Caso esteja de acordo, aceitar a OS.

No processo de validação somar a "Incerteza" com "tendência" e comparar com a faixa de tolerância definida no Anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico, caso esteja dentro do valor colocar como **aprovado**, data da validade (considerar o último dia do mês) do certificado e responsável pela aprovação (nome legível), caso esteja com algum valor fora da faixa de tolerância colocar como **reprovado** e encaminhar o equipamento para a manutenção corretiva. Após reparo, repetir o procedimento de Calibração conforme POP FST OPE 005 – Calibração de Equipamento Médico Hospitalar.

Obs: A validação de certificados de calibração pode ser realizada por qualquer pessoa que tenha sido treinada/ qualificada na tabela de limites de tolerância conforme anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico.

6.2 IDENTIFICAÇÃO DOS PARÂMETROS

Para cada parâmetro usar unidade de medida, segue abaixo:

PARÂMETRO	UNIDADE DE MEDIDA
Frequência Cardíaca	Bpm
SPO2 (Saturação)	%O2
PNI Hipotensão (pressão não invasiva)	mmHg
PNI Normal (pressão não invasiva)	mmHg
PNI Hipertensão (pressão não invasiva)	mmHg
Pressão Invasiva (PAM)	mmHg
Volume	ml
FIO2	%O2
Pressão Inspiratória(arterial)	cmH2O
Energia	Joule
Peso	Kg (quilograma)
Fluxo	l/min
Temperatura	ºC (Graus Celsius)
Umidade	% (H2O)
Sevoflurane	Vol%
Isoflurane	Vol%
Nível Sonoro	*dB*
Potência	W (watts)
Frequência	Rpm ou Hz (hertz)

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização da avaliação da validação.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 10012: Sistemas de gestão de medição - Requisitos paraos processos de medição e equipamentos de medição. ABNT, 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO/IEC 17025: Requisitos gerais para a competência delaboratórios de ensaio e calibração. ABNT, 2005.

Vocabulário Internacional de Metrologia: Conceitos fundamentais e gerais e termos associados (VIM 2012). Duque de Caxias, RJ: INMETRO, 2012.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR IEC 60601-1-1: Esta Norma se aplica a segurança de sistemas eletromédicos. Descreve as prescrições de segurança relativas aos sistemas eletromédicos no intuito de possibilitar a proteção do paciente, do operador e do ambiente. ABNT, 2004.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ouAuxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	06	Mudança de função
01	09	Melhoria no formulário

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.



ÁREA DA QUALIDADE

POSSUIR PARCERIA COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO OU SUAS PRÓPIAS PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E/OU DE SAÚDE PÚBLICA EM CONCORDÂNCIA COM O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE VIGENTE.

ADVERTÊNCIA
Este texto n&#65533;o substitui o publicado no Diário Oficial da União

Minist&#65533;rio da Sa&#65533;de
Gabinete do Ministro

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.120, DE 12 DE MAIO DE 2011

Certifica 5 (cinco) unidades hospitalares como Hospital de Ensino.

OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, no uso da atribuição que lhes confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria Interministerial nº 2.400/MS/MEC, de 2 de outubro de 2007, que estabelece os critérios obrigatórios para a certificação como Hospitais de Ensino das instituições hospitalares que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, vinculados a Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituição de Ensino Superior; e

Considerando a Portaria Interministerial nº 2.916/MS/MEC, de 21 de setembro de 2010, que constitui a Comissão de Certificação dos Hospitais de Ensino e o Grupo de Técnicos Certificadores, resolvem:

Art. 1º Certificar, como Hospital de Ensino, as unidades hospitalares descritas a seguir:

UF	MUNICÍPIO	HOSPITAL	CNPJ	CNES
SP	São Paulo	Hospital Geral de Grajaú	46374500014225	2077671
SP	São Paulo	Hospital e Maternidade Dr. Mario de Moraes A. Silva	46392148001000	2079186
SP	Presidente Prudente	Hospital Domingos Leonardo Cerávolo	46374500016864	2755130
PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira	10988301000129	0000434
MG	Juiz de Fora	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	21583042000172	2153084

Art. 2º A certificação de que trata este ato terá a validade de 2 (dois) anos, a contar da data de publicação desta Portaria, podendo ser revista a qualquer tempo se assim se justificar, conforme parágrafo 3º, art. 4º, da Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400, de 2 de outubro de 2007.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Ministro de Estado da Saúde
FERNANDO HADDAD
Ministro de Estado da Educação

Sa&#65533;de Legis - Sistema de Legisla&#65533;&#65533;o da Sa&#65533;de

ADVERTÊNCIA
Este texto nｴo substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2.302, DE 30 DE JULHO DE 2018

Altera, para 30 de dezembro de 2018, o prazo fixado para validade da Certificação de Unidades Hospitalares como Hospitais de Ensino.

OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, no uso das atribuições que lhes conferem o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição; e

Considerando a Portaria Interministerial MEC/MS nº 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino e estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospital de Ensino; e

Considerando a necessidade de adequar o prazo para a validade da certificação dos Hospitais de Ensino instituídos pela Portaria Interministerial MEC/MS 1212, de 30 de maio de 2014, pela Portaria Interministerial MEC/MS 1213, de 30 de maio de 2014, pela Portaria Interministerial MEC/MS 1.214, de 30 de maio de 2014, pela Portaria Interministerial MEC/MS 1272, de 6 de junho de 2014, pela Portaria Interministerial MEC/MS 1.477, de 15 de julho de 2014, pela Portaria Interministerial MEC/MS 1.687, de 12 de agosto de 2014; Portaria Interministerial MEC/MS 2.786, de 16 de dezembro de 2014; Portaria Interministerial MEC/MS 621, de 27 de maio de 2015, relacionadas aos Hospitais que seguem, resolve:

Art. 1º Fica alterada, para 30 de dezembro de 2018, o prazo fixado para validade da certificação de Unidades Hospitalares como Hospitais de Ensino conforme anexo a esta Portaria.

Art. 2º Os Hospitais que não constam na lista citada no anexo, permanecem com os prazos de validade normatizados em Portarias específicas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos retroativos a 30 de dezembro de 2016.

GILBERTO OCCHI
Ministro de Estado da Saúde

ROSSIELI SOARES DA SILVA
Ministro de Estado da Educação

ANEXO

UF	MUNICÌPIO	ESTABELECIMENTO HOSPITALAR	CNPJ	CNES
AL	Maceió	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - UFAL	24.464.109/0001-48	2006197
AL	Maceió	Santa Casa de Maceió	12.307.187/0001-50	2007037
AM	Manaus	Fundação de Medicina Tropical do Amazonas	04.534.053/0001-43	2013606
AM	Manaus	Fundação Hospital Adriano Jorge	06.168.092/0001-08	2012685
AM	Manaus	Hospital Universitário Francisca Mendes	02.806.229/0001-43	2018403
AM	Manaus	Hospital Universitário Getúlio Vargas	04.378.626/0015-92	2017644
BA	Salvador	Liga Alvaro da Bahia- Martagão Gesteira	151.707.230.001-06	0004278
BA	Salvador	Hospital Ana Nery	02.466.144/0001-63	0003875
BA	Salvador	Hospital Geral Roberto Santos	13.937.131/0053-72	0003859
BA	Salvador	Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce	15.178.551/0001-17	2802104
BA	Salvador	Hospital Universitario Prof. Edgard Santos - UFBA	15.180.714/0002-87	0003816
BA	Salvador	Maternidade Climério de Oliveira - UFBA	15.180.714/0003-68	0004731
BA	Salvador	Santa Casa de Misericórdia da Bahia/ H. Santa Izabel	15.153.745/0002-49	0003832
CE	Fortaleza	Hospital São José de Doenças Infecciosas	07.954.571/0035-53	2561417
CE	Fortaleza	Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	72.735.920/00164	2651394
CE	Fortaleza	Hospital Universitário Walter Cantídio - UFCE	07.206.048/0002-80	2561492
CE	Fortaleza	Hospital Albert Sabin	07.954.571/0038-04	2563681
CE	Fortaleza	Hospital de Messejana - Dr Carlos Alberto Studant Gomes	07.954.571/0022-39	2479214
CE	Fortaleza	Hospital Geral Cesar Cals	07.954.571/0039-87	2499363
CE	Fortaleza	Hospital Geral de Fortaleza	07.954.571/0014-29	2497654
CE	Fortaleza	Maternidade Escola Assis Chateaubriand - UFCE	07.206.048/0001-08	2481286
CE	Fortaleza	Hospital Geral Dr. Waldemar Alcantara	05.268.526/0001-70	2785900
CE	Sobral	Santa Casa de Misericórdia de Sobral	07.818.313/0001-09	3021114

DF	Paranoá	Hospital Regional do Paranoá	00.394.700/0003-70	2645157
DF	Brasília	Hospital Universitário de Brasília - HuB	00.038.174/0006-58	0010510
DF	Brasília	Hospital de Base do DF	00.054.015/0002-13	0010456
DF	Brasília	Hospital Regional da Asa Norte - HRAN	00.054.015/0016-19	0010464
DF	Brasília	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB	00.054.015/0005-66	10537
DF	Sobradinho	Hospital Regional de Sobradinho	00.054.015/0018-80	0010502
ES	Vitória	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - UFES	32.479.164/0001-30	4044916
ES	Vitória	Santa Casa de Misericórdia de Vitória	28.141.190/0002-67	0011746
GO	Goiânia	CRER - Centro de Reabilitação Dr. Henrique Santillo/ AGIR - Associação Goiana de Integralização e Reabilitação	05.029.600/0001-04	2673932
GO	Goiânia	Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	01.619.790/0001-50	2338351
GO	Goiânia	Hospital das Clínicas - UFG	01.567.601/0002-24	2338424
GO	Goiânia	Hospital Geral de Goiânia - Dr. Alberto Rassi	02.529.964/0004-08	2338734
MA	São Luiz	Hospital Universitário - UFMA	06.279.103/0002-08	2726653
MG	Belo Horizonte	Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves	18.720.938/0001-41	0027863
MG	Juiz de Fora	Hospital Universitário - UFJF	21.195.755/0001-69	2218798
MG	Belo Horizonte	Hospital Sofia Feldmam	25459256/0001-92	0026794
MG	Juiz de Fora	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	21.575.709/0001-95	2153882
MG	Alfenas	Hospital Universitário Alzira Velano Alfenas	17.878.554/0003-50	2171988
MG	Belo Horizonte	Centro Geral de Pediatria / Hospital Infantil João Paulo II	19.843.929/0015-06	0026948
MG	Belo Horizonte	Hospital da Baleia	17.200.429/0001-25	2695324
MG	Belo Horizonte	Hospital das Clínicas - UFMG	17.217.985/0034-72	0027049
MG	Belo Horizonte	Hospital João XXIII - FHEMIG	19.843.929/0013-44	0026921
MG	Belo Horizonte	Hospital Júlia Kubitscheck	19.843.929/0028-20	0027022
MG	Belo Horizonte	Hospital Municipal Odilon Behrens	16.692.112/0001-81	2192896
MG	Belo Horizonte	Hospital Universitário São José / Fundação Educacional Lucas Machado	17.178.203/0006-80	4034236
MG	Belo Horizonte	Instituto Raul Soares - FHEMIG	19.843.929/0003-72	0026999
MG	Belo Horizonte	Maternidade Odete Valadarers	19.843.929/0029-01	0026972
MG	Belo Horizonte	Santa Casa de Misericórida de Belo Horizonte	17.209.891/0001-93	0027014
MG	Itajubá	Hospital Escola de Itajubá	21.040.696/0003-11	2208857
MG	Juiz de Fora	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	21.583.042/0001-72	2153084
MG	Montes Claros	Hospital Universitário Clemente de Faria - UNIMONTES	22.675.359/0001-00	2219654
MG	Pouso Alegre	Hospital das Clínicas Samuel Libânio	23.951.916/0004-75	2127989
MG	Uberaba	Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM	20.054.326/0001-09	2206595
MG	Uberlândia	Hospital de Clínicas - Universidade Federal de Uberlândia	25.763.673/0001-24	2146355
MG	Viçosa	Hospital São João Batista	17.989.187/0001-09	2099438
MG	Viçosa	Casa de Caridade de Viçosa - Hospital São Sebastião	25.945.403/0001-34	2099454
MS	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul	15.461.510/0001-33	0009725
MS	Campo Grande	Hospital Universitário Mª Aparecida Pedrossian -UFMS	15.461.510/0001-33	0009709
MT	Cuiabá	Hospital Geral Universitário - Soc. de Proteção à Mater. e a Infância de Cuiabá	03.468.485/0001-30	2659107
MT	Cuiabá	Hospital Universitário Júlio Müller - UFMT	00.525.959/0001-40	2655411
PA	Santarém	Hospital Regional do Baixo Amazonas do PA- Dr. Waldemar Penna	24.232.886/0083-03	5585422
PA	Belém	Hospital das Clínicas Gaspar Vianna	22.980.973/0001-77	2333031
PA	Belém	Hospital Ophir Loyola	08.109.444/0001-71	2334321
PA	Belém	Hospital Universitário João de Barros Barreto - UFPA	00.394.544/0059-00	2332981
PA	Belém	Santa Casa de Misericórdia do Pará	04.929.345/0001-85	2752700
PB	Campina Grande	Hospital Universitário Alcides Carneiro - UFCG	24.098.477/0016-04	2676060
PB	João Pessoa	Hospital Universitário Lauro Wanderley - UFPB	24.098.477/0007-05	2400243
PE	Recife	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros - CISAM	11.022.597/0012-44	2711613
PE	Recife	Hospital Agamenon Magalhães	09.794.975/0224-25	0000418
PE	Recife	Hospital da Restauração	09.794.975/0210-20	0000655
PE	Recife	Hospital das Clínicas - UFPE	24.134.488/0001-08	0000396
PE	Recife	Hospital Getúlio Vargas	09.794.975/0225-06	2802783
PE	Recife	Hospital Universitário Oswaldo Cruz - UPE	11.022.597/0013-25	0000477
PE	Recife	Instituto Materno Infantil de Pernambuco - IMIP	10.988.301/0001-29	0000434
PE	Recife	P.S. Cardiológico de Pernambuco - PROCAPE	11.022.597/0015-97	3983730
PI	Teresina	Hospital Getúlio Vargas Teresina	06.553.564/0104-43	2726971
PI	Teresina	Maternidade Dona Evangelina Rosa	06.553.564/0106-05	2323397
PR	Cascavel	Hospital São Lucas	76080027/0001-01	2738309
PR	Campo Largo	Hospital Nossa Senhora do Rócio	75.802.348/0001-00	13846
PR	Curitiba	Hospital de Clínicas - UFPR	75.095.679/0002-20	2384299
PR	Curitiba	Hospital Erasto Gaertner / Liga Paranaense de Combate ao Câncer	76.591.049/0001-28	0015644
PR	Curitiba	Hospital da Cruz Vermelha	07.404.052/0001-72	0015423

PR	Curitiba	Santa Casa de Misericórdia de Curitiba	76.613.835/0001-89	0015334
PR	Londrina	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	78.640.489/0003-15	2781859
PR	Campina Grande do Sul	Hospital Maternidade Angelina Caron	07.088.017/0001-91	0013633
PR	Cascavel	Hospital Universitário do Oeste do Paraná - UNIOESTE	00.944.673/0002-80	2738368
PR	Curitiba	Hospital do Trabalhador	78.350.188/0001-95	0015369
PR	Curitiba	Hospital Pequeno Príncipe	76.591.569/0001-30	0015563
PR	Curitiba	Hospital Universitário Cajuru	76.659.820/0002-32	0015407
PR	Curitiba	Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	76.575.604/0002-09	0015245
PR	Maringá	Hospital Universitário Regional da Universidade Estadual de Maringá	79.151.312/0001-56	2587335
PR	Arapongas	Hospital Regional João de Freitas	041.697.120/001-90	2576341
PR	Ponta Grossa	Santa Casa deMisericórdia de Ponta Grossa	80.238.926/0001-59	2686953
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Municipal Jesus	29.468.055/0008-89	2269341
RJ	Volta Redonda	Hospital Municipal Dr. Munir Rafful	32.72699/0001-37	0025143
RJ	Rio de Janeiro	Instituto de Psiquiatria - UFRJ	33.663.683/0025-93	2269430
RJ	Valença	Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi	32.354.011/0001-66	2292912
RJ	Campos de Goytacazes	Hospital Escola Alvaro Alvim	28.964.252/0001-50	2287447
RJ	Niterói	Hospital Universitário Antonio Pedro	28.523.215/0003-78	0012505
RJ	Nova Iguaçu	Hospital Geral de Nova Iguaçú / Hospital da Posse	29.138.278/0032-08	2798662
RJ	Petrópolis	Hospital Alcides Carneiro	29.138.344/0015-49	2275562
RJ	Rio de Janeiro	Hospital dos Servidores do Estado (MS)	00.394.544/0211-82	2269988
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Escola Gaffreé e Guinle - UNIRIO	34.023.077/0001-07	2295415
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Municipal da Piedade	03.390.345/0001-97	2269481
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ	33.663.683/0053-47	2280167
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ	33.540.014/0017-14	2269783
RJ	Rio de Janeiro	Instituto de Cardiologia Laranjeiras - FUNDACOR (MS)	00.394.544/0213-44	2280132
RJ	Rio de Janeiro	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - UFRJ	33.663.683/0026-74	2296616
RJ	Rio de Janeiro	Instituto Estadual Hematologia Arthur Siqueira - HEMORIO	32.319.972/0001-30	2295067
RJ	Rio de Janeiro	Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ (MS)	33.781.055/0002-16	2708353
RJ	Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Cancer - INCA (MS)	40.226.946/0001-95	2273462
RJ	Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia / INTO (MS)	00.394.544/0212-63	2273276
RJ	Rio de Janeiro	Instituto Pesquisa Clinica Evandro Chagas	33.781.055/0010-26	2288338
RJ	Rio de Janeiro	Maternidade Escola - UFRJ	33.663.683/0052-66	2270021
RJ	Teresópolis	Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano RJ	32.190.092/0003-78	2297795
RN	Natal	Hospital Onofre Lopes / UFRN	24.365.710/0013-17	2653982
RN	Natal	Maternidade Escola Januário Cicco / UFRN	24.365.710/0014-06	2409208
RN	Santa Cruz	Hospital Universitário Ana Bezerra / UFRN	00.394.445/0271-31	4014111
RR	Roraima	Hospital Geral de Roraima	84.013.416/0001-34	2319659
RS	Caxias do Sul	Hospital Pompeia de Caxias do Sul	88.633.227/0001-15	2223546
RS	Porto Alegre	Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA	87.020.517/0001-20	2237601
RS	Porto Alegre	Instituto de Cardiologia - Fundação Universitária de Cardiologia	92.898.550/0001-98	2237849
RS	Caxias do Sul	Hospital Geral de Caxias do Sul - UCS	88.648.761/0018-43	2223538
RS	Passo Fundo	Hospital da Cidade de Passo Fundo	92.030.543/0001-70	2246929
RS	Passo Fundo	Hospital São Vicente de Paulo	92.021.062/0001-06	2246988
RS	Pelotas	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas - UFPEL	89.876.114/0001-03	2252694
RS	Pelotas	Hospital Universitário São Francisco de Paula / SPAC	92.238.914/0002-94	2253046
RS	Pelotas	Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	92.219.559/0001-25	2253054
RS	Porto Alegre	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - ISCMPA	92.815.000/0001-68	2237253
RS	Porto Alegre	GHC - Hospital Femina (MS)	92.787.118/0001-21	2265052
RS	Porto Alegre	GHC - Hospital Nossa Senhora da Conceição (MS)	92.787.118/0001-20	2237571
RS	Porto Alegre	GHC - Hospial Cristo Redentor (MS)	92.787.126/0001-76	2265060
RS	Porto Alegre	Hospital São Lucas - PUCRS	88.630.413/0002-81	2262568
RS	Rio Grande	Santa Casa do Rio Grande	94.862.265/0001-42	2232995
RS	Rio Grande	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. - UFRG	91.102.236/0001-94	2707675
RS	Santa Cruz do Sul	Hospital Santa Cruz	95.438.412/0012-77	2254964
RS	Santa Maria	Hospital Universitário de Santa Maria - UFSM	95.591.764/0014-20	2244306
SC	Criciuma	Hospital São José	92.736.040/0008-90	2758164
SC	Florianópolis	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - UFSC -	83.899.526/0001-82	3157245
SC	Florianópolis	Hospital Infantil Joana de Gusmão	82.951.245/0009-16	2691868
SC	Florianópolis	Maternidade Carmela Dutra	82.951.245/0013-00	0019283
SC	Joinville	Hospital Regional Hans Dieter Schimidt	82.951.245/0024-55	2436450
SC	Joinville	Maternidade Darcy Vargas	82.951.245/0025-36	2436477
SC	Tubarão	Hospital Nossa Senhora da Conceição	83.883.306/0012-13	2491710

SE	Aracajú	Hospital Universitário - UFS	13.031.547/0002-87	0002534
SP	Araraquara	Santa Casa de Araraquara	43.964.931/0001-12	2082527
SP	Barretos	Hospital Pio XII - Hospital do Câncer	49.150.352/0001-12	2090236
SP	Limeira	Santa Casa de Misericórdia de Limeira	51.473.692/0001-26	2081458
SP	Santos	Santa Casa de Misericórdia de Santos	58.198.524/0001-19	2025752
SP	São Paulo	Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina de São Paulo	56.577.059/0001-00	2078015
SP	São Paulo	INCOR - Fundação Zerbini - Faculdade de Medicina de São Paulo	50.644.053/0001-13	2071568
SP	São Paulo	Hospital do Câncer A C Camargo	60.961.968/0001-06	2077531
SP	São Paulo	Hospital do Rim e Hipertensão - Fundação Osvaldo Ramos	52.803.319/0001-59	2089785
SP	São Paulo	Instituto Dante Pazzanesee /Fundação Adib Jatene	53.725.560/0001-70	2088495
SP	São Paulo	Hospital Maternidade Escola Drº Mario de Moraes A. Silva	46.392.148/0010-00	2079186
SP	São Paulo	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo	46.374.500/0164-30	6123740
SP	São Paulo	Hospital Universitário - USP	63.025.530/0085-12	2076926
SP	Franca	Santa Casa de Misericórdia de Franca	47.969.134/0001-89	2705982
SP	São Paulo	Conjunto Hospitalar de Mandaqui	46.374.500/0088-45	2077574
SP	Bauru	Hospital de Reabilitação de Anomalias Crânio Faciais	63.025.530/0082-70	2790564
SP	Bauru	Hospital Estadual de Bauru	46.374.500/0148-10	2790602
SP	Botucatu	Hospital das Clínicas / Faculdade de Medicina de Botucatu	48.031.918/0019-53	2748223
SP	Bragança Paulista	H.U. São Francisco de Assis - Casa Nossa Senhora da Paz	33.495.870/0001-38	2704900
SP	Campinas	Centro de Atenção Integral à Saude da Mulher - CAISM	46.068.425/0001-33	2082152
SP	Campinas	Hospital de Clínicas - UNICAMP	46.068.425/0001-33	2079798
SP	Campinas	Hospital e Maternidade Celso Pierro	46.020.301/0002-69	2082128
SP	Campinas	Hospital Municipal Dr. Mário Gatti	47.018.676/0001-76	2081490
SP	Campinas	Centro Infantil de Investigação Hemat.Dr. Domingos A Boldrini	50.046.887/0001-27	2081482
SP	Catanduva	Hospital Emílio Carlos	47.074.851/0009-08	2089335
SP	Catanduva	Hospital Padre Albino	47.074.851/0008-19	2089327
SP	Fernandópolis	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis	47.844.287/0001-08	2093324
SP	Jaú	Hospital Amaral Carvalho	50.753.755/0001-35	2083086
SP	Jundiaí	Hospital de Caridade São Vicente	50.944.198/0001-30	2786435
SP	Marília	Hospital de Clínicas - Unidade Clínico Cirúrgico	91.612.650/0001-46	2025507
SP	Marília	Hospital das Clínicas - Unidade Materno Infantil	91.612.650/0001-46	2025523
SP	Presidente Prudente	Hospital Domingos Leonardo Cerávolo Presidente Prudente	46.374.500/0168-64	2755130
SP	Ribeirão Preto	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo	57.722.118/0001-40	2082187
SP	Ribeirão Preto	Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto	55.989.784/0001-14	2084414
SP	Santo André	Centro Hospitalar de Santo André	46.533.942/0001-30	0008923
SP	Santo André	Hospital Estadual Mario Covas - Fundação ABC	46.374.500/0144-97	2080273
SP	Santos	Hospital Guilherme Alvaro	46.374.500/0016-70	2079720
SP	São Bernardo do Campo	Pronto Socorro Central	57.571.275/0001-00	2069776
SP	São Bernardo do Campo	Hospital Anchieta - Fundação do ABC	57.571.275/0002-83	2025361
SP	São Bernardo do Campo	Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo	57.571.275/0005-26	2027356
SP	São José do Rio Preto	Hospital de Base / Fundação Faculdade Regional de Medicina	60.003.761/0001-29	2077396
SP	São Paulo	Instituto de Infectologia Emílio Ribas	46.374.500/0008-60	2028840
SP	São Paulo	Hospital Geral do Grajau	46.374.500/0142-25	2077671
SP	São Paulo	Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros	46.374.500/0117-14	2077701
SP	São Paulo	Hospital Santa Marcelina	60.742.616/0001-60	2077477
SP	São Paulo	Hospital São Paulo - UNIFESP	60.453.032/0001-74	2077485
SP	São Paulo	Santa Casa de São Paulo - Hospital Central	62.779.145/0001-90	2688689
SP	Sorocaba	Conjunto Hospitalar de Sorocaba	46.374.500/0014-09	2081695
SP	Sorocaba	Hospital Santa Lucinda	60.990.751/0017-91	2765942
SP	Sumaré	Hospital Estadual de Sumaré - UNICAMP	46.374.500/0137-68	2083981
SP	Taubaté	H.U. de Taubaté / Fundação Universidade de Saúde de Taubaté	60.975.757/0080-55	2749319
SP	Marília	Hospital Universitário de Marília	09.528.436/0001-22	5860490
MG	Montes Claros	Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros	22.669.931/0001-10	2149990
MG	Uberaba	Hospital Universitário Mário Palmério	25452301-0001/87	2195585

Diário Oficial
Imprensa Nacional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
BRASÍLIA - DF

Nº 193 - DOU de 13/10/21 - Seção 1 – p.386

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/MEC Nº 2.612, DE 6 DE OUTUBRO DE 2021

Altera, para 31 de dezembro de 2021, o prazo fixado para validade da Certificação de Unidades Hospitalares como Hospitais de Ensino.

OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, no uso das atribuições que lhes conferem o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição; e

Considerando a Portaria Interministerial MEC/MS nº 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino e estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospital de Ensino; e

Considerando a necessidade de adequar o prazo para a validade da certificação dos Hospitais de Ensino instituídos pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.212, de 30 de maio de 2014, pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.213, de 30 de maio de 2014, pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.214, de 30 de maio de 2014, pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.272, de 6 de junho de 2014, pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.477, de 15 de julho de 2014, pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.687, de 12 de agosto de 2014, Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.786, de 16 de dezembro de 2014, Portaria Interministerial MEC/MS nº 621 de 27 de maio de 2015, Portaria MEC/MS nº 2.302, de 30 de julho de 2018, e Portaria Interministerial MEC/MS nº 3.960, de 31 de dezembro de 2019, relacionadas aos Hospitais que seguem, resolve:

Art. 1º Fica alterado, para 31 de dezembro de 2021, o prazo fixado para validade da certificação de Unidades Hospitalares como Hospitais de Ensino conforme Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Os hospitais que não constam na lista em Anexo permanecem com os prazos de validade normatizados nas Portarias específicas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos retroativos a 30 de dezembro de 2019.

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES
Ministro de Estado da Saúde

MILTON RIBEIRO
Ministro de Estado da Educação

ANEXO

U F	Município	Instituição	CNPJ	CNES
AL	Maceió	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - UFAL	24.464.109/0001-48	2006197
AL	Maceió	Santa Casa de Maceió	12.307.187/0001-50	2007037
AM	Manaus	Fundação de Medicina Tropical do Amazonas	04.534.053/0001-43	2013606
AM	Manaus	Fundação Hospital Adriano Jorge	06.168.092/0001-08	2012685
AM	Manaus	Hospital Universitário Francisca Mendes	02.806.229/0001-43	2018403
AM	Manaus	Hospital Universitário Getúlio Vargas	04.378.626/0015-	2017644

			92	
BA	Salvador	Hospital Ana Nery	02.466.144/0001-63	0003875
BA	Salvador	Hospital Geral Roberto Santos	13.937.131/0053-72	0003859
BA	Salvador	Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce	15.178.551/0001-17	2802104
BA	Salvador	Liga Álvaro da Bahia- Martagão Gesteira	151.707.230.001-06	0004278
BA	Salvador	Hospital Universitário Prof. Edgard Santos - UFBA	15.180.714/0002-87	0003816
BA	Salvador	Maternidade Climério de Oliveira - UFBA	15.180.714/0003-68	0004731
BA	Salvador	Santa Casa de Misericórdia da Bahia/ H. Santa Izabel	15.153.745/0002-49	0003832
CE	Fortaleza	Hospital Albert Sabin	07.954.571/0038-04	2563681
CE	Fortaleza	Hospital de Messejana - Dr. Carlos Alberto Studart Gomes	07.954.571/0022-39	2479214
CE	Fortaleza	Hospital Geral Cesar Cals	07.954.571/0039-87	2499363
CE	Fortaleza	Hospital Geral de Fortaleza	07.954.571/0014-29	2497654
CE	Fortaleza	Hospital São José de Doenças Infecciosas	07.954.571/0035-53	2561417
CE	Fortaleza	Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	72.735.920/00164	2651394
CE	Fortaleza	Hospital Universitário Walter Cantídio - UFCE	07.206.048/0002-80	2561492
CE	Fortaleza	Maternidade Escola Assis Chateaubriand - UFCE	07.206.048/0001-08	2481286
CE	Fortaleza	Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara	05.268.526/0001-70	2785900
CE	Sobral	Santa Casa de Misericórdia de Sobral	07.818.313/0001-09	3021114
DF	Paranoá	Hospital Regional do Paranoá	00.394.700/0003-70	2645157
DF	Brasília	Hospital Universitário de Brasília - HUB	00.038.174/0006-58	0010510
DF	Brasília	Hospital de Base do DF	00.054.015/0002-13	0010456
DF	Brasília	Hospital Regional da Asa Norte - HRAN	00.054.015/0016-19	0010464
DF	Brasília	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB	00.054.015/0005-66	0010537
DF	Sobradinho	Hospital Regional de Sobradinho	00.054.015/0018-80	0010502
ES	Vitória	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - UFES	32.479.164/0001-30	4044916
ES	Vitória	Santa Casa de Misericórdia de Vitória	28.141.190/0002-67	0011746
GO	Goiânia	Hospital das Clínicas - UFG	01.567 .601/0002-24	2338424

GO	Goiânia	CRER-Centro de Reabilitação Dr. Henrique Santillo/ AGIR-Associação Goiana de Integralização e Reabilitação	05.029.600/0001-04	2673932
GO	Goiânia	Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	01.619.790/0001-50	2338351
GO	Goiânia	Hospital Geral de Goiânia - Dr. Alberto Rassi	02.529.964/0004-08	2338734
MA	São Luiz	Hospital Universitário - UFMA	06.279.103/0002-08	2726653
MG	Juiz de Fora	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	21.575.709/0001-95	2153882
MG	Alfenas	Hospital Universitário Alzira Velano	17.878.554/0003-50	2171988
MG	Belo Horizonte	Centro Geral de Pediatria / Hospital Infantil João Paulo II	19.843.929/0015-06	0026948
MG	Belo Horizonte	Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves	18.720.938/0001-41	0027863
MG	Belo Horizonte	Hospital da Baleia	17.200.429/0001-25	2695324
MG	Belo Horizonte	Hospital das Clínicas - UFMG	17.217.985/0034-72	0027049
MG	Belo Horizonte	Hospital João XXIII - FHEMIG	19.843.929/0013-44	0026921
MG	Belo Horizonte	Hospital Júlia Kubitscheck	19.843.929/0028-20	0027022
MG	Belo Horizonte	Hospital Municipal Odilon Behrens	16.692.121/0001-81	2192896
MG	Belo Horizonte	Hospital Universitário São José / Fundação Educacional Lucas Machado	17.178.203/0006-80	4034236
MG	Belo Horizonte	Instituto Raul Soares - FHEMIG	19.843.929/0003-72	0026999
MG	Belo Horizonte	Maternidade Odete Valadares	19.843.929/0029-01	0026972
MG	Belo Horizonte	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	17.209.891/0001-93	0027014
MG	Itajubá	Hospital Escola de Itajubá	21.040.696/0003-11	2208857
MG	Juiz de Fora	Hospital Universitário - UFJF	21.195.755/0001-69	2218798
MG	Juiz de Fora	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	21.583.042/0001-72	2153084
MG	Montes Claros	Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros	22.669.931/0001-10	2149990
MG	Montes Claros	Hospital Universitário Clemente de Faria - UNIMONTES	22.675.359/0001-00	2219654
MG	Pouso Alegre	Hospital das Clínicas Samuel Libânio	23.951.916/0004-75	2127989
MG	Uberaba	Hospital Universitário Mário Palmério	25452301-0001/87	2195585
MG	Uberaba	Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM	20.054.326/0001-09	2206595
MG	Uberlândia	Hospital de Clínicas - Universidade Federal de Uberlândia	25.763.673/0001-24	2146355
MG	Viçosa	Hospital São João Batista	17.989.187/0001-	2099438

			09	
MG	Viçosa	Casa de Caridade de Viçosa - Hospital São Sebastião	25.945.403/0001-34	2099454
MG	Belo Horizonte	Hospital Sofia Feldmam	25459256/0001-92	0026794
MS	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul	15.461.510/0001-33	0009725
MS	Campo Grande	Hospital Universitário Mª Aparecida Pedrossian -UFMS	15.461.510/0001-33	0009709
MT	Cuiabá	Hospital Geral Universitário - Soc. de Proteção à Mater. e a Infância de Cuiabá	03.468.485/0001-30	2659107
MT	Cuiabá	Hospital Universitário Júlio Müller - UFMT	00.525.959/0001-40	2655411
PA	Santarém	Hospital Regional do Baixo Amazonas do PA- Dr. Waldemar Penna	24.232.886/0083-03	5585422
PA	Belém	Hospital das Clínicas Gaspar Vianna	22.980.973/0001-77	2333031
PA	Belém	Hospital Ophir Loyola	08.109.444/0001-71	2334321
PA	Belém	Hospital Universitário João de Barros Barreto - UFPA	00.394.544/0059-00	2332981
PA	Belém	Santa Casa de Misericórdia do Pará	04.929.345/0001-85	2752700
PB	Campina Grande	Hospital Universitário Alcides Carneiro - UFCG	24.098.477/0016-04	2676060
PB	João Pessoa	Hospital Universitário Lauro Wanderley - UFPB	24.098.477/0007-05	2400243
PE	Recife	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros - CISAM	11.022.597/0012-44	2711613
PE	Recife	Hospital Agamenon Magalhães	09.794.975/0224-25	0000418
PE	Recife	Hospital da Restauração	09.794.975/0210-20	0000655
PE	Recife	Hospital das Clínicas - UFPE	24.134.488/0001-08	0000396
PE	Recife	Hospital Getúlio Vargas	09.794.975/0225-06	2802783
PE	Recife	Hospital Universitário Oswaldo Cruz - UPE	11.022.597/0013-25	0000477
PE	Recife	Instituto Materno Infantil de Pernambuco - IMIP	10.988.301/0001-29	0000434
PE	Recife	P.S. Cardiológico de Pernambuco - PROCAPE	11.022.597/0015-97	3983730
PI	Teresina	Hospital Getúlio Vargas Teresina	06.553.564/0104-43	2726971
PI	Teresina	Maternidade Dona Evangelina Rosa	06.553.564/0106-05	2323397
PR	Cascavel	Hospital São Lucas	76080027/0001-01	2738309
PR	Campo Largo	Hospital Nossa Senhora do Rócio	75.802.348/0001-00	0013846
PR	Campina Grande do Sul	Hospital Maternidade Angelina Caron	07.088.017/0001-91	0013633
PR	Cascavel	Hospital Universitário do Oeste do Paraná - UNIOESTE	00.944.673/0002-	2738368

			80	
PR	Curitiba	Hospital de Clínicas - UFPR	75.095.679/0002-20	2384299
PR	Curitiba	Hospital do Trabalhador	78.350.188/0001-95	0015369
PR	Curitiba	Hospital Erasto Gaertner/Liga Paranaense de Combate ao Câncer	76.591.049/0001-28	0015644
PR	Curitiba	Hospital Pequeno Príncipe	76.591.569/0001-30	0015563
PR	Curitiba	Hospital Universitário Cajuru	76.659.820/0002-32	0015407
PR	Curitiba	Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	76.575.604/0002-09	0015245
PR	Curitiba	Hospital da Cruz Vermelha	07.404.052/0001-72	0015423
PR	Curitiba	Santa Casa de Misericórdia de Curitiba	76.613.835/0001-89	0015334
PR	Londrina	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	78.640.489/0003-15	2781859
PR	Maringá	Hospital Universitário Regional da Universidade Estadual de Maringá	79.151.312/0001-56	2587335
PR	Arapongas	Hospital Regional João de Freitas	041.697 .120/001-90	2576341
PR	Ponta Grossa	Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais	802573550001-08	6542638
PR	Ponta Grossa	Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa	80.238.926/0001-59	2686953
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Municipal Jesus	29.468.055/0008-89	2269341
RJ	Volta Redonda	Hospital Municipal Dr. Munir Rafful	32.72699/0001-37	0025143
RJ	Campos dos Goytacazes	Hospital Escola Álvaro Alvim	28.964.252/0001-50	2287447
RJ	Niterói	Hospital Universitário Antonio Pedro	28.523.215/0003-78	0012505
RJ	Nova Iguaçu	Hospital Geral de Nova Iguaçu / Hospital da Posse	29.138.278/0032-08	2798662
RJ	Petrópolis	Hospital Alcides Carneiro	29.138.344/0015-49	2275562
RJ	Rio de Janeiro	Hospital dos Servidores do Estado	00.394.544/0211-82	2269988
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Escola Gaffreé e Guinle - UNIRIO	34.023.077/0001-07	2295415
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Municipal da Piedade	03.390.345/0001-97	2269481
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Universitário Clementina Fraga Filho - UFRJ	33.663.683/0053-47	2280167
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ	33.540.014/0017-14	2269783
RJ	Rio de Janeiro	Instituto de Cardiologia Laranjeiras- FUNDACOR	00.394.544/0213-44	2280132
RJ	Rio de Janeiro	Instituto de Psiquiatria - UFRJ	33.663.683/0025-93	2269430
RJ	Rio de Janeiro	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - UFRJ	33.663.683/0026-	2296616

			74	
RJ	Rio de Janeiro	Instituto Estadual Hematologia Arthur Siqueira -HEMORIO	32.319.972/0001-30	2295067
RJ	Rio de Janeiro	Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ	33.781.055/0002-16	2708353
RJ	Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Câncer - INCA	40.226.946/0001-95	2273462
RJ	Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia / INTO	00.394.544/0212-63	2273276
RJ	Rio de Janeiro	Instituto Pesquisa Clínica Evandro Chagas	33.781.055/0010-26	2288338
RJ	Rio de Janeiro	Maternidade Escola - UFRJ	33.663.683/0052-66	2270021
RJ	Teresópolis	Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano	32.190.092/0003-78	2297795
RJ	Valença	Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi	32.354.011/0001-66	2292912
RN	Natal	Hospital Onofre Lopes/UFRN	24.365.710/0013-17	2653982
RN	Natal	Maternidade Escola Januário Cicco/UFRN	24.365.710/0014-06	2409208
RN	Santa Cruz	Hospital Universitário Ana Bezerra/UFRN	00.394.445/0271-31	4014111
RR	Roraima	Hospital Geral de Roraima	84.013.416/0001-34	2319659
RS	Canoas	Hospital Universitário Ulbra	88.332.580/0031-80	3508528
RS	Caxias do Sul	Hospital Geral de Caxias do Sul -UCS	88.648.761/0018-43	2223538
RS	Caxias do Sul	Hospital Pompéia Caxias do Sul	88.633.227/0001-15	2223546
RS	Passo Fundo	Hospital da Cidade de Passo Fundo	92.030.543/0001-70	2246929
RS	Passo Fundo	Hospital São Vicente de Paulo	92.021.062/0001-06	2246988
RS	Pelotas	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas - UFPEL	89.876.114/0001-03	2252694
RS	Pelotas	Hospital Universitário São Francisco de Paula / SPAC	92.238.914/0002-94	2253046
RS	Pelotas	Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	92.219.559/0001-25	2253054
RS	Porto Alegre	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - ISCMPA	92.815.000/0001-68	2237253
RS	Porto Alegre	Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA	87.020.517/0001-20	2237601
RS	Porto Alegre	GHC - Hospital Fêmina	92.787.118/0001-21	2265052
RS	Porto Alegre	GHC - Hospital Nossa Senhora da Conceição	92.787.118/0001-20	2237571
RS	Porto Alegre	GHC - Hospital Cristo Redentor	92.787.126/0001-76	2265060
RS	Porto Alegre	Hospital São Lucas - PUCRS	88.630.413/0002-	2262568

			81	
RS	Porto Alegre	Instituto de Cardiologia - Fundação Universitária de Cardiologia	92.898.550/0001-98	2237849
RS	Rio Grande	Santa Casa do Rio Grande	94.862.265/0001-42	2232995
RS	Rio Grande	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr.- UFRG	91.102.236/0001-94	2707675
RS	Santa Cruz do Sul	Hospital Santa Cruz	95.438.412/0012-77	2254964
RS	Santa Maria	Hospital Universitário de Santa Maria - UFSM	95.591.764/0014-20	2244306
SC	Criciúma	Hospital São José	92.736.040/0008-90	2758164
SC	Florianópolis	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - UFSC	83.899.526/0001-82	3157245
SC	Florianópolis	Hospital Infantil Joana de Gusmão	82.951.245/0009-16	2691868
SC	Florianópolis	Maternidade Carmela Dutra	82.951.245/0013-00	0019283
SC	Joinville	Hospital Regional Hans Dieter Schimidt	82.951.245/0024-55	2436450
SC	Joinville	Maternidade Darcy Vargas	82.951.245/0025-36	2436477
SC	Tubarão	Hospital Nossa Senhora da Conceição	83.883.306/0012-13	2491710
SE	Aracajú	Hospital Universitário - UFS	13.031.547/0002-87	0002534
SP	São Paulo	Hospital Beneficência Portuguesa	61.599.908/0001-58	2080575
SP	Araraquara	Santa Casa de Araraquara	43.964.931/0001-12	2082527
SP	Barretos	Hospital Pio XII - Hospital do Câncer	49.150.352/0001-12	2090236
SP	Bauru	Hospital de Reabilitação de Anomalias Crânio Faciais	63.025.530/0082-70	2790564
SP	Bauru	Hospital Estadual de Bauru	46.374.500/0148-10	2790602
SP	Botucatu	Hospital das Clínicas / Faculdade de Medicina de Botucatu	48.031.918/0019-53	2748223
SP	Bragança Paulista	H.U. São Francisco de Assis - Casa Nossa Senhora da Paz	33.495.870/0001-38	2704900
SP	Campinas	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM	46.068.425/0001-33	2082152
SP	Campinas	Hospital de Clínicas - UNICAMP	46.068.425/0001-33	2079798
SP	Campinas	Hospital e Maternidade Celso Pierro	46.020.301/0002-69	2082128
SP	Campinas	Hospital Municipal Dr. Mário Gatti	47.018.676/000-76	2081490
SP	Campinas	Centro Infantil de Investigação Hemat. Dr. Domingos A. Boldrini	50.046.887/000-27	2081482
SP	Catanduva	Hospital Emílio Carlos	47.074.851/0009-08	2089335
SP	Catanduva	Hospital Padre Albino	47.074.851/0008-	2089327

			19	
SP	Fernandópolis	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis	47.844.287/000-08	2093324
SP	Jaú	Hospital Amaral Carvalho	50.753.755/0001-35	2083086
SP	Jundiaí	Hospital de Caridade São Vicente	50.944.198/000-30	2786435
SP	Limeira	Santa Casa de Misericórdia de Limeira	51.473.692/0001-26	2081458
SP	Marília	Hospital de Clínicas - Unidade Clínico Cirúrgico	91.612.650/0001-46	2025507
SP	Marília	Hospital das Clínicas - Unidade Materno Infantil	91.612.650/0001-46	2025523
SP	Presidente Prudente	Hospital Domingos Leonardo Cerávolo Presidente Prudente	46.374.500/0168-64	2755130
SP	Ribeirão Preto	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo	57.722.118/0001-40	2082187
SP	Ribeirão Preto	Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto	55.989.784/0001-14	2084414
SP	Santo André	Centro Hospitalar de Santo André	46.533.942/0001-30	0008923
SP	Santo André	Hospital Estadual Mario Covas - Fundação ABC	46.374.500/0144-97	2080273
SP	Santos	Hospital Guilherme Álvaro	46.374.500/0016-70	2079720
SP	Santos	Santa Casa de Misericórdia de Santos	58.198.524/0001-19	2025752
SP	São Bernardo do Campo	Pronto Socorro Central	57.571.275/0001-00	2069776
SP	São Bernardo do Campo	Hospital Anchieta - Fundação do ABC	57.571.275/0002-83	2025361
SP	São Bernardo do Campo	Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo	57.571.275/0005-26	2027356
SP	São José do Rio Preto	Hospital de Base/Fundação Faculdade Regional de Medicina	60.003.761/0001-29	2077396
SP	São Paulo	Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina de São Paulo	56.577.059/0001-00	2078015
SP	São Paulo	INCOR - Fundação Zerbini - Faculdade de Medicina de São Paulo	50.644.053/0001-13	2071568
SP	São Paulo	Instituto de Infectologia Emílio Ribas	46.374.500/0008-60	2028840
SP	São Paulo	Hospital do Câncer A C Camargo	60.961.968/0001-06	2077531
SP	São Paulo	Hospital do Rim e Hipertensão - Fundação Osvaldo Ramos	52.803.319/0001-59	2089785
SP	São Paulo	Hospital Geral do Grajau	46.374.500/0142-25	2077671
SP	São Paulo	Instituto Dante Pazzanese/Fundação Adib Jatene	53.725.560/0001-70	2088495
SP	São Paulo	Hospital Maternidade Escola Dr. Mario de Moraes A. Silva	46.392.148/0010-00	2079186
SP	São Paulo	Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros	46.374.500/01 17-14	2077701
SP	São Paulo	Hospital Santa Marcelina	60.742.616/0001-	2077477

			60	
SP	São Paulo	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo	46.374.500/0164-30	6123740
SP	São Paulo	Hospital São Paulo - UNIFESP	60.453.032/0001-74	2077485
SP	São Paulo	Hospital Universitário - USP (Butantã)	63.025.530/0085-12	2076926
SP	São Paulo	Santa Casa de São Paulo - Hospital Central	62.779.145/000-90	2688689
SP	Sorocaba	Conjunto Hospitalar de Sorocaba	46.374.500/0014-09	2081695
SP	Sorocaba	Hospital Santa Lucinda	60.990.751/0017-91	2765942
SP	Sumaré	Hospital Estadual de Sumaré - UNICAMP	46.374.500/0137-68	2083981
SP	Taubaté	H.U. de Taubaté/Fundação Universidade de Saúde de Taubaté	60.975.757/0080-55	2749319
SP	Franca	Santa Casa de Misericórdia de Franca	47.969.134/0001-89	2705982
SP	São Paulo	Conjunto Hospitalar de Mandaqui	46.374.500/0088-45	2077574
SP	Marília	Hospital Universitário de Marília	09.528.436/0001-22	5860490

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Internação Domiciliar

OFÍCIO Nº 1236/2022/CGHID/DAHU/SAES/MS

Brasília, 08 de novembro de 2022.

Ao Senhor

Marco Antonio Guimarães de Almeida

Diretor Presidente - OSS Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

Rua Dr. Dirceu de Andrade nº 33 - São Mateus

CEP: 36.025-330 - Juiz de Fora - MG

E-mail: marcoantonio@hmtj.org.br

Assunto: Certificação Hospital de Ensino.

Prezado Diretor,

Em atenção ao ofício GJurHMTJ 001 162/2011 Nº 141 (0029694886), datado de 03 de outubro de 2022, oriundo do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ, localizado no município de Juiz de Fora/MG, que solicita orientação em relação ao prazo de validade da certificação como Hospital de Ensino, temos a informar.

A certificação de Hospitais de Ensino foi instituída em 2004, e tem como objetivo qualificar a atenção e a gestão da saúde, prover o cenário adequado à formação de recursos humanos para a boa prática assistêncial de ensino e da pesquisa de interesse para o SUS.

Diante disso, informa-se que o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino passa por uma reestruturação, o que incluiu a reformulação da Portaria Interministerial MEC/MS nº 285 de 24 de março de 2015.

A avaliação dos hospitais, conforme determina o fluxo da certificação, está suspensa por determinação da Comissão Interministerial, que aguarda decisão dos gestores das pastas dos Ministérios da Saúde e Educação para ser retomada após a publicação da referida norma.

Por fim, esclarece-se que a prorrogação da certificações dos hospitais já certificados como Ensino, serão prorrogadas de forma automática por este Ministério da Saúde, sem que o estabelecimento necessite enviar qualquer documentação.

Atenciosamente,

FERNANDA LUIZA HAMZE
Coordenadora-Geral
Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar - CGAHD/DAHU/SAES/MS
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS

BRUNNO FERREIRA CARRIJO
Diretor
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS

Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Luiza Hamze**, **Coordenador(a)-Geral de Atenção Hospitalar e Internação Domiciliar**, em 22/11/2022, às 14:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Brunno Ferreira Carrijo**, **Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 23/11/2022, às 11:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0030203378** e o código CRC **FF03D2CF**.

Referência: Processo nº 25000.142061/2022-98 SEI nº 0030203378

Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Internação Domiciliar - CGHID
SETOR SRTVN Quadra 701 Lote D, S/N - 3º andar - Edifício PO 700 - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO		
ASSUNTO: Credenciamento 5 anos de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 444/2015	**PROCESSO Nº:** 2014-766	**APROVADO EM:** 27 de Novembro de 2014

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Credenciamento 5 anos do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável com Supervisão (Na Modalidade Exigência) ao Credenciamento 5 anos do PRM de CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO para: R1 - 2 vagas e R2 - 2 vagas.

Considerações (Justificativas): Favorável ao Recredenciamento do PRM de Cirurgia do Aparelho Digestivo, porém em Supervisão modalidade EXIGÊNCIA para no prazo de 60 dias: 1)Reformular a Semana Padrão contemplando R1 e R2 separadamente e de maneira evolutiva de aprendizagem. 2)Apresentar os Rodízios para R1 e R2 identificando o momento dos estágios obrigatórios 3) apresentação da formalização dos convênios
Prazo em dias: 60

Brasília (DF), 27 de Novembro de 2014

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM aprovou, na íntegra, a manifestação da relatoria.

Brasília (DF), 27 de Novembro de 2014

DR. FRANCISCO JORGE ARSEGO QUADROS DE OLIVEIRA
Secretário-Executivo da Comissão Nacional de Residência Médica

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: CIRURGIA GERAL		
ASSUNTO: Recredenciamento de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 1239/2018	**PROCESSO Nº:** 2018-587	**APROVADO EM:** 13 de Dezembro de 2018

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Recredenciamento do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável com Supervisão (Na Modalidade Exigência) ao Recredenciamento do PRM de CIRURGIA GERAL para: R1 - 6 vagas, R2 - 6 vagas e R3 - 6 vagas.

Considerações (Justificativas): - Implantação do estágio em urgências traumáticas, insuficiente na própria instituição.
Prazo em dias: 60

Brasília (DF), 09 de Dezembro de 2018

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM reformou a manifestação da relatoria, de modo que a decisão desta Comissão é a seguinte vagas aceitas para: R1 - 6 vagas, R2 - 6 vagas e R3 - 6 vagas.
Parecer: Favorável com Supervisão (Na Modalidade Exigência)
Prazo em dias: 60

Considerações (Justificativas): O Plenário modifica a recomendação da Câmara Técnica. Favorável com supervisão na modalidade exigência para 6 vagas R1, 6 vagas R2 e 6 vagas R3 e para Implantação do estágio em urgências traumáticas, insuficiente na própria instituição.

Brasília (DF), 13 de Dezembro de 2018

DRA. ROSANA LEITE DE MELO
Secretária-Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: CIRURGIA PEDIÁTRICA		
ASSUNTO: Credenciamento Provisório de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 2024/2021	**PROCESSO Nº:** 2021-1507	**APROVADO EM:** 09 de Dezembro de 2021

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Credenciamento Provisório do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável ao Credenciamento Provisório do PRM de CIRURGIA PEDIÁTRICA para: R1 - 1 vaga, R2 - 1 vaga e R3 - 1 vaga.

Brasília (DF), 06 de Dezembro de 2021

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM aprovou, na íntegra, a manifestação da relatoria.

Brasília (DF), 09 de Dezembro de 2021

DR. WAGNER VILAS BOAS SOUZA
Presidente da CNRM

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: CIRURGIA PEDIÁTRICA		
ASSUNTO: Credenciamento Provisório de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 2024/2021	**PROCESSO Nº:** 2021-1507	**APROVADO EM:** 09 de Dezembro de 2021

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Credenciamento Provisório do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável ao Credenciamento Provisório do PRM de CIRURGIA PEDIÁTRICA para: R1 - 1 vaga, R2 - 1 vaga e R3 - 1 vaga.

Brasília (DF), 06 de Dezembro de 2021

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM aprovou, na íntegra, a manifestação da relatoria.

Brasília (DF), 09 de Dezembro de 2021

DR. WAGNER VILAS BOAS SOUZA
Presidente da CNRM

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: CIRURGIA PLÁSTICA		
ASSUNTO: Credenciamento 5 anos de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 653/2019	**PROCESSO Nº:** 2018-665	**APROVADO EM:** 27 de Junhro de 2019

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Credenciamento 5 anos do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável com Supervisão (Na Modalidade Exigência) ao Credenciamento 5 anos do PRM de CIRURGIA PLÁSTICA para: R1 - 2 vagas, R2 - 2 vagas e R3 - 2 vagas.

Considerações (Justificativas): A CT recomenda: 1)Readequar as atividades Práticas , Teóricas , Semana Padrão e Rodízios para os 3(três) anos de Residência com evolução de apresendizado para R1, R2 e R3, identificando os estágios obrigatórios segundo Resolução CNRM N°2 de 2006 e Matriz de competências da especialidade 2) Encaminhar a Planilha da Programação Teórica para 2019 com as respectivas cargas horárias 3) Comprovar o estágio de treinamento em queimados
Prazo em dias: 90

Brasília (DF), 23 de Junhro de 2019

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM reformou a manifestação da relatoria, de modo que a decisão desta Comissão é a seguinte vagas aceitas para: R1 - vaga, R2 - vaga e R3 - vaga.
Parecer: Supervisão (Na Modalidade Diligência)
Prazo em dias: 60

Considerações (Justificativas): O Plenário modifica a recomendação da Câmara Técnica. Colocar o PRM em diligência or 60 dias para: 1)Readequar as atividades Práticas , Teóricas , Semana Padrão e Rodízios para os 3(três) anos de Residência com evolução de apresendizado para R1, R2 e R3, identificando os estágios obrigatórios segundo Resolução CNRM N°2 de 2006 e Matriz de competências da especialidade 2) Encaminhar a Planilha da Programação Teórica para 2019 com as respectivas cargas horárias 3) Comprovar o estágio de treinamento em queimados

Brasília (DF), 27 de Junhro de 2019

DRA. ROSANA LEITE DE MELO
Secretária-Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: CLÍNICA MÉDICA		
ASSUNTO: Recredenciamento de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 654/2019	**PROCESSO Nº:** 2018-703	**APROVADO EM:** 27 de Junhro de 2019

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Recredenciamento do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável com Supervisão (Na Modalidade Exigência) ao Recredenciamento do PRM de CLÍNICA MÉDICA para: R1 - 12 vagas e R2 - 12 vagas.

Considerações (Justificativas): -Readequar a carga horária do estágio em Nefrologia que está excessiva -Apresentar Planilha da Programação Teórica para o ano de 2019 -Apresentar planilha nominal dos preceptores da visita de rotina e plantões da Unidade de internação do Programa -Apresentar planilha dos preceptores com a indicação da especialidade dees profissionais, no cenário de treinamento na emergência
Prazo em dias: 60

Brasília (DF), 24 de Junhro de 2019

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM reformou a manifestação da relatoria, de modo que a decisão desta Comissão é a seguinte vagas aceitas para: R1 - vaga e R2 - vaga.
Parecer: Supervisão (Na Modalidade Diligência)
Prazo em dias: 60

Considerações (Justificativas): O Plenário modifica a recomendação da Câmara Técnica. Colocar o PRM em supervisão na modalidade diligência por 60 dias para readequar a carga horária do estágio em Nefrologia que está excessiva -Apresentar Planilha da Programação Teórica para o ano de 2019 -Apresentar planilha nominal dos preceptores da visita de rotina e plantões da Unidade de internação do Programa -Apresentar planilha dos preceptores com a indicação da especialidade dees profissionais, no cenário de treinamento na emergência

Brasília (DF), 27 de Junhro de 2019

DRA. ROSANA LEITE DE MELO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA		
ASSUNTO: Credenciamento 5 anos de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 655/2019	**PROCESSO Nº:** 2017-672	**APROVADO EM:** 27 de Junhro de 2019

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Credenciamento 5 anos do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável com Supervisão (Na Modalidade Exigência) ao Credenciamento 5 anos do PRM de ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA para: R1 - 2 vagas e R2 - 2 vagas.

Considerações (Justificativas): Redaequar a Semana Padrão e Rod´zios diferenciando R1 e R2 no sentido de progressão do aprendizado Suspender de imediato os plantões de sobreaviso
Prazo em dias: 60

Brasília (DF), 23 de Junhro de 2019

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM reformou a manifestação da relatoria, de modo que a decisão desta Comissão é a seguinte vagas aceitas para: R1 - vaga e R2 - vaga.
Parecer: Supervisão (Na Modalidade Diligência)
Prazo em dias: 60

Considerações (Justificativas): O Plenário modifica a recomendação da CâmaraTécnica. Colocar o PRM em supervisão modalidade diligência por 60 dias para redaequar a Semana Padrão e Rodizios diferenciando R1 e R2 no sentido de progressão do aprendizado. Suspender de imediato os plantões de sobreaviso

Brasília (DF), 27 de Junhro de 2019

DRA. ROSANA LEITE DE MELO
Secretária-Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		
ASSUNTO: Recredenciamento de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 656/2019	**PROCESSO Nº:** 2018-1625	**APROVADO EM:** 27 de Junhro de 2019

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Recredenciamento do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável com Supervisão (Na Modalidade Exigência) ao Recredenciamento do PRM de GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA para: R1 - 4 vagas, R2 - 4 vagas e R3 - 4 vagas.

Considerações (Justificativas): Encaminhar a Programação Teórica para o ano de 2019 com lista de presença dos Médicos Residentes nessa atividade até a presente data.
Prazo em dias: 90

Brasília (DF), 23 de Junhro de 2019

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM reformou a manifestação da relatoria, de modo que a decisão desta Comissão é a seguinte vagas aceitas para: R1 - vaga, R2 - vaga e R3 - vaga.
Parecer: Supervisão (Na Modalidade Diligência)
Prazo em dias: 60

Considerações (Justificativas): O Plenário modifica a recomendação da Câmara Técnica. Colocar o PRM em supervisão modalidade diligência por 60 dias para que a Instituição encaminhe a Programação Teórica para o ano de 2019 com lista de presença dos Médicos Residentes nessa atividade até a presente data.

Brasília (DF), 27 de Junhro de 2019

DRA. ROSANA LEITE DE MELO
Secretária-Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: MASTOLOGIA		
ASSUNTO: Recredenciamento de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 657/2019	**PROCESSO Nº:** 2019-423	**APROVADO EM:** 27 de Junhro de 2019

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Recredenciamento do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

- Favorável ao Recredenciamento do PRM de MASTOLOGIA para: R1 - 2 vagas e R2 - 2 vagas.

Brasília (DF), 23 de Junhro de 2019

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM aprovou, na íntegra, a manifestação da relatoria.

Brasília (DF), 27 de Junhro de 2019

DRA. ROSANA LEITE DE MELO
Secretária-Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE		
ASSUNTO: Credenciamento 5 anos de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 290/2012	**PROCESSO Nº:** 2012-47	**APROVADO EM:** 17 de Maio de 2012

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Credenciamento 5 anos do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável ao Credenciamento 5 anos do PRM de MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE para: R1 - 2 vagas e R2 - 2 vagas.

Brasília (DF), 15 de Maio de 2012

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM aprovou, na íntegra, a manifestação da relatoria.

Brasília (DF), 17 de Maio de 2012

DRA. Maria do Patrocínio Tenório Nunes
Secretária-Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: MEDICINA INTENSIVA		
ASSUNTO: Credenciamento Provisório de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 863/2021	**PROCESSO Nº:** 2021-2189	**APROVADO EM:** 17 de Junhro de 2021

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Credenciamento Provisório do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável ao Credenciamento Provisório do PRM de MEDICINA INTENSIVA para: R1 - 2 vagas, R2 - 2 vagas e R3 - 2 vagas.

Brasília (DF), 03 de Novembro de 2021

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM aprovou, na íntegra, a manifestação da relatoria.

Brasília (DF), 17 de Junhro de 2021

DR. WAGNER VILAS BOAS SOUZA
Presidente da CNRM

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: NEONATOLOGIA		
ASSUNTO: Recredenciamento de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 659/2019	**PROCESSO Nº:** 2019-421	**APROVADO EM:** 27 de Junhro de 2019

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Recredenciamento do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável com Supervisão (Na Modalidade Exigência) ao Recredenciamento do PRM de NEONATOLOGIA para: R3 - 2 vagas e R4 - 2 vagas.

Considerações (Justificativas): Apresentação da Programação Teórica para 2019 com o registro presencial dos Médicos Residentes nas atividades
Prazo em dias: 90

Brasília (DF), 23 de Junhro de 2019

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM reformou a manifestação da relatoria, de modo que a decisão desta Comissão é a seguinte vagas aceitas para: R3 - vaga e R4 - vaga.
Parecer: Supervisão (Na Modalidade Diligência)
Prazo em dias: 60

Considerações (Justificativas): O Plenário modifica a recomendação da Câmara Técnica. Colocar o PRM em supervisão na modalidade diligência por 60 dias para que a Instituição apresente a Programação Teórica para 2019 com o registro presencial dos Médicos Residentes nas atividades

Brasília (DF), 27 de Junhro de 2019

DRA. ROSANA LEITE DE MELO
Secretária-Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: NEUROLOGIA		
ASSUNTO: Credenciamento 5 anos de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 660/2019	**PROCESSO Nº:** 2018-1500	**APROVADO EM:** 27 de Junhro de 2019

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Credenciamento 5 anos do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável com Supervisão (Na Modalidade Exigência) ao Credenciamento 5 anos do PRM de NEUROLOGIA para: R1 - 2 vagas, R2 - 2 vagas e R3 - 2 vagas.

Considerações (Justificativas): - Implantação dos estágios em UBS para o R1 e em Urgência /Emergência para o R3 em cumprimento a Resolução N° 2 de 2006 da CNRM - Implantar a supervisão da preceptoria na atividade de de interpretação dos exames de Eletroencéfalogram2a.
Prazo em dias: 60

Brasília (DF), 23 de Junhro de 2019

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM reformou a manifestação da relatoria, de modo que a decisão desta Comissão é a seguinte vagas aceitas para: R1 - vaga, R2 - vaga e R3 - vaga.
Parecer: Supervisão (Na Modalidade Diligência)
Prazo em dias: 60

Considerações (Justificativas): O Plenário modifica a recomendação da Câmara Técnica. Colocar o PRM em supervisão modalidade diligência por 60 dias para: Implantação dos estágios em UBS para o R1 e em Urgência /Emergência para o R3 em cumprimento a Resolução N° 2 de 2006 da CNRM - Implantar a supervisão da preceptoria na atividade de de interpretação dos exames de Eletroencéfalogram2a.

Brasília (DF), 27 de Junhro de 2019

DRA. ROSANA LEITE DE MELO
Secretária-Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
ASSUNTO: Credenciamento 5 anos de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 661/2019	**PROCESSO Nº:** 2016-1006	**APROVADO EM:** 27 de Junhro de 2019

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Credenciamento 5 anos do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável com Supervisão (Na Modalidade Exigência) ao Credenciamento 5 anos do PRM de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA para: R1 - 3 vagas, R2 - 3 vagas e R3 - 3 vagas.

Considerações (Justificativas): - Readequar a Semana Padrão separadamente para R1, R2 e R3 com 60 (sessenta)horas semanais Readequar os rodízios para os 3(três) anos de Treinamento, identificando R1, R2 e R3 , inserindo os estágios de Neurologia, Medicina Física e Reabilitação
Prazo em dias: 60

Brasília (DF), 23 de Junhro de 2019

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM reformou a manifestação da relatoria, de modo que a decisão desta Comissão é a seguinte vagas aceitas para: R1 - vaga, R2 - vaga e R3 - vaga.
Parecer: Supervisão (Na Modalidade Diligência)
Prazo em dias: 60

Considerações (Justificativas): O Plenário modifica a recomendação da Câmara Técnica. Colocar o PRM em supervisão modalidade diligência por 60 dias para: - Readequar a Semana Padrão separadamente para R1, R2 e R3 com 60 (sessenta)horas semanais Readequar os rodízios para os 3(três) anos de Treinamento, identificando R1, R2 e R3 , inserindo os estágios de Neurologia, Medicina Física e Reabilitação

Brasília (DF), 27 de Junhro de 2019

DRA. ROSANA LEITE DE MELO
Secretária-Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - **UF:** MG		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM		
ASSUNTO: Credenciamento Provisório de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 948/2012	**PROCESSO Nº:** 2012-1492	**APROVADO EM:** 13 de Dezembro de 2012

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Credenciamento Provisório do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável ao Credenciamento Provisório do PRM de RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM para: R1 - 2 vagas, R2 - 2 vagas e R3 - 2 vagas.

Brasília (DF), 11 de Dezembro de 2012

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM aprovou, na íntegra, a manifestação da relatoria.

Brasília (DF), 13 de Dezembro de 2012

DRA. Maria do Patrocínio Tenório Nunes
Secretária-Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

PORTARIA CONJUNTA Nº 7, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2012

Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde nos termos do Edital de Convocação nº 17, de 04 de novembro de 2011.

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE - SUBSTITUTO, do Ministério da Saúde e o SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR do Ministério da Educação, no uso de suas atribuições e nos termos do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007; a Portaria Interministerial nº 1.077/MS/MEC, de 12 de novembro de 2009; considerando o Edital de Convocação nº 17, de 04 de novembro de 2011 e sua alteração publicada no Diário Oficial da União nº 227, de 28 de novembro de 2011 e a Portaria Conjunta SGTES/SESu n° 06, de 26 de novembro de 2012, resolvem:

Art. 1º Homologar o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde.

Art. 2º Divulgar a relação dos projetos aprovados, conforme Anexo I desta Portaria.

Art. 3º Divulgar a relação dos projetos selecionados com pendências referentes a: 1) Carta de Compromisso da Secretaria de Saúde Municipal ou Estadual com o Programa de Residência e/ou 2) Documento que comprove a aprovação das vagas pela COREMU local e/ou 3) Descrição do projeto com dados para a seleção, conforme Anexo II desta Portaria.

§1º Os projetos listados no Anexo II terão o prazo de 30 dias, a contar da publicação desta Portaria, para realizar as adequações necessárias no Sistema de Informações Gerenciais das Residências do Ministério da Saúde pelo endereço eletrônico: http://sigresidencias.saude.gov.br.

§2º Os programas das Instituições relacionadas no Anexo II apenas terão assegurado o custeio de bolsas dos residentes, caso realizem as adequações necessárias, no prazo estabelecido.

Art. 4º Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação desta Portaria, para os projetos que necessitam atualizar ou concluir o cadastro no SisCNRMS do Ministério da Educação.

Parágrafo único. Os projetos mencionados neste Artigo serão reavaliados pela Comissão de Avaliadores designada pela Portaria Conjunta SGTES/SESu n° 06/2012 e terão seus resultados divulgados nova Portaria de Homologação do Edital de Convocação nº 17, de 04 de novembro de 2011.

Art. 5º Os residentes deverão ser cadastrados no Sistema de Informações Gerenciais das Residências pelo endereço eletrônico: http://sigresidencias.saude.gov.br, até o dia 01/03/2013.

Paragrafo Único. Todos os residentes dos programas aprovados deverão ser cadastrados obrigatoriamente também no SisCNRMS- MEC.

Art. 6º O Termo de Compromisso, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sigresidencias, deverá ser assinado pelo Coordenador da COREMU e pelo Coordenador do Programa de Residência e enviado, conforme orientações contidas no próprio documento, até dia 20/02/2013 (data da postagem), sob pena da não-inclusão dos residentes na folha de pagamento do primeiro mês.

§ 1º O Coordenador da COREMU devera realizar a atualização mensal das informações relativas aos programas de residências cadastrados;

§ 2º O Coordenador do programa deverá realizar a atualização mensal das informações relativas aos residentes cadastrados.

Art. 7º O financiamento das bolsas para os residentes fica condicionado ao cumprimento do disposto nos Artigos 5º e 6º desta Portaria.

Art. 8º Os programas de residência aprovados deverão ser apresentados às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), previstas na Lei nº 8.080/1990 e na Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, nos locais onde já estejam constituídas, e pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

Art. 9 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO ANTONIO MENEZES DA SILVA
Secretário de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde
Substituto

AMARO HENRIQUE PESSOA LINS
Secretário da Educação Superior - MEC

ANEXO I

RELAÇÃO DOS PROGRAMAS APROVADOS PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

CODIGO DO PROGRAMA	UF	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	PROGRAMA	BOLSAS APROVADAS
864	AM	Manaus	Universidade do Estado do Amazonas	Atenção Clinica Especializada	16
1553	AM	Manaus	Universidade do Estado do Amazonas	Atenção Cirúrgica Especializada	3
1549	BA	Feira de Santana	Faculdade Maria Milza LTDA - ME	Residencia Multiprofissional	18
869	BA	Juazeiro	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Intensivismo	6
1542	BA	Salvador	Universidade do Estado da Bahia	Atenção Básica/Saúde da Família	20
22	BA	Salvador	Instituto Sócrates Guanaes - ISG	Intensivismo Enfermagem Intensiva Adulto	10
1546	BA	Santo Antônio de Jesus	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB	Alimentação e Nutrição	5
604	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Publica do Ceara	Atenção ao Câncer	24
590	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Publica do Ceara	Atenção Básica/Saúde da Família	119
573	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Publica do Ceara	Saúde Coletiva	26
553	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Publica do Ceara	Saúde Mental	53
746	CE	Sobral	Município de Sobral/Prefeitura Municipal	Saúde Mental	10
1498	GO	Goiânia	Secretaria de Estado da Saúde	Urgência e Trauma	2
891	GO	Goiânia	Secretaria de Estado da Saúde	Atenção Clínica Especializada	22
703	GO	Goiânia	Secretaria de Estado da Saúde	Urgência e Trauma	12
777	MG	Belo Horizonte	Hospital Municipal Odilon Behrens HOB	Saúde da Criança	6
874	MG	Belo Horizonte	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	Intensivismo	9
934	MG	Contagem	Prefeitura Municipal de Contagem	Urgência e Trauma	9
593	MG	Contagem	Prefeitura Municipal de Contagem	Saúde da Criança	7
893	MG	Itajubá	Associação de Integração Social de Itajubá	Apoio Diagnóstico e Terapêutico	10
274	MG	Juiz de Fora	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	Assistência Farmacêutica	2
781	MG	Juiz de Fora	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	Intensivismo	2
744	MG	Juiz de Fora	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	Intensivismo	2
914	MG	Montes Claros	Universidade Estadual de Montes Claros	Atenção Básica/Saúde da Família	28
826	MG	Montes Claros	Universidade Estadual de Montes Claros	Saúde da Mulher	6
943	MG	Varginha	Fundação de Ensino e Pesquisa do Sul de Minas	Atenção Cirúrgica Especializada	6
1365	PA	Altamira	Pro Saúde - Associação Beneficente de Assistência Social	Urgência e Trauma	8
1315	PA	Belém	Fundação Publica Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna - FHCGV	Atenção Clinica Especializada	3
1360	PA	Redenção	Instituto de Saúde Santa Maria - IDESMA	Urgência e Trauma	5
1163	PA	Santarém	Universidade do Estado do Para UEPA	Urgência e Trauma	9
1130	PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Atenção Clinica Especializada	7
574	PR	Curitiba	Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro	Saúde da Criança	24
1100	PR	Curitiba	Associação Paranaense de Cultura - APC	Saúde do Idoso	8
928	PR	Curitiba	Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro	Saúde da Criança	9
696	PR	Londrina	Universidade Estadual de Londrina	Saúde da Mulher	16
871	RJ	Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva - INCA	Atenção ao Câncer	42
1400	RJ	Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva - INCA	Programa de Residência em Física Medica	6
559	RJ	Rio de Janeiro	Fundação Oswaldo Cruz	Saúde da Criança	7
1450	RJ	Teresópolis	Feso- Fundação Educacional Serra dos Órgãos	Saúde Animal e Ambiental	4
823	RO	Cacoal	Rondônia Secretaria de Estado da Saúde	Programa de Residencia em Área Profissional em Traumatologia e Cirurgia Bucomaxilofacial	1
1391	RS	Canoas	Comunidade Evangélica Luterana São Paulo - CELSP	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde	5
665	RS	Passo Fundo	Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo	Atenção ao Câncer	10
666	RS	Passo Fundo	Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo	Saúde do Idoso	10
1076	RS	Porto Alegre	União Brasileira de Educação e Assistência	Residência em Área Profissional em Física Médica	3
631	RS	Porto Alegre	União Brasileira de Educação e Assistência	Programa em Área Profissional em Saúde em Urgência e Emergência	3
632	RS	Porto Alegre	União Brasileira de Educação e Assistência	Programa em Área Profissional da Criança e Adolescente	3
608	RS	Porto Alegre	União Brasileira de Educação e Assistência	Residência em Área Profissional em Apoio Diagnóstico e Terapêutico	1
552	SC	Criciúma	Fundação Educacional de Criciúma	Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica Saúde da Família	12
521	SE	Aracaju	Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia	Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva Adulto	8
1481	SP	Barretos	Fundação Pio XII	Saúde Bucal	4
520	SP	Bauru	Universidade de São Paulo	Atenção Clinica Especializada	20
705	SP	Campinas	Universidade Estadual de Campinas	Atenção Clinica Especializada	16
927	SP	Marília	Faculdade de Medicina de Marília	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde	6

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 00012012112900049

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Art. 1º Fica incorporado no SUS a alfainterferona para a quimioterapia adjuvante do melanoma cutâneo em estágio clínico III, conforme Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Ministério da Saúde.

Art. 2º Conforme determina o art. 25 do Decreto 7.646, as áreas técnicas do Ministério da Saúde terão prazo máximo de cento e oitenta dias para efetivar a oferta ao SUS. A documentação objeto desta decisão está à disposição dos interessados no endereço eletrônico: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1611.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

CARLOS AUGUSTO GRABOIS GADELHA

PORTARIA Nº 4, DE 18 DE JANEIRO DE 2013

Torna pública a decisão de incorporar a vacina tetraviral (varicela, sarampo, caxumba e rubéola) na rotina do Programa Nacional de Imunização do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e com base nos termos dos art. 20 e art. 23 do Decreto 7.646, de 21 de dezembro de 2011, resolve:

Art. 1º Fica incorporado no SUS a vacina tetraviral (varicela, sarampo, caxumba e rubéola) na rotina do Programa Nacional de Imunização.

Art. 2º Conforme determina o art. 25 do Decreto 7.646, as áreas técnicas do Ministério da Saúde terão prazo máximo de cento e oitenta dias para efetivar a oferta ao SUS. A documentação objeto desta decisão está à disposição dos interessados no endereço eletrônico: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1611.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

CARLOS AUGUSTO GRABOIS GADELHA

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 18 DE JANEIRO DE 2013

Homologa o segundo resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde nos termos do Edital de Convocação nº 17, de 04 de novembro de 2011.

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, do Ministério da Saúde e o SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR do Ministério da Educação, no uso de suas atribuições e nos termos do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007 e Portaria Interministerial nº 1.077/MS/MEC, de 12 de novembro de 2009; considerando o Edital de Convocação nº 17, de 04 de novembro de 2011 e sua alteração publicada no Diário Oficial da União nº 227, de 28 de novembro de 2011, resolvem:

Art. 1º Homologar o segundo resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde.

Art. 2º Divulgar os resultados dos projetos que realizaram as adequações necessárias conforme os Artigos 3º e 4º da Portaria Conjunta Nº 7, de 27 de novembro de 2012.

Art. 3º Divulgar a relação dos projetos aprovados, conforme Anexo desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MOZART JULIO TABOSA SALES
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - MS

AMARO HENRIQUE PESSOA LINS
Secretário da Educação Superior - MEC

ANEXO

RELAÇÃO DOS PROGRAMAS APROVADOS PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO.

CÓDIGO DO PROGRAMA	UF	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	PROGRAMA	BOLSAS APROVADAS
1376	MS	Campo Grande	Fundação Serviços de Saúde de Mato Grosso do Sul - Saúde- MS	Intensivismo	14
1327	PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Saúde do Idoso	8
1018	PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Saúde Mental	5
1425	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Atenção Cirúrgica Especializada	10
1338	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Saúde da Criança	4
936	SP	São José do Rio Preto	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	Programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação Física	20
779	RJ	Rio de Janeiro	Fundação Oswaldo Cruz	Saúde Coletiva	12
627	RS	Porto Alegre	União Brasileira de Educação e Assistência	Residência em Área Profissional Saúde Bucal Cirurgia Bucomaxilofacial	1
1551	MG	Betim	Fundo Municipal de Saúde de Betim / SMS	Atenção Básica/Saúde da Família	33
1552	MG	Betim	Fundo Municipal de Saúde de Betim / SMS	Saúde Mental	4
2341	MG	Juiz de Fora	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	Intensivismo	2
270	MG	Juiz de Fora	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	Saúde Bucal	2
1424	SP	Campinas	Universidade Estadual de Campinas	Saúde Mental	15
2342	SP	São Paulo	A/C Camargo	Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer	14

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

RETIFICAÇÃO

Na Portaria Conjunta SAS/SVS/MS nº. 1, de 16 de janeiro de 2013, publicado no Diário Oficial da União nº. 12, Seção 1, páginas, 42 onde se lê: "JARBAS BARBBOSA DA SILVA JÚNIOR", leia-se: "JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR".

Ministério das Cidades

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 24, DE 18 DE JANEIRO DE 2013

Dispõe sobre divulgação, publicidade e identidade visual do Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DAS CIDADES, no uso de suas atribuições legais, e considerando o disposto na Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009, e no Decreto nº 7.499, de 16 de junho de 2011, resolve:

Art. 1º. Ficam instituídas as seguintes regras para divulgação, publicidade e identidade visual do Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV, de que tratam a Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009, e o Decreto nº 7.499, de 16 de junho de 2011:

I - a publicidade de atos, os programas, as obras, os serviços e as campanhas de órgãos públicos deverão ter caráter educativo, informativo ou de orientação social, sendo vedado às partes utilizarse de nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos;

II - os atos de divulgação ou publicidade porventura promovidos pelos entes públicos deverão assegurar a divulgação exclusiva do Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV, sendo vedado o uso ou a associação a outros programas, ações ou marcas de qualquer natureza; e

III - todas e quaisquer ações de divulgação ou publicidade, inclusive aquelas executadas e patrocinadas pelos entes públicos, serão, obrigatória e exclusivamente, identificadas de acordo com o Manual de Criação e Uso da Logomarca do Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV.

Art. 2º. O descumprimento do disposto no artigo anterior ensejará a impossibilidade de contratação de novos empreendimentos no âmbito do PMCMV, bem como a rescisão dos termos de adesão em vigor.

Art. 3º. Fica instituído, na forma do Anexo, o Termo de Adesão ao Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV, instrumento que objetiva regular a participação dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no âmbito do referido programa.

Art. 4º. Os Termos de Adesão já celebrados deverão ser ajustados, mediante termo aditivo, às novas cláusulas ora estabelecidas, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data de publicação desta Portaria.

Art. 5º. A alínea "a" do subitem 3.4 do Anexo I da Portaria nº 465, de 3 de outubro de 2011, do Ministério das Cidades, publicada no Diário Oficial da União em 4 de outubro de 2011, Seção 1, páginas 31 a 36, passa a vigorar com a seguinte redação:

"a) firmar Termo de Adesão ao PMCMV, disponibilizado no sítio eletrônico (www.cidades.gov.br), assumindo, no mínimo, as seguintes atribuições:"

Art. 6º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando o Anexo VI da Portaria nº 465, de 2011.

AGUINALDO RIBEIRO

ANEXO

PROGRAMA MINHA CASA, MINHA VIDA
MODELO DO TERMO DE ADESÃO
TERMO DE ADESÃO QUE ENTRE SI FIRMAM A UNIÃO E (DISTRITO FEDERAL, ESTADO OU MUNICIPIO)

A UNIÃO, por intermédio do Ministério das Cidades, neste ato representada por _____ CPF nº _____, doravante denominada UNIÃO e (Distrito Federal, Estado ou Município) _____, neste ato representado pelo (Governador de Estado ou do Distrito Federal ou Prefeito) _____ CPF nº _____, doravante denominado (DF, ESTADO ou MUNICÍPIO), firmam o presente TERMO DE ADESÃO para atendimento aos dispositivos legais do Programa "Minha Casa, Minha Vida", de que trata a Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009, mediante as condições e cláusulas seguintes:

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/autenticidade.html, pelo código 00012013012100070

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA (CNPJ 18.338.178/0001-02), através da Secretaria Municipal de Saúde, com endereço na Av. Brasil 2001, 2º andar, Centro, Juiz de Fora/MG, e-mail secretariadesaude@pjf.mg.gov.br, ATESTA, para os devidos fins, que o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus localizado à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, Bairro São Mateus, nesta cidade, CEP: 36.025-330, CNPJ 21.583.042/0001-72, CNES 2153084, foi fundado em 1926, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais e desempenha seu papel social há mais de 90 anos, comprometido com fundamentos éticos e morais, contribuindo efetivamente para a diminuição do sofrimento humano, com qualidade, competência e excelência no atendimento prestado à população de Juiz de Fora e Região.

Tornou-se Hospital de Ensino através da Portaria 1120 de 12 de maio de 2011, servindo como referência para o ensino, pesquisa e extensão para os alunos do curso de saúde da Faculdade de Ciências Médicas de Juiz de Fora e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, oferecendo residência médica em várias especialidades como anestesiologia, cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia e ginecologia, medicina em família e comunidade, ortopedia e traumatologia, cardiologia, cirurgia plástica, neurologia, pediatria, radiologia e diagnóstico por imagem, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia torácica, endoscopia, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, mastologia, medicina intensiva e neonatologia.

Em 01/10/2005, com a posse da nova Diretoria, o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, empenhada em aumentar a oferta de serviços à comunidade, aumentou o número de leitos e tornou-se hospital geral, impactando positivamente o sistema de saúde local.

Com a ampliação e enquadramento como hospital geral de grande porte, passou para 290 leitos ativos, sendo 240 leitos de internação em enfermaria, 40 leitos de UTI Adulto, 08 leitos neonatal e 02 leitos de UTI Pediátrica, todos destinados ao SUS, através do Contrato de Prestação de Serviços 01.2011.162 firmado com esta municipalidade em 20/05/2011 e renovado posteriormente através dos contratos 01.2016.171, 01.2018.124, 01.2018.125, 01.2020.060, 01.2020.163 e 08.2022.032, **com plena e ininterrupta vigência até a presente data**, em caráter hospitalar, ambulatorial e apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários do SUS, de

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

caráter eletivo e urgência/emergência, garantindo atenção integral a saúde, o qual encontra-se vigente até a presente data.
Realiza atendimento de demanda espontânea de ginecologia, obstetrícia, AVC, sendo referência de internação e ambulatorial à população de Juiz de Fora e macrorregião sudeste.

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus é habilitado para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica e Adulto, Cardiologia Intervencionista (hemodinâmica) através da Portaria SAS MS Nº 291 de 08/04/2014, em Cirurgia Bariátrica, Traumato-Ortopedia e Oftalmologia e é Centro de Referência em Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Por ser verdade, atestamos que a referida instituição cumpre com o contrato até a presente data, prestando contas regularmente, não havendo nada que desabone sua conduta.

Juiz de Fora, 22 de junho de 2023.

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
Secretário de Saúde

Ivan Chebli
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONTRATO N°. 26/2016

CONTRATANTE: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CNPJ: 21.195.755-0001/69
ENDEREÇO: Rua José Lourenço Kelmer, s/n. Campus Universitário - São Pedro. Juiz de Fora – MG - 36036-900.
TELEFONE: (32) 2102-3728/ (32) 2102-3716/ (32) 2102-3186.
RESPONSÁVEL PELA CONTRATANTE: Prof. Dr. Marcus Vinicius David, Reitor da UFJF, nomeado pelo Decreto de 29 de março de 2016, publicado no DOU de 30 de março de 2016, inscrito no CPF nº 651.123.006.63, portador da Carteira de Identidade nº M-3829078 - SSPMG.

CONTRATADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ.
CNPJ: 21.583.042/0001-72.
ENDEREÇO: Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, Casa, São Mateus, 36025-330, Juiz de Fora – MG.
Telefone: (32)4009-2277; 4009-2351. Fax: (32)4009-2333.
E-mail: direcaoclinica.hmtj@hotmail.com; contabil@hmtj.com.br; marcoantonio@htmj.com.br
RESPONSÁVEL PELA CONTRATADA: Jorge Montessi, portador Carteira de Identidade nº. 164983/PCE-MG e do CPF n°.135.466.356-04.

VALOR GLOBAL DO CONTRATO: R$ 900.000,00.
PROCESSO Nº. 23071.014841/2016-31 – Inexigibilidade n°. 73/2016 - COSUP
Vigência: 06 meses - compreendendo o período de 05.10.2016 a 04.04.2017

Aos cinco dias do mês de outubro de 2016, a UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, através do Gabinete do Reitor, com endereço no Campus Universitário da UFJF, localizado à Rua José Lourenço Kelmer, s/nº Bairro São Pedro – Juiz de Fora – MG – 36036-900, neste ato designada simplesmente CONTRATANTE e representada por seu Magnífico Reitor, e o CONTRATADO, acima referenciado, resolvem celebrar o presente Contrato, resultante do processo de inexigibilidade especificado acima e de acordo com a Lei 8.666 de 21/06/93 e suas alterações, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

O presente Instrumento tem por objeto a contratação do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ para utilização de suas instalações para o ensino de obstetrícia dos alunos do oitavo, décimo primeiro e décimo segundo períodos do curso de graduação em medicina da Faculdade de Medicina da UFJF e para os residentes de ginecologia e obstetrícia do Hospital Universitário da UFJF.

CLÁUSULA SEGUNDA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

2.1 – O HMTJ compromete-se a disponibilizar:

a)Uma sala de aula com capacidade para 30 (trinta) alunos, com todos os recursos de multimídia;

b) uma sala de reuniões, com capacidade para 30 (trinta) alunos, anexa às enfermarias obstétricas, para discussão dos casos clínicos, prescrições e evolução das pacientes internadas;

c) uma sala de estudos, incluindo biblioteca com acervo atualizado e com capacidade mínima de 10 (dez) alunos;

d) dois consultórios para atendimento pré-natal e pós-parto, com todos os equipamentos e instrumentais necessários;

e) uma sala para marcação de consultas e arquivamento dos prontuários, com uma secretária disponibilizada pelo HMTJ;

f) alojamentos adequados para plantonistas residentes, estagiários, monitores e alunos do 8º. Período do curso de Medicina da UFJF;

g) todos os recursos humanos, materiais e insumos em quantidades necessárias para o desempenho adequado das atividades acadêmicas e assistenciais, tais como computador, impressora, acesso à Internet, etc.

2.2 – Garantir a preceptoria dos médicos plantonistas do HMTJ aos residentes e alunos da UFJF.

2.3 – Permitir acesso irrestrito dos professores, residente e alunos da UFJF a todos os locais e serviços proporcionados pelo HMTJ, em especial aos centros cirúrgico, obstétrico e de parto normal e a todos os leitos obstétricos das enfermarias.

2.4 - Relatar à contratante toda e qualquer irregularidade observada na prestação dos serviços.

2.5 - Indicar à contratante seu representante responsável por receber as demandas da contratante e tomar todas as providências necessárias à perfeita execução contratual. Este representante deverá ser empregado da contratante, sem custo para a contratada, com poderes para receber documentos e adotar atos imprescindíveis à boa execução dos serviços contratados. Do documento de indicação do representante deverá constar seu nome completo, cargo e/ou função assim como telefone de contado fixo e móvel.

2.6- Sujeitar-se à fiscalização por parte da contratante, prestando todos os esclarecimentos solicitados, de forma concisa e lógica, atendendo prontamente às reclamações formuladas.

2.7 – Manter, durante a vigência do Contrato, as condições de habilitação necessárias à contratação com a UFJF, apresentando, a cada faturamento, os comprovantes de regularidade fiscal.

2.8 - Não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, o Contrato, nem subcontratar ou ceder total ou parcial quaisquer das prestações a que está obrigada.

2.9 - Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nos serviços, respeitado o limite legal de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do Contrato.

763
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

2.10 - Havendo ações trabalhistas envolvendo os serviços prestados, a Contratada adotará as providências necessárias no sentido de preservar a UFJF, evitando o encaminhamento de reivindicações, demandas, queixas ou representações de qualquer natureza.

CLÁUSULA TERCEIRA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

3.1 - Proporcionar todas as facilidades possíveis e necessárias à execução dos serviços.

3.2 - Prestar à Contratada, seus representantes e funcionários, as informações e esclarecimentos que eventualmente venham a ser solicitados.

3.3. Designar um servidor para acompanhar, fiscalizar a execução do contrato e atestar as faturas, conforme previsto no Art. 67 da Lei 8.666/93, que deverá exigir presteza na execução e correção das falhas eventualmente detectadas, visando o fiel cumprimento das cláusulas contratuais, podendo, em nome da UFJF, tomar as medidas necessárias para tal finalidade. A aplicação de qualquer penalidade à contratada ficará a cargo da Coordenadoria de Contratos da contratante.

3.4. Notificar por escrito à Contratada a ocorrência de eventuais imperfeições no curso da execução dos serviços, fixando prazo para sua correção.

3.5. Em caso de não correção das falhas detectadas, aplicar as penalidades cabíveis, conforme previsto no contrato.

3.6. Manter contato com o representante legal da contratada para que o mesmo adote as devidas providências necessárias à correção de irregularidades.

3.7. Efetuar o pagamento das faturas mensais devidas, desde que sejam cumpridas todas as exigências contratuais, como a entrega de toda a documentação em boa ordem e o gestor do contrato manifeste sua anuência.

3.8. Colaborar com o HMTJ em seus Programas de Assistência, caso seja de interesse, através do professor responsável pelo ensino prático conforme objeto, durante o horário em que estiver ministrando o ensino.

3.9. Apresentar em tempo hábil ao HMTJ o planejamento de ensino, a relação de alunos que irão utilizar o campo, bem como o nome do responsável pelo ensino.

3.10. Respeitar as normas administrativas do campo utilizado.

3.11. Providenciar o Seguro de Acidentes Pessoais em favor dos estudantes.

3.12. Elaborar e dar conhecimento à contratada das regras complementares, as quais poderão variar no curso deste contrato, constituindo também parte integrante deste termo, desde que não contrárias ao mesmo.

3.13. A CONTRATANTE estará sujeita às normas do corpo clínico e4 aos programas de qualidade da CONTRATADA.

CLÁUSULA QUARTA: DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

4.1 – A fiscalização do contrato será exercida por servidor especialmente designado pela contratante, conforme designado no Art. 67 da Lei no 8666/93.

764
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4.2 – Nos casos de gozo de férias, licenças ou quaisquer motivos que levem à ausência temporária do fiscal do contrato, será designado um substituto para exercer as atribuições inerentes à função.

4.3 - Caberá à fiscalização do contrato:

4.3.1 – Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços, desde a assinatura do contrato até a extinção ou rescisão, com o objetivo de assegurar seu fiel cumprimento, tomando como parâmetros as regras nele previstas, conforme preceitua o Art. 67 da Lei nº. 8.666/93 e Art. 6º. do Decreto 2.271/97.

4.3.2 - Ficar atento à qualidade dos serviços prestados;

4.3.3 - Repassar à Coordenação de Contratos e à Administração todas as informações referentes ao serviço;

4.3.4 - Prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pela Administração;

4.3.5 - Dirimir as dúvidas que surgirem no curso de sua execução, verificando o cumprimento das disposições contratuais, técnicas e administrativas de sua responsabilidade;

4.3.6 - Comunicar por escrito e com a devida antecedência à Coordenação de Contratos da UFJF, a necessidade de alteração, prorrogação, notificação ou aplicação de penalidades à contratada, para que sejam tomadas as providências administrativas cabíveis;

4.3.7 - Registrar mensalmente as ocorrências, relatando-as de maneira clara e concisa, de forma que não pairem dúvidas quanto às informações ali registradas. No caso da necessidade de aplicação de penalidade, acionar a Coordenadoria de Contratos/UFJF para que esta execute os procedimentos necessários, conforme estipulado no instrumento contratual;

4.3.8 – Informar à Coordenação de Contratos da UFJF, toda e qualquer irregularidade que surja durante a execução do contrato, fornecendo subsídios que possibilitem a indicação da penalidade a ser aplicada;

4.3.9 - Receber, conferir, atestar e encaminhar para pagamento a(s) Nota(s) Fiscal (is) emitida(s) pela contratada, após verificar se os serviços foram executados conforme as especificações previstas no contrato, de forma a evitar a ocorrência de falhas e irregularidades que ocasionem a execução incompleta do objeto.

4.4 - Compete à fiscalização ainda, cumprir com outras determinações que, no interesse da administração, venham a ser-lhe imputadas relativamente ao objeto do contrato.

CLÁUSULA QUINTA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas com a execução deste Contrato serão atendidas com recursos Consignados no Orçamento Geral da União e suplementações a ele incorporadas, se for o caso, conforme discriminados a seguir:

765
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Programa de trabalho	Natureza da despesa	Fonte de recursos	Nota de empenho inicial	Valor (R$)	Data de emissão
108275	339039	112000000	2016NE800856	600.000,00	05.10.2016

CLÁUSULA SEXTA: DO FATURAMENTO E DO PAGAMENTO

6.1 – A contratante pagará à contratada o valor mensal de R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais), correspondendo a um valor global de R$ 900.000,00 (novecentos mil reais).

6.1.1 – Para pagamento, a contratada deverá emitir nota fiscal e/ou fatura mensal e/ou proporcional ao número de dias de prestação, devendo a mesma ser encaminhada à fiscalização contratual objetivando seu pagamento.

6.2 - Nas notas fiscais, faturas, boletos bancários ou em quaisquer outros documentos de cobrança dos serviços que contenham código de barras, deverão ser informados o valor bruto do serviço prestado e as deduções dos valores do imposto de renda e das contribuições a serem retidas na operação, devendo o seu pagamento ser efetuado pelo valor líquido deduzido das respectivas retenções.

6.3 - Quando do recebimento da Nota Fiscal, será verificado no site da Prefeitura do estabelecimento do prestador do serviço a existência da obrigatoriedade da emissão da Nota Fiscal Eletrônica. Caso haja obrigatoriedade, a empresa será notificada e terá que substituir a Nota Fiscal emitida pela NF-e, consoante disposições contidas no Protocolo ICMS 42/2009. O não atendimento pela empresa poderá acarretar as penalidades contidas no art. 87 da Lei 8.666/93.

6.3.1 - A empresa obrigada a emitir Nota Fiscal Eletrônica terá que encaminar arquivo digital da NF-e para os e-mails solicitados pela Contratante, O não encaminamento do arquivo digital será impeditivo da liberação do pagamento.

6.4 – O pagamento relativo ao serviço prestado será efetuado em até 30 (trinta) dias contados a partir da entrega da Nota Fiscal no setor financeiro da contratante, mediante ordem bancária ao Banco do Brasil. O cumprimento deste prazo dependerá da análise de toda a documentação exigida e entregue em boa ordem.

6.5 - As Notas Fiscais deverão ser atestadas pelo representante da Administração ou servidor da área competente. O pagamento somente poderá ser efetuado após atestada a prestação do serviço pelo gestor do contrato.

6.6 - Em cumprimento à Instrução Normativa RFB nº. 971, de 13/11/2009 e suas alterações posteriores, a contratante reterá na fonte 11% sobre o valor referente à prestação do serviço, o qual terá que ser destacado na Nota Fiscal, conforme consta no artigo 126 da citada IN.

6.6.1 – A contratada terá que apresentar GFIP – Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social. Será aceita GFIP do mesmo mês de competência da Nota Fiscal.

6.7 – No ato do pagamento a contratante efetuará consulta prévia da CNDT - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, mediante consulta ao site http://www.tst.jus.br/certidao (Acórdão 1054/2012-Plenário-TCU), de 02/05/2012) e

766
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

da regularidade fiscal da contratada no SICAF – Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores.

6.7.1 - Havendo irregularidade, a contratada será notificada por correspondência, com aviso de recebimento, para sanar as irregularidades em até 5 (cinco) dias úteis, constados do recebimento da notificação.

6.7.2 – A contratante poderá prorrogar o prazo por até mais 5 (cinco) dias corridos, havendo interesse público.

6.7.3 – Advertida a contratada e mantida a irregularidade, passará a ser aplicada multa diária, no percentual estipulado na cláusula de penalidades do contrato, até o 15º (décimo quinto) dia, quando haverá rescisão unilateral do contrato.

6.7.4 - As irregularidades fiscal ou trabalhista não impedirão o pagamento dos serviços já prestados e atestados pelo setor competente da Universidade, desde que em conformidade com os termos do presente contrato.

6.8 - Em cumprimento à Instrução Normativa SRF nº. 1.234, de 11/01/2012 e suas alterações posteriores, a UFJF fará as retenções referentes a impostos e contribuições federais sobre os pagamentos que efetuar a pessoa jurídica que não for optante pelo SIMPLES. A cada pagamento o setor financeiro efetuará consulta on line pela internet na página da Secretaria da Receita Federal (www.receita.fazenda.gov.br - Simples Nacional > Consulta Optante). O resultado dessa consulta será impresso e anexado ao processo de pagamento e, servirá de base para aplicação da Instrução Normativa supracitada. Se, em razão de sua natureza jurídica, a contratada for isenta da obrigação de recolher quaisquer dessas contribuições, ou ainda, se as recolhe por via judicial, deverá fazer prova de tais situações a cada faturamento, através de documentação comprobatória.

6.9 - A contratante procederá às retenções legais referentes ao ISSQN – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza, de acordo com Lei Complementar nº. 116, de 31/07/2003, quando cabível.

6.10 - O valor do pagamento devido à contratada poderá ser retido em razão do não atendimento das exigências previstas neste termo.

6.11 - No caso de incorreção nos documentos apresentados, inclusive na Nota Fiscal/Fatura, serão os mesmos restituídos à contratada para as correções necessárias, não respondendo a contratante por quaisquer encargos resultantes de atrasos na liquidação dos pagamentos correspondentes.

6.12 - Caso o faturamento tenha por base serviços que porventura deixaram de ser cobrados à época devida, os valores a serem faturados serão os vigentes à época em que a cobrança deveria ter sido realizada.

6.13 - Deverão ser refaturados, com os valores vigentes à época do primeiro faturamento, os valores dos serviços que tenham sido glosados em virtude do encaminhamento do documento de cobrança sem a observância das formalidades previstas neste Capítulo.

6.14 – O CNPJ da Nota Fiscal deverá ser o mesmo que a contratada apresentou nos documentos de habilitação que iniciou o presente contrato.

6.15 - A contratante poderá, ainda, sustar o pagamento de qualquer nota fiscal/fatura, no todo ou em parte, nos seguintes casos:

a) serviços executados fora dos padrões éticos e da qualidade atribuíveis à espécie;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

b) existência de qualquer débito com a contratante.

6.16 - Serão deduzidas de pleno direito, do valor da nota fiscal/fatura apresentada para pagamento:

a) Multas impostas pela contratante;

b) Multas, indenizações ou despesas impostas à contratada por autoridades competentes em decorrência do descumprimento de Leis e Regulamentos aplicáveis à espécie;

c) Pagamentos indevidos, após verificação em regular processo administrativo com a garantia do contraditório e da ampla defesa;

d) Quaisquer débitos a que tiver dado causa;

e) Dedução relativa a insumos de sua responsabilidade não fornecidos;

f) Utilização de materiais ou equipamentos da Contratante cujo fornecimento seja obrigação da Contratada.

6.17 - Nos casos de eventuais atrasos de pagamentos, desde que a contratada não tenha concorrido de alguma forma para tanto, fica convencionado que a taxa de compensação financeira devida pela Contratante, entre o final do prazo de pagamento e a correspondente ao efetivo adimplemento da parcela, será calculada mediante a seguinte fórmula:

EM = I x N x VP, onde:

EM = encargos moratórios;

N = número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;

VP = valor da parcela a ser paga;

I = índice de compensação financeira = 0,0001644, assim apurado:

I = TX/365

Tx = percentual da taxa anual = 6%

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REAJUSTE E DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO

7.1 - O preço convencionado para o presente contrato vigorará pelo prazo de sua vigência, salvo expressa permissão legal em contrário, caso em que a revisão do preço obedecerá aos critérios e periodicidade previstos na lei;

7.2 - Para o reajuste, será considerada a variação do INPC, calculada e divulgada pelo IBGE, ocorrida no mês imediatamente anterior ao da incidência do reajuste.

7.3 - No caso de atraso ou da não divulgação do índice de reajustamento do preço, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pelo último índice conhecido, liquidando a diferença correspondente, tão logo seja divulgado o índice faltante.

7.4 - Caso o índice estabelecido para reajustamento do preço seja extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, as partes desde já concordam que em substituição, seja adotado o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

7.5 - Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice para reajustamento do preço.

7.6 - Sempre que houver reajustamento de preços, a CONTRATADA deverá apresentar memória de cálculo juntamente com o documento de cobrança.

7.7 - O valor pactuado poderá ser revisto, mediante solicitação da contratada, com vistas à manutenção do equilíbrio contratual, na forma do artigo 65, Inciso II, da alínea "d" da Lei 8.666/93, e observados os subitens subseqüentes;

7.8 - As eventuais solicitações de reequilíbrio econômico-financeiro deverão estar acompanhadas de comprovação de superveniência do fato imprevisível ou, se previsível, de conseqüências incalculáveis, bem como da demonstração analítica de seu impacto nos custos do Contrato;

7.9 - O reajuste e/ou reequilíbrio serão formalizados através de termo aditivo ao presente contrato.

CLÁUSULA OITAVA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

A contratada fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem ao presente contrato, limitado a 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato, de acordo com o § 1º art. 65 da Lei nº. 8.666/93, mediante termo aditivo ao presente contrato.

CLÁUSULA NONA - DA RELAÇÃO EMPREGATÍCIA E DOS ENCARGOS SOCIAIS

As partes, desde já, ajustam que não existirão para a contratante, quaisquer implicações quanto às obrigações trabalhistas e previdenciárias para com os empregados da contratada, designados para execução do serviço, cabendo à contratada assumir, de forma exclusiva, todos os ônus advindos da relação empregatícia e dos encargos sociais, em decorrência da sua condição de empregadora.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS PENALIDADES

10.1 - O inadimplemento total ou parcial das obrigações assumidas sujeitará a Contratada às sanções previstas na Seção II do capítulo IV da Lei nº. 8.666/93, garantida a prévia defesa, sendo estipuladas as seguintes penalidades:

10.1.1 - Advertência, que deverá ser feita através de notificação por meio de ofício mediante contra-recibo do representante legal da Contratada, estabelecendo prazo para cumprimento das obrigações descumpridas.

10.1.2 - Multa de 0,3% (três décimos por cento), por dia de atraso, sobre o valor total do Contrato no descumprimento das obrigações assumidas, até o 30º (trigésimo) dia.

10.1.3 - Multa de 0.5% (cinco décimos por cento), por dia de atraso, sobre o valor do Contrato no descumprimento das obrigações assumidas, após o 30º (trigésimo) dia, sem prejuízo das demais penalidades.

769
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

10.1.4 – Multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato, no descumprimento das obrigações assumidas.

10.1.5 - Multa de 0,5% (cinco décimos por cento) sobre o valor do contrato, por dia de atraso, quando a Contratada não providenciar a regularização de sua situação no sistema SICAF, decorrido o prazo de notificação, conforme Cláusula de Pagamento deste termo.

10.1.6 - Multa de 0,5% (cinco décimos por cento) sobre o valor do contrato, por dia de atraso, quando a Contratada não providenciar a regularização de sua situação relativa à expedição da CNDT, decorrido o prazo de notificação, conforme Cláusula de Pagamento deste termo.

10.2 – Ficará impedida de licitar e contratar com a contratante pelo prazo de até 05 (cinco) anos, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, a contratada que:

10.2.1 – Cometer fraude fiscal.

10.2.2 – Cometer fraude na prestação do serviço; e

10.2.3 – Descumprir prazos.

10.3 - As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF. No caso de suspensão de licitar, a contratada deverá ser descredenciada por igual período, sem prejuízo das multas previstas no edital e no contrato e das demais cominações.

10.4 - O disposto nos itens anteriores não prejudicará a aplicação de outras penalidades a que esteja sujeita a empresa vencedora, nos termos dos Artigos 87 e 88 da Lei 8.666/93.

10.5 - O valor da multa, apurado após regular procedimento administrativo, será descontado dos pagamentos eventualmente devidos pela contratante ou cobrado judicialmente.

10.6 - As penalidades previstas poderão ser relevadas ou atenuadas pela autoridade competente, aplicando-se o princípio da proporcionalidade, levando-se em consideração as circunstâncias fundamentadas em fatos reais e comprovados.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO

11.1 - Caberá rescisão contratual caso ocorra quaisquer dos motivos relacionados no Art. 78 da Lei nº 8.666/93.

11.2 - A rescisão do contrato poderá ser:

1- Determinada por ato unilateral e escrito da contratante, nos casos enumerados nos incisos I a XII e XVII do artigo 78 da Lei 8.666/93.

2- Amigável, por acordo entre as partes, desde que haja conveniência para a contratante; e

3- Judicial, nos termos da legislação.

11.3 - Quando a rescisão ocorrer com base nos incisos XII a XVII do art. 78 da Lei 8.666/93, sem que haja culpa do contratado, será este ressarcido dos prejuízos regulamentares comprovados que houver sofrido, tendo direito a:

I - Pagamentos devidos pela execução do contrato até a data da rescisão; e

II - Pagamento do custo da desmobilização (quando for o caso).

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO DA CONTRATADA

A Contratada declara, no ato de celebração deste contrato, estar plenamente habilitada à assunção dos encargos contratuais e assume o compromisso de manter, durante a execução do contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Inexigibilidade 73/2013-COSUP.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Integram o presente contrato o edital do pregão, seus anexos, a proposta da contratada, catálogos e/ou prospectos apresentados, assim como os demais documentos anexados ao processo de nº. 23071.014841/2016-31.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DOS CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL APLICÁVEIS ÀS PARTES

14.1 – As partes deverão sempre utilizar na prestação do serviço, no todo ou em parte, material reciclável, atóxico, biodegradável, conforme ABNT NBR – 15448-1 e 15448-2.

14.2 – Deverão ser utilizados preferencialmente produtos que no processo de fabricação foram observados os requisitos ambientais para a obtenção de certificação junto ao Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial – INMETRO como produtos sustentáveis ou de menor impacto ambiental em relação aos seus similares.

14.3 – Os materiais utilizados na prestação dos serviços não poderão conter substâncias perigosas em concentração acima da recomendada na diretiva RoHS (Restriction of Certain Hazardous Substances), tais como mercúrio (Hg), chumbo (Pb), cromo hexavalente (Cr(VI)), cádmio (Cd), bifenil-polibromados (PBBs), éteres difenil-polibromados (PBDEs).

14.3.1 - A comprovação do disposto neste item, quando necessária, poderá ser feita mediante apresentação de certificação emitida por instituição pública oficial ou instituição credenciada, ou por qualquer outro meio de prova que ateste que o bem fornecido cumpre com as exigências.

14.4 - Os produtos de limpeza e conservação que forem utilizados deverão obedecer às classificações e especificações determinadas pela ANVISA.

14.5 – Os materiais quando possível, deverão ser destinados à reciclagem através de empresa, associação, ONG's e/ou cooperativas aptas a reciclar este tipo de material.

14.6 - Aos resíduos sólidos, deverá ser dado o tratamento recomendado pela ABNT NBR 10004.

14.7 – Os profissionais da contratada só poderão prestar os serviços se estiverem utilizado os equipamentos de proteção individuais adequados, sendo também responsabilidade da contratada a adoção de medidas objetivando a menor exposição possível a situações de risco.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

14.8 – Os integrantes da cadeia produtiva deverão possuir PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais que reflita a realidade da operação, devendo ser realizada sua constante atualização.

14.9 – Os materiais que forem utilizados como embalagens ou proteção para o transporte deverão ter origem preferencialmente de material reciclado, obrigando-se as partes mutuamente a destinarem à reciclagem as embalagens e materiais de acondicionamento utilizados.

14.10 – Os veículos utilizados no transporte do material pela contratada deverão estar em perfeitas condições de uso, a fim de que os níveis de emissão de poluentes dos veículos estejam dentro dos limites máximos estabelecidos pelo CONAMA – Conselho Nacional do Meio Ambiente.

14.11 - Respeitar as Normas Brasileiras – NBR, publicadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas.

14.12 – Pautar suas ações no compromisso sócio-ambiental, mantendo-se disponível à fiscalização pelos órgãos competentes, bem como promover o gerenciamento ambiental correto dos resíduos sólidos, efluentes líquidos e emissões atmosféricas, de forma a garantir a gestão adequada dos recursos naturais, seja através da reciclagem para o uso e reaproveitamento das águas evitando o desperdício; seja por meio da racionalização do consumo de energia e da correta destinação dos resíduos poluidores.

14.13 – Demais ações ambientais:

14.13.1 - Manter um programa interno de treinamento de funcionários para a redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos;

14.13.2 - Manter um programa interno de separação de resíduos sólidos;

14.13.3 - Manter um local adequado para armazenamento de resíduos sólidos separados;

14.13.4 - Manter local independente e vedado para armazenamento de resíduos sólidos contaminantes;

14.13.5 - Dispor de critérios específicos para destinação adequada dos resíduos sólidos;

14.13.6 - Manter monitoramento específico sobre o consumo de energia elétrica;

14.13.7 - Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição de produtos e equipamentos que apresentem eficiência energética e redução de consumo;

14.13.8 - Manter monitoramento específico sobre o consumo de água;

14.13.9 - Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de equipamentos e complementos, que promovam a redução do consumo de água;

14.13.10 - Manter registros específicos e local adequado para armazenamento de produtos nocivos e poluentes;

14.13.11 - Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de produtos biodegradáveis;

14.13.12 - Manter critérios de qualificação de fornecedores levando em consideração as ações ambientais por estes realizadas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA PUBLICAÇÃO

772
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

A contratante providenciará a publicação do presente contrato no Diário Oficial da União, conforme lei 8666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA VIGÊNCIA

O presente instrumento vigerá pelo prazo de 06 (seis) meses, compreendendo o período de 05.10.2016 a 04.04.2017, podendo ser prorrogado, mediante termo aditivo, pelo prazo estabelecido na Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO FORO E DA ACEITAÇÃO

17.1 - O foro para dirimir questões relativas ao presente contrato será o da Justiça Federal - Subseção Judiciária de Juiz de Fora - MG.

17.2 - E assim, por estarem justas e acordadas, as partes firmam o presente instrumento, em 04 (quatro) vias, para um só efeito, as quais, depois de lidas e achadas conforme, vão assinadas pelos representantes das partes contratantes e pelas testemunhas.

Prof. Dr. Marcus Vinicius David
Contratante

Jorge Montessi
Contratada

Dr. Jorge Montessi
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade [illegible]

Testemunhas:

NOME Rita de Cassia Pinto Marinho
CPF CPF: 964.789.266-72

NOME Patrícia Rezende de Almeida
CPF CPF: 062.164.656-35

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E FINANÇAS
COORDENAÇÃO DE CONTRATOS

Em 11 de outubro de 2016

Da: Coordenação de Contratos / UFJF

Para: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Assunto : Encaminhamento de Contrato

Uma vez formalizado, enviamos a V. Sa., em anexo, uma via do Contrato nº. 26/2016, para ciência e acompanhamento.

Atenciosamente,

Rita de Cassia Pinto Marinho
Contratos/UFJF

Recebi em 17/10/16 Evian

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO DE IMUNIDADE TRIBUTÁRIA E NÃO SUJEIÇÃO À RETENÇÃO DE TRIBUTOS

Ilmo. Sr.

Dr. Marcus Vinícius David

Magnífico Reitor da Universidade Federal de Juiz de Fora

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS com sede à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus. Juiz de Fora / MG, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72. DECLARA à UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, que não está sujeita à retenção, na fonte, do IRPJ, CSLL, da Cofins e da Contribuição para o PIS/PASEP, a que se refere o Art. 64 da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996, por se enquadrar em uma das situações abaixo:

I – INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO

1. ( ) Entidade em gozo regular da imunidade prevista no Art. 150, inciso VI, alínea "c" da Constituição Federal, por cumprir os requisitos previstos no art. 12 da Lei 9.532, de 10 de dezembro de 1997.
2. ( ) Entidade de ensino superior, em gozo regular de isenção prevista no art. 8º da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, por ter aderido ao Programa Universidade para Todos (Prouni), instituído pela Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, conforme Termo de Adesão vigente no período da prestação de serviço ou fornecimento do bem (doc. Anexo).

II – ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

1. ( ) Instituição educacional em gozo regular da imunidade prevista no art. 195, § 7º da Constituição Federal, por ter sido certificada como beneficente de assistência social pelo Ministério da Educação e por cumprir os requisitos previstos no art. 29 da Lei nº 12.01, de 27 de novembro de 2009.
2. (**X**) Entidade em gozo regular da imunidade prevista no art. 195, § 7º da Constituição Federal, por ter sido certificada como beneficente de assistência social pelo Ministério da área de atuação e por cumprir os requisitos previstos no art. 29 da Lei nº 12.101, de 2009.

O signatário declara neste ato, sob as penas do art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; do art. 1º da Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990, e para fins do art. 32 da Lei nº 9.430, de 1996, que:

a) É representante legal da entidade e assume o compromisso de informar, imediatamente, à Secretaria da Receita Federal do Brasil e ao órgão ou à entidade contratante, qualquer alteração na situação acima declarada;
b) Os valores recebidos referem-se a receitas relacionadas com as finalidades para as quais foram instituídas.

Juiz de Fora / MG, 18 de outubro de 2016.

Dr. Iomar Pinheiro Cangussu
Diretor

RECEBIDO EM
18 / 10 / 16

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO DE IMUNIDADE TRIBUTÁRIA E NÃO SUJEIÇÃO À RETENÇÃO DE TRIBUTOS

Ilmo. Sr.

Dr. Marcus Vinícius David

Magnífico Reitor da Universidade Federal de Juiz de Fora

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS com sede à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus. Juiz de Fora / MG, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72. DECLARA à UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, que não está sujeita à retenção, na fonte, do IRPJ, CSLL, da Cofins e da Contribuição para o PIS/PASEP, a que se refere o Art. 64 da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996, por se enquadrar em uma das situações abaixo:

I – INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO

1. ( ) Entidade em gozo regular da imunidade prevista no Art. 150, inciso VI, alínea "c" da Constituição Federal, por cumprir os requisitos previstos no art. 12 da Lei 9.532, de 10 de dezembro de 1997.
2. ( ) Entidade de ensino superior, em gozo regular de isenção prevista no art. 8º da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, por ter aderido ao Programa Universidade para Todos (Prouni), instituído pela Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, conforme Termo de Adesão vigente no período da prestação de serviço ou fornecimento do bem (doc. Anexo).

II – ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

1. ( ) Instituição educacional em gozo regular da imunidade prevista no art. 195, § 7º da Constituição Federal, por ter sido certificada como beneficente de assistência social pelo Ministério da Educação e por cumprir os requisitos previstos no art. 29 da Lei nº 12.01, de 27 de novembro de 2009.
2. (**X**) Entidade em gozo regular da imunidade prevista no art. 195, § 7º da Constituição Federal, por ter sido certificada como beneficente de assistência social pelo Ministério da área de atuação e por cumprir os requisitos previstos no art. 29 da Lei nº 12.101, de 2009.

O signatário declara neste ato, sob as penas do art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; do art. 1º da Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990, e para fins do art. 32 da Lei nº 9.430, de 1996, que:

a) É representante legal da entidade e assume o compromisso de informar, imediatamente, à Secretaria da Receita Federal do Brasil e ao órgão ou à entidade contratante, qualquer alteração na situação acima declarada;
b) Os valores recebidos referem-se a receitas relacionadas com as finalidades para as quais foram instituídas.

Juiz de Fora / MG, 18 de outubro de 2016.

Dr. Iomar Pinheiro Cangussu
Diretor

RECEBIDO EM
18 / 10 / 16

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO DE IMUNIDADE TRIBUTÁRIA E NÃO SUJEIÇÃO À RETENÇÃO DE TRIBUTOS

Ilmo. Sr.

Dr. Marcus Vinícius David

Magnífico Reitor da Universidade Federal de Juiz de Fora

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS com sede à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus. Juiz de Fora / MG, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72. DECLARA à UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, que não está sujeita à retenção, na fonte, do IRPJ, CSLL, da Cofins e da Contribuição para o PIS/PASEP, a que se refere o Art. 64 da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996, por se enquadrar em uma das situações abaixo:

I – INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO

1. ( ) Entidade em gozo regular da imunidade prevista no Art. 150, inciso VI, alínea "c" da Constituição Federal, por cumprir os requisitos previstos no art. 12 da Lei 9.532, de 10 de dezembro de 1997.
2. ( ) Entidade de ensino superior, em gozo regular de isenção prevista no art. 8º da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, por ter aderido ao Programa Universidade para Todos (Prouni), instituído pela Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, conforme Termo de Adesão vigente no período da prestação de serviço ou fornecimento do bem (doc. Anexo).

II – ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

1. ( ) Instituição educacional em gozo regular da imunidade prevista no art. 195, § 7º da Constituição Federal, por ter sido certificada como beneficente de assistência social pelo Ministério da Educação e por cumprir os requisitos previstos no art. 29 da Lei nº 12.01, de 27 de novembro de 2009.
2. (**X**) Entidade em gozo regular da imunidade prevista no art. 195, § 7º da Constituição Federal, por ter sido certificada como beneficente de assistência social pelo Ministério da área de atuação e por cumprir os requisitos previstos no art. 29 da Lei nº 12.101, de 2009.

O signatário declara neste ato, sob as penas do art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; do art. 1º da Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990, e para fins do art. 32 da Lei nº 9.430, de 1996, que:

a) É representante legal da entidade e assume o compromisso de informar, imediatamente, à Secretaria da Receita Federal do Brasil e ao órgão ou à entidade contratante, qualquer alteração na situação acima declarada;
b) Os valores recebidos referem-se a receitas relacionadas com as finalidades para as quais foram instituídas.

Juiz de Fora / MG, 18 de outubro de 2016.

Dr. Iomar Pinheiro Cangussu
Diretor

RECEBIDO EM
18 / 10 / 16

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Protocolo: 162231 Reg: 153850 Livro: C32 Folha: 67 Pag: 1 Data: 31/08/2009	**REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS POR EXTRATO** **RUA: HALFELD nº 651/1505 - CENTRO - Juiz de Fora-MG** **LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES-** **Livro C** Apresentante: ANA CHINELATO

Certifico estar registrado neste cartório o documento abaixo, digitalizado em seu inteiro teor, conforme número de protocolo, número de registro, livro e folha acima.

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS - DRA. LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES - OFICIAL - JUIZ DE FORA-MG

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS - J. FORA MG

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO MÚTUA QUE, ENTRE SI, CELEBRAM A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E A SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA..

A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, n. 33, nesta cidade, inscrita no CNPJ sob o n 21.583.042/0001-72, doravante Maternidade, e a **SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA.**, com sede na BR-040, Km 796, Salvaterra, nesta cidade, inscrita no CNPJ sob o n. 05079440/0001-08, mantenedora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, doravante Suprema, por seus representantes legais infra-assinados,

considerando que a Maternidade enfrenta, atualmente, dificuldades financeiras e operacionais para dar continuidade às atividades que constituem o seu escopo, a despeito de estar com as suas contas em dia (inclusive encargos trabalhistas e fiscais), sem dívidas de qualquer espécie;

considerando que essas dificuldades ligam-se, principalmente, à circunstância de que a Maternidade tem o seu campo de atuação limitado às áreas da medicina ginecológica e obstétrica;

considerando que a Maternidade apresenta excelente localização, com fácil acesso, além de instalações em perfeito estado de conservação, o que permite conforto e confiança no atendimento aos pacientes;

considerando que é do interesse do SUS/JF o aumento da oferta de leitos nas diversas especialidades médicas;

considerando que é de interesse da Maternidade ampliar o campo de atuação de seu hospital, transformando-o em um hospital geral;

considerando que a Suprema possui em seu quadro de pessoal profissionais especializados nas mais diversas áreas da medicina;

considerando que a Suprema tem interesse em proporcionar aos seus discentes o estágio profissional e a residência médica, a serem cumpridos necessariamente em um hospital geral,

considerando, por fim, que a Suprema está disposta a, a medida de suas possibilidades, contribuir para transformar a Maternidade em um hospital geral,

resolvem celebrar o presente convênio de cooperação mútua, que será regido pelas disposições seguintes:

CLAUSULA 1ª -Este convênio tem por objeto disciplinar a contribuição da Suprema no processo de transformação do hospital da Maternidade em um hospital geral

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves de S
Of. Substit: Bel. Maria da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld 651/1505 e 1506 - Centro

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA - MG
BR 040 - KM 800 - Setor 60 - Loja 6 - Empresarial Parque Sul
Matias Barbosa - CEP: 36.123-000
Tel.: (32) 3273-2236 (32) 3273-2049 (32) 99807-6670

1

Conferido e achado conforme original apresentado.

LUCAS DE ALMEIDA BRITO
ação: 05/06/2018 16:45:49
: R$ 1,49 Total: R$ 6,29

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO ENTRE A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E A SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA

CLÁUSULA 2ª -A Suprema se obriga a, a medida de suas possibilidades, contribuir para a transformação do hospital da Maternidade em um hospital geral, seja transferindo tecnologia hospitalar, seja executando obras, seja fornecendo equipamentos e máquinas destinados a servir ao escopo da Maternidade, seja aportando recursos financeiros em espécie.

§ 1º A transferência de tecnologia mencionada no *caput* poderá ser implementada diretamente pela Suprema, ou por terceiros a seu serviço, e sob sua exclusiva responsabilidade.

§ 2º As acessões e/ou benfeitorias, necessárias, úteis ou voluptuárias, realizadas pela Suprema na forma desta Cláusula e observado o projeto de reforma que, dentro do prazo de 9 (nove) meses, a contar desta data, submeterá à aprovação da Diretoria da Maternidade, reverterão em favor desta, sem ônus adicionais, ao termo deste convênio, respeitado o disposto na Cláusula 6ª, infra.

§ 3º Os equipamentos e máquinas eventualmente disponibilizados pela Suprema à Maternidade, a título de comodato, deverão ser restituídos àquela ao término deste convênio.

CLÁUSULA 3ª -Os recursos financeiros em espécie serão aportados segundo o seguinte cronograma:

I - no período compreendido entre os meses de outubro de 2005 e dezembro de 2006: R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais), por mês;

II - no período compreendido entre os meses de janeiro e dezembro de 2007: R$ 40.000,00 (quarenta mil reais), por mês;

III - no período compreendido entre os meses de janeiro e dezembro de 2008: R$ 50.000,00 (cinqüenta mil reais), por mês;

IV - a partir de janeiro de 2009: R$ 60.000,00 (sessenta mil reais), por mês;

§ 1º Os aportes financeiros de que cuida esta cláusula serão realizados pela Suprema até o dia 10 do mês seguinte ao vencido.

§ 2º Na hipótese de atraso na realização dos aportes financeiros, a Suprema ficará sujeita: a juros moratórios de 1% (um por cento) se o atraso for superior a 10 (dez) dias e inferior a 1 (um) mês; juros moratórios de 1% (um por cento) por mês adicional de atraso e multa de 2% (dois por cento).

§ 3º O atraso na realização dos aportes financeiros por três meses consecutivos, facultará à Maternidade a denúncia unilateral deste convênio, observando-se o disposto na Cláusula 7ª, infra.

§ 4º Na ocorrência de acontecimentos extraordinários e imprevisíveis, devidamente comprovados, a Suprema poderá reduzir a prestação, ou alterar o modo de executá-la, a fim de evitar a onerosidade excessiva.

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA - MG
BR 040 - KM 800 - Setor 60 - Loja 6 - Empresarial Parque Sul
Matias Barbosa - CEP: 36.123-000
Tel.: (32) 3273-2236 (32) 3273-2049 (32) 99807-6670

1

nformme original apresentado.

LUCAS DE ALMEIDA BRITO
ção: 05/06/2018 16:45:49
R$ 1,49 Total: R$ 6,29

Selo de Fiscalização AUTENTICADO

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Drª Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO ENTRE A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E A SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA.

§ 5º As importâncias estipuladas nos incisos II a IV desta cláusula serão atualizadas monetariamente pelo INPC da Fundação Getúlio Vargas (ou pelo índice que o substitua, apurado segundo igual metodologia), a partir da celebração deste convênio, observando-se a periodicidade anual.

§ 6º Para os fins do Parágrafo 5º, retro, a Suprema, no mês de janeiro de cada ano, procederá à atualização ali referida, e informará à Maternidade, por escrito, a importância fixa a ser aportada no decorrer do ano respectivo.

CLÁUSULA 4ª - No intuito de cooperação mútua que constitui o substrato deste convênio, a Maternidade franqueará, durante a respectiva vigência e sem quaisquer ônus, o acesso dos docentes e dos discentes da Suprema às suas instalações, para que sejam proporcionados, aos últimos, o estágio profissional e a pós-graduação.

§ 1º O estágio profissional e a pós-graduação de que se cuida serão realizados nas dependências da Maternidade, sob a exclusiva direção e responsabilidade dos docentes da Suprema, perante os quais e no plano das obrigações trabalhistas e previdenciárias responderá unicamente a Suprema.

§ 2º A Maternidade se obriga a obter a colaboração dos profissionais do seu corpo clínico para que se viabilize o intuito acadêmico por detrás desta cláusula, nomeadamente para que se disponham a permitir, aos discentes da Suprema e na forma usual, o acompanhamento dos procedimentos que estejam sob a responsabilidade dos aludidos profissionais.

§ 3º Dentro do prazo de 9 (nove) meses, a contar da data da assinatura deste instrumento, a Suprema submeterá à Maternidade, para aprovação desta, normas destinadas a disciplinar o estágio profissional e a pós-graduação.

§ 4º A Suprema se obriga a, em via regressiva, reembolsar à Maternidade as quantias que esta for obrigada a despender, por sentença transitada em julgado, em ações eventualmente movidas contra a mesma pelos estagiários ou pós-graduandos de que trata esta cláusula, bem assim nas intentadas contra a Maternidade por terceiros em razão de atos imputáveis aos ditos estagiarios ou pos-graduandos.

§ 5º Cumprirá à Suprema contratar, por sua conta, o seguro de acidentes pessoais de que trata o art. 8º do Decreto n. 87.497, de 18 de agosto de 1992, em favor dos estagiários e pós-graduados.

CLÁUSULA 5ª -O presente convênio vigerá por 15 (quinze) anos, a contar da data de sua celebração, e será havido por rescindido, de pleno direito, na hipótese da superveniente extinção da Maternidade, falência ou dissolução total da Suprema e de alienação ou desapropriação do imovel em que funciona o hospital da Maternidade.

CLÁUSULA 6ª -A rescisão do convênio antes de findo o prazo estipulado, por ato ou fato relativo à Maternidade na forma da Cláusula 5ª, implicará na obrigação desta de restituir à Suprema as quantias por ela gastas na execução das obras e 80% (oitenta por cento) das despesas a título de aporte financeiro, devidamente atualizadas, bem

REGISTRO DE TITULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld 651/1505 e 1506 - Centro

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA - MG
BR 040 - KM 800 - Setor 60 - Loja 6 - Empresarial Parque Sul
Matias Barbosa - CEP: 36.123-000
Tel.: (32) 3273-2236 (32) 3273-2049 (32) 99807-6670

1

Conferido e achado conforme original apresentado.

- LUCAS DE ALMEIDA BRITO
ação: 05/06/2018 16:45:49
.: R$ 1,49 Total: R$ 6,29

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Centro

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO ENTRE A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E A SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA.

assim os equipamentos por ela (Suprema) disponibilizados, na forma da Cláusula Segunda, retro.

§ 1º Para os fins do *caput* desta Cláusula, deverá ser elaborado, pela Suprema, um balanço específico das despesas realizadas por ela em prol da Maternidade, a ser visado, mês a mês, pelo representante legal desta.

§ 2º Verificada a hipótese do *caput* desta cláusula, a importância devida pela Maternidade, apurada no balanço específico, deverá ser paga à Suprema em 12 (doze) parcelas mensais, corrigidas pelo INPC, da Fundação Getúlio Vargas, ou, em sua falta, pelo índice que o substitua, vencendo-se a primeira no mês imediatamente subseqüente ao da rescisão do convênio.

§ 3º A devolução dos equipamentos e máquinas de propriedade da Suprema deverá ser procedida pela Maternidade mediante solicitação por escrito, em prazo não excedente a 30 (trinta) dias, a contar da respectiva notificação.

CLÁUSULA 7ª -A rescisão do convênio antes de findo o prazo estipulado, por ato ou fato relativo à Suprema na forma da Cláusula 5ª, implicará na perda por esta em benefício da Maternidade, das acessões e/ou benfeitorias realizadas na forma da Cláusula 2ª, retro, bem assim dos recursos financeiros de que trata a Cláusula 3ª, retro, mantendo-se a obrigação da Maternidade prevista no § 3º, da Cláusula 2ª, retro, sem prejuízo da multa fixada em valor equivalente a 3 (três) vezes o do aporte no mês em que ocorrer a rescisão.

CLÁUSULA 8ª -Permanecerão a cargo da Maternidade os tributos e taxas de sua responsabilidade.

CLÁUSULA 9ª -O presente convênio não importa em sucessão trabalhista ou empresarial, mantendo-se sob a responsabilidade da Maternidade os contratos, inclusive os de natureza laboral, por ela firmados ou a firmar, bem assim os respectivos encargos.

§ 1º Caso a Suprema venha a ser acionada judicialmente em virtude de obrigações assumidas pela Maternidade perante terceiros, a qualquer título, correrão por conta desta todas as despesas realizadas com a defesa daquela em Juízo, inclusive honorários advocatícios.

§ 2º Em sendo a Suprema condenada por decisão judicial transitada em julgado em virtude de obrigação assumida pela Maternidade, a qualquer título, cumprirá a esta arcar com todos os ônus respectivos, sob pena de execução específica.

CLÁUSULA 10 - A Maternidade manterá, em seu sistema de controle patrimonial, controle individualizado dos bens da Suprema.

Parágrafo único - A Maternidade individualizará em sua contabilidade, segregando-os em contas distintas, os repasses financeiros efetuados pela Suprema ao abrigo deste convênio.

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. M.ª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA - MG
BR 040 - KM 800 - Setor 60 - Loja 6 - Empresarial Parque Sul
Matias Barbosa - CEP: 36.123-000
Tel.: (32) 3273-2236 (32) 3273-2049 (32) 99807-6670

1
Conferido conforme original apresentado.
LUCAS DE ALMEIDA BRITO
Validação: 05/06/2018 16:45:49
Selo(s): R$ 1,49 Total: R$ 6,29
Selo Digitalizado
AUTENTICAÇÃO CUB 69568

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. M.ª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Protocolo: 162231
Reg: 153850
Livro: C32
Folha: 71 Pag: 5
Data: 31/08/2009

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS POR EXTRATO
RUA: HALFELD nº 651/1505 - CENTRO - Juiz de Fora-MG
LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES-
Livro C

Apresentante: ANA CHINELATO

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS J. FORA MG

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES - OFICIAL - JUIZ DE FORA - MG

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO ENTRE A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E A SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA.

CLÁUSULA 11 - As partes elegem o foro da Comarca de Juiz de Fora para dirimir qualquer pendência oriunda deste convênio.

E por estarem assim justas e contratadas, firmam o presente convênio na presença das testemunhas abaixo.

Juiz de Fora, 14 de setembro de 2005.

MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA.

Testemunhas:

Nome: CLEONICE APARECIDA DA SILVA DAIBERT
CI: M-1.596.763 – SSP/MG
CPF: 330.447.596-68

Nome: LUIZ CARLOS ALVES
CI: 030.858/0-6 – CRC/MG
CPF: 332.440.576-91

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS Oficial: Drª Lucy Figueiredo Hargreaves Of. Substº: Belª M. da Conceição C. Gonçalves Rua Halfeld 651/1505 e 1506 - Centro

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS Oficial: Drª Lucy Figueiredo Hargreaves Of. Substº: Belª M. da Conceição C. Gonçalves Rua Halfeld 651/1505 e 1506 - Centro

5 de 5

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA - MG
BR 040 - KM 800 - Setor 60 - Loja 6 - Empresarial Parque Sul
Matias Barbosa - CEP: 36.123-000
Tel.: (32) 3273-2236 (32) 3273-2049 (32) 99807-6670

1

Conferido e achado conforme original apresentado.

- LUCAS DE ALMEIDA BRITO
ação: 05/06/2018 16:45:49
J.: R$ 1,49 Total: R$ 6,29

5 de 8

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS Oficial: Drª Lucy Figueiredo Hargreaves

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS J. FORA MG

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES JUIZ DE FORA-MG

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO MÚTUA FIRMADO ENTRE A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, ATUALMENTE DENOMINADA HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E A SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA.-SUPREMA,

O HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS LTDA., com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, n. 33, nesta cidade, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado **Hospital e Maternidade**, e a **SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA.-SUPREMA**, com sede na BR-040, Km 796, Salvaterra, nesta cidade, inscrita no CNPJ sob o n. 05.079.440/0001-08, mantenedora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, doravante denominada **SUPREMA**, por seus representantes legais infra-assinados, estabelecem o presente **TERMO ADITIVO** ao Convênio acima referenciado que firmaram em 14 de setembro de 2.005, conforme as seguintes cláusulas e condições:

PRIMEIRA: O prazo de vigência do referido Convênio, previsto na sua cláusula 5ª será de 30 (trinta) anos, a contar da sua celebração, isto é, 14 de setembro de 2.005.

SEGUNDA: Os aportes financeiros previstos na Cláusula 3ª, incisos I, II, III e IV e parágrafos 1º, 2º, 3º, 4º, 5º e 6º, continuarão a ser cumpridos pela SUPREMA, nas mesmas condições e prazos nela estipulados.

TERCEIRA: Conforme o previsto na Cláusula 2ª, § 2º, as construções dos **prédios 02 e 03**, efetuadas com recursos financeiros exclusivos da SUPREMA, reverterão em favor do Hospital e Maternidade, cabendo à SUPREMA o direito exclusivo e gratuito de uso e ocupação de seus espaços para fins de ensino e pratica de seus respectivos cursos (estágio profissional), nos níveis de graduação, pós-graduação e residência medica, durante todo o prazo de vigência do Convênio, ora aditado.

REGISTRO DE TITULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURIDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Substº: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA - MG
BR 040 - KM 800 - Setor 60 - Loja 6 - Empresarial Parque Sul
Matias Barbosa - CEP: 36.123-000
Tel.: (32) 3273-2236 (32) 3273-2049 (32) 99807-6670

1

Conferido e achado conforme original apresentado.

- LUCAS DE ALMEIDA BRITO
ação: 05/06/2018 16:45:49
J.: R$ 1,49 Total: R$ 6,29

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra Lucy Figueiredo Hargreaves

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS POR EXTRATO
RUA: HALFELD nº 651/1505 - CENTRO - Juiz de Fora-MG
LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES-
Livro C

Apresentante: ANA CHINELATO

Termo aditivo ao Convênio de Cooperação Mútua firmado entre o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e a Sociedade Universitária para o Ensino Médico Assistencial Ltda-SUPREMA.

Parágrafo único – Os prédios 02 e 03 estão localizados nas áreas compreendidas em relação ao prédio 01 que compõe o bloco hospitalar principal, composto cada um deles de 02 pisos, assim constituídos: **prédio 02**- localizado na parte a oeste do terreno, medindo 330 metros quadrados, contendo no 1º piso: laboratório e lavanderia; 2º piso: salas de aula; **prédio 03**- localizado ao sul do terreno, com face para oeste, medindo 1.000 metros quadrados ao todo dos dois pisos, contendo o 1º piso: salas de aula, arquivo e biblioteca; 2º piso: clínica odontológica.Aos prédios 02 e 03 é garantida pelo Hospital e Maternidade a circulação para pedestre e veículos, com saídas e entradas independentes para as áreas de circulação do bloco 01 e por sua entrada principal localizada na Rua Dr. Dirceu de Andrade, n.33

QUARTA: A Cláusula 4ª, *caput*, do Convênio passará a ter a seguinte redação: "...o estágio profissional, a pós-graduação e os programas de residência médica."

QUINTA: A título de compensação financeira pela ocupação e utilização exclusiva dos prédios referidos na Cláusula 3 (três) deste Termo Aditivo do Convênio, a SUPREMA repassará ao Hospital e Maternidade, a cada mês da sua vigência, a importância de R$8.000,00(oito mil reais), a partir de 1º de janeiro de 2.020, ocasião em que este valor será atualizado pelo INPC da Fundação Getúlio Vargas(ou pelo índice que o substitua, apurado por igual metodologia)

Ratificam-se as demais cláusulas do Convênio e ficam sem efeito as que colidirem com o ora avençado.

E, por haverem assim ajustado, as partes firmam o presente Termo Aditivo ao Convênio, em 2 (duas) vias de igual teor e forma , na presença das testemunhas abaixo , para que se operem os devidos efeitos legais.

Juiz de Fora, 17 de agosto de 2009

Dr. José Mariano Soares de Moraes
Presidente do Conselho Deliberativo
HMTJ

Dr. Ricardo Campelo da Conceição
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

SUPREMA-Sociedade Universitária para o Ensino Médico Assistencial Ltda.

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS
E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA - MG
BR 040 - KM 800 - Setor 60 - Loja 6 - Empresarial Parque Sul
Matias Barbosa - CEP: 36.123-000
Tel.: (32) 3273-2236 (32) 3273-2049 (32) 99807-6670

1

Conferido e achado conforme original apresentado.

CUB 79663
AUTENTICAÇÃO
Selo de fiscalização
Cartório de Notas
Pessoas Jurídicas

- LUCAS DE ALMEIDA BRITO
ação: 05/06/2018 16:45:49
.: R$ 1,49 Total: R$ 6,29

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS
E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Drª Lucy Figueiredo Hargreaves
Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

conforme original apresentado.

- LUCAS DE ALMEIDA BRITO
zação: 05/06/2018 16:45:49
J.: R$ 1,49 Total: R$ 6,29

Selo de Fiscalização
AUTENTICAÇÃO

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS POR EXTRATO
RUA: HALFELD nº 651/1505 - CENTRO - Juiz de Fora-MG
LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES-
Livro C

Protocolo: 162231
Reg: 153850
Livro: C32
Folha: 74 Pag: 8
Data: 31/08/2009

Apresentante: ANA CHINELATO

Termo aditivo ao Convênio de Cooperação Mútua firmado entre o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e a Sociedade Universitária para o Ensino Médico Assistencial Lider-SUPREMA.

Testemunhas:
Nome:
CI:
CPF
Nome:
CI:
CPF:

Dr. Ricardo Lopes
Diretor Clínico

Dr. José Heitor Soares de Moraes
Presidente do Conselho Deliberativo

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Substo: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Substo: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS
J. FORA MG

CONVENIO DE COOPERAÇÃO MÚTUA

Dou fé. Juiz de Fora, 01 de junho de 2018.

LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES - OFICIALA

Código	Ato	QQtd.	Emolumento	ISS	Recompe	TFJ	Total
5801-6	Certidão TD	1	R$ 16,07	R$ 0,85	R$ 0,96	R$ 6,02	R$ 23,90
5802-4	Folha Adicional TD	7	R$ 4,90	R$ 0,28	R$ 0,28	R$ 1,05	R$ 5,51
Total			R$ 20,97	R$ 1,13	R$ 1,24	R$ 7,07	R$ 30,41

Poder Judiciário - TJMG - Corregedoria-Geral de Justiça
1º Ofício RTD E CPJ de Juiz de Fora/MG
Juiz de Fora - MG
Selo Número: CAL19361
Código: 7186.8473.7843.8421
Total de atos: 8 / Emol: 22,21 TFJ: 7,07 Total: 29,28
Consulte a validade deste Selo no site: https://selos.tjmg.jus.br

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO MÚTUA FIRMADO ENTRE A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, ATUALMENTE DENOMINADA HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E A SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA – SUPREMA.

O ***HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS LTDA.***, com sede à Rua Dr. Dirceu de Andrade, nº 33, nesta cidade, inscrito no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, doravante denominado **Hospital e Maternidade**, e a ***SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA – SUPREMA***, com sede na Alameda Salvaterra, nº 200, Salvaterra, nesta cidade, inscrita no CNPJ sob o nº 05-079.440/0001-08, mantenedora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, doravante denominada SUPREMA, por seus representantes legais infra-assinados, estabelecem o presente **TERMO ADITIVO** ao Convênio acima referenciado que firmaram em 14 de setembro de 2005, conforme as seguintes cláusulas e condições:

PRIMEIRA: O prazo de vigência do referido Convênio, previsto na sua Cláusula 5ª será de 30 (trinta) anos, a contar da sua celebração, isto é, 14 de setembro de 2005.

SEGUNDA: Os aportes financeitos previstos na Cláusula 3ª, incisos I, II, III e IV e parágrafos 1º, 2º, 3º, 4º, 5º e 6º, continuarão a ser cumpridos pela SUPREMA, nas mesmas condições e prazos estipulados.

TERCEIRA: O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus se responsabilizará pela contratação de médicos e dentistas preceptores em regime de contratação a ser definido, para acompanhamento de atividades de ensino e pesquisa na área da assistência à saúde.

QUARTA: A título de compensação financeira pela contratação dos profissionais referidos na Cláusula 3ª deste Termo Aditivo de Convênio, a Suprema repassará ao Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, a cada mês de sua vigência, até o dia 10 do mês subsequente, após aprovação da planilha de desembolso encaminhada previamente, a importância mensal apresentada através da referida planilha.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Parágrafo único: Para acerto das importâncias relativas ao período de Maio de 2013 até Novembro de 2014, a Suprema repassará ao Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus a importância de R$277.319,18 (duzentos e setenta e sete mil, trezentos e dezenove reais e dezoito centavos) a título de reembolso dos valores efetivamente pagos pelo Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

Rafiticam-se as demais cláusulas do Convênio e ficam sem efeito as que colidirem com o ora avençado.

E por haverem assim ajustado, as partes firmam o presente Termo Aditivo ao Convênio, em duas (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que se operem os devidos efeitos legais.

Juiz de Fora, 24 de março de 2015.

Dr. Ricardo Campelo da Conceição
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Sociedade Universitária para o Ensino Médico Assistencial Ltda –.SUPREMA

Testemunhas:

Nome:
RG:
CPF:

Nome:
RG:
CPF:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO MÚTUA PARA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DE SAÚDE ENTRE QUE ENTRE SI FAZEM SUPREMA – SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MEDICO ASSISTENCIAL LTDA, MANTENEDORA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA E HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Por este instrumento particular e na melhor forma de direito:

I. **SUPREMA - Sociedade Universitária para o Ensino Médico Assistencial Ltda.**, pessoa jurídica de direito privado, , com sede na Alameda Salvaterra, nº 200 - Bairro Salvaterra, Juiz de Fora/MG, inscrita no CNPJ sob o no 05.079.440/0001-08, mantenedora da **Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF**, doravante denominada, simplesmente, **FCMS/JF** ou **SUPREMA**, neste ato representada pelo Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão, Prof. Dr. Djalma Rabelo Ricardo e pelo Diretor Financeiro Dr. Ângelo Marciano Lopes.

II. **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de natureza beneficente e de assistência social (filantrópica), inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, com sede na Rua Dirceu de Andrade, nº 33 – Bairro São Mateus - Juiz de Fora/MG, doravante denominada simplesmente **HMTJ**, neste ato representada seu Diretor Presidente, Marco Antônio Guimarães de Almeida.

CONSIDERANDO:

a) que, nos termo do art. 1º da Lei nº 11.788/08, "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";

b) que o estágio supervisionado obrigatório é componente curricular em todos os cursos superiores ofertados pela FCMS/JF;

c) que encontra-se em vigor Convênio de Cooperação firmado em 14/09/2005, o qual tem por objeto, dente outros, proporcionar estágio obrigatório aos estudantes matriculados em cursos de graduação e pós-graduação ministrados pela FCMS/JF;

d) que é obrigação do HMTJ, na condição de parte concedente dos estágios, "indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente" (art. 9º, III, da Lei nº 11.788/08";

e) que, em relação ao Curso de Medicina, a orientação e supervisão de estagiários, no ambiente de trabalho, é exercida por profissionais denominados preceptores, vinculados à parte concedente do estágio, conforme se depreende do § 1º, do art. 24, da Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

f) que é interesse da FCMS/JF proporcionar as melhores condições possíveis para que os estudantes/estagiários matriculados em seus cursos devolvam plenamente suas capacidades e potencialidades;

g) que, para um melhor aproveitamento das atividades de estágio/internato médico e melhor adequação dos estágios obrigatórios desenvolvidos no âmbito do HMTJ, tornou-se necessário disponibilizar maior número de profissionais supervisores/preceptores;

RESOLVEM CELEBRAR Convênio de Cooperação Mútua objetivando dotar o HMTJ de capacidade financeira para melhorar da relação número de profissionais supervisores/preceptores vinculados ao HMTJ x número de estudantes supervisionados/preceptorados matriculados em cursos superiores ministrados pela FCMS/JF, nos termos e condições que seguem.

Cláusula primeira. O HMTJ compromete-se a disponibilizar profissionais vinculados ao Hospital para atuar como supervisores/preceptores de estagiários matriculados em cursos superiores ministrados pela FCMS/JF, em número suficiente para atender às necessidades de adequada implementação dos projetos pedagógicos dos referidos cursos.

1.1. O número de supervisores/preceptores necessários à adequada implementação das atividades de estágio previstas nos projetos pedagógicos dos cursos ministrados pela FCMS/JF será estabelecido em comum acordo entre a Diretoria de Ensino Pesquisa e Extensão da FCMS/JF e o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

Cláusula segunda. Com o objetivo de cobrir custos operacionais decorrentes do compromisso assumido nos termos da cláusula primeira deste Convênio, a Suprema obriga-se a repassar ao HMTJ, semestralmente, valor que será ajustado entre as partes, por escrito, com base em planejamento que será realizado em conjunto pela Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão da FCMS/JF e o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

2.1. O valor necessário a cobrir os custos operacionais será repassado semestralmente, em uma única parcela, em datas a serem estabelecidas de comum acordo, após concluído o planejamento referido no *caput*.

2.2. Ao final de cada semestre e antes do recebimento da parcela destinada a cobrir custos relativos ao semestre subsequente, o HMTJ prestará contas detalhadas à SUPREMA.

2.3. Para o ano de 2020, considerando custos já incorridos desde o mês de abril, acrescidos de custos a incorrer até o final do segundo semestre deste ano, ajustam as partes que a SUPREMA repassará, no ato de assinatura deste Convênio, o valor de R$ 296.299,30 (duzentos e noventa e seis mil, duzentos e noventa e nove reais e trinta centavos), montante do qual o HMTJ prestará contas, nos termos do item 2.2.

Cláusula terceira. Sendo o estágio um ato educativo desenvolvido em ambiente de trabalho, sob supervisão de profissional com formação na área de desenvolvimento do estágio, compromete-se o HMTJ a indicar, para o exercício da supervisão/preceptoria de estagiários exclusivamente profissionais a si vinculados.

Cláusula quarta. São condições gerais deste Convênio:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4.1. As notificações, comunicações ou informações entre as partes deverão ser feitas por escrito, por qualquer meio (inclusive eletrônico), a menos que outro tenha sido indicado, por escrito, mediante aviso, com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

4.2. O não exercício, pelas partes, de quaisquer dos direitos ou prerrogativas previstas neste instrumento, ou mesmo na legislação aplicável, será tido como ato de mera liberalidade, não constituindo alteração ou novação das obrigações ora estabelecidas, cujo cumprimento poderá ser exigido a qualquer tempo, independentemente de comunicação prévia.

4.3. Nenhuma das partes será responsável por descumprimento de suas obrigações em consequência de caso fortuito ou força maior, nos termos da legislação aplicável, devendo, para tanto, comunicar a ocorrência de tal fato de imediato à outra parte e informar os eventos danosos do evento.

4.4. Constatada a ocorrência de caso fortuito ou de força maior, ficarão suspensas, enquanto essas perdurarem, as obrigações que as partes ficarem impedidas de cumprir.

4.5. As partes serão responsáveis, individualmente, por todo e qualquer ato ou omissão que vierem a ser praticados por seus diretores, prepostos ou empregados, relativamente às obrigações de cada um, constantes deste contrato, em especial os que venham gerar responsabilidade de natureza civil, criminal, tributária, trabalhista, previdenciária, com exclusão de toda a responsabilidade, da parte que comprovar não ser responsável pelos danos citados nesta cláusula, brigando-se a parte comprovadamente responsável por eventual dano praticado por qualquer de seus empregados, diretores ou prepostos a arcar com todos os custos, indenizações e compensações decorrentes de sua responsabilidade.

4.6. Se qualquer das partes for demanda judicialmente por terceiros, em decorrência da inobservância de obrigação ou dano provocado pela parte contrária, obriga-se a parte acionada a informar a parte responsável pela reparação sobre a existência da referida demanda, e promover, sempre que a lei o admitir, a denunciação da lide, obrigando-se a parte efetivamente responsável pela reparação, nos termos deste contrato, a arcar com o valor de eventual condenação que vier a ser imposta à parte originalmente acionada, inclusive custas e despesas incorridas com a defesa.

4.7. Em qualquer hipótese, obriga-se a parte a quem caiba cumprir obrigação assumida nos termos deste contrato, fornecer à parte contrária, caso esta venha ser acionada judicialmente por descumprimento da referida obrigação, todos os meios necessários à defesa, sem prejuízo da responsabilidade por eventuais encargos, condenações ou despesas, inclusive honorários de advogado, que venham a ser suportados no curso da demanda.

4.8. Nenhum vínculo de emprego se formará entre a SUPREMA e os supervisores/preceptores vinculados ao HMTJ que, por conta e ordem deste, exercerem a supervisão/preceptoria de estagiários matriculados em cursos ministrados pela FCMS/JF.

Cláusula quinta. A parte que descumprir qualquer das cláusulas deste Convênio sujeitar-se-á ao pagamento de multa correspondente a 30% (trinta por cento) do valor anual

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA

repassado nos termos da cláusula terceira, independentemente da indenização a que fizer jus a parte que vier sofrer algum dano, em razão do inadimplemento contratual.

Cláusula sexta. Fica eleito o Foro da Justiça Estadual, Comarca de Juiz de Fora, para dirimir quaisquer questões oriundas da execução deste instrumento, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, assinam o presente instrumento, juntamente com as testemunhas abaixo indicadas, em 02 (duas) vias de igual teor e forma para que produza os efeitos legais.

Juiz de Fora, 20 de outubro de 2020.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
SUPREMA – Sociedade Universitária para Ensino Médico Assistencial LTDA.

Dr. Ângelo Marciano Lopes
SUPREMA – Sociedade Universitária para Ensino Médico Assistencial LTDA.

Marco Antônio Guimarães de Almeida
DIRETOR PRESIDENTE
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Marco Antônio Guimarães de Almeida
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ

Testemunhas:

Nome: Élitra Montessi Nicolini
CPF: 069.972.646-89

Nome: Edna Maria Arêdes Paiva
CPF: 049.189.156-39

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos temos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONVÊNIO DE ESTÁGIO

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72 e Inscrição Estadual isento, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, n. 33, Bairro São Mateus, CEP 36.025-330, Juiz de Fora, MG, doravante denominado simplesmente CONCEDENTE, por seu representante legal infra-assinado, e **JB CURSOS DE ENFERMAGEM S.A.**, situada na Av. Getúlio Vargas, n. 721 sala 201, Centro, CEP 36.013-010, Juiz de Fora, MG, inscrita no CNPJ sob o n. **10.800.436/0002-08**, doravante denominada CONVENENTE, por sua representante legal infra-assinado, resolvem celebrar o presente convênio para realização de estágio curricular obrigatório dos alunos dos cursos de Instrumentação Cirúrgica e Técnico em Enfermagem, que se submeterá às seguintes cláusulas e condições:

1. **OBJETO.**

1.1 Constitui objeto do presente convênio, a concessão, pelo CONCEDENTE, de estágio obrigatório (não remunerado) aos alunos regularmente matriculados no **Curso de Técnico de Enfermagem** do CONVENENTE, e que satisfaçam as condições exigidas pelo CONCEDENTE.

1.2 O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

2. **VIGÊNCIA.**

2.1 O presente instrumento vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir de 01 de julho de 2022, sendo renovado automaticamente por períodos iguais e subsequentes, na ausência de manifestação expressa e contrária das partes contratantes.

3. **DO PRAZO DE DURAÇÃO DO ESTÁGIO**

3.1 O estágio objeto deste pacto terá duração máxima de 30 (trinta) dias, de segunda-feira a domingo, conforme planilha que será enviada ao CONCEDENTE pela CONVENENTE, podendo ser interrompido a pedido do interessado ou por conveniência do CONCEDENTE.

3.2 A interrupção, em qualquer das modalidades a que alude o item 3.1, retro, dar-se-á de imediato, sem necessidade de comunicação prévia, salvo nos casos de alunos portadores de deficiência.

4. **DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENENTE**

4.1 Abrir inscrições entre seus alunos para o preenchimento das vagas ofertadas pelo CONCEDENTE.

4.2 Indicar professor orientador na área do estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades dos estagiários por ela encaminhados, assegurando, assim, a supervisão dos alunos que estiverem atuando nos campos ofertados.

4.3 Apresentar ao CONCEDENTE, antes do início das atividades, para conhecimento e acompanhamento: Cópia do Termo de Convênio/Aditivo vigente, Plano de Atividades do estagiário, relação nominal com número de matrícula dos alunos

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.

O presente documento digital foi conferido com o original e a ele assinado digitalmente por MARIA AUGUSTA BRANDÃO MAIA, 1º de setembro de 2023 10:45:55 GMT-0300, CNS 041160 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

encaminhados, nome e contato dos Coordenadores/Professores responsáveis pelo estágio, Termo de Compromisso de Estágio.

4.4 Apresentar comprovação/cartão de vacina de todos os estagiários e preceptores com imunização de BCG, Dupla Adulto (recente), Rubéola, Sarampo e Hepatite B (Três doses), junto ao Serviço de Saúde Ocupacional do Concedente.

4.5 Participar, quando solicitada, de reuniões nas unidades receptoras de estágio.

4.6 Fornecer ao CONCEDENTE, mensalmente, escala de alunos e preceptores, da qual constem o nome e o número de alunos e preceptores encaminhados por turno, incluindo os finais de semana.

4.7 Encaminhar Preceptor, após aprovação do Plano de Atividades do Estágio, para reconhecimento do local de estágio, conhecendo as condições de funcionamento, antes de seu início.

4.8 Informar ao CONCEDENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.9 Assegurar que os alunos se apresentem nos respectivos locais de atividades curriculares, devidamente paramentados, de acordo com as atividades curriculares exercidas.

4.10 Respeitar as questões de cunho privativo do CONCEDENTE, Código de Ética, Carta de Direitos do Paciente e Leis que regulamentam a categoria profissional e normas e rotinas do serviço.

4.11 Realizar seguro contra acidentes pessoais para todos os alunos que estiverem atuando nos campos de estágio disponibilizados, encaminhando ao CONCEDENTE, antes do início das atividades, a cópia da apólice do seguro e seu respectivo número.

4.12 Fornecer ao CONCEDENTE, semestralmente, como contrapartida, os seguintes materiais:

PARA OS ALUNOS DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
QUANTIDADE	**MATERIAIS**
20	Caixas de Luvas de Procedimento (Cada caixa contendo 100 unidades)
20	Caixas de Máscara Cirúrgica Descartável (Cada caixa contendo 50 unidades)
80	Pacotes de Capotes de Manga Longa Descartável de TNT (Cada pacote com 10 unidades)
20	Pacotes com Gorro Cirúrgico Descartável de TNT (Cada pacote com 100 unidades)

4.12.1 Os materiais fornecidos pela CONVENENTE deverão ser entregues no setor de Almoxarifado do CONCEDENTE, seguindo os respectivos horários de funcionamento, mediante conferência do seu recebimento, em conjunto com o gerente de enfermagem.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO CONCEDENTE

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.
O presente documento digital foi conferido com o original que me foi apresentado em formato digital em 01/09/2023 10:34:55 GMT-03:00 pela 1º SERVENTIA DE NOTAS DE GUAXUPÉ - CNS 04116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

5.1 Ofertar campo de estágio obrigatório em seus serviços aos alunos da CONVENENTE, na medida de sua necessidade e disponibilidade, considerando a capacidade física e humana nas unidades receptoras para a realização das atividades a serem desenvolvidas.

5.2 Garantir aos preceptores e alunos discriminados na escala mensal encaminhada pela CONVENENTE, nos termos do tópico 4.6, o uso das unidades de serviços de saúde em concordância com a programação assistencial nos horários acordados.

5.3 Fixar e informar, previamente, o número de vagas disponíveis para os alunos da CONVENENTE, conforme sua capacidade, necessidade e interesse.

5.4 Avaliar junto aos representantes da CONVENENTE, ao término de cada período, as atividades curriculares realizadas.

5.5 Facilitar, aos alunos designados pela CONVENENTE, conforme escala mensal, acesso aos locais ofertados para as atividades curriculares, para conhecimento e entrosamento com os serviços e equipe.

5.6 Informar à CONVENENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração no programa aprovado.

5.7 Assinar, através de seu responsável, o Termo de Compromisso de Estágio dos alunos, conforme modelo encaminhado pela CONVENENTE.

5.8 Informar aos Coordenadores dos Cursos, Preceptores e Alunos da CONVENENTE sobre as normas, rotinas e regulamentos do estágio, através de uma Comissão de Recepção por si realizada antes do início do estágio dos alunos.

6. DA RESCISÃO

6.1 O presente convênio poderá ser rescindido, por qualquer das partes, sem justa causa, mediante comunicação prévia, sempre por escrito, com prazo não inferior a 30 (trinta) dias.

6.2 Poderá ainda ser rescindido o presente instrumento, imediatamente, sem prejuízo do estipulado em cláusulas específicas, por descumprimento de quaisquer cláusulas e condições do presente termo e seus aditivos, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, sem prejuízo da aplicação das medidas judiciais cabíveis à parte infratora, inclusive perdas e danos.

6.3 Caso a CONVENENTE, em decorrência deste contrato, desempenhe atividades em dependências do CONCEDENTE, deverá, por ocasião da rescisão, desocupar o local cedido em 48 (quarenta e oito) horas, impreterivelmente.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Os alunos encaminhados pela CONVENENTE ao CONCEDENTE só poderão iniciar seu estágio depois de firmarem Termo de Compromisso e Aceitação de Estágio, que disporá sobre seus direitos e deveres.

7.2 Terá imediatamente rescindido o seu estágio, o aluno que não observar a conduta disciplinar exigida no Termo de Compromisso e na Aceitação de Estágio por ele assinado, as normas, rotinas e regulamentos do CONCEDENTE.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.
O presente documento digital foi conferido com o original e a assinatura digital foi inserida em 1 de setembro de 2023 10:24:55 GMT-03:00, CNS 041160 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

7.3 Poderá o presente instrumento ser complementado por termos aditivos, visando o desenvolvimento das ações comuns, voltas para integração empresa/escola. As partes praticarão, por intermédio de seus representantes, todos os atos que se tornem necessários à efetiva execução deste convênio.

7.4 Na ausência do professor orientador da CONVENENTE, o Enfermeiro não exercerá, simultaneamente, a função de supervisor de estágios e as atividades assistenciais e/ou administrativas para as quais estiver designado naquele serviço.

7.5 No planejamento e execução do estágio, além da relação entre o número de estagiários e o quadro de pessoal da instituição concedente, prevista no Art. 17 da Lei nº 11.788/2008, deve-se considerar a proporcionalidade do número de estagiários por nível de complexidade da assistência de Enfermagem, na forma do art. 2º, I a IV, da Resolução 371/2010 do COFEN.

7.6 O CONCENDENTE não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com os alunos e tampouco com os preceptores encaminhados pela CONVENENTE.

7.7 O presente instrumento se baseia na cooperação entre as partes e não gera vínculo jurídico ou mesmo a formação de qualquer tipo de sociedade ou grupo econômico entre as contratantes e, tampouco, vínculo empregatício ou qualquer outra obrigação que não as específicas nele mencionadas.

8. Foro.

Estipulam as partes o foro da Comarca de Juiz de Fora, MG como o único competente para dirimir eventuais dúvidas que decorram deste contrato, excluindo-se qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e contratados, as partes firmam este convênio, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Juiz de Fora, 1º de julho de 2022.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ

JB CURSOS DE ENFERMAGEM S.A.

Testemunhas:

Nome: _____
CPF: _____

Nome: _____
CPF: _____

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.

O presente documento digital foi conferido com o original e a assinatura digital de 1 página(s) foi realizada em 01/09/2023 10:24:55 GMT-03:00 pelo OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/3A68-2361-6C42-0BFA ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 3A68-2361-6C42-0BFA

Hash do Documento

C67DEC926EF1A2797A436285D971D30AB8D9803E36A51B9E37AF511BAB164995

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 18/07/2022 é(são) :

☑ VICTOR VITOI CANGUSSU (DIRETOR TÉCNICO ADMINISTRATIVO) - 071.***.***-50 em 18/07/2022 11:32 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Mon Jul 18 2022 11:32:18 GMT-0300 (-03)
Geolocation Location not shared by user.
IP 152.255.115.66
Assinatura:



Hash Evidências:
9E277283C9E0501B5CF2440C9B65F39405BA493C8A3899789E303C40A044D75B

☑ Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) - 108.***.***-98 em 08/07/2022 16:35 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Fri Jul 08 2022 16:35:34 GMT-0300 (GMT-03:00)
Geolocation Latitude: -21.7773818 Longitude: -43.3597666 Accuracy: 16.196

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

IP 201.55.120.194

Assinatura:



Hash Evidências:

F4C43E2E16CB5CB41A11013BB987BDC9AEEA844170086756DA0811CA4CBE3C35

- MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - 485.***.***-34 em 07/07/2022 17:30 UTC-03:00

  Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida

  Tipo: Certificado Digital

- Alessandra Aguiar Lopes - 103.***.***-08 em 07/07/2022 13:48 UTC-03:00

  Tipo: Assinatura Eletrônica

  Identificaçao: Por email: alessandra.lopes@prozeducacao.com.br

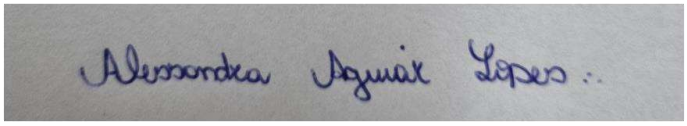
  Evidências

  Client Timestamp Thu Jul 07 2022 13:47:50 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

  Geolocation Latitude: -19.922361 Longitude: -43.938316 Accuracy: 87

  IP 187.1.83.142

  Assinatura:



  Hash Evidências:

  536ACB90F8CFF3BFB684A53B786399519A8BA63F4F2558D706BF0BC406CE614D

- BERNARDO SLEUMER HAMACEK - 645.***.***-34 em 07/07/2022 13:42 UTC-03:00

  Tipo: Assinatura Eletrônica

  Identificaçao: Por email: bernardo.hamacek@prozeducacao.com.br

  Evidências

  Client Timestamp Thu Jul 07 2022 13:42:54 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

  Geolocation Latitude: -19.9493346 Longitude: -43.9265005 Accuracy: 14.297

  IP 189.59.182.56

  Assinatura:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Hash Evidências:

F8CFB02ED7F31C0A63F088A43E1F64238ECB8D8CCEA69A88838CB57EB066F954

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONVÊNIO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIOS E AULAS PRÁTICAS CELEBRADO ENTRE INSTUTO ENSINE E HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS.

Por este instrumento particular e na melhor forma de direito:

INSTITUTO ENSINE DE PESQUISA E EDUCACAO inscrita no CNPJ sob o nº 42.530.374/0001-69, com endereço na Rua Coronel Pimenta, N°19, alto B, Centro – Itaperuna –J, CEP 28.300-000, doravante denominada simplesmente INSTITUIÇÃO DE ENSINO, neste ato representada por seu diretor Dr. Vitor Hugo Vidal Rangel Júnior e de outro lado, **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, estabelecida à Rua Doutor Dirceu de Andrade, n. 33 – Bairro São Mateus - Juiz de Fora/MG, CEP 36.025-330 doravante denominada simplesmente CONVENENTE, neste ato representada por seu diretor presidente Sr. Marco Antônio Guimarães de Almeida.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

A CONVENENTE poderá oferecer, conceder estágios e aulas práticas nas dependências de seus hospitais à alunos regularmente matriculados na INSTITUIÇÃO DE ENSINO, e que venham frequentando, efetivamente, o seu curso de pós-graduação em enfermagem obstétrica.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES

2.1. A INTITUIÇÃO DE ENSINO compromete-se a:

I - celebrar, através da Coordenadoria de Estágios/Coordenadoria do Curso, termo de compromisso de estágio com a parte CONCEDENTE e o aluno.

II - avaliar as instalações da parte CONCEDENTE e a sua adequação à formação cultural e profissional do aluno.

III - indicar um professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;

IV - exigir do educando, em prazo não superior a um semestre acadêmico, relatório de atividades conforme estabelecido no termo de compromisso e nas normas do curso;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

V - comunicar à parte convenente do estágio, no início do período letivo, as datas de realização de avaliações escolares ou acadêmicas;

VI - zelar pelo cumprimento do termo de compromisso, reorientando o estagiário para outro local em caso de descumprimento de suas normas;

VII - contratar em favor do estagiário seguro contra acidentes pessoais, cuja apólice seja compatível com valores de mercado, conforme fique estabelecido no termo de compromisso, cujas apólices encontram-se anexas e serão fornecidas em contrato com a seguradora escolhida, sendo reapresentadas pela INSTITUIÇÃO DE ENSINO sempre no momento de sua renovação;

VIII – fornecer aos funcionários da instituição CONVENENTE, em específico à equipe de profissionais da enfermagem, o curso de atualização nas principais urgências e emergências obstétricas, conforme cronograma e projeto pedagógico anexo a este instrumento, limitado ao número de 18 funcionários divididos em quatro turmas.

IX – fornecer aos alunos todos os equipamentos e insumos necessários para prática do estágio.

2.2. A CONVENENTE compromete-se a:

I - conceder estágios ao corpo discente da INSTITUIÇÃO DE ENSINO, observadas a legislação vigente e as disposições do convênio;

II - celebrar termo de compromisso de estágio com a IES e com o aluno, zelando pelo seu cumprimento;

III - ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao aluno atividades de aprendizagem social, profissional e cultural;

IV - indicar um funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar as atividades desenvolvidas pelo estagiário;

V - assegurar que o estagiário encaminhe o relatório de atividades definido no item IV, devidamente assinado, ao coordenador de estágios do curso, ao final de cada semestre letivo;

VI - entregar termo de realização do estágio com indicação resumida das atividades desenvolvidas, dos períodos e da avaliação de desempenho, em caso de desligamento do estagiário;

2.3. O ESTAGIÁRIO compromete-se a:

I - Executar as tarefas que lhe forem atribuídas pelo supervisor do estágio, com toda diligencia necessário;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

II - cumprir a carga horária estabelecida, os horários e a duração do estágio;

CLÁUSULA TERCEIRA - DA DURAÇÃO E JORNADA DO ESTÁGIO

3.1. Observar a duração do estágio, a qual não poderá exceder a 06 (seis) meses, contados a partir da data de início da vigência do termo de compromisso de estágio.

3.2. Assegurar ao educando período de recesso de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias escolares, sempre que houver duração igual ou superior a 1 (um) ano.

3.3. Explicitar a carga horária semanal de atividades e a duração no TCE e no Plano de Atividades de Estágio, observado o disposto nos Regulamentos dos Cursos/Áreas.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO

O presente convênio entrará em vigor na data de sua assinatura e terá validade de 01 (um) ano, podendo ser rescindido por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso com antecedência mínima de (30) trinta dias, sem justo motivo, ou por inadimplência de suas cláusulas, pelo fim do prazo ou por superveniência de outro convênio entre as partes que venha a substituir o presente, além de demais situações previstas em lei ou, ainda, por acordo entre as partes.

CLÁUSULA QUINTA – DA RELAÇÃO JURÍDICA DO ESTAGIÁRIO COM AS PARTES.

O estágio realizado ao abrigo deste Convênio, consubstanciado neste documento, não acarretará qualquer vinculo empregatício, conforme o disposto na Lei 11.788/08.

CLÁUSULA SEXTA – DO FORO

Para dirimir qualquer conflito decorrente deste termo de convênio, que não possa ser através de mútuo entendimento, as partes elegem o foro da Comarca de Juiz de Fora – MG, renunciado desde logo, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E por estarem justas e acordadas, as partes assinam o presente termo, em duas vias igual teor, forma e valia.

E, por estarem assim justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento de convênio em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para que surta seus jurídicos e legais efeitos, na presença de duas testemunhas.

Juiz de Fora, 12 de abril de 2023.

_____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Vitor Hugo Vidal Rangel Júnior
INSTITUTO ENSINE

_____

Marco Antônio Guimarães de Almeida
HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS

Testemunhas:

_____
Nome:
CPF:

_____
Nome:
CPF:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Minuta Convênio Estágio IESPE - HMTJ AJUSTADA
Autor: Juliana Marchini da Rocha Gomes - julianagomes@hmtj.org.br
Status: Finalizado
Hash: C0-1A-1A-BE-94-63-67-6C-B9-8E-68-9C-9B-A6-D9-7D-FC-EF-6A-87
Hash SHA256: 8bfc598b55490a98d7230ebb35798d27160c9e69c5bf5f2c9db615c0ea2818dc

Assinaturas

Nome: Vítor hugo vidal rangel junior - **CPF/CNPJ:** 011.719.086-10 - **Cargo:** Diretor
E-mail: diretor@ensin-e.edu.br - **Data:** 13/04/2023 07:32:57
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 13/04/2023 07:32:01 - **Leitura completa em:** 13/04/2023 07:32:07
IP: 152.255.121.236 - **IPV6:** 2804:18:482c:9022:c06d:628:e57c:8afe
Geolocalização: -21.779169079999992, -43.34219740999998

Nome: Victor Pessamiglio - **CPF/CNPJ:** 082.893.316-22
E-mail: victorpessamiglio@hmtj.org.br - **Data:** 13/04/2023 08:12:18
Status: Assinado eletronicamente como testemunha
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 13/04/2023 08:11:16 - **Leitura completa em:** 13/04/2023 08:12:10
IP: 201.55.120.194
Geolocalização: -21.778481, -43.3599966

Nome: walbet de mattos vianna junior - **CPF/CNPJ:** 067.053.046-85 - **Cargo:** Diretor
E-mail: w@iespe.com.br - **Data:** 13/04/2023 14:40:41
Status: Assinado eletronicamente como testemunha
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 13/04/2023 14:40:14 - **Leitura completa em:** 13/04/2023 14:40:24
IP: 186.235.100.111 - **IPV6:** 2804:2484:813c:be00:18bc:af93:658:2e30
Geolocalização: -21.7740774, -43.3391125

Nome: Victor Vitoi Cangussu - **CPF/CNPJ:** 071.200.576-50 - **Cargo:** Diretor Técnico
E-mail: victorcangussu@hmtj.org.br - **Data:** 13/04/2023 18:38:51
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 13/04/2023 18:38:40 - **Leitura completa em:** 13/04/2023 18:38:45
IP: 152.255.113.1 - **IPV6:** 2804:18:4083:443c:5c98:45ba:fef9:167
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante

Nome: Marco Antônio Guimarães de Almeida - **CPF/CNPJ:** 21.583.042/0001-72 - **Cargo:** Diretor Presidente
E-mail: marcoantonio@hmtj.org.br - **Data:** 20/04/2023 17:03:40
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 13/04/2023 08:36:02 - **Leitura completa em:** 13/04/2023 08:36:58
IP: 186.233.41.210
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=C0-1A-1A-BE-94-63-67-6C-B9-8E-68-9C-9B-A6-D9-7D-FC-EF-6A-87.

Código HASH: C0-1A-1A-BE-94-63-67-6C-B9-8E-68-9C-9B-A6-D9-7D-FC-EF-6A-87

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UniAcademia
Centro Universitário

TERMO DE CONVÊNIO DE ESTÁGIO

CONVÊNIO DE ESTÁGIO que, entre si, celebram HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, doravante denominada Concedente, situada na Rua Dr Dirceu de Andrade, 33, Bairro São Mateus, Cidade Juiz De Fora / Estado MG, CEP 36.025-330, CNPJ 21.583.042/0001-72, neste ato representado por Marco Antônio Guimarães de Almeida, Cargo Diretor Presidente, e o CENTRO UNIVERSITÁRIO ACADEMIA - UNIACADEMIA, com sede na Rua Halfeld, nº. 1.179, Centro, Juiz de Fora / MG, representado por seu Coordenador de Estágio, MARCO ANTÔNIO PEREIRA ARAÚJO e mantido pela ASSOCIAÇÃO PROPAGADORA ESDEVA, inscrito no CNPJ sob o nº. 21.562.368/0017-80; Em conformidade com a Lei nº. 11.788/2008, as Resoluções e as Normas Internas das partes envolvidas, e as cláusulas e condições seguintes:

Cláusula primeira A Concedente propiciará estágio curricular Obrigatório e Não obrigatório a estudantes matriculados e freqüentes nos cursos do UniAcademia em qualquer de seus Campi, de acordo com suas disponibilidades e vagas de estágio.

Cláusula segunda O Estágio deverá proporcionar ao estagiário uma complementação profissional, social e cultural, em conformidade com o Calendário Escolar e Projeto Pedagógico dos cursos do UniAcademia.

Cláusula terceira Caracterização do Estágio Não obrigatório

Estágio Não obrigatório é aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga horária regular e obrigatória.

3.1 - Os ESTAGIÁRIOS serão escolhidos a partir de critérios estabelecidos pela CONCEDENTE e pelo UniAcademia;

3.2 - A jornada de atividades dos estagiários será estabelecida pela Concedente, sem prejuízo das atividades escolares, não podendo ultrapassar o limite de 06 horas diárias/30 horas semanais;

3.3 - A duração do estágio será estabelecida pela CONCEDENTE e pelo UniAcademia, limitada a permanência do ESTAGIÁRIO junto à CONCEDENTE por no máximo dois anos, exceto para portador de deficiência;

Para conferir integridade e assinaturas acesse: https://www.assinebem.com.br/validar e digite o codigo: 80fb3c47-ded2-452e-9898-8651a76ecb1d

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código F6D2-3611-51B0-17C9.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código F6D2-3611-51B0-17C9.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por MARIA APARECIDA RIBEIRO GUIMARÃES, em 01/09/2023 10:34:55 GMT-0300, CNS 04116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Cláusula quarta Obrigações da Concedente para o Estágio Não obrigatório

As pessoas jurídicas de direito privado e os órgãos da administração pública direta, autárquica e fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como profissionais liberais de nível superior, devidamente registrados em seus respectivos conselhos de fiscalização profissional, podem oferecer estágio, observadas as seguintes obrigações:

4.1 - Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar a realização das atividades de estágio;

4.2 - Observar a legislação relacionada à saúde e segurança no trabalho;

4.3 - Enviar ao UniAcademia, com periodicidade mínima de 6 (seis) meses, relatório de atividades, com vista obrigatória ao estagiário, bem como a avaliação final do estágio;

4.4 - Celebrar o Termo de Compromisso entre os ESTAGIÁRIOS e a CONCEDENTE, com interveniência do UniAcademia, de acordo com a Lei nº. 11.788/2008, no qual estarão acertadas as condições do estágio;

4.4.1 - O descumprimento de qualquer das obrigações contidas no Termo de Compromisso, caracteriza vínculo de emprego do ESTAGIÁRIO com a parte CONCEDENTE para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária, conforme art. 3º, § 2º, da Lei nº. 11.788/2008;

4.5 - Assegurar ao ESTAGIÁRIO que desenvolva estágio com duração igual ou superior a um ano recesso remunerado de trinta dias ou proporcional nos casos de estágio inferior a um ano, preferencialmente durante suas férias escolares;

4.6 - Indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do ESTAGIÁRIO, para orientar e supervisionar até 10 (dez) ESTAGIÁRIOS simultaneamente;

4.7 - Contratar em favor do ESTAGIÁRIO seguro contra acidentes pessoais, cuja apólice seja compatível com valores de mercado, devendo constar no Termo de Compromisso o nome da seguradora e o número da apólice de seguro;

4.8 - Por ocasião do desligamento do ESTAGIÁRIO, entregar termo de realização do estágio com indicação resumida das atividades desenvolvidas, dos períodos e da avaliação de desempenho;

4.9 - Pagar para o ESTAGIÁRIO a bolsa ou outra forma de contraprestação que venha a ser acordada, sendo compulsória a sua concessão, bem como a do auxílio-transporte.

Cláusula quinta Obrigações do UniAcademia para o Estágio Não obrigatório

São obrigações do UniAcademia, em relação aos estágios:

5.1 - Orientar e avaliar o estágio, nos termos das normas internas, currículos e projetos pedagógicos, devendo intervir na relação estabelecida, sempre que julgar necessário, nos termos da Lei nº. 11.788/2008;

Para conferir integridade e assinaturas acesse: https://www.assinebem.com.br/validar e digite o codigo: 80fb3c47-ded2-452e-9898-8651a76ecb1d

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código F6D2-3611-51B0-17C9.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código F6D2-3611-51B0-17C9.

O presente documento digital foi conferido com o original que me foi apresentado em meio físico e assinado digitalmente em 1 de setembro de 2023 10:45:55 GMT-03:00, CNS 04160 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

5.2 - Avaliar as instalações da parte CONCEDENTE do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional do ESTAGIÁRIO e indicar professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do ESTAGIÁRIO.

Cláusula sexta Caracterização do Estágio Obrigatório

Estágio obrigatório é aquele definido como tal no projeto pedagógico do curso, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma.

6.1 - A jornada de atividades dos estagiários será estabelecida pelo UniAcademia de acordo com o projeto pedagógico do curso;

6.2 - A duração do estágio será estabelecido pelo UniAcademia de acordo com o projeto pedagógico do curso, sendo sempre durante o semestre letivo.

Cláusula sétima Obrigações da Concedente para o Estágio Obrigatório

7.1 - Aceitar o ESTAGIÁRIO indicado pelo UniAcademia, para desenvolver as atividades propostas no Projeto Pedagógico do curso;

7.2 - Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar a realização das atividades de estágio;

7.3 - Assinar o Termo de Compromisso celebrado pelo UniAcademia.

Cláusula oitava Obrigações do UniAcademia para o Estágio obrigatório

São obrigações do UniAcademia, em relação aos estágios:

8.1 - Celebrar o Termo de Compromisso entre os ESTAGIÁRIOS e a CONCEDENTE de acordo com a Lei nº. 11.788/2008, no qual estarão acertadas as condições do estágio obrigatório;

8.2 - Contratar em favor do ESTAGIÁRIO seguro contra acidentes pessoais, cuja apólice seja compatível com valores de mercado, devendo constar no Termo de Compromisso o nome da seguradora e o número da apólice de seguro.

Cláusula nona - Os ESTAGIÁRIOS não terão qualquer vínculo empregatício com a CONCEDENTE, conforme determina o artigo 3º da Lei nº. 11.788/2008.

Parágrafo único: O descumprimento de qualquer das obrigações contidas no Termo de Compromisso, caracteriza vínculo de emprego do ESTAGIÁRIO com a parte CONCEDENTE para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária, conforme art. 3º, § 2º, da Lei nº. 11.788/2008.

Cláusula décima - Os ESTAGIÁRIOS somente poderão iniciar as atividades de estágio junto a CONCEDENTE com toda a documentação regularizada, sendo que os estágios iniciados sem a autorização e assinatura do UniAcademia não serão por este reconhecidos.

Para conferir integridade e assinaturas acesse: https://www.assinebem.com.br/validar e digite o codigo: 80fb3c47-ded2-452e-9898-8651a76ecb1d

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código F6D2-3611-51B0-17C9.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A1L-5M20-6X7G-9E1A.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA, em 01/09/2023 10:45:55 GMT-03:00, CNS 04116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Parágrafo único: As partes devem apresentar documentos idôneos, autênticos e legítimos, e em caso de falsificação e/ou informações inverídicas ficará sujeito às penalidades previstas na legislação vigente no país.

Cláusula décima primeira - O presente convênio vigorará por tempo indeterminado a partir de sua assinatura, podendo ser rescindido desde que qualquer das partes convenientes notifiquem à outra com antecedência de dez dias, sem prejuízo para as atividades de estágio vigentes e autorizadas ou de imediato na hipótese de descumprimento de qualquer das cláusulas contratuais.

Cláusula décima segunda - Fica eleito o foro da cidade de Juiz de Fora, Estado de Minas Gerais, para dirimir quaisquer controvérsias oriundas deste convênio.

E, por estarem de pleno acordo, foi o presente instrumento, assinado pelas partes, em duas vias de igual teor, para que produza todos os efeitos legais.

Juiz de Fora, 01 de abril de 2023.

Para conferir integridade e assinaturas acesse: https://www.assinebem.com.br/validar e digite o codigo: 80fb3c47-ded2-452e-9898-8651a76ecb1d

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código F6D2-3611-51B0-17C9.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código F6D2-3611-51B0-17C9.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA e Tribunal de Justica do Estado de Minas Gerais, em 01/04/2023 10:45:55 GMT-03:00, CNS 041160 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/F6D2-3611-51B0-17C9 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: F6D2-3611-51B0-17C9

Hash do Documento

DD57952364869834D69ABD97086077DD3F340AA54B48DA7DE2C0C065A541BA90

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 15/05/2023 é(são) :

☑ MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - ***.399.966-** em 15/05/2023 16:19 UTC-03:00
Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida
Tipo: Certificado Digital

Para conferir integridade e assinaturas acesse: https://www.assinebem.com.br/validar e digite o codigo: 80fb3c47-ded2-452e-9898-8651a76ecb1d

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

assine Bem

Assinado Digitalmente

Marco Antonio Pereira Araújo
Coordenador de Estágio

Assinatura Digital
Solicitado em: 16/05/2023 11:24:09
Identificação: convˆenio_hmtj.pdf
Número de assinaturas: 1
Status: Assinado

Solicitante
Associa¸c˜ao Propagadora ESDEVA

Hash do arquivo original
8c13e607efdaf3f391ece960f98c810c77f10075eb
434e295dd2c847d14351b2

QR code

Assinaturas digitais:

Coordenador de Estágio: Marco Antônio Pereira Araújo/

ID: f948dd16-1d72-484c-848b-ee7a7061ee63
IP: 186.248.154.180
Visualizado em: 16/05/2023 17:44:25
Assinado em: 16/05/2023 17:44:43

Etapas de seguranca

Confirma¸c˜ao CPF — Dados b´asicos (Nome, CPF, RG) — Nu´mero de celular — E-mail — Documento de identifica¸c˜ao — Autoriza¸c˜ao p/ assinatura digital

Acesse a URL abaixo para autenticar o documento

Autenticação Digital: 80fb3c47-ded2-452e-9898-8651a76ecb1d
https://www.assinebem.com.br/validar

Para conferir integridade e assinaturas acesse: https://www.assinebem.com.br/validar e digite o codigo: 80fb3c47-ded2-452e-9898-8651a76ecb1d

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONVÊNIO DE ESTÁGIO

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72 e Inscrição Estadual isento, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, n. 33, Bairro São Mateus, CEP 36.025-330, Juiz de Fora, MG, doravante denominado simplesmente CONCEDENTE**,** por seu representante legal infra-assinado, e **SOCIEDADE EDUCADORA MORAES JUNIOR**, situada na Rua Espírito Santo, n. 1301, Centro, CEP 36.016-200, Juiz de Fora, MG, inscrita no CNPJ sob o n. **21.578.372/0001-70**, doravante denominada CONVENENTE, por sua representante legal infra-assinado, resolvem celebrar o presente convênio para realização de estágio curricular obrigatório dos alunos dos cursos de Instrumentação Cirúrgica e Técnico em Enfermagem, que se submeterá às seguintes cláusulas e condições:

1. OBJETO.

1.1 Constitui objeto do presente convênio, a concessão, pelo CONCEDENTE, de estágio obrigatório (não remunerado) aos alunos regularmente matriculados no **Curso de Técnico de Enfermagem** do CONVENENTE, e que satisfaçam as condições exigidas pelo CONCEDENTE.

1.2 O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

2. VIGÊNCIA.

2.1 O presente instrumento vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir de 01 de julho de 2022, sendo renovado automaticamente por períodos iguais e subsequentes, na ausência de manifestação expressa e contrária das partes contratantes.

3. DO PRAZO DE DURAÇÃO DO ESTÁGIO

3.1 O estágio objeto deste pacto terá duração máxima de 30 (trinta) dias, de segunda-feira a domingo, conforme planilha que será enviada ao CONCEDENTE pela CONVENENTE, podendo ser interrompido a pedido do interessado ou por conveniência do CONCEDENTE.

3.2 A interrupção, em qualquer das modalidades a que alude o item 3.1, retro, dar-se-á de imediato, sem necessidade de comunicação prévia, salvo nos casos de alunos portadores de deficiência.

4. DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENENTE

4.1 Abrir inscrições entre seus alunos para o preenchimento das vagas ofertadas pelo CONCEDENTE.

4.2 Indicar professor orientador na área do estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades dos estagiários por ela encaminhados, assegurando, assim, a supervisão dos alunos que estiverem atuando nos campos ofertados.

4.3 Apresentar ao CONCEDENTE, antes do início das atividades, para conhecimento e acompanhamento: Cópia do Termo de Convênio/Aditivo vigente, Plano de Atividades do estagiário, relação nominal com número de matrícula dos alunos

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9B48-B3C2-5856-5701.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9B48-B3C2-5856-5701.
O presente documento digital foi conferido com o original que me foi apresentado em MARIA GUARINI FERREIRA LOPES em 01/09/2022 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 041160 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
811

encaminhados, nome e contato dos Coordenadores/Professores responsáveis pelo estágio, Termo de Compromisso de Estágio.

4.4 Apresentar comprovação/cartão de vacina de todos os estagiários e preceptores com imunização de BCG, Dupla Adulto (recente), Rubéola, Sarampo e Hepatite B (Três doses), junto ao Serviço de Saúde Ocupacional do Concedente.

4.5 Participar, quando solicitada, de reuniões nas unidades receptoras de estágio.

4.6 Fornecer ao CONCEDENTE, mensalmente, escala de alunos e preceptores, da qual constem o nome e o número de alunos e preceptores encaminhados por turno, incluindo os finais de semana.

4.7 Encaminhar Preceptor, após aprovação do Plano de Atividades do Estágio, para reconhecimento do local de estágio, conhecendo as condições de funcionamento, antes de seu início.

4.8 Informar ao CONCEDENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.9 Assegurar que os alunos se apresentem nos respectivos locais de atividades curriculares, devidamente paramentados, de acordo com as atividades curriculares exercidas.

4.10 Respeitar as questões de cunho privativo do CONCEDENTE, Código de Ética, Carta de Direitos do Paciente e Leis que regulamentam a categoria profissional e normas e rotinas do serviço.

4.11 Realizar seguro contra acidentes pessoais para todos os alunos que estiverem atuando nos campos de estágio disponibilizados, encaminhando ao CONCEDENTE, antes do início das atividades, a cópia da apólice do seguro e seu respectivo número.

4.12 Fornecer ao CONCEDENTE, semestralmente, como contrapartida, os seguintes materiais:

PARA OS ALUNOS DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
QUANTIDADE	**MATERIAIS**
20	Caixas de Luvas de Procedimento (Cada caixa contendo 100 unidades)
20	Caixas de Máscara Cirúrgica Descartável (Cada caixa contendo 50 unidades)
80	Pacotes de Capotes de Manga Longa Descartável de TNT (Cada pacote com 10 unidades)
20	Pacotes com Gorro Cirúrgico Descartável de TNT (Cada pacote com 100 unidades)

4.12.1 Os materiais fornecidos pela CONVENENTE deverão ser entregues no setor de Almoxarifado do CONCEDENTE, seguindo os respectivos horários de funcionamento, mediante conferência do seu recebimento, em conjunto com o gerente de enfermagem.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO CONCEDENTE

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9B48-B3C2-5856-5701.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9B48-B3C2-5856-5701.
O presente documento é cópia fiel do original, conforme certidão lavrada em meio digital de 1 (uma) folha, em 01/09/2023 10:34:56 GMT-0300, CNS: 11160 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

5.1 Ofertar campo de estágio obrigatório em seus serviços aos alunos da CONVENENTE, na medida de sua necessidade e disponibilidade, considerando a capacidade física e humana nas unidades receptoras para a realização das atividades a serem desenvolvidas.

5.2 Garantir aos preceptores e alunos discriminados na escala mensal encaminhada pela CONVENENTE, nos termos do tópico 4.6, o uso das unidades de serviços de saúde em concordância com a programação assistencial nos horários acordados.

5.3 Fixar e informar, previamente, o número de vagas disponíveis para os alunos da CONVENENTE, conforme sua capacidade, necessidade e interesse.

5.4 Avaliar junto aos representantes da CONVENENTE, ao término de cada período, as atividades curriculares realizadas.

5.5 Facilitar, aos alunos designados pela CONVENENTE, conforme escala mensal, acesso aos locais ofertados para as atividades curriculares, para conhecimento e entrosamento com os serviços e equipe.

5.6 Informar à CONVENENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração no programa aprovado.

5.7 Assinar, através de seu responsável, o Termo de Compromisso de Estágio dos alunos, conforme modelo encaminhado pela CONVENENTE.

5.8 Informar aos Coordenadores dos Cursos, Preceptores e Alunos da CONVENENTE sobre as normas, rotinas e regulamentos do estágio, através de uma Comissão de Recepção por si realizada antes do início do estágio dos alunos.

6. DA RESCISÃO

6.1 O presente convênio poderá ser rescindido, por qualquer das partes, sem justa causa, mediante comunicação prévia, sempre por escrito, com prazo não inferior a 30 (trinta) dias.

6.2 Poderá ainda ser rescindido o presente instrumento, imediatamente, sem prejuízo do estipulado em cláusulas específicas, por descumprimento de quaisquer cláusulas e condições do presente termo e seus aditivos, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, sem prejuízo da aplicação das medidas judiciais cabíveis à parte infratora, inclusive perdas e danos.

6.3 Caso a CONVENENTE, em decorrência deste contrato, desempenhe atividades em dependências do CONCEDENTE, deverá, por ocasião da rescisão, desocupar o local cedido em 48 (quarenta e oito) horas, impreterivelmente.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Os alunos encaminhados pela CONVENENTE ao CONCEDENTE só poderão iniciar seu estágio depois de firmarem Termo de Compromisso e Aceitação de Estágio, que disporá sobre seus direitos e deveres.

7.2 Terá imediatamente rescindido o seu estágio, o aluno que não observar a conduta disciplinar exigida no Termo de Compromisso e na Aceitação de Estágio por ele assinado, as normas, rotinas e regulamentos do CONCEDENTE.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9B48-B3C2-5856-5701.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9B48-B3C2-5856-5701.
O presente documento digital foi conferido com o original que me foi apresentado em meio físico em 01/09/2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS 041160 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

7.3 Poderá o presente instrumento ser complementado por termos aditivos, visando o desenvolvimento das ações comuns, voltas para integração empresa/escola. As partes praticarão, por intermédio de seus representantes, todos os atos que se tornem necessários à efetiva execução deste convênio.

7.4 Na ausência do professor orientador da CONVENENTE, o Enfermeiro não exercerá, simultaneamente, a função de supervisor de estágios e as atividades assistenciais e/ou administrativas para as quais estiver designado naquele serviço.

7.5 No planejamento e execução do estágio, além da relação entre o número de estagiários e o quadro de pessoal da instituição concedente, prevista no Art. 17 da Lei nº 11.788/2008, deve-se considerar a proporcionalidade do número de estagiários por nível de complexidade da assistência de Enfermagem, na forma do art. 2º, I a IV, da Resolução 371/2010 do COFEN.

7.6 O CONCENDENTE não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com os alunos e tampouco com os preceptores encaminhados pela CONVENENTE.

7.7 O presente instrumento se baseia na cooperação entre as partes e não gera vínculo jurídico ou mesmo a formação de qualquer tipo de sociedade ou grupo econômico entre as contratantes e, tampouco, vínculo empregatício ou qualquer outra obrigação que não as específicas nele mencionadas.

8. Foro.

Estipulam as partes o foro da Comarca de Juiz de Fora, MG como o único competente para dirimir eventuais dúvidas que decorram deste contrato, excluindo-se qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e contratados, as partes firmam este convênio, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Juiz de Fora, 1º de julho de 2022.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ

SOCIEDADE EDUCADORA MORAES JUNIOR:21578372000170
Assinado de forma digital por SOCIEDADE EDUCADORA MORAES JUNIOR:21578372000170
Dados: 2022.07.06 09:29:00 -03'00'

SOCIEDADE EDUCADORA MORAES JUNIOR

Testemunhas:

Nome: _____
CPF: _____

Nome: _____
CPF: _____

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9B48-B3C2-5856-5701.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9B48-B3C2-5856-5701.
O presente documento digital foi conferido com o original que me foi apresentado em MAIRIPORÃ - SP, em 01/08/2023 10:34:56 GMT-0300, CNS: 041160 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/9B48-B3C2-5856-5701 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 9B48-B3C2-5856-5701

Hash do Documento

58DB77EBA6828DF8E491761C6447B79B088E6F8BD1DC4F2D2C7EA416029E0AAA

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 07/07/2022 é(são) :

☑ VICTOR VITOI CANGUSSU (DIRETOR TÉCNICO ADMINISTRATIVO) - 071.***.***-50 em 07/07/2022 11:12 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Thu Jul 07 2022 11:12:35 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.7815001 Longitude: -43.3644795 Accuracy: 13.901
IP 186.235.109.34
Assinatura:



Hash Evidências:
6BFA1C0B48FD6DA905E1CD82D2B14BD1875C6DEACC6198FD0C5EB5D39B60584C

☑ MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - 485.***.***-34 em 06/07/2022 18:15 UTC-03:00
Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida
Tipo: Certificado Digital

☑ Juliana Gomes de Carvalho (TESTEMUNHA) - 112.***.***-04 em 06/07/2022 12:17 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: julianagcarvalho@hotmail.com

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Evidências

Client Timestamp Wed Jul 06 2022 12:23:20 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.7599456 Longitude: -43.3498097 Accuracy: 128.8990020751953
IP 177.51.36.8
Assinatura:



Hash Evidências:
C8B8A4D38BD88669F72867155D71656403DA0E8762CB4BC5DB3290170BF47F2B

☑ Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) - 108.***.***-98 em 06/07/2022 12:16 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Wed Jul 06 2022 12:14:39 GMT-0300 (GMT-03:00)
Geolocation Latitude: -21.7773976 Longitude: -43.3597429 Accuracy: 12.648
IP 201.55.120.194
Assinatura:



Hash Evidências:
0C2FED7DFC545895DD71802B439FC8950A1A50828C33011C6D91B0CF329D7438

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONVÊNIO

CENTRO DE INTEGRAÇÃO EMPRESA-ESCOLA - MG
Associação Social de Interesse Público

EMPRESA **Nº E.M** 5536/03

Juiz de Fora, 01 de Agosto de 2003

EMPRESA (Unidade Concedente de Oportunidade de Estágio): HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Endereço: R: Dr. Dirceu de Andrade, 33 Fone: (32) 4009-2319

Bairro: São Mateus Cidade: Juiz de Fora UF: MG CEP: 36.025-330

Ramo de Atividade: Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências.

Inscrições: CNPJ/MF: 21.583.042/0001-72 Estadual: --- CCM: ---

Representada por: Dr. Jorge Montessi Cargo: Diretor

Responsável pela administração deste Convênio (na Empresa):

Nome: Dr. Jorge Montessi Cargo: Diretor

e o Centro de Integração Empresa Escola de Minas Gerais, CIEEMG, Associação de Direito Privado, autônoma, de âmbito estadual, de interesse público (municipal, estadual e federal) que atua nos setores atinentes ao desenvolvimento dos processos de formação profissional, técnica, cultural e científica, bem como na integração entre as Instituições de Ensino e Empresas (particulares ou públicas), com vistas à otimização da absorção do profissional pelo mercado de trabalho, com personalidade jurídica própria, conforme registro nº 5.332 - Livro "A" nº 7, em 08/06/65, no Cartório Jero Oliva (Registro Civil de Pessoas Jurídicas) de Belo Horizonte - MG, com sede na Rua Célio de Castro, 79 - Floresta - CEP 31110-000 - Belo Horizonte/Estado de Minas Gerais - Fone: (31) 3429-8100 - Fax: (31) 3421-6214 - Inscrição no CNPJ (MF): 21.728.779/0001-36.

Representado por: Waldemar Dornas Pereira Cargo: Superintendente Executivo

Responsável pela administração deste Convênio (no CIEEMG):

Nome: Thereza Cristina de Oliveira Rampinelli Cargo: Supervisora

Celebram entre si este Convênio, estipulando as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA 1ª

Este Convênio estabelece Cooperação Recíproca entre as partes, visando ao desenvolvimento de atividades conjuntas capazes de propiciar a plena operacionalização de Estágio de Estudantes, como uma Estratégia de Profissionalização, que complementa o processo Ensino-Aprendizagem sendo um procedimento didático-pedagógico, em consonância com a legislação específica, ficando a Unidade Concedente, neste ato, inscrita no Quadro de Membros-Cooperadores do CIEEMG, conforme determina seu Estatuto Social.

§ 1º - O CIEEMG, exercendo seu papel de Agente de Integração, facilitará formalmente os procedimentos de caráter legal, técnico, burocrático e administrativo para a Unidade Concedente, perante às Instituições de Ensino.

§ 2º - O Estágio representa a oportunidade que a Unidade Concedente oferece, em suas dependências, ao estudante de receber um treinamento prático na linha de sua formação profissional, em situações reais de trabalho.

§ 3º - A oportunidade concedida se traduz pelo conjunto de fatores que, durante o período de realização do Estágio, são colocados à disposição do estudante-estagiário, sob a forma não só de tempo e espaço físico-operacional, mas também de recursos humanos, técnicos e instrumentais.

CLÁUSULA 2ª

Para cumprir o estabelecido na Cláusula 1ª, caberá ao CIEEMG:

a) – relacionar-se com as Instituições de Ensino e com elas celebrar Convênios específicos, nos quais deverão conter as condições exigidas pelas mesmas para a caracterização e definição dos estágios de seus alunos;

b) – informar à Unidade Concedente as condições mencionadas na alínea "a";

c) – obter da Unidade Concedente a quantificação das oportunidades de Estágio possíveis de serem concedidas, com identificação dos respectivos cursos;

d) – promover o ajuste das condições de Estágio, definidas pelas Instituições de Ensino, com as condições/disponibilidade da Unidade Concedente, explicitando as principais atividades a serem desenvolvidas pelo Estagiário;

e) – encaminhar à Unidade Concedente os estudantes que se identificarem com as respectivas oportunidades de Estágio concedidas;

f) – diligenciar para que a Unidade Concedente preencha, formalmente, a autorização para Elaboração do Termo de Compromisso de Estágio, informando o nome dos estudantes que, efetivamente, realizarão a atividade de Estágio;

817
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADEMARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 01/09/2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

g) – diligenciar para que a Instituição de Ensino, a Unidade Concedente e o Estudante assinem o respectivo Termo de Compromisso de Estágio, com a anuência do CIEEMG;

h) – preparar toda a documentação legal referente ao Estágio e efetivar o Seguro Contra Acidentes Pessoais em favor dos Estagiários;

i) – conceder, através do Fundo Interno de Bolsa-Auxílio (FIBA), a Bolsa-Auxílio mensal ao estudante que tenha tido sua solicitação deferida pelo CIEEMG.

j) – zelar pelo cumprimento do Termo de Compromisso de Estágio, de acordo com a legislação específica em vigor.

CLÁUSULA 3ª

Para cumprir o estabelecido na Cláusula 1ª, caberá à Unidade Concedente:

a) – informar ao CIEEMG as oportunidades de Estágio disponíveis na empresa, conciliando suas condições com as exigidas pelas Instituições de Ensino;

b) – receber os Estudantes encaminhados pelo CIEEMG, para informá-los sobre as condições de realização do Estágio;

c) – comunicar ao CIEEMG o nome dos Estudantes que, efetivamente, realizarão o Estágio;

d) – celebrar com os Estudantes os respectivos Termos de Compromisso de Estágio, com a anuência do CIEEMG;

e) – participar da sistemática de acompanhamento, supervisão e avaliação dos estágios, fornecendo, quando for o caso, dados às Instituições de Ensino, diretamente ou através do CIEEMG;

f) – informar, mensalmente, ao CIEEMG, a freqüência dos Estudantes ao Estágio;

g) – transferir ao CIEEMG, mensalmente, mediante entendimentos, Contribuições Institucionais destinadas ao Fundo Interno de Bolsa-Auxílio, cujos valores serão aplicados única e exclusivamente na concessão de Bolsa-Auxílio aos estagiários. As bolsas-auxílio são acrescidas de 13% sobre seus valores, a título de Receita Institucional;

h) – efetuar, por livre iniciativa, doações ao CIEEMG, em importância que julgar conveniente. Caso não tenha estudantes-estagiários em suas dependências, essas doações serão destinadas à execução dos objetivos institucionais, custeio de programas de interesse comunitário, estudos, pesquisas, desenvolvimento da estrutura e dos recursos humanos do CIEEMG.

i) – zelar pelo cumprimento do Termo de Compromisso de Estágio, de acordo com a legislação específica em vigor.

CLÁUSULA 4ª

O CIEEMG, sempre em atendimento e consonância com o que estabelece seu Estatuto, poderá, também, executar outros projetos especiais de interesse para a Unidade Concedente, se essa assim o desejar.

Parágrafo Único - A execução desses projetos especiais será feita mediante estudos específicos, com a devida configuração técnica e quantificação de recursos humanos, instrumentais e financeiros necessários.

CLÁUSULA 5ª

O Manual Estágios é parte integrante deste Convênio e deve ser entregue à Unidade Concedente no ato de sua assinatura.

CLÁUSULA 6ª

O presente Convênio terá vigência por prazo indeterminado, podendo, porém, a qualquer tempo, ser denunciado por uma das partes mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

E, por estarem justas e concordes, as partes assinam o presente Convênio em duas (02) vias de igual teor.

MEMBRO-COOPERADORA

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CNPJ 21.583.042/0001-72
Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33
S. Mateus-36025-330-J. Fora-MG

Representante Legal
(carimbo e assinatura)

CENTRO DE INTEGRAÇÃO EMPRESA-ESCOLA DE MINAS GERAIS (CIEEMG)

Waldemar Dornas Pereira
Superintendente Executivo

Representante Legal
(carimbo e assinatura)

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CNPJ 21.583.042/0001-72
Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33
S. Mateus-36025-330-J. Fora-MG

Responsável pela Administração do Convênio (EMPRESA)
(carimbo e assinatura)

Responsável pela Administração do Convênio (CIEEMG)
(carimbo e assinatura)
Cristiane Ct. Pereira
SOPES/SUP

"COM O ESTAGIÁRIO SUA EMPRESA SÓ TEM A GANHAR"

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALLI, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TERMO DE CONVÊNIO

De conformidade com o Art. 5º do Decreto 87.497 de 18/08/1982, Termo de Convênio que celebram entre si a Escola Elisabeth Rombach LTDA, instituição de ensino, com sede na Rua Batista de Oliveira nº 680 – 1º e 4º andares, CEP 36010-121, Juiz de Fora – MG, CNPJ 03.576.270/0001-33 e de outro Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus, situada na Rua Dirceu de Andrade, 33 – São Mateus - Juiz de Fora – MG, Cep. 36025-330, CNPJ 21583042/0001-72, neste ato representado por _____ doravante denominado Concedente, conforme assinaturas constantes no presente Termo, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PRIMEIRA:

O Presente Convênio será realizado na Empresa conveniada, tendo por objetivo possibilitar complementação educacional através de estágio supervisionado à Estudantes devidamente matriculados na Escola Técnica de Enfermagem Elisabeth Rombach do Curso Livre de Instrumentação Cirúrgica.

SEGUNDA:

Para fins específicos deste acordo, a Concedente colocará à disposição da outra parte, dependências e recursos que possa dispor, necessários ao desenvolvimento das atividades planejadas, conforme Programação aprovada, de interesse recíproco.

TERCEIRA:

A Instituição de Ensino Supervisionará administrativa e pedagogicamente o trabalho dos estagiários, obrigando-se a zelar pela observância dos regulamentos e normas internas da Concedente.

QUARTA:

Os estagiários não terão vínculo empregatício, isentando-se as partes da obrigatoriedade de concessão de qualquer remuneração pelos serviços prestados, de acordo com o que dispõe o Art. 4º, lei 6.494 de 07.12.77 e o Art. 6º de DECRETO-LEI Nº 87.497 DE 18.08.82, fica a Instituição de Ensino obrigada a fazer para os Estagiários um seguro para cobertura de acidentes pessoais ocorrido em suas dependências ou quando a serviço dela.

QUINTA:

O prazo de duração deste convênio será Indeterminado, podendo ser rescindido por qualquer uma das partes, mediante comunicação por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, a contar da data da assinatura deste.

A Instituição de Ensino está conveniada com o Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus desde Setembro de 2016.

SEXTA:

Poderá o presente instrumento ser complementado por termos aditivos, visando o desenvolvimento das ações comuns, voltadas para integração empresa/escola. As partes convenientes praticarão por intermédio de seus representantes, todos os atos que se tornem necessários à efetiva execução das presentes disposições.

SÉTIMA:

Dos materiais e equipamentos de proteção individual, o material necessário para utilização como equipamento de proteção individual pelos alunos e supervisores, deverá ser encaminhado

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

semestralmente à concedente referente:

1- 15 Caixas de Luvas de Procedimentos (1500 luvas)

2- 10 Caixas de Máscara Cirúrgica (500 máscaras)

3- 30 pacotes de Capotes de Manga longa descartável (300 capotes)

OITAVA:

Fica eleito o Foro da Cidade de Juiz de Fora - MG para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Convênio.

E por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente Convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os efeitos legais.

Juiz de Fora, 10 de Janeiro de 2018

Pela Empresa Concedente: _____

Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus

Pela Instituição de Ensino: _____

Escola Técnica Elisabeth Rombach LTDA

TESTEMUNHAS: 1- Fernando Cordeiro Ribeiro 2_____(EMPRESA)

1-_____ 2-_____(ENSINO)

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DE 2 OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
820

TERMO DE CONVÊNIO

De conformidade com o Art. 5º do Decreto 87.497 de 18/08/1982, Termo de Convênio que celebram entre si a Escola Elisabeth Rombach LTDA, instituição de ensino, com sede na Rua Batista de Oliveira nº 680 – 1º e 4º andares, CEP 36010-121, Juiz de Fora – MG, CNPJ 03.576.270/0001-33 e de outro, ***HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS***, situada RUA DR DIRCEU DE ANDRADE, 33 – São Mateus - Juiz de Fora – MG, CEP: 36025-330 CNPJ 21.583.042/0001-72, neste ato representado por Marco Antônio Guimarães de Almeida, portador do CPF 485.399.966-34. Conforme assinaturas constantes no presente Termo, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PRIMEIRA:

O Presente Convênio será realizado na Empresa conveniada, tendo por objetivo possibilitar complementação educacional através de estágio supervisionado à Estudantes devidamente matriculados na Escola Técnica de Enfermagem Elisabeth Rombach.

SEGUNDA:

Para fins específicos deste acordo, a Concedente colocará à disposição da outra parte, dependências e recursos que possa dispor, necessários ao desenvolvimento das atividades planejadas, conforme Programação aprovada, de interesse recíproco.

TERCEIRA:

A Instituição de Ensino Supervisionará administrativa e pedagogicamente o trabalho dos estagiários, obrigando-se a zelar pela observância dos regulamentos e normas internas da Concedente.

QUARTA:

Os estagiários não terão vínculo empregatício, isentando-se as partes da obrigatoriedade de concessão de qualquer remuneração pelos serviços prestados, de acordo com o que dispõe o Art. 4º, lei 6.494 de 07.12.77 e o Art. 6º de DECRETO-LEI Nº 87.497 DE 18.08.82, fica a Instituição de Ensino obrigada a fazer para os Estagiários um seguro para cobertura de acidentes pessoais ocorrido em suas dependências ou quando a serviço dela.

QUINTA:

O prazo de duração deste convênio será Indeterminado, podendo ser rescindido por qualquer uma das partes, mediante comunicação por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, a contar da data da assinatura deste.

SEXTA:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
821

Poderá o presente instrumento ser complementado por termos aditivos, visando o desenvolvimento das ações comuns, voltadas para integração empresa/escola. As partes convenientes praticarão por intermédio de seus representantes, todos os atos que se tornem necessários à efetiva execução das presentes disposições.

SÉTIMA:

Fica eleito o Foro da Cidade de Juiz de Fora - MG para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Convênio.

E por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente Convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os efeitos legais.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2021

Pela Empresa Concedente: _____

Pela Instituição de Ensino: _____

Escola Técnica Elisabeth Rombach LTDA

Enf° Fernando Cordeiro Ribeiro
RT DE ENFERMAGEM
COREN-MG 240428
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

TESTEMUNHAS: 1- _____ 2 _____

1- _____ 2- _____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

CONVÊNIO DE ESTÁGIO

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72 e Inscrição Estadual isento, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, n. 33, Bairro São Mateus, CEP 36.025-330, Juiz de Fora, MG, doravante denominado simplesmente CONCEDENTE**,** neste ato representado por seu representante legal infra-assinado, e **ESCOLA ELISABETH ROMBACH LTDA**, situado na Rua Batista de Oliveira, nº 680, 1º e 4º andar, Bairro Centro, na cidade de Juiz de Fora - MG, inscrito no CNPJ 03.576.270/0001-33, doravante denominado CONVENENTE, neste ato representado por sua representante legal infra-assinado, resolvem celebrar o presente convênio para realização de estágio curricular obrigatório dos alunos dos cursos de Instrumentação Cirúrgica e Técnico em Enfermagem, que se submeterá às seguintes cláusulas e condições:

1. OBJETO.

1.1 Constitui objeto do presente convênio, a concessão, pela CONCEDENTE, de estágio obrigatório (não remunerado), aos alunos regularmente matriculados no **Curso de Aprimoramento Profissional em Instrumentação Cirúrgica** e **Técnico em Enfermagem**, e que satisfaçam as condições exigidas pela CONCEDENTE.

1.2 O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

2. VIGÊNCIA.

2.1 O presente instrumento vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir de 18 de setembro de 2019, sendo renovado automaticamente por períodos iguais e subsequentes, na ausência de manifestação expressa e contrária das partes contratantes.

3. DO PRAZO DE DURAÇÃO DO ESTÁGIO

3.1 O estágio referente ao **Curso de Aprimoramento Profissional em Instrumentação Cirúrgica** terá duração máxima de 30 (trinta) dias, de segunda-feira a sexta-feira, exceto sábado e domingo, conforme planilha que será enviada à CONCEDENTE pela CONVENENTE, podendo ser interrompido a pedido do interessado ou por conveniência da CONCEDENTE.

3.2 O estágio referente ao Curso **Técnico em Enfermagem** terá duração máxima de 06 (seis) meses, podendo ser interrompido a pedido do interessado ou por conveniência da CONCEDENTE.

3.3 O desligamento a que se referem os tópicos 3.1 e 3.2 se dará de imediato, sem necessidade de comunicação prévia, salvo em casos de alunos com deficiência.

4. DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENENTE

4.1 Abrir inscrições entre seus alunos para o preenchimento das vagas ofertadas pela CONCEDENTE.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4.2 Indicar professor orientador da área desenvolvida na área do estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades dos estagiários por ela encaminhados, assegurando, assim, a supervisão dos alunos que estiverem atuando nos campos ofertados.

4.3 Apresentar à CONCEDENTE, antes do início das atividades, para conhecimento e acompanhamento: Cópia do Termo de Convênio/Aditivo vigente, Plano de Atividades do estagiário, relação nominal com número de matrícula dos alunos encaminhados, nome e contato dos Coordenadores/Professores responsáveis pelo estágio, Termo de Compromisso de Estágio.

4.4 Apresentar comprovação/cartão de vacina de todos os estagiários e preceptores com imunização de BCG, Dupla Adulto (recente), Rubéola, Sarampo e Hepatite B (Três doses), junto ao Serviço de Saúde Ocupacional da concedente;

4.5 Participar, quando solicitada, em reuniões nas unidades receptoras de estágio.

4.6 Fornecer à CONCEDENTE, mensalmente, escala de alunos e preceptores, na qual conste o nome e o número de alunos e preceptores encaminhados por turno, incluindo os finais de semana.

4.7 Encaminhar Preceptor, após aprovação do Plano de Atividades do Estágio, para reconhecimento do local de estágio, conhecendo as condições de funcionamento, antes de seu início.

4.8 Informar à CONCEDENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.9 Assegurar que os alunos se apresentem nos respectivos locais de atividades curriculares, devidamente paramentados, de acordo com as atividades curriculares exercidas.

4.10 Respeitar as questões de cunho privativo da CONCEDENTE, Código de Ética, Carta de Direitos do Paciente e Leis que regulamentam a categoria profissional e normas e rotinas do serviço.

4.11 Realizar seguro contra acidentes pessoais, para todos os alunos que estiverem atuando nos campos de estágio disponibilizados, encaminhado à CONCEDENTE, antes do início das atividades, a cópia da apólice do seguro e seu respectivo número.

4.12 Fornecer à CONCEDENTE, semestralmente, como contrapartida, os seguintes materiais:

PARA OS ALUNOS DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
QUANTIDADE	**MATERIAIS**
60	Caixas de Luvas de Procedimento (Cada caixa contendo 100 unidades)
30	Caixas de Máscara Cirúrgica Descartável (Cada caixa contendo 50 unidades)
150	Pacotes de Capotes de Manga Longa Descartável de TNT (Cada pacote com 10 unidades)
30	Pacotes com Gorro Cirúrgico Descartável de TNT (Cada pacote com 100 unidades)

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PARA OS ALUNOS DO CURSO INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA	
QUANTIDADE	**MATERIAIS**
30	Caixas de máscara cirúrgica descartável (Cada caixa contendo 50 unidades)
02	Caixas de Campo Operatório 23x25cm Estéril (Cada caixa com 140 Pacotes)
30	Pacotes de Gorro Cirúrgico Descartável (Cada pacote com 100 unidades)
250	Luvas Cirúrgicas estéreis de numeração 7,5 e/ou 8,0

4.12.1 Os materiais fornecidos pela CONVENENTE deverão ser entregues no setor de Almoxarifado da CONCEDENTE, seguindo os horários de funcionamento do setor mediante conferência do setor que os recebeu em conjunto com o gerente de enfermagem.

5. DAS OBRIGAÇÕES DA CONCEDENTE

5.1 Ofertar campo de estágio obrigatório em seus serviços aos alunos da CONVENENTE, na medida de sua necessidade e disponibilidade, considerando a capacidade física e humana nas unidades receptoras para a realização das atividades a serem desenvolvidas.

5.2 Garantir aos preceptores e alunos discriminados na escala mensal encaminhada pela CONVENENTE, nos termos do tópico 4.6, o uso das unidades de serviços de saúde em concordância com a programação assistencial nos horários acordados.

5.3 Fixar e informar, previamente, o número de vagas disponíveis para os alunos da CONVENENTE, conforme sua capacidade, necessidade e interesse.

5.4 Avaliar junto aos representantes da CONVENENTE, ao término de cada período, as atividades curriculares realizadas.

5.5 Facilitar, aos alunos designados pela CONVENENTE conforme escala mensal, acesso aos locais ofertados para as atividades curriculares, para conhecimento e entrosamento com os serviços e equipe.

5.6 Informar à CONVENENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração no programa aprovado.

5.7 Assinar, através de seu responsável, o Termo de Compromisso de Estágio dos alunos, conforme modelo encaminhado pela CONVENENTE.

5.8 Informar aos Coordenadores dos Cursos, Preceptores e Alunos da CONVENENTE sobre as normas, rotinas e regulamentos do estágio, através de uma Comissão de Recepção realizada pela CONCEDENTE antes do início do estágio dos alunos.

6. DA RESCISÃO

6.1 O presente convênio poderá ser rescindido, pelas partes, sem justa causa, mediante comunicação prévia, sempre por escrito, com prazo não inferior a 30 (trinta) dias.

6.2 Poderá ainda ser rescindido o presente instrumento, imediatamente, sem prejuízo do estipulado em cláusulas específicas, por descumprimento de quaisquer cláusulas e condições do presente termo e seus aditivos, independentemente de notificação judicial

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ou extrajudicial, sem prejuízo da aplicação das medidas judiciais cabíveis à parte infratora, inclusive perdas e danos.

6.3 Caso a CONTRATADA, em decorrência deste contrato, desempenhe atividades em dependências do HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS ou em unidades de propriedade do HMTJ, deverá, por ocasião da rescisão, desocupar o local cedido em 48 (quarenta e oito) horas, impreterivelmente.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Os aluno encaminhados pela CONVENENTE à CONCEDENTE só poderão iniciar seu estágio depois de firmarem Termo de Compromisso e Aceitação de Estágio, que disporá sobre seus direitos e deveres.

7.2 Será desligado do estágio, o aluno que não observar a conduta disciplinar exigida no Termo de Compromisso e na Aceitação de Estágio por ele assinado, as normas, rotinas e regulamentos da CONCEDENTE.

7.3 Poderá o presente instrumento ser complementado por termos aditivos, visando o desenvolvimento das ações comuns, voltas para integração empresa/escola. As partes praticarão, por intermédio de seus representantes, todos os atos que se tornem necessários à efetiva execução deste convênio.

7.4 Na ausência do professor orientador da CONVENENTE, o Enfermeiro não exercerá, simultaneamente, a função de supervisor de estágios e as atividades assistenciais e/ou administrativas para as quais estiver designado naquele serviço.

7.5 No planejamento e execução do estágio, além da relação entre o número de estagiários e o quadro de pessoal da instituição concedente, prevista no Art. 17 da Lei nº 11.788/2008, deve-se considerar a proporcionalidade do número de estagiários por nível de complexidade da assistência de Enfermagem, na forma do art. 2º, I a IV, da Resolução 371/2010 do COFEN.

7.6 A CONCENDENTE não terá, para quaisquer efeitos, qualquer vínculo empregatício com os alunos e tampouco com os preceptores encaminhados pela CONVENENTE.

7.7 O presente instrumento constitui na cooperação entre as partes e não gera vínculo jurídico ou mesmo a formação de qualquer tipo de sociedade ou grupo econômico entre as contratantes e, tampouco, vínculo empregatício ou qualquer outra obrigação.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

8. Foro.

Estipulam as partes o foro da Comarca de Juiz de Fora, MG como o único competente para dirimir eventuais dúvidas que decorram deste contrato, excluindo-se qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e contratados, as partes firmam este convênio, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Juiz de Fora, 18 de Setembro de 2019.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ

Elisabeth Rombach
Lli Teixeira Prado Rodrigues
Diretora Geral

ESCOLA ELISABETH ROMBACH LTDA

Negociado por: _____
Nome:

Aprovado por: _____
Nome:

Testemunhas:

Nome: Fernando C Ribeiro

CPF: 038.997.176-60

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: 122.690.557-90

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ADITIVO 1

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – OSS, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado **HMTJ**, e **ESCOLA ELISABETH ROMBACH LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº. **03.576.270/0001-33**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem aditar, como adiante, as cláusulas do contrato que firmaram em 18 de Setembro de 2019:

CLÁUSULA PRIMEIRA.

A cláusula n. 4.12, do contrato ora aditado, passa a vigorar com a seguinte redação:

4.12 Fornecer à CONCEDENTE, semestralmente, como contrapartida, os seguintes materiais:

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- 20 caixas de luvas de procedimentos (cada caixa com 100 unid.);
- 20 caixas de máscara cirúrgica descartável (cada caixa com 50);
- 80 pacotes de capotes de manga longa descartável (cada pacote com 10 unid.)
- 20 pacotes com gorro cirúrgico descartável de TNT (Cada pacote com 100 unid.)

CURSO DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA

- 2 caixas de campo operatório 23x25 estéril (cada caixa com 140 pacotes);
- 250 luvas cirúrgicas estéreis de número 7,5 e/ou 8,0;
- 20 pacotes de gorro cirúrgico descartável (cada pacote com 100 unid.);

CURSO DE TÉCNCO DE RADIOLOGIA

- 5 caixas de luvas de procedimentos (cada caixa com 100 unid.);
- 5 caixas de máscara cirúrgica descartável (cada caixa com 50);
- 20 pacotes de capotes de manga longa descartável (cada pacote com 10 unid.)
- 5 pacotes com gorro cirúrgico descartável de TNT (Cada pacote com 100 unid.)

CLÁUSULA SEGUNDA.

Permanecem inalteradas e válidas todas as demais cláusulas e condições do contrato original que não foram alteradas pelo presente instrumento.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

E, por estarem justas e contratadas as partes firmam o presente contrato, em 02 (duas) vias originais de igual teor, para os mesmos efeitos, na presença das 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Juiz de Fora, 27 de Setembro de 2021.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ESCOLA ELISABETH ROMBACH LTDA

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ADITIVO 1

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – OSS, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado **HMTJ**, e **ESCOLA ELISABETH ROMBACH LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº. **03.576.270/0001-33**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem aditar, como adiante, as cláusulas do contrato que firmaram em 18 de Setembro de 2019:

CLÁUSULA PRIMEIRA.

A cláusula n. 4.12, do contrato ora aditado, passa a vigorar com a seguinte redação:

4.12 Fornecer à CONCEDENTE, semestralmente, como contrapartida, os seguintes materiais:

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- 20 caixas de luvas de procedimentos (cada caixa com 100 unid.);
- 20 caixas de máscara cirúrgica descartável (cada caixa com 50);
- 80 pacotes de capotes de manga longa descartável (cada pacote com 10 unid.)
- 20 pacotes com gorro cirúrgico descartável de TNT (Cada pacote com 100 unid.)

CURSO DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA

- 2 caixas de campo operatório 23x25 estéril (cada caixa com 140 pacotes);
- 250 luvas cirúrgicas estéreis de número 7,5 e/ou 8,0;
- 20 pacotes de gorro cirúrgico descartável (cada pacote com 100 unid.);

CURSO DE TÉCNCO DE RADIOLOGIA

- 5 caixas de luvas de procedimentos (cada caixa com 100 unid.);
- 5 caixas de máscara cirúrgica descartável (cada caixa com 50);
- 20 pacotes de capotes de manga longa descartável (cada pacote com 10 unid.)
- 5 pacotes com gorro cirúrgico descartável de TNT (Cada pacote com 100 unid.)

CLÁUSULA SEGUNDA.

Permanecem inalteradas e válidas todas as demais cláusulas e condições do contrato original que não foram alteradas pelo presente instrumento.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

E, por estarem justas e contratadas as partes firmam o presente contrato, em 02 (duas) vias originais de igual teor, para os mesmos efeitos, na presença das 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Juiz de Fora, 27 de Setembro de 2021.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ESCOLA ELISABETH ROMBACH LTDA

Testemunhas:

Nome: Pamela Paula dos Santos

CPF: 109.990.916-80

Nome: CARLOS CAMPELLO

CPF: 028639166 53

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PLANO DE TRABALHO – CONVÊNIO PARA FINS DE ESTÁGIO

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

INSTITUIÇÃO CONVENENTE: Universidade Federal de Juiz de Fora

CNPJ: 21.195.755/0001-69

ENDEREÇO: Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário - São Pedro - 36036-900, Juiz de Fora- MG

REPRESENTANTE LEGAL: Marcus Vinícius David

CARGO: Reitor

INSTITUIÇÃO CONVENIADA: DEMAIS CONCEDENTES (PÚBLICAS OU PRIVADAS)

CPF OU CNPJ: 21.583.042/0001-72

RAZÃO SOCIAL DA CONVENIADA: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

*de acordo com cadastro do CPF ou CNPJ

ENDEREÇO: RUA DR. DIRCEU DE ANDRADE, 33. SÃO MATEUS. JUIZ DE FORA - MG

REPRESENTANTE LEGAL: NEWTON FERREIRA DE OLIVEIRA

CARGO: DIRETOR RESPONSÁVEL PELA RESIDÊNCIA MÉDICA E CONVÊNIOS

IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

Proporcionar, de acordo com a legislação vigente, oportunidade de estágio obrigatório e/ou não obrigatório aos estudantes regularmente matriculados e com frequência efetiva nos cursos de graduação oferecidos pela **UFJF**, conforme **ANEXO I**, nas diversas áreas de atuação da **CONVENIADA**.

META A SER ATINGIDA

Proporcionar aos estudantes a aproximação com a realidade profissional, com vistas ao aperfeiçoamento técnico, cultural, científico e pedagógico de sua formação acadêmica, no sentido de prepará-lo para o exercício da profissão e cidadania.

ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

- Assinatura do Convênio entre a **UFJF** e a **CONVENIADA**.
- Designar profissionais responsáveis pela supervisão e orientação dos estagiários.
- Elaborar a programação técnica do estágio.
- Providenciar o seguro de acidentes pessoais para os estudantes em atividades de estágio, observado o Parágrafo único do art. 9º da Lei nº 11.788/2008.
- Orientar e supervisionar os estudantes no estágio.
- Proceder à avaliação final dos estudantes.

PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Não está previsto repasse de recursos financeiros. Cada partícipe arcará com o ônus de acordo com as responsabilidades assumidas no Convênio ao qual este Plano de Trabalho está vinculado.

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Não se aplica.

PREVISÃO DO INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO - VIGÊNCIA

VIGÊNCIA*: (x) 01 ano ( ) 02 anos ( ) 03 anos ( ) 04 anos ( ) 05 anos

*Prazo contado a partir da data de assinatura do Convênio ao qual este Plano de Trabalho está vinculado.

Juiz de Fora, 01 de março de 2023

Documento assinado eletronicamente por **Newton Ferreira de Oliveira**, **Usuário Externo**, em 01/03/2023, às 10:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-UՈf (www2.uՈf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1166976** e o código CRC **F049A157**.

Referência: Processo nº 23071.907057/2023-06 SEI nº 1166976

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ANEXO I AO TERMO DE CONVÊNIO PARA FINS DE ESTÁGIO

INSTITUIÇÃO CONVENENTE: Universidade Federal de Juiz de Fora

CNPJ: 21.195.755/0001-69

INSTITUIÇÃO CONVENIADA:DEMAIS CONCEDENTES (PÚBLICAS OU PRIVADAS)

CPF OU CNPJ:21.583.042/0001-72

RAZÃO SOCIAL DA CONVENIADA:HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

*de acordo com cadastro do CPF ou CNPJ

SELECIONE A MODALIDADE DE ESTÁGIO A SER OFERECIDA PELA CONVENIADA:

( ) ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

( ) ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

(x) AMBAS AS MODALIDADES

DIGITE OS CURSOS PARA OS QUAIS A CONVENIADA OFERECERÁ ESTÁGIOS:MEDICINA, **SERVIÇO SOCIAL**.

Referência: Processo nº 23071.907057/2023-06 SEI nº 1348377

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

834

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ANEXO I AO TERMO DE CONVÊNIO PARA FINS DE ESTÁGIO

INSTITUIÇÃO CONVENENTE: Universidade Federal de Juiz de Fora

CNPJ: 21.195.755/0001-69

INSTITUIÇÃO CONVENIADA: DEMAIS CONCEDENTES (PÚBLICAS OU PRIVADAS)

CPF OU CNPJ: 21.583.042/0001-72

RAZÃO SOCIAL DA CONVENIADA: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

*de acordo com cadastro do CPF ou CNPJ

SELECIONE A MODALIDADE DE ESTÁGIO A SER OFERECIDA PELA CONVENIADA:

( ) ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

( ) ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

(x) AMBAS AS MODALIDADES

DIGITE OS CURSOS PARA OS QUAIS A CONVENIADA OFERECERÁ ESTÁGIOS: MEDICINA, **SERVIÇO SOCIAL**.

Documento assinado eletronicamente por **Marco Antonio Guimaraes de Almeida**, **Usuário Externo**, em 10/07/2023, às 16:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-U&#65533;f (www2.u&#65533;f.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1348377** e o código CRC **345F176C**.

Referência: Processo nº 23071.907057/2023-06 SEI nº 1348377

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

CARTA DE INTENÇÕES – CONVÊNIO PARA FINS DE ESTÁGIO

INSTITUIÇÃO CONVENIADA: DEMAIS CONCEDENTES (PÚBLICAS OU PRIVADAS)

CPF OU CNPJ: 21.583.042/0001-72

RAZÃO SOCIAL DA CONVENIADA: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

*de acordo com cadastro do CPF ou CNPJ

NOME FANTASIA: ********

ENDEREÇO: RUA DR. DIRCEU DE ANDRADE, 33. SÃO MATEUS. JUIZ DE FORA - MG

CEP: 36025-330

REPRESENTANTE LEGAL: NEWTON FERREIRA DE OLIVEIRA

CARGO: DIRETOR RESPONSÁVEL PELA RESIDÊNCIA MÉDICA E CONVÊNIOS

TELEFONES PARA CONTATO: (32) 4009-2256

E-MAIL: matheus.monteiro2370@gmail.com

VIGÊNCIA:

(x) 01 ano

( ) 02 anos

( ) 03 anos

( ) 04 anos

( ) 05 anos

Atestamos, para os devidos fins, que desejamos estabelecer Convênio junto à UFJF para fins de oferecimento de oportunidades de estágio em acordo com a legislação federal vigente.

Por ser verdade, firmamos o presente.

Juiz de Fora, 01 de março de 2023

OBSERVAÇÕES:

Documento assinado eletronicamente por **Newton Ferreira de Oliveira**, **Usuário Externo**, em 01/03/2023, às 10:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-UFJF (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1166972** e o código CRC **B596F83E**.

Referência: Processo nº 23071.907057/2023-06 SEI nº 1166972

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

TERMO DE CONVÊNIO PARA FINS DE ESTÁGIO

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

INSTITUIÇÃO CONVENENTE: Universidade Federal de Juiz de Fora

CNPJ: 21.195.755/0001-69

ENDEREÇO: Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário - São Pedro - 36036-900, Juiz de Fora- MG

REPRESENTANTE LEGAL: Marcus Vinícius David

CARGO: Reitor

INSTITUIÇÃO CONVENIADA: DEMAIS CONCEDENTES (PÚBLICAS OU PRIVADAS)

CPF OU CNPJ: 21.583.042/0001-72

RAZÃO SOCIAL DA CONVENIADA: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

*de acordo com cadastro do CPF ou CNPJ

ENDEREÇO: RUA DR. DIRCEU DE ANDRADE, 33. SÃO MATEUS. JUIZ DE FORA - MG

REPRESENTANTE LEGAL: NEWTON FERREIRA DE OLIVEIRA

CARGO: DIRETOR RESPONSÁVEL PELA RESIDÊNCIA MÉDICA E CONVÊNIOS

VIGÊNCIA:

(x) 01 ano

( ) 02 anos

( ) 03 anos

( ) 04 anos

( ) 05 anos

CLÁUSULA PRIMEIRA - A **CONVENIADA**, de acordo com sua disponibilidade e interesse, promoverá a realização de estágios para estudantes regularmente matriculados e frequentes desta **UNIVERSIDADE**, nos cursos e modalidades indicados no **ANEXO I** deste instrumento, em consonância com a Lei 11.788 de 25/09/2008.

CLÁUSULA SEGUNDA - Os estudantes serão selecionados pela **CONVENIADA** para se dedicarem às atividades relacionadas com os respectivos cursos.

CLÁUSULA TERCEIRA – A CONVENIADA, para atender a finalidade do presente convênio, obriga-se a conceder aos estudantes todas as condições e facilidades para um adequado aproveitamento do estágio, designando supervisor de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional em área de conhecimento abrangida pelo curso do estagiário, para supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente.

Parágrafo único. O supervisor do estagiário deverá ter formação superior no mesmo curso do estagiário sempre que as Diretrizes Curriculares Nacionais o exigirem.

CLÁUSULA QUARTA - As condições curriculares para realização de estágio serão aquelas especificadas pela **UNIVERSIDADE** de acordo com o Plano de Atividades do Estagiário, previamente elaborado segundo os currículos, programas e calendários escolares, por meio de documento em separado que integrará o Termo de Compromisso do Estagiário, devendo obter deferimento e a assinatura do Presidente da Comissão Orientadora de Estágio do curso em questão e as assinaturas do professor orientador na **UNIVERSIDADE** e do supervisor da **CONVENIADA**.

CLÁUSULA QUINTA – O estagiário não terá, em hipótese alguma, vínculo empregatício com a **CONVENIADA**.

CLÁUSULA SEXTA – A duração do estágio não poderá exceder o prazo máximo de 02 (dois) anos, exceto quando se tratar de estagiário portador de deficiência.

CLÁUSULA SÉTIMA – A jornada de atividades em estágio, a ser cumprida pelo estudante, deverá compatibilizar-se com seu horário escolar, não podendo ultrapassar 06 (seis) horas diárias e 30 (trinta) horas semanais, exceto cursos que tenham justificado no Projeto

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Pedagógico a alternância de períodos de teoria e prática, que poderão, nesse caso, se limitar a 40 (quarenta) horas semanais.

CLÁUSULA OITAVA – O estágio não obrigatório implicará no recebimento de auxílio-transporte e bolsa de estágio, que terá a possibilidade de ser ajustada, a critério exclusivo da **CONVENIADA**, correndo as despesas da concessão por sua conta.

CLÁUSULA NONA – A **CONVENIADA** deverá proporcionar ao estagiário, preferencialmente no período de férias escolares, 30 (trinta) dias de recesso sempre que o estágio tiver duração igual ou superior a 1 (um) ano e de modo proporcional, nos casos do estágio ter duração inferior a um ano. Parágrafo único. O recesso de que trata esta Cláusula deverá ser remunerado quando o estagiário receber bolsa.

CLÁUSULA DÉCIMA - As partes, de comum acordo, estabelecem que o cumprimento do disposto no art. 9º da Lei 11.788 de 25/09/2008 ficará a cargo da **CONVENIADA**, que tomará providências para o Seguro de Acidentes Pessoais em favor do estudante.

Parágrafo único. No caso de estágio obrigatório, a responsabilidade pela contratação do seguro de que trata esta Cláusula poderá, alternativamente, ser assumida pela **UNIVERSIDADE**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - O estagiário se obrigará, mediante assinatura de Termo de Compromisso, a cumprir as condições estabelecidas para o estágio, bem como as normas de trabalho pertinentes aos funcionários da **CONVENIADA**, especialmente as que resguardem a manutenção de sigilo de informações a que tiver acesso, em decorrência do estágio.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - O presente Convênio poderá ser rescindido a qualquer tempo, desde que uma das partes convenentes notifique a outra com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem prejuízo das ações em andamento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - As partes elegem o Foro da Justiça Federal - Subseção Judiciária de Juiz de Fora, Estado de Minas Gerais, para dirimir quaisquer questões relativas ao presente Convênio, que não possam ser solucionadas pelo mútuo entendimento das partes convenentes.

Juiz de Fora, data da última assinatura.

Documento assinado eletronicamente por **Newton Ferreira de Oliveira**, **Usuário Externo**, em 01/03/2023, às 10:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Cassiano Caon Amorim**, **Pró-Reitor(a)**, em 02/03/2023, às 09:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uɲf (www2.uɲf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1166973** e o código CRC **7E57B084**.

Referência: Processo nº 23071.907057/2023-06 SEI nº 1166973

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALLI, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ANEXO I AO TERMO DE CONVÊNIO PARA FINS DE ESTÁGIO

INSTITUIÇÃO CONVENENTE: Universidade Federal de Juiz de Fora

CNPJ: 21.195.755/0001-69

INSTITUIÇÃO CONVENIADA: DEMAIS CONCEDENTES (PÚBLICAS OU PRIVADAS)

CPF OU CNPJ: 21.583.042/0001-72

RAZÃO SOCIAL DA CONVENIADA: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

*de acordo com cadastro do CPF ou CNPJ

SELECIONE A MODALIDADE DE ESTÁGIO A SER OFERECIDA PELA CONVENIADA:

( ) ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

( ) ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

(x) AMBAS AS MODALIDADES

DIGITE OS CURSOS PARA OS QUAIS A CONVENIADA OFERECERÁ ESTÁGIOS: MEDICINA

Documento assinado eletronicamente por **Newton Ferreira de Oliveira**, **Usuário Externo**, em 01/03/2023, às 10:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-UFJF (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1166974** e o código CRC **6D7D9D4F**.

Referência: Processo nº 23071.907057/2023-06 SEI nº 1166974

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ADITIVO 1

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – OSS, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado **HMTJ**, e **IRMEP - INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCACAO PROFISSIONAL LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº. **13.025.124/0001-73**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem aditar, como adiante, as cláusulas do contrato que firmaram em 17 de Agosto de 2019:

CLÁUSULA PRIMEIRA.

A cláusula n. 4.2.11, do contrato ora aditado, passa a vigorar com a seguinte redação:

4.2.11 Fornecer a instituição, como contrapartida, os seguintes itens com a descrição fornecida abaixo, sendo estes entregues em dois tempos, trimestralmente, com a primeira remessa entregue no primeiro mês de atuação dos novos estagiários:

- 20 caixas de luvas de procedimentos (cada caixa com 100 unid);
- 20 caixas de máscara cirúrgica descartável (cada caixa com 50);
- 80 pacotes de capotes de manga longa descartável (cada pacote com 10 unid)
- 20 pacotes com gorro cirúrgico descartável de TNT (Cada pacote com 100 unid)

CLÁUSULA SEGUNDA.

Permanecem inalteradas e válidas todas as demais cláusulas e condições do contrato original que não foram alteradas pelo presente instrumento.

E, por estarem justas e contratadas as partes firmam o presente contrato, em 02 (duas) vias originais de igual teor, para os mesmos efeitos, na presença das 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Juiz de Fora, 23 de Agosto de 2021.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

IRMEP - INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCACAO PROFISSIONAL LTDA

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Tania Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves e Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) .
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 60E3-3BEA-B9CE-EA47.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Tania Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves e Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) .
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 60E3-3BEA-B9CE-EA47.
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por MARIA ANGELA BARBOSA LEITE em 01/09/2023 10:45:55 GMT-03:00, CNS: 041160 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/60E3-3BEA-B9CE-EA47 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 60E3-3BEA-B9CE-EA47

Hash do Documento

A45D5C0AE033ECF96A3C2DBED4D47756F71E071420717F4649D46D6916B008B7

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 29/09/2021 é(são) :

☑ VICTOR VITOI CANGUSSU (DIRETOR TÉCNICO ADMINISTRATIVO) - 071.***.***-50 em 29/09/2021 12:32 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Wed Sep 29 2021 12:32:43 GMT-0300 (-03)
Geolocation Location not shared by user.
IP 177.25.212.113
Assinatura:



Hash Evidências:
64303F75CCF2C8C626E13F3894C6AFFFF7DC6F78828EEFFF03E6B20FBD8203EE

☑ Tania Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves - 004.***.***-19 em 28/09/2021 10:22 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: taniacecon@gmail.com

Evidências

Client Timestamp Tue Sep 28 2021 10:22:12 GMT-0300 (-03)
Geolocation Latitude: -21.777655588123242 Longitude: -43.34033245082873 Accuracy: 65

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

IP 179.135.8.250
Assinatura:



Hash Evidências:
1BE4A9D77A0AAC0DF596815C26EECE3DB65F102DB0CF4BC2B9B9C4288C989F97

☑ Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) - 108.***.***-98 em 28/09/2021 08:53 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: cleysonsilva@hmtj.org.br

Evidências

Client Timestamp Tue Sep 28 2021 08:53:48 GMT-0300 (GMT-03:00)
Geolocation Latitude: -21.7773089 Longitude: -43.3596437 Accuracy: 15.476
IP 201.55.120.193
Assinatura:



Hash Evidências:
77850D3D29B7AF3A2A7A2B68F4B0D20F05319169C87A80831798479CAD946751

☑ MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - 485.***.***-34 em 27/09/2021 17:17 UTC-03:00
Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida
Tipo: Certificado Digital

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ADITIVO 1

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – OSS, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado **HMTJ**, e **IRMEP - INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCACAO PROFISSIONAL LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº. **13.025.124/0001-73**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem aditar, como adiante, as cláusulas do contrato que firmaram em 17 de Agosto de 2019:

CLÁUSULA PRIMEIRA.

A cláusulas número 4.2.11, do contrato ora aditado, passam a vigorar com a seguinte redação:

4.2.11 Fornecer a instituição, como contrapartida, os seguintes itens com a descrição fornecida abaixo, sendo estes entregues em dois tempos, trimestralmente, com a primeira remessa entregue no primeiro mês de atuação dos novos estagiários:

- 2 caixas de campo operatório 23x25 estéril (cada caixa com 140 pacotes);
- 250 luvas cirúrgicas estéreis de número 7,5 e/ou 8,0;
- 20 pacotes de gorro cirúrgico descartável (cada pacote com 100 unid);

CLÁUSULA SEGUNDA.

Permanecem inalteradas e válidas todas as demais cláusulas e condições do contrato original que não foram alteradas pelo presente instrumento.

E, por estarem justas e contratadas as partes firmam o presente contrato, em 02 (duas) vias originais de igual teor, para os mesmos efeitos, na presença das 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Juiz de Fora, 23 de Agosto de 2021.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

IRMEP - INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCACAO PROFISSIONAL LTDA

Testemunhas:

Nome:_____

Nome:_____

CPF: _____

CPF: _____

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victo·r Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) e Tania Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código C6F9-D26E-BE69-4B78.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) e Tania Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://verificador.iti.gov.br e utilize o código 220901034556-GMT-0300, CNS: 04160 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/C6F9-D26E-BE69-4B78 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: C6F9-D26E-BE69-4B78

Hash do Documento

CD4AF94AD67987019E4E21B439915CFDE1A1375F7788B36EC5946A1CE2945D54

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 29/09/2021 é(são) :

☑ VICTOR VITOI CANGUSSU (DIRETOR TÉCNICO ADMINISTRATIVO) - 071.***.***-50 em 29/09/2021 12:32 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Wed Sep 29 2021 12:32:36 GMT-0300 (-03)
Geolocation Location not shared by user.
IP 177.25.212.113
Assinatura:



Hash Evidências:
353B02825836524219B97530DDE399188631281230E29570710336B157FA9C0A

☑ Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) - 108.***.***-98 em 28/09/2021 08:52 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: cleysonsilva@hmtj.org.br

Evidências

Client Timestamp Tue Sep 28 2021 08:52:55 GMT-0300 (GMT-03:00)
Geolocation Latitude: -21.7773089 Longitude: -43.3596437 Accuracy: 15.476

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

IP 201.55.120.193
Assinatura:

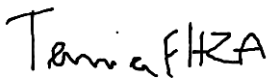


Hash Evidências:
70CDFB3A12650B1615DE8B3F197513BC1A9C6EA77801DE7F5ED30CCFC7C72D56

☑ Tania Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves - 004.***.***-19 em 27/09/2021 18:49 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: taniacecon@gmail.com

Evidências

Client Timestamp Mon Sep 27 2021 18:49:06 GMT-0300 (-03)
Geolocation Latitude: -21.777728037914667 Longitude: -43.34012343982008 Accuracy: 65
IP 179.85.86.78
Assinatura:



Hash Evidências:
DF7B4DCDB225EA78D4E83D4DFC67BEBBF04A9E12F5B81415DE526F5B28F02299

☑ MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - 485.***.***-34 em 27/09/2021 17:18 UTC-03:00
Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida
Tipo: Certificado Digital

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONVÊNIO Nº _____/16

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM, NESTA DATA, AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS, ESTIPULANDO AS CLÁUSULAS QUE SEGUEM PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE APRENDIZAGEM.

Pelo presente Convênio a Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus situada à Rua Dirceu de Andrade, número 33, bairro São Mateus, cidade Juiz de Fora, Minas Gerais, CEP 36.025-330, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21 583 042/0001 72, neste ato legalmente representada por Doutor Jorge Montessi , doravante denominada **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** e a **REDE CIDADÃ,** organização não governamental, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, situada na Rua Alvarenga Peixoto, 295 – 5º andar, Lourdes/BH-MG, CEP 30180-120, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.461.315/0001-50, neste ato legalmente representada por sua Presidente, Sra. Ângela de Alvarenga Batista Barros, e por seu Diretor Administrativo Financeiro, Sr. Léu Soares de Oliveira, doravante denominada **ENTIDADE FORMADORA**, firmam o presente Convênio, mediante as seguintes Cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DOS FUNDAMENTOS

1.1- A realização do presente Convênio e sua operacionalização têm por base os preceitos contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, *Lei nº 8.069, de 13/07/90*; nos artigos 428 e seguintes da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT; na Lei 10.097, *de 19/12/2000*; no Decreto nº 5.598, de 01/12/2005, e nas demais disposições legais e regulamentares que regem o trabalho do jovem, de modo geral e no que lhe forem aplicáveis.

1.2- Constituem parte integrante deste Convênio os Contratos de Aprendizagem.

1.3- O presente convênio é extensivo aos demais CNPJ do grupo, mediante envio do formulário de **Solicitação de Aprendiz.**

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS OBJETIVOS

2.1 - Promover a formação técnico-profissional metódica de jovens com idade entre 15 e 24 anos, inscritos em programa de aprendizagem.

2.2 - Priorizar o atendimento aos jovens mais necessitados, objetivando incluí-los na sociedade, combatendo assim as causas da delinquência juvenil.

2.3 - Concorrer mutuamente pelo fortalecimento das políticas públicas de apoio aos jovens em situação de risco social.

2.4 – Contribuir para a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Lei da Aprendizagem.

2.5 – Profissionalizar o jovem e inseri-lo no mercado de trabalho.

01.02.002.005.0007

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA METODOLOGIA DO PROGRAMA

3.1 - O ciclo para o atendimento do jovem no **PROGRAMA DE APRENDIZAGEM** consiste em inscrição, cadastramento, registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social, matrícula em Curso de Aprendizagem Empresarial, encaminhamento para a **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**, acompanhamento psicossocial, acompanhamento de conduta, desenvolvimento pessoal e social e apoio à colocação no mercado de trabalho.

3.2 - A **ENTIDADE FORMADORA** deverá manter permanente programa de reciclagem e reinserção de jovens que não se adaptarem e/ou apresentarem dificuldades na jornada de trabalho na **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM.**

3.3 - Serão realizadas 20 horas dedicadas exclusivamente à formação teórica de forma sequencial em 05 encontros - 05 dias por semana e 04 horas diárias por encontro: módulo denominado, Ambientação. No decorrer de 16 meses, serão distribuídas 248 horas em 62 encontros semanais de 04 horas e, para cumprimento das 132 horas restantes, serão concentrados 33 encontros sequenciais de formação teórica dedicada exclusivamente à Capacitação Final, podendo ser antecipado, caso necessário. Às 880 horas práticas serão distribuídas em 16 horas de práticas semanais ao longo de 16 meses.

CLÁUSULA QUARTA – DOS CUSTOS

4.1 - Para efeito deste Convênio compõem os custos as despesas diretas e as despesas de investimentos indiretos exigidos pelo PROGRAMA.

4.2 - Como despesas diretas serão consideradas os salários e os encargos sociais. Como despesas indiretas serão consideradas a gestão educacional e profissionalizante, a gestão trabalhista, a gestão dos benefícios geridos pela **ENTIDADE FORMADORA** e as provisões respectivas. Os salários e os encargos sociais da aprendizagem serão corrigidos de acordo com a variação do salário mínimo nacional, ou regional, quando for o caso. Correções diferenciadas a maior só serão aplicadas quando solicitadas pela **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM.**

4.3 - As despesas diretas e indiretas, conforme PLANILHA DE CUSTOS que constitui parte integrante deste Convênio será atualizada anualmente, a partir da data de assinatura do Convênio, tendo por base o INPC-IBGE.

4.4 - As importâncias a serem pagas mensalmente deverão ser depositadas em favor da **ENTIDADE FORMADORA**, que emitirá boleto bancário com os dados da matriz até o dia 10 (dez) de cada mês trabalhado com vencimento para o dia 25 (vinte e cinco) do mês da prestação dos serviços, além do competente recibo de pagamento.

a) As importâncias referentes à Gestão Educacional e Profissionalizante do programa serão cobradas mensalmente em parcelas correspondentes à duração do Contrato de Aprendizagem dos jovens e a partir de sua assinatura, respeitada as condições da PLANILHA DE CUSTOS.

b) Na hipótese do aprendiz gozar férias durante a aprendizagem, não haverá pagamento da parcela referente a salários e encargos trabalhistas durante este período, uma vez que os referidos valores foram provisionados mensalmente.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

c) Não havendo gozo de férias durante o período de vigência do contrato de aprendizagem, o valor provisionado será pago ao jovem na ocasião do encerramento do contrato, como acerto de férias vencidas.

d) Da mesma forma, não haverá cobrança da empresa dos valores relativos ao 13º salário por ocasião de seu pagamento, uma vez que também estes valores foram provisionados mensalmente.

4.5 - Como despesas indiretas serão consideradas investimentos, o imobilizado, a adequação da estrutura física, administrativa, técnica, operacional e outras atividades necessárias à execução cotidiana, à expansão e continuada melhoria do PROGRAMA.

4.6 - A parcela mensal referente ao aprendiz que se desligar antecipadamente será calculada até a data da comunicação formal, conforme cláusula 6.1.6.

4.7 - No primeiro mês de vigência do Convênio será cobrada uma parcela única por aprendiz, destinada à aquisição dos materiais e uniforme usados no curso de aprendizagem teórica.

4.8 – A FICHA DE CADASTRO, parte integrante deste convênio, deverá ser preenchido pela **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** com as informações necessárias ao envio do boleto e recibo citados na Cláusula 4.4. Estas informações deverão ser atualizadas sempre que ocorrer qualquer alteração nos dados fornecidos.

4.9 - O fornecimento de dados incorretos ou desatualizados não desobriga o pagamento na data acordada podendo, inclusive, acarretar as penalidades da Cláusula Nona.

4.10 - O vale-transporte, em virtude do disposto na Lei n.º 7.619/87, regulamentada pelo Decreto nº 95.247/87, deverá ser concedido pela **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENIDZAGEM** após o registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS do Aprendiz, inclusive para os dias da formação teórica ministrada pela Rede Cidadã.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES E CAUSAS IMPREVISTAS

5.1 - O valor de que trata a PLANILHA DE CUSTOS será revisto e automaticamente repassado para a **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**, sempre que houver incidências de abonos estabelecidos pela legislação sobre o valor do salário.

5.2 - De acordo com a nova sistemática criada a partir da publicação da Súmula 244 do TST (Tribunal Superior do Trabalho), a aprendiz grávida terá direito à estabilidade durante o período de gestação e o período de licença maternidade, aplicando-se todos os direitos inerentes a tal situação.

5.3 - Nas ocorrências de situações não previstas neste Convênio, deverá ser obedecido o que preceituam a Consolidação das Leis Trabalhistas e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

CLÁUSULA SEXTA – DAS RESPONSABILIDADES

6.1 - Caberá à UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM:

6.1.1 – Receber a cota solicitada de adolescente(s) aprendiz(es) para cumprir o processo de aprendizagem pelo período de 16 (dezesseis) meses, conforme Contrato de Aprendizagem. A

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

quantidade poderá ser modificada de acordo com decisão e solicitação por escrito da **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM.**

6.1.2 – Proporcionar ao aprendiz formação técnico-profissional metódica, atividades práticas em articulação e complementariedade com as atividades teóricas ministradas pela **ENTIDADE FORMADORA** em conformidade com o PROGRAMA DE APRENDIZAGEM, condizente com as possibilidades físicas e intelectuais de um ser em desenvolvimento, sempre em locais adequados da Empresa e com observância das normas e regulamentos de proteção ao trabalho do menor, em especial os artigos pertinentes à matéria, contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, os artigos da CLT, e a legislação complementar trabalhista e previdenciária, bem como a Instrução Normativa nº 97 de 30 de julho de 2012, da Secretaria de Inspeção do Trabalho e a Portaria nº 723, de 23 de abril de 2012, do Ministério do Trabalho, visando ao Aprendiz o exercício qualificado de profissões existentes em sua organização.

6.1.3 - Informar aos educadores do PROGRAMA DE APRENDIZAGEM a respeito do comportamento, atitudes, educação e progresso do aprendiz, quando solicitado e sempre que julgar necessário, bem como assegurar aos profissionais da **ENTIDADE FORMADORA** o acesso aos locais de trabalho dos aprendizes, de modo a lhes facilitar o desempenho de suas funções de acompanhamento e avaliação.

6.1.4 - Estabelecer jornada diária e semanal de acordo com o que é estabelecido na CLT, na Lei da Aprendizagem n° 10.097/2000 e na Portaria nº 723, de 23 de abril de 2012.

6.1.5 - Controlar a anotação diária do horário de trabalho cumprido pelo aprendiz, exigindo a sua assinatura em folha de ponto e remessa mensal à **ENTIDADE FORMADORA** até o 1º (primeiro) dia útil do mês subsequente.

6.1.6 - Comunicar formalmente, por escrito e imediatamente, à **ENTIDADE FORMADORA**, casos de afastamento por licença maternidade ou serviço militar, assim como os desligamentos antecipados. A não comunicação implicará na cobrança pelos serviços de aprendizagem até a data da formalização.

6.1.7 - Comunicar por escrito, imediatamente, à **ENTIDADE FORMADORA**, no caso de falta capitulada como justa causa para a rescisão de Contrato de Trabalho do aprendiz, nos termos da Legislação Trabalhista, a fim de que sejam tomadas as providências cabíveis.

6.1.8 – Comunicar imediatamente à **ENTIDADE FORMADORA**, através de ofício, casos de desempenho insuficiente, falta disciplinar grave ou inadaptação dos aprendizes, para que sejam tomadas as medidas cabíveis para a sua advertência ou para o seu desligamento, observada a causa.

a) As rescisões antecipadas do contrato de aprendizagem somente ocorrerão nos termos do art. 10 da Instrução Normativa nº 97 de 30 de julho de 2012, do Ministério do trabalho que regula o trabalho do jovem aprendiz, a saber:

I – desempenho insuficiente ou inadaptação do aprendiz;
II – falta disciplinar grave nos termos do art. 482, da CLT;
III – ausência injustificada à escola regular que implique perda do ano letivo; e,
IV – a pedido do aprendiz.
V - fechamento da empresa em virtude de falência, encerramento das atividades da empresa e morte do empregador constituído em empresa individual, hipótese em que o aprendiz terá direito, além das verbas rescisórias devidas, à indenização prevista no art. 479 da CLT.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

b) Ocorrendo à hipótese do inciso I, o desligamento do jovem aprendiz somente ocorrerá mediante manifestação da **ENTIDADE FORMADORA**, a quem cabe a sua supervisão e avaliação, após consulta ao estabelecimento onde se realiza a aprendizagem.

c) A hipótese do inciso III somente se dará após a apresentação de declaração do estabelecimento de ensino regular.

6.1.9 – Nas hipóteses de rescisão antecipada do contrato de aprendizagem não se aplicará os artigos 479 e 480 da CLT, que tratam da indenização, por metade, da remuneração a que teria direito até o término do contrato, desde que seja observado para rescisão antecipada o que prevê a Cláusula 6.1.8, letra "a", itens I, II, III e IV.

6.1.10 – O encerramento deste Convênio de Parceria não é causa de rescisão contratual de aprendizes cujos contratos deverão ser cumpridos nos seus prazos, assim como as obrigações deles advindas.

6.1.11 - Em obediência ao Decreto nº 5.598 de 1º de Dezembro de 2005, em seu artigo 28, parágrafo único, nos casos de extinção ou rescisão do contrato de aprendizagem, o empregador deverá contratar novo aprendiz, sob a pena de infração ao disposto no art. 429 da CLT. Para tanto, a **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** deverá encaminhar novo formulário de solicitação de aprendiz após a rescisão ou extinção do contrato de aprendizagem.

6.1.12 - Analisar, conferir e aprovar as faturas, bem como as prestações de contas enviadas pela **ENTIDADE FORMADORA.**

6.1.13 - Receber, acompanhar, orientar, esclarecer e estimular o Aprendiz durante o processo de aquisição de conhecimentos práticos.

6.1.14 – Participar das reuniões de acompanhamento do adolescente quando houver solicitação da **ENTIDADE FORMADORA**.

6.1.15 – Colaborar com o monitoramento e avaliação do PROGRAMA DE APRENDIZAGEM.

6.1.16 – Garantir que o processo de transmissão de conhecimentos se faça por etapas metodicamente organizadas, do mais simples para o mais complexo.

6.2 - Caberá à ENTIDADE FORMADORA:

6.2.1 – Executar o Programa de Aprendizagem, ministrando os conteúdos teóricos, orientando e supervisionando a execução das atividades práticas no âmbito da **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**.

6.2.2 - Supervisionar as atividades dos aprendizes nos locais de trabalho, diretamente ou através do orientador do PROGRAMA na Empresa.

6.2.3 - Manter Programas de Aprendizagem definindo os objetivos do curso, seus conteúdos e a carga horária prevista, conforme cronograma anexo.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

6.2.4 - Assumir a responsabilidade legal e trabalhista do jovem perante a Lei 10.097/2000, CLT e o Estatuto da Criança e do Adolescente, obrigando-se a efetuar os pagamentos de salários, benefícios legais, tributos, encargos e outras despesas diretas, tão logo receba o repasse.

6.2.5 - Assegurar remuneração correspondente ao salário mínimo proporcional ao número de horas efetivamente trabalhadas, a serem pagas até o quinto dia útil do mês subsequente ao trabalhado.

6.2.6 - Contratar e encaminhar os aprendizes ao local de trabalho na **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**, com a situação trabalhista e previdenciária inteiramente regular.

6.2.7 - Elaborar em conjunto com a **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** a escala de férias dos aprendizes.

6.2.8 - Colaborar na apuração das causas de eventuais extravios, perdas ou furtos de documentos ou qualquer outro objeto entregue ao aprendiz, no exercício de sua função.

6.2.9 – Proceder ao registro junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, como entidade sem fins lucrativos que dentre suas finalidades estatutárias contemple a assistência ao aprendiz e a educação profissional, na forma do parágrafo único, do art. 90, da Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

6.2.10 - Estruturar os cursos teóricos, contemplando os requisitos da Portaria nº 723, de 23 de abril de 2012, do Ministério do Trabalho e Emprego.

6.2.11 – Prestar à **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** a orientação, o apoio, a supervisão e a ajuda técnica, entre outros elementos, necessários à compensação das limitações funcionais motoras, sensoriais e mentais de aprendizes portadores de deficiência, de modo a viabilizar seu processo de inserção no trabalho.

6.2.12 – Selecionar e contratar Educadores Sociais para ministrar a formação teórica.

6.2.13 – Garantir a articulação e complementariedade entre a aprendizagem teórica e a prática.

6.2.14 - Avaliar o processo de aprendizagem.

6.2.15 – Fiscalizar a matrícula e a frequência escolar daqueles aprendizes que não tiverem concluído o ensino médio.

6.2.16 – Desenvolver os Programas de Aprendizagem em ambientes adequados, que ofereçam as condições de segurança e saúde, em conformidade com as regras do art. 405, da CLT, e das Normas Regulamentares aprovadas pela Portaria nº 723, de 23 de abril de 2012.

6.2.17 – Desenvolver os Programas de Aprendizagem em horários compatíveis com a agenda escolar de cada Aprendiz, de modo a não prejudicar sua frequência às aulas do sistema de ensino regular.

6.2.18 – Adequar a profissionalização às necessidades do mundo do trabalho e das perspectivas de inserção efetiva.

6.2.19 – Fornecer aos Aprendizes Certificado definindo as competências, os conteúdos e as habilidades adquiridos durante o processo de profissionalização.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA FOLHA DE PONTO

7.1- A **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** é obrigada a enviar à **ENTIDADE FORMADORA** as folhas de ponto dos aprendizes contratados, até o dia 10 (dez) do mês seguinte.

7.2- O não envio das folhas de ponto, e concessão às horas extras é em total e exclusiva responsabilidade da **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**, acarretando também no impedimento de eventuais descontos de faltas ocorridas do mês.

7.3- As folhas de ponto deverão ser encaminhadas ao departamento de pessoal da **ENTIDADE FORMADORA** no endereço constante no cabeçalho acima.

CLÁUSULA OITAVA – DA VIGÊNCIA

8.1 - Celebra-se o presente Convênio por prazo indeterminado, tendo início na data de sua assinatura e podendo ser encerrado por discordância de qualquer das partes, com notificação prévia por escrito de no mínimo 30 (trinta) dias, respeitados os prazos e as causas de rescisão dos contratos individuais dos aprendizes conforme as cláusulas 6.1.6 a 6.1.10.

CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES

9.1 – Responsabiliza-se a **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** por eventuais juros e multas incidentes sobre as despesas citadas na PLANILHA DE CUSTOS caso ocorra o repasse fora do prazo estipulado no item 4.4.

9.2 - Estipula-se para fins do item anterior juros de 1% (hum por cento) ao mês e 2% (dois por cento) de multa sobre o débito na hipótese de atraso de pagamento.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 - É vedado aos aprendizes do PROGRAMA executar serviços particulares, bem como manipularem valores e/ou executarem tarefas que não sejam exatamente aquelas do objeto direto de sua função na empresa e/ou órgão.

10.2 - Quando da prestação de contas, havendo divergências entre as partes, o montante a pagar ou a receber será creditado ou debitado no repasse do mês posterior.

10.3 - A prestação de contas obedecerá ao padrão estabelecido pelos órgãos fiscalizadores pertinentes a cada uma das Instituições envolvidas.

10.4 - O desligamento do Aprendiz dar-se-á quando terminar o seu contrato de aprendizagem ou quando completar 24 anos, ou ainda antecipadamente nas hipóteses do inciso 6.1.8, letra a, deste Convênio.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1 - As partes elegem o foro da cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais, para dirimir toda e qualquer questão oriunda do presente instrumento com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente Convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos, na presença de duas testemunhas.

Juiz de Fora, 23 de Novembro de 2016

Glauco Braga
Coordenador de Projetos
Rede Cidadã

Ângela de Alvarenga Batista Barros
Rede Cidadã
Presidente

Doutor Jorge Montessi
Hospital e Maternidade TherezinhadeJesus
Diretor Financeiro

Glauco Braga
Coordenador de Projetos
Rede Cidadã

Léu Soares de Oliveira
Rede Cidadã
Diretor Administrativo Financeiro

Testemunhas:

Rede Cidadã

Nome: Juliana Fonseca Rima
RG: MG - 14.939.664

Empresa

Nome:
RG:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PLANILHA DE CUSTOS

Contratação e Gestão Trabalhista feita pela Rede Cidadã

Custo mensal por jovem para jorndas de 04 horas.			
Item de Custo	**Referência - R$**		**Valor R$**
Remuneração Mensal	SM/hora	880,00	413,33
Periculosidade 30% *(apenas quando houver)*			0,00
Encargos e Provisões (13º e férias)	52,52%	413,33	217,08
Gestão Educacional e Profissionalizante			168,00
Subtotal			**798,41**
Provisão	3%	798,41	23,95
Gestão Trabalhista (adm. da folha pagamento)			50,00
Gestão Vale Transporte *(opcional)*			0,00
Gestão VA ou VR *(opcional)*			0,00
Gestão Plano de Saúde *(opcional)*			0,00
Custo Total Mensal por Aprendiz			**872,36**
Taxa única de matrícula		200,00	

Relação de Benefícios	POSSUI	
	SIM	NÃO
Vale Alimentação / Vale Refeição		x
Vale Transporte		x
Plano de Saúde		x

Observações:

a) O item Gestão Educacional e Profissionalizante refere-se às despesas com seleção e capacitação inicial dos aprendizes; contratação dos Educadores Sociais para ministrar a formação teórica na Rede Cidadã; orientação, acompanhamento e avaliação dos aprendizes na empresa; material de expediente e de uso em sala de aula; formatura; certificação e despesas bancárias;

b) O fornecimento de vale-transporte será de responsabilidade da empresa, inclusive para os dias de formação teórica na Rede Cidadã e não estão inclusas as despesas totais do transporte do jovem;

c) As provisões de 13º salário, férias e 1/3 de férias já estão incluídas nos valores acima;

d) No primeiro mês de vigência do contrato será cobrada uma parcela única por aprendiz referente aos uniformes e aos materiais usados no curso de aprendizagem teórica.

Matriz: Rua Alvarenga Peixoto, 295 - 5º Andar - Bairro Lourdes.
Belo Horizonte / MG - CEP: 30180-120 - Telefone: (31) 3290-8000
redecidada@redecidada.org.br | www.redecidada.org.br

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

FICHA DE CADASTRO

Razão Social[1]: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Nome Fantasia[1]: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

(•) Matriz ( ) Filial CNPJ de Cobrança: ( ) Centralizada (•) Descentralizada

Data de Fundação: 01/12/1926 Ramo de Atividade Principal[1]: Hospital

Inscrição Estadual:

Cota de Aprendizes: 12 Responsável pela Parceria[2]: Doutor Jorge Montessi

Agência Bancária: 1641-1 Nome da Agência: Caixa Econômica Conta:

Home Page: www.hmtj.org.br

CEP: 36.025-330 Logradouro: Rua Dirceu de Andrade Nº: 33

Complemento: Bairro: São Mateus Cidade: Juiz de Fora UF:

Caixa Postal: Telefone: 32 4009 2267 Fax:

E-mail: fernanda.rh@hmtj.org.br

E-mail Educador Corporativo:

Contatos

Nome: Fernanda

Telefone: Ramal:

Celular: 32 99924 1498

Cargo: Coordenador de RH

E-mail: fernanda.rh@hmtj.org.br

Data de Nascimento: 22/02/1980

Nome: Marco Antônio

Telefone: 4009 2370 Ramal:

Celular: 32 99907 2994

Cargo: Gerente geral

E-mail: marcoantonio@hmtj.org.br

Data de Nascimento:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Contatos Financeiros para Recebimento de Boletos e Faturas (preencher todos os contatos)

Nome: Cleonice Departamento: Financeiro

Telefone: 4009 2311 Ramal: E-mail: financeiro@hmtj.org.br

Nome: Marco Antônio Departamento: Gerente geral

Telefone: 4009 2370 Ramal: E-mail: marcoantonio@hmtj.org.br

Nome: Departamento:

Telefone: Ramal: E-mail:

Declaro que as informações acima são verdadeiras e constituem parte integrante do Convênio de Parceria para o Programa de Aprendizagem Profissionalizante

_____, ____ de _____ de 20____
Cidade **Data**

_____
Assinatura do Parceiro

1 – Estes dados devem ser informados de acordo com o cartão do CNPJ, incluindo a pontuação e acentuação.
2 – Responsável na Gerência de Relacionamento e Parcerias da Rede Cidadã pelo fechamento da parceria.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE APRENDIZAGEM QUE ENTRE SI CELEBRAM, NESTA DATA, AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS.

Pelo presente Termo Aditivo, a Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus situada à Rua Dirceu de Andrade, n° 33 , bairro São Mateus cidade de Juiz de Fora , Minas Gerais , inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0001-72 , neste ato legalmente representada por Jorge Montessi doravante denominada **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** e a **REDE CIDADÃ,** organização não governamental, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, situada na Rua Alvarenga Peixoto, 295, 5º andar, Lourdes, Belo Horizonte – MG, CEP 30180-120, inscrita no CNPJ/MF sob o n° 05.461.315/0001-50, neste ato legalmente representada pela sua Presidente, Sra. Ângela de Alvarenga Batista Barros, e por seu Diretor Administrativo Financeiro, Sr. Léu Soares de Oliveira, doravante denominada **UNIDADE CERTIFICADORA,** acordam que:

1) As partes supra descritas, firmaram um Convênio de Aprendizagem, prevendo a contratação de aprendizes, por parte da **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**.

2) Nesta data, as partes acordam em aditar o referido Convênio com a seguinte alteração:
O valor correto do salário do aprendiz é de R$ 440,19 (quatrocentos e quarenta reais e dezenove centavos).
3) As demais condições mantêm-se como no Convênio original.

E, por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos, na presença de duas testemunhas.

Juiz de Fora , 27 de abril de 2017 .

Glauco de Souza Braga
COORDENADOR - REDE CIDADÃ

Ângela de Alvarenga Batista Barros
Rede Cidadã
Presidente

Jorge Montessi
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
Presidente

Glauco de Souza Braga
COORDENADOR - REDE CIDADÃ

Léu Soares de Oliveira
Rede Cidadã
Diretor Administrativo Financeiro

Testemunha empresa:
Nome: Fábio Barcellos Melchiades
RG: 8.657.727

Juliana Frazard Lima

Testemunha Rede Cidadã
Nome: Juliana Lima
RG: MG-14.939.664

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ADITIVO CONTRATUAL REALIZADO ENTRE AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS, ESTIPULANDO NOVAS CLÁUSULAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE APRENDIZAGEM.

REDE CIDADÃ, organização não governamental, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, com sede localizada na Rua Alvarenga Peixoto, 295, 5º andar, bairro Lourdes, CEP. 30.180-120 Belo Horizonte/MG, inscrita no CNPJ sob o nº 05.461.315/0001-50, neste ato legalmente representada pela sua Presidente Ângela Alvarenga Batista Barros, e por seu Diretor Administrativo Financeiro, Léu Soares de Oliveira, doravante denominada **ENTIDADE FORMADORA** e **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus** , situada à **Rua Dirceu de Andrade, nº 33, São Mateus** , inscrita no CNPJ sob o nº **21.583.042/0001-72** , neste ato legalmente representada por seu representante legal, doravante denominada **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM e Izabella Cristiane Campos Chagas** , denominada doravante como **APRENDIZ**, firmam o presente aditivo contratual abaixo:

1) As partes supra descritas, firmaram um Contrato de Aprendizagem, cujo objetivo é o desenvolvimento do Programa de Aprendizagem, pelo qual a UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZGEM realizou, através da UNIDADE CERTIFICADORA, a contratação do (a) APRENDIZ.

2) Nesta data, as partes acordam em aditar o referido Contrato com a seguinte alteração:

As partes, em comum acordo, resolvem modificar o horário da aprendizagem prática realizado pelo (a) APRENDIZ, passando a partir desta data, a ser das 12h00 às 16h00 .

3) As demais condições mantêm-se como no Contrato original.

E, por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente aditivo em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos.

Juiz de Fora , 31 de Agostode 2017 .

Diego Lima dos Santos
COORDENADOR
REDE CIDADÃ

Ângela de Alvarenga Batista Barros
Rede Cidadã
Presidente

Diego Lima dos Santos
COORDENADOR
REDE CIDADÃ

Léu Soares de Oliveira
Rede Cidadã
Diretor Administrativo Financeiro

Marco Antônio G. de Almeida
Gerente Geral
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Aprendiz

Responsável Aprendiz

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE APRENDIZAGEM QUE ENTRE SI CELEBRAM, NESTA DATA, AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS.

Pelo presente Termo Aditivo, a Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus situada à Rua Dirceu de Andrade nº 33 , bairro São Mateus cidade de Juiz de Fora , Minas Gerais , inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0001-72 , neste ato legalmente representada por Jorge Montessi doravante denominada **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** e a **REDE CIDADÃ,** organização não governamental, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, situada na Rua Alvarenga Peixoto, 295, 5º andar, Lourdes, Belo Horizonte – MG, CEP 30180-120, inscrita no CNPJ/MF sob o n° 05.461.315/0001-50, neste ato legalmente representada pela sua Presidente, Sra. Ângela de Alvarenga Batista Barros, e por seu Diretor Administrativo Financeiro, Sr. Léu Soares de Oliveira, doravante denominada **UNIDADE CERTIFICADORA,** acordam que:

1) As partes supra descritas, firmaram um Convênio de Aprendizagem, prevendo a contratação de aprendizes, por parte da **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**.

2) Nesta data, as partes acordam em aditar o referido Convênio com a seguinte alteração:
A partir do dia 01 de janeiro de 2017, o valor do aprendiz foi reajustado para R$ 440,11 (quatrocentos e quarenta reais e onze centavos), conforme decisão publicada no Diário Oficial da União no último dia 30 de dezembro, alterando o valor do salário mínimo. Em obediência ao contrato de convênio assinado entre as partes, Cláusula Sexta, item 6.1.11 – *"Assegurar remuneração correspondente ao salário mínimo proporcional ao número de horas efetivamente trabalhadas."* - Tabela de calculo em anexo.

3) As demais condições mantêm-se como no Convênio original.

E, por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos, na presença de duas testemunhas.

Juiz de Fora, 27 de janeiro de 2017 .

Ângela de Alvarenga Batista Barros
Rede Cidadã
Presidente

Léu Soares de Oliveira
Rede Cidadã
Diretor Administrativo Financeiro

Jorge Montessi
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
Presidente

Testemunha Rede Cidadã
Nome: Juliana Lima
RG: MG 14.939.664

Testemunha empresa:
Nome:
RG:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE APRENDIZAGEM QUE ENTRE SI CELEBRAM, NESTA DATA, AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS.

Pelo presente Termo Aditivo, a Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus situada à Rua Dirceu de Andrade nº 33 , bairro São Mateus cidade de Juiz de Fora , Minas Gerais , inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0001-72 , neste ato legalmente representada por Jorge Montessi doravante denominada **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** e a **REDE CIDADÃ,** organização não governamental, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, situada na Rua Alvarenga Peixoto, 295, 5º andar, Lourdes, Belo Horizonte – MG, CEP 30180-120, inscrita no CNPJ/MF sob o n° 05.461.315/0001-50, neste ato legalmente representada pela sua Presidente, Sra. Ângela de Alvarenga Batista Barros, e por seu Diretor Administrativo Financeiro, Sr. Léu Soares de Oliveira, doravante denominada **UNIDADE CERTIFICADORA,** acordam que:

1) As partes supra descritas, firmaram um Convênio de Aprendizagem, prevendo a contratação de aprendizes, por parte da **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**.

2) Nesta data, as partes acordam em aditar o referido Convênio com a seguinte alteração:
A partir do dia 01 de janeiro de 2017, o valor do aprendiz foi reajustado para R$ 440,11 (quatrocentos e quarenta reais e onze centavos), conforme decisão publicada no Diário Oficial da União no último dia 30 de dezembro, alterando o valor do salário mínimo. Em obediência ao contrato de convênio assinado entre as partes, Cláusula Sexta, item 6.1.11 – *"Assegurar remuneração correspondente ao salário mínimo proporcional ao número de horas efetivamente trabalhadas."* - Tabela de calculo em anexo.

3) As demais condições mantêm-se como no Convênio original.

E, por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos, na presença de duas testemunhas.

Juiz de Fora, 27 de janeiro de 2017.

Ângela de Alvarenga Batista Barros
Rede Cidadã
Presidente

Léu Soares de Oliveira
Rede Cidadã
Diretor Administrativo Financeiro

Jorge Montessi
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
Presidente

Testemunha Rede Cidadã
Nome: Juliana Lima
RG: MG 14.939.664

Testemunha empresa:
Nome:
RG:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Belo Horizonte, 26 de janeiro de 2017.

REAJUSTE SALÁRIO APRENDIZAGEM

Prezado Parceiro,

O Decreto 8.948, de 29 de dezembro de 2016, publicado no D.O.U. do dia 30/12/2016, alterou o salário mínimo nacional para R$ 937,00 (novecentos e trinta e sete reais) a partir de 1º de janeiro de 2017.

Com isto, os salários da Aprendizagem passarão aos valores de R$ 440,19 (quatrocentos e quarenta reais e onze centavos) para jornada de 4 horas, R$ 660,30 (seiscentos e sessenta reais e dezesseis centavos) para jornada de 6 horas e R$ 806,86 (oitocentos e seis reais e oitenta e seis centavos) para jovens contratados para Telesserviços. Conforme cálculos abaixo.

Calculo para Salario do Aprendiz

Dados para cálculo	4 horas / dia	
Salário Mínimo - R$	**937,00**	
N° horas consideradas - padrão	220	
Horas semanais trabalhadas	20	(b)
Semanas no mês (31dias/7dias)	4,428571	(c)
Salário hora (salário mínimo/220) (a)	4,26	
Salário do aprendiz - R$	377,31	(a*b*c)
(+) Repouso semanal remunerado (salário aprendiz/6)	62,88	+(1/6)
(=) REMUNERAÇÃO MENSAL	**440,19**	

Dados para cálculo	6 horas / dia	
Salário Mínimo - R$	**937,00**	
N° horas consideradas - padrão	220	
Horas semanais trabalhadas	30	(b)
Semanas no mês (31dias/7dias)	4,428571	(c)
Salário hora (salário mínimo/220) (a)	4,26	
Salário do aprendiz - R$	565,97	(a*b*c)
(+) Repouso semanal remunerado (salário aprendiz/6)	94,33	+(1/6)
(=) REMUNERAÇÃO MENSAL	**660,30**	

Dados para cálculo - TELESSERVIÇOS	6 horas / dia	
Salário Mínimo - R$	**937,00**	
N° horas consideradas - padrão	180	
Horas semanais trabalhadas	30	(b)
Semanas no mês (31dias/7dias)	4,428571	(c)
Salário hora (salário mínimo/220) (a)	5,205555556	
Salário do aprendiz - R$	691,60	(a*b*c)
(+) Repouso semanal remunerado (salário aprendiz/6)	115,27	+(1/6)
(=) REMUNERAÇÃO MENSAL	**806,86**	

Matriz: Rua Alvarenga Peixoto, 295 - 5º Andar - Bairro Lourdes
Belo Horizonte / MG - CEP: 30180-120 - Telefone: (31) 3290-8000
redecidada@redecidada.org.br | www.redecidada.org.br

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE APRENDIZAGEM QUE ENTRE SI CELEBRAM, NESTA DATA, AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS.

Pelo presente Termo Aditivo, a Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus situada à Rua Dirceu de Andrade, n° 33 , bairro São Mateus cidade de Juiz de Fora , Minas Gerais , inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0001-72 , neste ato legalmente representada por Jorge Montessi doravante denominada **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** e a **REDE CIDADÃ,** organização não governamental, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, situada na Rua Alvarenga Peixoto, 295, 5º andar, Lourdes, Belo Horizonte – MG, CEP 30180-120, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.461.315/0001-50, neste ato legalmente representada pela sua Presidente, Sra. Ângela de Alvarenga Batista Barros, e por seu Diretor Administrativo Financeiro, Sr. Léu Soares de Oliveira, doravante denominada **UNIDADE CERTIFICADORA,** acordam que:

1) As partes supra descritas, firmaram um Convênio de Aprendizagem, prevendo a contratação de aprendizes, por parte da **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**.

2) Nesta data, as partes acordam em aditar o referido Convênio com a seguinte alteração:
O valor correto do salário do aprendiz é de R$ 440,19 (quatrocentos e quarenta reais e dezenove centavos).
3) As demais condições mantêm-se como no Convênio original.

E, por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos, na presença de duas testemunhas.

Juiz de Fora , 27 de abril de 2017 .

Glauco de Souza Braga
COORDENADOR - REDE CIDADÃ

Ângela de Alvarenga Batista Barros
Rede Cidadã
Presidente

Jorge Montessi
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
Presidente

Glauco de Souza Braga
COORDENADOR - REDE CIDADÃ

Léu Soares de Oliveira
Rede Cidadã
Diretor Administrativo Financeiro

Testemunha empresa:
Nome:
RG:

Juliana Fronard Lima

Testemunha Rede Cidadã
Nome: Juliana Lima
RG: MG-14.939.664

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONVÊNIO DE ESTÁGIO

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72 e Inscrição Estadual isento, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, n. 33, Bairro São Mateus, CEP 36.025-330, Juiz de Fora, MG, doravante denominado simplesmente CONCEDENTE, por seu representante legal infra-assinado, e **ESCOLA TECNICA PAULO CESAR DE MATTOS LTDA**, situada na Av. Barão do Rio Branco, n. 1820, sobrado, Centro, Juiz de Fora, MG, inscrita no CNPJ sob o n. 36.071.022/0001-90, doravante denominada CONVENENTE, por sua representante legal infra-assinado, resolvem celebrar o presente convênio para realização de estágio curricular obrigatório dos alunos dos cursos de Instrumentação Cirúrgica e Técnico em Enfermagem, que se submeterá às seguintes cláusulas e condições:

1. OBJETO.

1.1 Constitui objeto do presente convênio, a concessão, pelo CONCEDENTE, de estágio obrigatório (não remunerado) aos alunos regularmente matriculados no **Curso de Aprimoramento Profissional em Instrumentação Cirúrgica** do CONVENENTE, e que satisfaçam as condições exigidas pelo CONCEDENTE.

1.2 O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

2. VIGÊNCIA.

2.1 O presente instrumento vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir de 01 de março de 2022, sendo renovado automaticamente por períodos iguais e subsequentes, na ausência de manifestação expressa e contrária das partes contratantes.

3. DO PRAZO DE DURAÇÃO DO ESTÁGIO

3.1 O estágio objeto deste pacto terá duração máxima de 30 (trinta) dias, de segunda-feira a domingo, conforme planilha que será enviada ao CONCEDENTE pela CONVENENTE, podendo ser interrompido a pedido do interessado ou por conveniência do CONCEDENTE.

3.2 A interrupção, em qualquer das modalidades a que alude o item 3.1, retro, dar-se-á de imediato, sem necessidade de comunicação prévia, salvo nos casos de alunos portadores de deficiência.

4. DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENENTE

4.1 Abrir inscrições entre seus alunos para o preenchimento das vagas ofertadas pelo CONCEDENTE.

4.2 Indicar professor orientador na área do estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades dos estagiários por ela encaminhados, assegurando, assim, a supervisão dos alunos que estiverem atuando nos campos ofertados.

4.3 Apresentar ao CONCEDENTE, antes do início das atividades, para conhecimento e acompanhamento: Cópia do Termo de Convênio/Aditivo vigente, Plano de Atividades do estagiário, relação nominal com número de matrícula dos alunos

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 8508-3796-53AF-3F6C.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 8508-3796-53AF-3F6C.
O presente documento digital foi conferido com o original que me foi apresentado em papel e assinado digitalmente nesta data, 1 de setembro de 2023 10:24:55 GMT-03:00, CNS 041160 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

encaminhados, nome e contato dos Coordenadores/Professores responsáveis pelo estágio, Termo de Compromisso de Estágio.

4.4 Apresentar comprovação/cartão de vacina de todos os estagiários e preceptores com imunização de BCG, Dupla Adulto (recente), Rubéola, Sarampo e Hepatite B (Três doses), junto ao Serviço de Saúde Ocupacional do Concedente.

4.5 Participar, quando solicitada, de reuniões nas unidades receptoras de estágio.

4.6 Fornecer ao CONCEDENTE, mensalmente, escala de alunos e preceptores, da qual constem o nome e o número de alunos e preceptores encaminhados por turno, incluindo os finais de semana.

4.7 Encaminhar Preceptor, após aprovação do Plano de Atividades do Estágio, para reconhecimento do local de estágio, conhecendo as condições de funcionamento, antes de seu início.

4.8 Informar ao CONCEDENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.9 Assegurar que os alunos se apresentem nos respectivos locais de atividades curriculares, devidamente paramentados, de acordo com as atividades curriculares exercidas.

4.10 Respeitar as questões de cunho privativo do CONCEDENTE, Código de Ética, Carta de Direitos do Paciente e Leis que regulamentam a categoria profissional e normas e rotinas do serviço.

4.11 Realizar seguro contra acidentes pessoais para todos os alunos que estiverem atuando nos campos de estágio disponibilizados, encaminhando ao CONCEDENTE, antes do início das atividades, a cópia da apólice do seguro e seu respectivo número.

4.12 Fornecer ao CONCEDENTE, semestralmente, como contrapartida, os seguintes materiais:

PARA OS ALUNOS DO CURSO INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA	
QUANTIDADE	**MATERIAIS**
02	Caixas de campo operatório 23x25 estéril (cada caixa com 140 pacotes)
20	Pacotes de gorro cirúrgico descartável (cada pacote com 100 unid.)
250	Luvas Cirúrgicas estéreis de numeração 7,5 e/ou 8,0

4.12.1 Os materiais fornecidos pela CONVENENTE deverão ser entregues no setor de Almoxarifado do CONCEDENTE, seguindo os respectivos horários de funcionamento, mediante conferência do seu recebimento, em conjunto com o gerente de enfermagem.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO CONCEDENTE

5.1 Ofertar campo de estágio obrigatório em seus serviços aos alunos da CONVENENTE, na medida de sua necessidade e disponibilidade, considerando a

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 8508-3796-53AF-3F6C.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://verificador.iti.br e utilize o código 1100-0000-0000-0000-0000-0000-0000-0000.
O presente documento digital foi conferido com o original na data e hora indicadas e está assinado digitalmente pelo OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

capacidade física e humana nas unidades receptoras para a realização das atividades a serem desenvolvidas.

5.2 Garantir aos preceptores e alunos discriminados na escala mensal encaminhada pela CONVENENTE, nos termos do tópico 4.6, o uso das unidades de serviços de saúde em concordância com a programação assistencial nos horários acordados.

5.3 Fixar e informar, previamente, o número de vagas disponíveis para os alunos da CONVENENTE, conforme sua capacidade, necessidade e interesse.

5.4 Avaliar junto aos representantes da CONVENENTE, ao término de cada período, as atividades curriculares realizadas.

5.5 Facilitar, aos alunos designados pela CONVENENTE, conforme escala mensal, acesso aos locais ofertados para as atividades curriculares, para conhecimento e entrosamento com os serviços e equipe.

5.6 Informar à CONVENENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração no programa aprovado.

5.7 Assinar, através de seu responsável, o Termo de Compromisso de Estágio dos alunos, conforme modelo encaminhado pela CONVENENTE.

5.8 Informar aos Coordenadores dos Cursos, Preceptores e Alunos da CONVENENTE sobre as normas, rotinas e regulamentos do estágio, através de uma Comissão de Recepção por si realizada antes do início do estágio dos alunos.

6. DA RESCISÃO

6.1 O presente convênio poderá ser rescindido, por qualquer das partes, sem justa causa, mediante comunicação prévia, sempre por escrito, com prazo não inferior a 30 (trinta) dias.

6.2 Poderá ainda ser rescindido o presente instrumento, imediatamente, sem prejuízo do estipulado em cláusulas específicas, por descumprimento de quaisquer cláusulas e condições do presente termo e seus aditivos, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, sem prejuízo da aplicação das medidas judiciais cabíveis à parte infratora, inclusive perdas e danos.

6.3 Caso a CONVENENTE, em decorrência deste contrato, desempenhe atividades em dependências do CONCEDENTE, deverá, por ocasião da rescisão, desocupar o local cedido em 48 (quarenta e oito) horas, impreterivelmente.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Os alunos encaminhados pela CONVENENTE ao CONCEDENTE só poderão iniciar seu estágio depois de firmarem Termo de Compromisso e Aceitação de Estágio, que disporá sobre seus direitos e deveres.

7.2 Terá imediatamente rescindido o seu estágio, o aluno que não observar a conduta disciplinar exigida no Termo de Compromisso e na Aceitação de Estágio por ele assinado, as normas, rotinas e regulamentos do CONCEDENTE.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 8508-3796-53AF-3F6C.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://verificador.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 8508-3796-53AF-3F6C.
O presente documento digital foi conferido com o original na data e hora indicadas e assinado digitalmente por MARIA ANGELA LOPES FERREIRA - GAL-58 em 1 de setembro de 2023 10:34:55 GMT-0300, CNS 041160 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

7.3 Poderá o presente instrumento ser complementado por termos aditivos, visando o desenvolvimento das ações comuns, voltas para integração empresa/escola. As partes praticarão, por intermédio de seus representantes, todos os atos que se tornem necessários à efetiva execução deste convênio.

7.4 Na ausência do professor orientador da CONVENENTE, o Enfermeiro não exercerá, simultaneamente, a função de supervisor de estágios e as atividades assistenciais e/ou administrativas para as quais estiver designado naquele serviço.

7.5 No planejamento e execução do estágio, além da relação entre o número de estagiários e o quadro de pessoal da instituição concedente, prevista no Art. 17 da Lei nº 11.788/2008, deve-se considerar a proporcionalidade do número de estagiários por nível de complexidade da assistência de Enfermagem, na forma do art. 2º, I a IV, da Resolução 371/2010 do COFEN.

7.6 O CONCENDENTE não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com os alunos e tampouco com os preceptores encaminhados pela CONVENENTE.

7.7 O presente instrumento se baseia na cooperação entre as partes e não gera vínculo jurídico ou mesmo a formação de qualquer tipo de sociedade ou grupo econômico entre as contratantes e, tampouco, vínculo empregatício ou qualquer outra obrigação que não as específicas nele mencionadas.

8. Foro.

Estipulam as partes o foro da Comarca de Juiz de Fora, MG como o único competente para dirimir eventuais dúvidas que decorram deste contrato, excluindo-se qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e contratados, as partes firmam este convênio, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Juiz de Fora, 1º de março de 2022.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ

ESCOLA TECNICA PAULO CESAR DE MATTOS LTDA

Testemunhas:

Nome: _____
CPF: _____

Nome: _____
CPF: _____

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 8508-3796-53AF-3F6C.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://verificador.iti.gov.br e utilize o código 1220230901102455GMT-0300-00041160.
O presente documento digital foi conferido com o original na data e hora indicadas e assinado digitalmente com ICP-Brasil.
OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/8508-3796-53AF-3F6C ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 8508-3796-53AF-3F6C

Hash do Documento

803B08E05B35C2AB6EBCF9470679CF78E2F1F5188DB2FC6CA3C5287EAD40654E

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 18/03/2022 é(são) :

☑ VICTOR VITOI CANGUSSU (DIRETOR TÉCNICO ADMINISTRATIVO) - 071.***.***-50 em 18/03/2022 11:17 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Fri Mar 18 2022 11:17:03 GMT-0300 (GMT-03:00)
Geolocation Latitude: -21.7781836 Longitude: -43.3593036 Accuracy: 20
IP 201.55.120.194
Assinatura:



Hash Evidências:
36FFE2AA0DEACBE55F6FAB3074D06CDBABC9DA9BE2A01EF41073C0500136096B

☑ MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - 485.***.***-34 em 17/03/2022 17:01 UTC-03:00
Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida
Tipo: Certificado Digital

☑ Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) - 108.***.***-98 em 16/03/2022 16:00 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Evidências

Client Timestamp Wed Mar 16 2022 15:59:57 GMT-0300 (GMT-03:00)
Geolocation Latitude: -21.7773669 Longitude: -43.3596592 Accuracy: 12.796
IP 201.55.120.194
Assinatura:

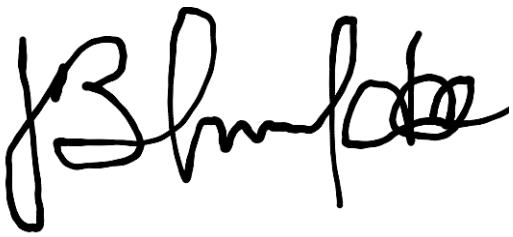


Hash Evidências:
B820680344BC544546CC0E4DA8CBB536265198EC6C7D3EAD7357E58F572FA9A1

☑ Fernanda Barroso de Almeida Amadei - 062.***.***-50 em 15/03/2022 09:22 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: nandafefisamadei@gmail.com

Evidências

Client Timestamp Tue Mar 15 2022 09:22:41 GMT-0300 (-03)
Geolocation Location not shared by user.
IP 186.235.109.90
Assinatura:



Hash Evidências:
66293871C1A4D185C3B84B63E5D3BC8142C568C9DEF8D885E719027F79C569BB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ADITIVO 1

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – OSS, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado **HMTJ**, e **ESCOLA TECNICA PAULO CESAR DE MATTOS LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº. 36.071.022/0001-90, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem, por mútuo consenso, aditar o contrato que firmaram em 1º de março de 2022:

CLÁUSULA PRIMEIRA.

A cláusulas ns. 1.1 e 4.12, do contrato ora aditado, passam a vigorar com a seguinte redação:

1.1 Constitui objeto do presente convênio, a concessão, pelo CONCEDENTE, de estágio obrigatório (não remunerado) aos alunos regularmente matriculados no **Curso de Aprimoramento Profissional em Instrumentação Cirúrgica** e ao **Curso de Técnico de Enfermagem** do CONVENENTE, e que satisfaçam as condições exigidas pelo CONCEDENTE.

4.12 Fornecer ao CONCEDENTE, semestralmente, como contrapartida, os seguintes materiais:

PARA OS ALUNOS DO CURSO INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA	
QUANTIDADE	**MATERIAIS**
02	Caixas de campo operatório 23x25 estéril (cada caixa com 140 pacotes)
20	Pacotes de gorro cirúrgico descartável (cada pacote com 100 unid.)
250	Luvas Cirúrgicas estéreis de numeração 7,5 e/ou 8,0

PARA OS ALUNOS DO CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
QUANTIDADE	**MATERIAIS**
20	Caixas de luvas de procedimentos (cada caixa com 100 unid.)
20	Caixas de máscara cirúrgica descartável (cada caixa com 50)
80	Pacotes de capotes de manga longa descartável (cada pacote com 10 unid.)
20	Pacotes com gorro cirúrgico descartável de TNT (Cada pacote com 100 unid.)

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Victor Vitoi Cangussu e Gabrielle Esteves Lucas.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 49D3-21CB-1B4A-D7A4.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Victor Vitoi Cangussu e Gabrielle Esteves Lucas.
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA e Tribunal de Justica do Estado de Minas Gerais, em 01/09/2023 10:34:56 GMT-0300, CNS: 041160 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA SEGUNDA.

Permanecem inalteradas e válidas todas as demais cláusulas e condições do contrato original e seus aditivos, que não colidirem com o ora avençado.

E, por estarem justas e contratadas as partes firmam o presente contrato, em 02 (duas) vias originais de igual teor, para os mesmos efeitos, na presença das 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Juiz de Fora, 11 de abril de 2022.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ESCOLA TECNICA PAULO CESAR DE MATTOS LTDA

Testemunhas:

Nome:_____

CPF: _____

Nome:_____

CPF: _____

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Victor Vitoi Cangussu e Gabrielle Esteves Lucas.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 49D3-21CB-1B4A-D7A4.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Victor Vitoi Cangussu e Gabrielle Esteves Lucas.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 49D3-21CB-1B4A-D7A4.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por MARIA APARECIDA LOPES MONTEIRO, em 7ª feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-0300, CNS: 041160 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/49D3-21CB-1B4A-D7A4 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 49D3-21CB-1B4A-D7A4

Hash do Documento

D0A26DABF04E8669C6B4E5EF189265F576094CC8CECDB64B0B88CA250DA7AA90

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 13/04/2022 é(são) :

- MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - 485.***.***-34 em 13/04/2022 14:01 UTC-03:00
  Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida
  Tipo: Certificado Digital
- Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) - 108.***.***-98 em 12/04/2022 12:24 UTC-03:00
  Tipo: Assinatura Eletrônica
  Identificaçao: Autenticação de conta

  Evidências

  Client Timestamp Tue Apr 12 2022 12:24:07 GMT-0300 (GMT-03:00)
  Geolocation Latitude: -21.7774083 Longitude: -43.3596653 Accuracy: 11.03
  IP 201.55.120.194
  Assinatura:

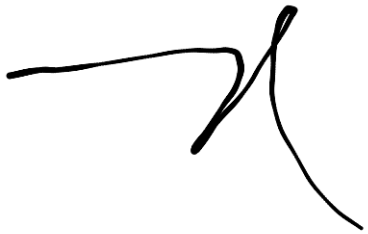
  

  Hash Evidências:
  390684F2EF35D5372DD16CB7E4D6CD54D6C2B180D6DB6124BAA3F88701E8DC71
- VICTOR VITOI CANGUSSU (DIRETOR TÉCNICO ADMINISTRATIVO) - 071.***.***-50 em 12/04/2022 11:52 UTC-03:00
  Tipo: Assinatura Eletrônica
  Identificaçao: Autenticação de conta

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Evidências

Client Timestamp Tue Apr 12 2022 11:52:07 GMT-0300 (-03)
Geolocation Location not shared by user.
IP 152.255.108.17
Assinatura:



Hash Evidências:
0B95DEB5EE5168BAB4C33FCFE56C4115E125BC6FF5C0F4AEA7300AD1D0AB3FA2

☑ Gabrielle Esteves Lucas - 079.***.***-29 em 11/04/2022 17:26 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: gabiesteves@pcmescolatecnica.com

Evidências

Client Timestamp Mon Apr 11 2022 17:26:42 GMT-0300 (-03)
Geolocation Latitude: -21.78852487751432 Longitude: -43.343735543402 Accuracy: 13.778190953576264
IP 189.81.26.223
Assinatura:



Hash Evidências:
479210D7F3A7FC9C418C9B3AC26270FEB7713932B9B35C24463F8DD2BC777511

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA PROPORCIONAR CAMPO DE PRÁTICA DE ENSINO PARA ALUNOS MATRICULADOS EM CURSOS NA ÁREA DE SAÚDE, QUE ENTRE SI CELEBRAM SUPREMA – SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA, MANTENEDORA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE TR~ES RIOS E HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Por este instrumento particular e na melhor forma de direito:

I - **SUPREMA – SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA,** pessoa jurídica de direito privado, mantenedora da Faculdade de Ciências Médicas de Três Rios – FCM/TR, situada na Rua Isaltino Silveira, 1470 Cantagalo - Três Rios, RJ, inscrita no CNPJ sob nº 05.079.440/0003-61, neste ato representada por seu Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão, Prof. Dr. Plínio Ramos, doravante denominada, simplesmente, **FCM/TR**, e,

II - **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de natureza beneficente e de assistência social (filantrópica), inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, com sede na Rua Dirceu de Andrade, nº 33 – Bairro São Mateus - Juiz de Fora/MG, doravante denominada simplesmente **HMTJ**, neste ato representada seu Presidente, Marco Antônio Guimarães de Almeida;

CONSIDERANDO:

a) que a **FCM/TR** é uma Instituição de Ensino Superior (IES) que oferta cursos na área de saúde (graduação em Medicina e pós-graduação na área de saúde), mantida pela **SUPREMA**;

b) que a **SUPREMA** é proprietária de um conjunto de salas e equipamentos situados na Rua Isaltino Silveira, nº 1471 - Cantagalo - Três Rios, RJ, a ser cedido ao **HMTJ** para implantação de um ambulatório de especialidades médicas;

c) que, nos termos do art. 24, da Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, do Conselho Nacional de Educação - CNE (Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina - DCN´s), *"A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013"*;

d) que, nos termos do art. 1º da Lei nº 11.788/08, *"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"*;

e) que o **estágio supervisionado obrigatório** e as práticas do ensino médico são componentes curriculares dos cursos ofertados pela **FCM/TR**;

f) que o **HMTJ** está se comprometendo a implantar e operar, no imóvel que está sendo cedido pela **SUPREMA**, um ambulatório de especialidades médicas, bem como a contratualizar, com o Município de Três Rios, a oferta de serviços de saúde, pelo Sistema Único de Saúde – SUS;

g) que as partes têm interesse em que os estudantes matriculados em cursos de graduação e pós-graduação ofertados pela **FCM/TR** desenvolvam atividades de prática e de estágio no ambulatório a ser implantado e operado pelo **HMTJ**;

h) que será obrigação do **HMTJ**, na condição de parte concedente dos estágios, *"indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente" (art. 9º, III, da Lei nº 11.788/08"*;

i) que a orientação e supervisão de estagiários matriculados em cursos na área de saúde, no ambiente de trabalho, é exercida por profissionais denominados preceptores, vinculados à parte concedente do estágio, conforme se depreende do § 1º, do art. 24, da Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 e art. 9º, III, da Lei nº 11.788/08;

j) que é interesse da **FCM/TR** proporcionar as melhores condições possíveis para que os estudantes/estagiários matriculados em seus cursos devolvam plenamente suas capacidades e potencialidades;

RESOLVEM

CELEBRAR o presente, **Convênio de Cooperação Técnica e Financeira com Cessão de Uso de Imóvel**, nos termos e condições que seguem.

Cláusula 1ª - Objeto.

1.1. Constitui objeto deste Convênio:

1.1.1. a cessão gratuita do prédio existente em imóvel de propriedade da SUPREMA, situado na Rua Isaltino Silveira, sem número (ao lado do nº 1471-Cantagalo - Três Rios, RJ, constituído de 20 (vinte) consultórios médicos, sala de

reuniões, sala de convivência, copa, quatro banheiros, recepção, sala de espera e sala para equipamento de raio-x, com área de 600 (seiscentos) m2 com a finalidade de implantação de um ambulatório de especialidades médicas, equipado com macas, mesas de exame, computadores (desktops e notebooks) aparelhos de eletrocardiograma, foco de luz, equipamentos de áudio e vídeo, bem como mesas e cadeiras, conforme inventário (Anexo I), parte integrante do presente Convênio;

1.1.2. a cooperação para a formação e aperfeiçoamento de profissionais na área da saúde, através da utilização das instalações do ambulatório de especialidades médicas que será implantado e operado pelo HMTJ, nos termos do item 1.1.1, e como campo para a prática de atividades de ensino de graduação e pós-graduação na área da saúde, com a designação de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, farmacêuticos e fisioterapeutas), vinculados ao **HMTJ**, para exercício das atividades de orientação, supervisão e preceptoria de até 10 (dez) por profissional, nos termos do § 1º, do art. 24, da Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 e art. 9º, III, da Lei nº 11.788/08

1.1.3. a cooperação, por meio de contrapartidas financeiras, objetivando a manutenção ampliação da oferta de serviços de saúde à população em geral, por meio do SUS, objetivando melhorar as condições de oferta de vagas de estágios obrigatórios (curriculares) e treinamentos práticos, para estudantes matriculados em cursos superiores de graduação e de pós-graduação, ofertados pela **FCM/TR**.

1.2. Todas as atividades previstas no objeto deste instrumento serão realizadas mediante estrita observância da legislação aplicável em vigor, bem como normas internas das Convenentes.

1.3. O número de supervisores/preceptores necessários à adequada implementação das atividades de estágio e prática profissional previstas nos projetos pedagógicos dos cursos graduação e pós-graduação oferecidos pela **FCM/TR** será estabelecido em comum acordo entre a Diretoria de Ensino Pesquisa e Extensão da **FCM/TR** e a Diretoria Técnica do **HMTJ**.

Cláusula 2ª – Programas específicos.

2.1. Programas de cooperação específicos deverão ser objeto de Termo Aditivo ao presente Convênio, com delimitação de finalidade, objetivos, metas, áreas envolvidas, prazos, cronogramas e contrapartidas financeiras ou de outra qualquer natureza.

2.2. Todo programa ou atividade a ser realizada nas dependências do ambulatório de especialidades médicas deverá ser apresentado à Direção do **HMTJ**, para fins de avaliação e aprovação.

2.3. Os programas ou atividades deverão ser detalhados quanto ao número de alunos previstos, assim como profissionais responsáveis.

2.4. Para cada programa específico deverá ser indicado, pela **FCM/TR**, um Coordenador, que se responsabilizará pela interação com os profissionais vinculados ao **HMTJ**, responsáveis pela orientação, supervisão e/ou preceptoria de estagiários e pós-graduandos.

Cláusula 3ª. Da cooperação técnica e financeira

3.1. As partes se comprometem a desenvolver programas de cooperação técnica, visando à continuada formação e aperfeiçoamento de profissionais na área da saúde, tanto em relação a estudantes matriculados em cursos de graduação e pós-graduação ofertados pela **FCM/TR**, quanto profissionais da área de saúde, vinculados ao **HMTJ** por contrato de trabalho.

3.2. Objetivando dotar o **HMTJ** das condições necessárias para o cumprimento das obrigações assumidas por meio deste convênio, a **SUPREMA/FCM-TR** compromete-se a contribuir com:

3.2.1. O valor mensal fixo de **R$ 21.882,00 (vinte e um mil, oitocentos e oitenta e dois reais),** destinados a cobrir custos gerais decorrentes da implementação deste convênio.

3.2.2. o valor mensal variável correspondente às despesas indicadas nos quadros a seguir, mediante comprovação, pelo **HMTJ**, do efetivo gasto, por meio de documentos idôneos, sendo os valores mensais constantes da coluna "variável" meras estimativas.

MATERIAIS	VARIÁVEL
Drogas e Medicamentos	250
Materiais de Consumo Hospitalar	1.800
Material de Limpeza	500
Material de Expediente	200
Material de Manutenção	600
Roupas Profissionais e Epi	545
Material de Copa e Cozinha	250
Outras Materiais de Consumo	1.000
TOTAL	**5.145**

GERAIS	VARIÁVEL
Serviços - Manutenção Predial	2.258
Manutenção de Máq. e Equip. Hospitalares	1.000
Locação de Equipamentos/Veículos/Ambulância	600
Locação de Equipamentos de Informática	1.750
Gases Medicinais	437
Serviços de Limpeza e Higienização	400
Assessoria em Programas de Qualidade	1.000
Licenças de Software	8.167
Serviços Especializados	1.775
Despesas com Locomoção e Transporte	700
TOTAL	**18.087**

INDIRETOS	VARIÁVEL
Água Ind.	500
Energia Elétrica Ind.	3.200
TOTAL	**3.700**
TOTAL VARIÁVEL	**26.932**

3.3. A importância mensal fixa (item 3.2.1) devida pela **SUPREMA** será corrigida, a cada ano, por percentual equivalente à variação, nos 12 (doze) meses anteriores, do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE).

3.4. Fica desde logo ajustado que havendo alteração do atual quadro de estagiários e pós-graduandos exercendo atividades de estágio e atividades práticas de disciplinas teóricas, bem como prática profissional previstas em programas de pós-graduação, ou a instituição ou supressão de programas específicos, implicará na alteração do valor do repasse mensal devido pela **SUPREMA**, conforme acordarem as partes.

Cláusula 4ª. Das obrigações relacionadas aos programas de estágio supervisionado e práticas profissionais em programas de pós-graduação.

4.1. As partes se comprometem a observar as normas legais e regulamentadoras do estágio supervisionado e práticas profissionais previstas em programas de pós-graduação, em especial as disposições da Lei nº 11.788/08.

4.2. Em especial, a **FCM/TR** se compromete a:

a. firmar, em conjunto com o **HMTJ**, Termo de Compromisso de Estágio, de acordo com a Lei nº 11.788/2008;

b. apresentar, semestralmente, a relação nominal dos estudantes matriculados em cursos de graduação e pós-graduandos que realizarão estágios e práticas profissionais nas dependências do ambulatório de especialidades médicas;

c. orientar e avaliar os estagiários, nos termos de suas normas internas, currículos e projetos pedagógicos, devendo intervir na relação estabelecida, sempre que julgar necessário, nos termos da Lei nº 11.788/2008;

d. elaborar o programa de atividades a serem cumpridas durante o desenvolvimento do estágio e atividades práticas das disciplinas teóricas;

e. indicar professor orientador da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário, nos termos do artigo 7º, III da Lei nº 11.788/2008;

f. zelar pelo fiel cumprimento, por parte dos estudantes, das normas técnicas, éticas, disciplinares e administrativas vigentes no **HMTJ** e nas unidades de saúde sob sua gestão, onde serão realizados os estágios, de forma a que o desenvolvimento das atividades não provoque nenhum transtorno nas atividades das unidades de saúde;

g. zelar para que estudantes, professores e outros colaboradores observem sigilo em relação às informações e dados técnicos sobre os quais tiverem conhecimento para desenvolvimento das atividades, obrigando-se ainda, a observar todos os padrões técnicos, éticos e profissionais inerentes às atividades que serão desenvolvidas, responsabilizando-se por todo prejuízo causado ao **HMTJ** decorrente da divulgação indevida a terceiros;

h. apresentar ao **HMTJ**, em até 30 (trinta) dias corridos após solicitação, todos os documentos que vierem a ser exigíveis em decorrência de lei ou normas expedidas pelas autoridades públicas competentes.

4.3. O **HMTJ** se compromete, especialmente, a:

a. designar colaborador existente em seu quadro de pessoal para estabelecer perfeito entrosamento com a **SUPREMA – FCM/TR**, visando à compatibilidade e fiel cumprimento deste convênio;

b. observar e fazer observar a legislação relacionada à saúde e segurança no trabalho, em relação aos estagiários, professores e supervisores de estágio vinculados à **FCM/TR;**

c. celebrar o Termo de Compromisso de Estágio - TCE, com interveniência da **SUPREMA** - **FCM/TR**, de acordo com a Lei nº 11.788/200;

d. proporcionar os meios e condições adequadas para que os estagiários vinculados a cursos de graduação e pós-graduação ofertados pela **FCM/TR** obtenham efetivo aproveitamento dos estágios;

e. conservar durante os períodos de permanência dos estagiários nas dependências da unidade de saúde, as mesmas características funcionais, bem como os recursos humanos e materiais usuais;

f. fornecer treinamento aos estagiários para orientações referentes às normas de segurança e disciplina nas dependências do ambulatório de especialidades médicas;

g. fornecer aos estagiários, pós-graduandos, professores e supervisores de estágio da **SUPREMA – FCM/TR** crachás de identificação para acesso às dependências do ambulatório de especialidades médicas;

h. designar expressamente os profissionais que atuarão como orientadores, supervisores ou preceptores de estágio, nos termos do art. 9º, III da Lei nº 11.788/2008.

Cláusula 5ª. Vedações

5.1. É vedada a utilização da marca, logotipo, imagem ou nome do **HMTJ** em peças de marketing, promocionais ou de qualquer outra espécie, sem a prévia autorização do Conselho de Administração.

5.2. É vedada a utilização da marca, logotipo, imagem ou nome da **SUPREMA** e da **FCM/TR**, em meio físico ou eletrônico de qualquer natureza, nas dependências do **HMTJ** e/ou do ambulatório de especialidades médicas, exceto em crachás e uniformes de profissionais ou alunos.

Cláusula 6ª. Políticas e práticas de compliance

6.1. As partes declaram que são adeptas de práticas anticorrupção, motivo pelo qual não tolerarão qualquer ato de exigência, insinuação, aceite ou oferecimento de qualquer tipo de favor, benefício, doação e gratificação para si ou para terceiros, incluindo prepostos, empregados, colaboradores etc, como contrapartida à obtenção

de vantagens ou favorecimentos indevidos em favor de quem quer que seja, inclusive de pessoas ligadas ao poder público, aos fornecedores, clientes e concorrentes.

6.2. As partes declaram que, no desenvolvimento de suas atividades, promovem, mantêm, executam e apoiam a aplicação de práticas de fomento à responsabilidade social das empresas, em especial:

a. não utilizar, para qualquer atividade relacionada à execução dos serviços, mão-de-obra infantil, observando estritamente a regra prevista no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, exigindo que a referida obrigação também seja cumprida por seus subcontratados;

b. não se envolver ou apoiar qualquer prática de trabalho forçado, assim entendido, como trabalho extraído de uma pessoa sob a ameaça de penalidade física ou aquele que é realizado como meio de pagamento de débito anterior;

c. promover a melhoria contínua de práticas fomentadoras da responsabilidade social da empresa.

Cláusula 7ª. Confidencialidade e proteção de dados

7.1. As informações que as partes compartilham entre si para o desenvolvimento deste Convênio e Termos Aditivos que dele derivam terão caráter confidencial, a não ser que se acorde expressa e formalmente o contrário.

7.2. As partes se comprometem a manter sob sigilo todas as informações, dados e documentos (eletrônicos, escritos ou verbais) que venham a ter acesso em razão deste convênio, obrigando-se ainda a não permitir que seus empregados ou terceiros sob sua responsabilidade façam uso desses dados e informações para fins diversos do objeto deste contrato, e fazem constar, de maneira expressa, que observarão o cumprimento da norma de proteção de dados pessoais aplicáveis a cada caso.

7.3. Nos termos deste Convênio, não será permitido o acesso a dados de caráter pessoal nem seu tratamento ou transferência a terceiros não autorizados por lei.

7.4. Com relação ao tratamento legítimo dos dados necessários para o desenvolvimento das ações que se realizam no âmbito deste Convênio e seus Termos Aditivos, havendo necessidade, as partes se comprometem a respeitar a norma de proteção de dados pessoais, aplicáveis a cada caso, a adotar as medidas de segurança previstas, assim como manter estrita confidencialidade sobre elas.

Cláusula 8ª. Descumprimento de obrigações previstas neste Convênio

8.1. Na hipótese de descumprimento, por quaisquer dos partícipes, das obrigações previstas neste Convênio, comprometem-se as partes a envidar seus

melhores esforços para sanar o inadimplemento da obrigação, com vistas à manutenção do bom relacionamento entre elas.

Cláusula 9ª. Comunicações

9.1. Qualquer forma de comunicação entre as partes será reputada válida, desde que se possa comprovar seu recebimento e seu conteúdo, devendo, entretanto, as notificações serem realizadas por meio de correspondências registradas e com aviso de recebimento (AR), que deverão ser encaminhadas aos endereços indicados no preâmbulo.

Cláusula 10ª. Propriedade intelectual

10.1. A propriedade intelectual de textos, projetos, obras audiovisuais, etc., produzidas/realizadas no âmbito deste Convênio pertencerá aos seus autores, sendo-lhes garantida a proteção, nos termos da lei.

Cláusula 11. Condições gerais

11.1. O não exercício, pelas partes, de quaisquer dos direitos ou prerrogativas previstas neste instrumento, ou mesmo na legislação aplicável, será tido como ato de mera liberalidade, não constituindo alteração ou novação das obrigações ora estabelecidas, cujo cumprimento poderá ser exigido a qualquer tempo, independentemente de comunicação prévia.

11.2. Nenhuma das partes será responsável por descumprimento de suas obrigações em consequência de caso fortuito ou força maior, nos termos da legislação aplicável, devendo, para tanto, comunicar a ocorrência de tal fato de imediato à outra parte e informar os eventos danosos do evento.

11.3. Constatada a ocorrência de caso fortuito ou de força maior, ficarão suspensas, enquanto essas perdurarem, as obrigações que as partes ficarem impedidas de cumprir.

11.4. As partes serão responsáveis, individualmente, por todo e qualquer ato ou omissão que vierem a ser praticados por seus diretores, prepostos ou empregados, relativamente às obrigações de cada um, constantes deste contrato, em especial os que venham gerar responsabilidade de natureza civil, criminal, tributária, trabalhista, previdenciária, com exclusão de toda a responsabilidade, da parte que comprovar não ser responsável pelos danos citados nesta cláusula, obrigando-se a parte comprovadamente responsável por eventual dano praticado por qualquer de seus empregados, diretores ou prepostos a arcar com todos os custos, indenizações e compensações decorrentes de sua responsabilidade.

11.5. A **SUPREMA** responderá objetivamente por danos materiais e morais causados ao **HMTJ** por estagiários, pós-graduandos, funcionários, professores e prepostos a ela vinculados no desenvolvimento das atividades de estágio

11.6. Se qualquer das partes for demandada judicialmente por terceiros, em decorrência da inobservância de obrigação ou dano provocado pela parte contrária, obriga-se a parte acionada a informar a parte responsável pela reparação sobre a existência da referida demanda, e promover, sempre que a lei o admitir, a denunciação da lide, obrigando-se a parte efetivamente responsável pela reparação, nos termos deste Convênio, a arcar com o valor de eventual condenação que vier a ser imposta à parte originalmente acionada, inclusive custas e despesas incorridas com a defesa.

11.7. Em qualquer hipótese, obriga-se a parte a quem caiba cumprir obrigação assumida nos termos deste Convênio fornecer à parte contrária, caso esta venha ser acionada judicialmente por descumprimento da referida obrigação, todos os meios necessários à defesa, sem prejuízo da responsabilidade por eventuais encargos, condenações ou despesas, inclusive honorários de advogado, que venham a ser suportados no curso da demanda.

11.8. Nenhum vínculo de emprego se formará entre a **SUPREMA** e os supervisores/preceptores vinculados ao **HMTJ** que, por conta e ordem deste, exercerem a supervisão/preceptoria de estagiários matriculados em cursos ministrados pela **FCM/TR**.

11.9. O **HMTJ** não terá quaisquer ônus financeiros com os estagiários matriculados em cursos de graduação e pós-graduação ofertados pela **FCM/TR**.

11.10. Os estagiários deverão devolver, ao final do estágio, os crachás de identificação.

11.11. Este convênio poderá ser aditado para a inclusão de outras formas de cooperação técnica, com o objetivo de proporcionar condições de aperfeiçoamento na formação de profissionais na área de saúde.

11.12. Se qualquer disposição deste Convênio for julgada nula, ilegal ou inexequível, por tribunal competente, tal nulidade, ilegalidade ou inexequibilidade não afetará qualquer outra disposição aqui contida, devendo tal disposição ser reajustada consoante a intenção das partes expressa no objeto deste Convênio.

Cláusula 12. Prazo

12.1. O presente Convênio vigorará por prazo indeterminado, podendo ser rescindido, por qualquer das partes, a qualquer tempo, mediante aviso escrito com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

12.2. Na hipótese de rescisão, nos termos do item 12.1, as obrigações das partes perdurarão aé o término do semestre letivo em curso na data projetada para o término do aviso, de modo a não prejudicar as atividades de estágio e atividades práticas de disciplinas teóricas em andamento no momento da rescisão.

12.3. O presente convênio também poderá ser rescindido, por qualquer das partes, na hipótese de descumprimento, pela parte contrária, de quaisquer das obrigações aqui assumidas, obrigando-se a parte culpada a indenizar eventuais perdas e danos que vierem a ser suportados pela parte inocente.

12.4. A rescisão por justa causa, decorrente de inadimplemento de obrigação, deverá ser precedida de notificação para regularização, com prazo de 30 (trinta) dias.

Cláusula 13. Foro

13.1 Fica eleito o Foro da Justiça Estadual, Comarca de Juiz de Fora, para dirimir quaisquer questões oriundas da execução deste instrumento, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, assinam o presente instrumento, juntamente com as testemunhas abaixo indicadas, em 02 (duas) vias de igual teor e forma para que produza os efeitos legais.

Juiz de Fora, 01 de Outubro de 2023.

Dr. Jorge Montessi
Diretor Geral

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

SUPREMA – Sociedade Universitária para Ensino Médico Assistencial LTDA.

Marco Antônio Guimarães de Almeida
Presidente
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ

Testemunhas:

Nome: Élitra Montessi Nicolini
CPF: 069.972.646-89

Nome: Edna Maria Arêdes Paiva
CPF: 049.189.156-39

ANEXO I - EQUIPAMENTOS INSTALADOS EM SALAS DO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

Data da última atualização: 13/09/2023

MATERIAL	TIPO	QUANTIDADE
Oftalmoscópio	unidade	1
Otoscópio	unidade	3
Estetoscópio	unidade	3
Diapasão	unidade	2
Doppler Fetal	unidade	2
Fita Métrica	unidade	4
Martelo de reflexo	unidade	3
Glicosimetro	unidade	3
Termômetro	unidade	4
Esfigmomanômetro pedestal	unidade	10
Esfigmomanômetro Adulto	unidade	2
Esfigmomanômetro Adulto Obeso	unidade	1
Esfigmomanômetro Infantil	unidade	1
Lanternas	unidade	6
Cuba Rim	unidade	1
Óculos de proteção	unidade	34
Oximetro	unidade	2
Estesiometro Kit	unidade	1
Estadiometro	unidade	1
Suporte para Soro	unidade	2
Maca comum	unidade	18
Maca Ginecologica	unidade	2
Mesa escritório	unidade	20
Mesa de Mayo	unidade	6

Quadro Branco UV Moldura de alumínio	unidade	12
Foco de Luz	unidade	2
Balança Pediatrica	unidade	3
Balança Digital	unidade	1
Braçadeira adulto	unidade	1
Regua Pediatrica	unidade	3
Balança Antropométrica	unidade	1
Aparelho de Eletrocardiograma	unidade	1
Carro de Parada	unidade	1
Cadeira Higiênica	unidade	1
Cadeira Tramontina	unidade	1
Lixeira Coleta Seletiva	unidade	4
Lixeira pequena	unidade	22
Lixeira Grande (Lixo infectante)	unidade	1
Lixeira Contêiner (branca) 240 l	unidade	1
Lixeira Contêiner (laranja) 240 l	unidade	1
Relógio de Parede	unidade	10
Cadeira Longarina	unidade	9
Notebook	unidade	10
Microfone	unidade	10
Escada para maca 2 degraus	unidade	10
Cadeira de Escritório giratória	unidade	11
Computadores	unidade	11
Ar condicionado Split	unidade	24
Ar condicionado piso teto	unidade	2
Geladeira	unidade	1
Máquina de café	unidade	1
Purificador de água de pressão	unidade	2
Videocolposcópio	unidade	1
Biombo hospitalar	unidade	3
Mocho	unidade	2
Quadro Iluminado de raio X	unidade	9
Mesa carrinho auxiliar	unidade	5

Papeleira	unidade	20
Dispenser de sabonete	unidade	14
Estante de alumínio	unidade	3
Mesa de reunião oval	unidade	1
Balcão branco	unidade	1
Balcão marron pequeno	unidade	2
Cadeira de rodas	unidade	1
Dispenser para papel higiênico	unidade	10
TV 50	unidade	1
Armário aquivo em aço com 4 gavetas	unidade	2
Escaninho de mesa acrílico	unidade	11
Dispense para álcool	unidade	6

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ADITIVO 1

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ, Organização Social de Saúde, gestora do Ambulatório Suprema – Três Rios, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado **HMTJ,** e **SUPREMA – SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA,** Inscrita no CNPJ sob o n. 05.079.440/0003-61, doravante denominada **FCM/TR,** resolvem, por mútuo consenso, aditar o contrato que firmaram em 01 de outubro de 2023, observado o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA

1.1 Por efeito da criação, pelo HMTJ, de filial específica para a execução do convênio firmado entre partes, de tal instrumento passará a constar a respectiva inscrição no CNPJ, de n. 21.583.042/0025-40.

1.2 Pela mesma razão, altera-se o convênio firmado para que dele passe a constar o endereço da nova filial do HMTJ, qual seja, Rua Izaltino Silveira, n/n, Cantagalo, CEP: 25.804-250, Três Rios Rio de Janeiro.

CLÁUSULA SEGUNDA

Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições do contrato original que não colidirem com o ora avençado.

E por estarem justas e contratadas as partes firmam o presente contrato, em 2 (duas) vias originais de igual teor, para os mesmos efeitos, na presença das 2 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Juiz de Fora, 02 de outubro de 2023.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – OSS

SUPREMA – SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA

Testemunhas:
Nome: _____
CPF: _____

Nome: _____
CPF: _____

TERMO DE COOPERAÇÃO INSTITUCIONAL - INTERNATO

TERMO DE COOPERAÇÃO INSTITUCIONAL CELEBRADO ENTRE O **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS** E **UNIVAÇO – UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A**, VISANDO ESTABELECER UM REGIME DE MÚTUA COOPERAÇÃO TÉCNICO CIENTÍFICA PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO ESTUDANTIL SUPERVISIONADO E ATIVIDADES DE APREDIZAGEM PROFISSIONAL EM SERVIÇO, NAS UNIDADES DE SAÚDE E SETORES DE GESTÃO.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, inscrito no CNPJ sob o nº 21.583.042/0019-00, com sede na Rua Jose Julio Lage, S/N, Bairro: Timirim, CEP: 35.180-320, na Timóteo/MG, neste ato representado por Marco Antonio Guimarães de Almeida, brasileiro, Diretor Presidente, portador da cédula de identidade RG nº M3040499 SSP/MG, inscrito no CPF sob o nº 485.399.966-34 e Vitor Vitoi Cangussu, brasileiro, Diretor Técnico Administrativo, portador da cédula de identidade RG nº MG-13.607.767 PCE/MG, inscrito no CPF sob o nº 071.200.576-50 e no CRM sob o nº 52702, doravante denominada "**CONVENENTE**", e do outro lado a **UNIVAÇO – UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A.**, inscrito no CNPJ sob o n° 01.757.902/0001-30, estabelecida à Rua Joao Patrício Araújo, nº 179, Bairro: Veneza, CEP: 35.164-251, Ipatinga/MG, neste ato representada por Flávio Cunha de Carvalho, brasileiro, casado, médico, portador da cédula de identidade RG nº 10239140 SSP/MG, inscrito no CPF sob o nº 053.976.336- 58 e Dênis Del Bianco, brasileiro, casado, analista de sistemas, portador da cédula de identidade RG nº 10636149-6 IPF-RJ, inscrito no CPF sob o nº 071.651.947-03, doravante denominada "**CONVENIADA**", com fulcro no artigo 6º da Constituição da República, nos dispositivos legais aplicáveis na Lei Federal nº 8666/93, e suas alterações; na lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008, celebram entre si este **TERMO DE COOPERAÇAO INSTITUCIONAL**, convencionado as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 Constitui objeto do presente convênio a realização de estágio estudantil supervisionado e atividade de aprendizagem em serviço a estudantes regularmente matriculados e com frequência efetiva no curso de Medicina ofertado pela **CONVENIADA** na sede da **CONVENENTE**, que devem necessariamente ser de interesse curricular, integrando e complementando, na prática, no ensino teórico ministrado e ainda, acrescentar aperfeiçoamento técnico, cultural, social ao estagiário.

1.1.1 O presente instrumento seguirá a Lei de Estágio 11.788/2008 e RESOLUÇÃO PLENÁRIA RP Nº. 331/2011 do CRM/MG (Anexo I), antes do início do estágio, deverá ser assinado o Termo de Compromisso de Estágio, envolvendo a **CONVENIADA**, a **CONVENENTE** e o próprio Estagiário, além de trâmites de Seguro de Responsabilidade Civil, bem como os relatórios semestrais de Estágio e acompanhamento do Médico Supervisor responsável da **CONVENENTE** que também assina o Termo de Estágio.

JURÍDICO AFYA NATHALIA TANIGAKI

1.1.2 Durante o estágio estudantil do Acadêmico de Medicina além da Lei de Estágio, as partes deverão respeitar a RESOLUÇÃO PLENÁRIA RP Nº. 331/2011 do CRM/MG (Anexo I). Somente cumprido todos os requisitos legais e do CRM/MG o estágio terá validade perante o MEC e CRM, caso seja descumprido qualquer requisito legal ou da referida Resolução, além de invalidar o estágio estudantil a **CONVENENTE** poderá imediatamente rescindir este instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA QUANTIDADE DE ESTUDANTES

2.1 Os cursos e quantidades de estudantes a serem recebidos, durante toda a vigência deste Termo, serão distribuídos pelas PARTES observando-se o quantitativo máximo de estagiários ou estudantes por unidades de saúde e tipo de atividade a ser realizada.

2.1.1 Para qualificar as vagas oferecidas para estágios ou atividades de aprendizagem no decorrer da vigência deste Termo, deverá ser observada a capacidade para o recebimento dos estudantes nas Unidades de Saúde, sendo as referidas alterações feitas através de termos aditivos, solicitados pela **CONVENENTE** por meio do envio de Plano de Aprendizagem em Serviço.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA OBRIGAÇÃO DAS PARTES

3.1 São obrigações da **CONVENIADA**:

a) Responsabilizar-se pelo planejamento, execução, acompanhamento e avaliação das atividades de aprendizagem em serviço, de seus educandos, conforme currículos, programas e calendários de formação nacionalmente consensuados nas esferas competentes;

b) Designar e garantir a presença do supervisor/preceptor da área a ser desenvolvida a atividade de aprendizagem em serviço, como responsável pelo acompanhamento, avaliação e execução das atividades de aprendizagem em serviço; e arcar com todos os custos/despesas financeiras referente ao supervisor/preceptor.

c) Notificar à **CONVENENTE**, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, a transferência ou suspensão dos estágios ou atividades de aprendizagem, sendo que nos casos fortuitos ou de força maior, a notificação deverá ser imediata;

d) Manter a **CONVENENTE** informada sobre todos e quaisquer eventos referentes a execução da contrapartida, inclusive acontecimentos que dificultem o curso da execução da contrapartida, inclusive acontecimentos que dificultem o curso da execução do projeto de desembolso financeiro definido da contrapartida;

e) Responsabilizar-se pelos crachás de identificação e pelas vestimentas adequadas (jalecos e sapatos fechados), que devem conter a identificação da **CONVENIADA**, para que os alunos tenham acesso as dependências de Setor;

UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A.
Rua João Patrício Araújo 179, Veneza I - Ipatinga-MG
Cep: 35164-251, Telefone: 31 21090900

JURÍDICO AFYA NATHALIA TANIGAKI

f) Enviar à **CONVENENTE**, cópia digitalizada dos resultados finais das atividades de aprendizagem em serviço, tais como relatórios de estágios e Trabalhos de Conclusão de Curso;

g) Responsabilizar-se pelas apólices de Seguro de Acidentes Pessoais de cada um de seus educandos. A cobertura deve abranger acidentes pessoais ocorrido com o estagiário durante o período de vigência de estágio, 24 (vinte e quatro) horas/dia, no território nacional. O valor da Indenização deve constar no Certificado Individual de Seguro de Acidentes Pessoais;

h) Encaminhar para a **CONVENENTE**: fotocópias comprobatórias de vacinação e imunização de cada educando contra hepatite B, Tétano, Febre Amarela, Rubéola, Sarampo e Caxumba, entre outras que se façam necessárias conforme rotina e indicação de da Unidade de Saúde;

i) Proceder, quando necessário, a notificação aos conselhos regionais da profissão com estágio estabelecido no Temo de Cooperação, os campos de estágios constantes do termo por ela firmado, constando relação nominal com registro profissional de todos os profissionais que desenvolvem atividades de supervisão de campo e supervisão acadêmica;

j) Ressarcir a **CONVENENTE** quanto aos danos/prejuízos provocados em equipamentos da Unidade de Saúde ou setores de gestão, em face da utilização inadequada pelo educando.

k) Assinar os Termos de Compromisso de Estágio, com o estagiário ou com seu representante ou assistente legal, quando ele for absoluto ou relativamente incapaz, e com a parte **CONVENENTE**, indicando as condições de adequação do estágio à proposta pedagógica do curso, à etapa e modalidade de cada rotação, horário e calendário escolar;

l) Cumprir e fazer cumprir as normas internas da **CONVENENTE**, das unidades/serviços onde será executado o objeto deste instrumento;

3.2 São obrigações da **CONVENENTE**

a) Colaborar na coordenação, planejamento e avaliação das atividades de aprendizagem em serviço nas dependências do hospital;

b) Determinar a capacidade do número de estagiários recebidos por supervisor/preceptor para cada área específica da unidade de saúde por categoria profissional;

c) Zelar para que nenhuma atividade de aprendizagem em serviços se dê nas dependências do hospital em desacordo com este Termo de Cooperação;

d) Divulgar que o hospital é campo de atividades de aprendizagem em serviço;

e) Receber, analisar e validar a documentação apresentada pelos estudantes necessária ao início do estágio nos prazos estipulados;

f) Receber e encaminhar as solicitações de celebração dos Termos de Cooperação e seus Aditivos;

UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A.
Rua João Patrício Araújo 179, Veneza I - Ipatinga-MG
Cep: 35164-251, Telefone: 31 21090900

JURÍDICO AFYA NATHALIA TANIGAKI

g) Acompanhar, junto aos setores pertinentes, os processos necessários à celebração dos Termos de Cooperação e seus Aditivos;

h) Acompanhar por meio de Núcleo de Educação Pertinente/NEP os processos educacionais relativos ao desenvolvimento de atividades de aprendizagem em serviço em saúde;

i) Monitorar junto as unidades próprias o desenvolvimento dos estágios;

j) Monitorar o cumprimento das contrapartidas;

k) Emitir parecer técnico, ao término da vigência do Termo de Cooperação Institucional e sempre que solicitado, com base em relatórios semestrais de avaliação, no aproveitamento e no cumprimento das contrapartidas.

CLÁUSULA QUARTA – DA CONTRAPARTIDA PARA ESTÁGIOS NAS UNIDADES DE SAÚDE

4.1 A **CONVENIADA** realizará a título de pagamento de contrapartida o valor de R$ 1.800,00 (Hum mil e oitocentos reais) por estagiário/mês.

4.2 A **CONVENENTE** deverá emitir a nota fiscal entre os dias 01(primeiro) e 20(vinte) do mês, sendo que o pagamento será realizado no prazo de 30(trinta) dias a contar da emissão. O referido pagamento ocorrerá sempre às quintas-feiras mais próximas às datas de vencimento. A nota fiscal e o boleto deverão ser enviados para o e-mail centralnotasunivaco.csc@afya.com.br em formato XML/PDF. A **CONVENIADA** deverá incluir na Nota Fiscal o número da Ordem de Compra/pedido, nome, e-mail e/ou telefone do responsável que solicitou o serviço.

4.3 Os valores citados acima referentes a equipe local e aos alunos serão pagos se houver alunos frequentando o cenário de prática.

4.4 Não haverá repasse de valor, nos termos do item 4.1, nos períodos de férias escolares, ou seja, nos períodos em que não há aluno no cenário de prática.

4.5 A equipe local da **CONVENENTE** atenderá à todos os processos (Internato e Complementação), sendo que o valor do repasse a ser direcionado à equipe local (Coordenador(a), Secretária(o) e Psicopedagoga(o), abrange tanto o Internato quanto a Complementação.

4.6 A contrapartida será paga da seguinte forma nos seguintes dados bancários: Banco Caixa Econômica Federal (104), Agência: 4260, Conta Corrente: 436-7, Titularidade do HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, CNPJ nº 21.583.042/0019-00.

4.6.1 A contrapartida da **CONVENIADA** ao **CONVENENTE** será estabelecida conforme demanda de estágios estipulados por meio de Termos Aditivos.

UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A.
Rua João Patrício Araújo 179, Veneza I - Ipatinga-MG
Cep: 35164-251, Telefone: 31 21090900

JURÍDICO AFYA NATHALIA TANIGAKI

4.6.2 Havendo alterações na quantidade de estagiários e vagas oferecidas, o valor da contrapartida será proporcional a quantidade de alunos/estagiários em atividade, sendo estas alterações solicitadas pela **CONVENIADA** através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA QUINTA - DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

5.1 O objeto do Convênio não estabelecerá qualquer relação ou vínculo empregatício entre a Partes e/ou qualquer de seus colaboradores, prepostos ou subcontratadas, permanecendo a **Parte** livre de qualquer responsabilidade ou obrigação de natureza trabalhista e/ou previdenciária com relação à **Parte Contrária** e aos seus colaboradores., e vice-e-versa Fica igualmente estabelecido que o relacionamento entre as **PARTES**, criado por meio deste instrumento, é de natureza absolutamente civil e contratual, não podendo ser considerado de natureza trabalhista. O presente convênio não cria entre as Partes nenhuma forma de associação, representação, "joint venture'', parceria ou outros relacionamentos assemelhados;

5.2 Caso venha a existir alguma reclamação trabalhista proposta por contratado, empregado ou preposto de uma **Parte** na qual a **Parte Contrária** figure o polo passivo, a **Parte** compromete-se a assumir todas as responsabilidades trabalhistas e previdenciárias em juízo, requerendo a exclusão da **Parte Contrária**;

5.3 Caso não seja aceita a exclusão da **Parte Contrária** do polo passivo da ação, a **Parte** compromete-se a cobrir todos os custos da **Parte Contrária** com o processo. Tal pagamento poderá, caso seja necessário, ser feito com a retenção dos valores a serem pagos pela **CONVENIADA** à **CONVENENTE**.

5.4 As **Partes** assumem neste ato, mediante comprovação, de maneira irrevogável e irretratável, total e integral responsabilidade por quaisquer perdas e danos, pessoais, materiais, que vierem a serem sofridos pela **Parte Contrária**, seus pacientes, clientes, frequentadores e/ou terceiros prejudicados, por danos físicos, materiais, morais, patrimoniais (inclusive lucros cessantes) e causados em virtude de todo e qualquer ato praticado por seus colaboradores, estagiários e/ou terceiros sob sua responsabilidade, ainda, responsável pelo pagamento de todas as despesas relativas à defesa da **Parte**, inclusive honorários advocatícios, escolhidos ao seu exclusivo critério, caso haja qualquer demanda judicial ou extrajudicial motivada pela **Parte Contrária**. Na hipótese da **Parte** ser acionada em decorrência de danos causados pela **Parte Contrária**, esta substituirá a **Parte** processualmente, ou, não sendo deferido, litigará em litisconsórcio ativo ou passivo, isentando-a integralmente de quaisquer condenações.

CLAUSULA SEXTA - CONFIDENCIALIDADE

6.1 As Partes obrigam-se a trocar, entre si, toda a informação (doravante denominada, INFORMAÇÃO/ÕES CONFIDENCIAL/IS) que se mostre necessária para a realização do objeto do presente instrumento, a qual permanece propriedade de quem a transmite, obrigando-se a Parte que a receba a tratá-la e a mantê-la como CONFIDENCIAL, nos termos estabelecidos na presente Cláusula.

UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A.
Rua João Patrício Araújo 179, Veneza I - Ipatinga-MG
Cep: 35164-251, Telefone: 31 21090900

JURÍDICO AFYA NATHALIA TANIGAKI

6.2 As Partes obrigam-se, ainda, a restringir o acesso às INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS dos colaboradores que, por força das funções que exercem, não devam ou precisem conhecê-las ou utilizá-las.

6.3 Por INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL entende-se toda a informação escrita; verbal ou constante de suportes informáticos, de natureza financeira, comercial ou tecnológica, designadamente "knowhow", dados financeiros, tecnológicos e comerciais, banco de dados, listas de clientes ou prospects, contratos ou quaisquer outras informações relativas à atividade de qualquer das Partes, bem como todas as demais informações que sejam expressamente classificadas como "confidenciais" pela Parte que a transmite, ou mesmo que não tenham tal classificação, mas que, essencialmente, devam receber a proteção estabelecida nesta Cláusula.

6.4 As Partes obrigam-se reciprocamente a manter confidencial a informação recebida e, como tal, classificada, evitando, com o mesmo zelo com que protegem a sua própria informação confidencial, que a mesma seja transmitida a terceiros, com exceção daquelas a quem, por força deste Convênio e das relações contratuais que mantêm com as Partes, assista legitimamente o direito de acesso e de utilização da referida informação.

6.5 Compete as Partes assegurar que os terceiros referidos no 6.4 cumprirão com as obrigações de confidencialidade definidas na presente Cláusula, acordando as mesmas que, previamente à divulgação de qualquer INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL da outra Parte a terceiro, obterão deste o respectivo compromisso escrito de confidencialidade.

6.6 Não se considera abrangida pela obrigação de confidencialidade a informação:

a) que é ou se torne publicamente conhecida, sem que tal se deva a conduta ilícita da Parte que a recebe;

b) cuja divulgação tenha sido autorizada expressamente pela Parte que a transmite;

c) cuja divulgação/utilização seja estritamente necessária para efeitos da defesa dos direitos e legítimos interesses das Partes.

6.7 Nenhuma das Partes poderá revelar qualquer tipo de informação de que tenha conhecimento, no âmbito do presente Convênio, exceto se tal revelação lhe for imposta por decisão judicial, obrigando-se a Parte, forçada a revelar, a informar imediatamente a outra Parte de tal fato, bem como a limitar a informação àquilo que lhe for imposto, com indicação expressa de que a informação revelada é confidencial.

6.8 Sem prejuízo dos direitos ou outros remédios legais disponíveis à cada **Parte**, esta poderá requerer a execução específica deste instrumento de Convênio, ou qualquer medida judicial cabível, em caso de violação deste CONVÊNIO pela **Parte Contrária** ou por seus representantes.

UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A.
Rua João Patrício Araújo 179, Veneza I - Ipatinga-MG
Cep: 35164-251, Telefone: 31 21090900

JURÍDICO AFYA NATHALIA TANIGAKI

6.9 Deverá ser considerada como informação confidencial, toda e qualquer informação escrita ou oral revelada por uma PARTE à outra, contendo ou não a expressão "CONFIDENCIAL". O termo "INFORMAÇÃO" abrangerá toda informação escrita, verbal ou de qualquer outro modo apresentada, tangível ou intangível, podendo incluir, mas não se limitando a: know-how, técnicas, designs, especificações, desenhos, cópias, diagramas, fórmulas, modelos, amostras, fluxogramas, croquis, fotografias, programas de computador, discos, disquetes, fitas, contratos, planos de negócios, processos, projetos, conceitos de produto, amostras de ideia, clientes, nomes de revendedores e/ou distribuidores, preços e custos, definições e informações mercadológicas, invenções, inovações, informações de qualquer tipo, documentos, materiais, marcas, criações, e outras especificações técnicas, financeiras ou comerciais, a que, diretamente ou através de seus diretores, empregados e/ou prepostos, venha uma **PARTE** a divulgar à outra **PARTE**, ou esta, na qualidade de **CONVENENTE** venha a ter acesso, conhecimento ou que venha a lhe ser confiadas durante e em razão das tratativas realizadas e do presente Instrumento.

6.10 As Partes declaram e garantem que, suas afiliadas e todos os seus membros do conselho, diretores executivos e funcionários: (i) obrigam-se a cumprir todas as leis aplicáveis com referência às atividades contempladas por este Contrato, inclusive, porém sem a isso se limitar, Decreto-Lei nº 2.848/1940, Lei nº 8.429/1992, Lei nº 8.666/1993, Lei nº 9.613/1998, Lei nº 11.079/2004, Lei nº 12.529/2011, Lei 12.813/2013, Lei nº 12.846/2013, em especial as disposições de seu artigo 5º, Decreto nº 8.420/2015; (ii) não fizeram ou instruíram que fossem feitos quaisquer pagamentos, empréstimos, promessas ou ofertas de pagamentos, presentes de qualquer quantia ou qualquer coisa de valor, de forma a obter vantagem indevida, direta ou indiretamente, de Funcionário Público; (iii) não burlaram qualquer controle interno de contabilidade, não falsificaram qualquer livro ou registro contábil e não possuem qualquer fundo ou ativo que não esteja devidamente registrado nos livros e registros contábeis; (iv) não estão sendo processados e/ou investigados, em qualquer esfera, por descumprimento ao disposto no item (i) supra; e (v) que envidarão seus melhores esforços para garantir que qualquer agente, subcontratado ou outro representante contratado cumpra com o disposto nesta Cláusula.

6.11 A **CONVENENTE** está ciente de que a **CONVENIADA** é pessoa jurídica sujeita não só à lei brasileira e aos acordos internacionais de prevenção à lavagem de dinheiro e riscos operacionais, mas também às regras e normas de conduta definidas pela legislação americana denominada SOX – Sarbanes Oxley e Foreign Corrupt Practices Act, - Act, 15 U.S.C. §§ 78dd-1 et seq. - ("FCPA") dos Estados Unidos da América do Norte. Neste sentindo, havendo suspeita de eventual prática ilícita ou em desconformidade com o presente Contrato, ficará a critério exclusivo da **CONVENIADA**, encerrar a relação contratual ou termos da cláusula de extinção deste CONVÊNIO, independentemente da justificativa.

6.12 Observadas as penalidades previstas neste Convênio e em caso de ato ou omissão que possa ser interpretado como uma violação das cláusulas acima, em vez de denunciar o Convênio, a Parte inocente, a seu exclusivo critério, poderá suspender os efeitos do presente Convênio até o final da investigação relacionada a tal violação, enviando uma notificação à Parte sob investigação a este

UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A.
Rua João Patrício Araújo 179, Veneza I - Ipatinga-MG
Cep: 35164-251, Telefone: 31 21090900

JURÍDICO AFYA NATHALIA TANIGAKI

respeito com efeitos imediatos, sem que a Parte inocente incorra em qualquer penalidade ou responsabilidade perante a Parte sob investigação.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA CONDUTA

7.1 Os estagiários deverão dispensar aos pacientes e empregados da **CONVENENTE** e aos acompanhantes deles, atenção, cordialidade e acima de tudo, respeito, adequando-se ao padrão de atendimento da **CONVENENTE**.

7.2 Ambas as partes deverão garantir um ambiente de respeito mútuo, responsabilidade e cordialidade profissional, sendo dever de ambas as partes notificar por escrito, qualquer divergência ou imprevisto ocorrido.

CLÁUSULA OITAVA - DA VIGÊNCIA

8.1 O presente Termo de Cooperação vigorará por prazo de 12 (doze) meses, contados da assinatura prorrogável por meio de expresso Termo Aditivo, respeitando-se a conveniência da **CONVENENTE** e a manifestação formal da **CONVENIADA** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO

9.1 O presente Convênio poderá ser rescindido por qualquer das partes nas seguintes hipóteses:

a) Por mútuo acordo entre as partes, a qualquer tempo;

b) Mediante simples comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, não cabendo à outra parte direito algum a qualquer reparação ou indenização, seja a que título for;

c) Pelo descumprimento de qualquer das obrigações assumidas neste instrumento ou impostas legalmente.

9.2 A inadimplência das Cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento particular, por qualquer das partes, assegurará a outra parte, o direito de solicitar sua rescisão, mediante notificação por escrito, entregue diretamente ou por via postal, com prova de recebimento.

9.3 A não observância de quaisquer das disposições de confidencialidade, estabelecidas neste instrumento, importará em responsabilidade da **Parte Ofensora**, por ação ou omissão, pelo pagamento ou recomposição de todas as perdas e danos sofridos, inclusive as de ordem moral ou concorrencial, sem prejuízo das sanções civis e criminais que poderão ser apuradas em processo judicial.

9.4 O Convênio também se rescindirá de pleno direito, sem qualquer, ocorrência de multa, restituição de investimentos, perdas, danos, lucros cessantes ou faturamento futuro, caso a **CONVENIADA** tenha qualquer alteração em sua natureza empresarial e/ou jurídica por motivo de sucessão, incorporação, fusão, cisão, bem como encerramento das atividades, por qualquer motivo.

UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A.
Rua João Patrício Araújo 179, Veneza I - Ipatinga-MG
Cep: 35164-251, Telefone: 31 21090900

JURÍDICO AFYA NATHALIA TANIGAKI

9.4.1 O encerramento antecipado deste convênio não prejudicará os estágios e atividades de aprendizagem já iniciados no semestre. As partes deverão, através de Termo de Encerramento de Convênio, definir as responsabilidades relativas à conclusão dos estágios em curso e demais obrigações.

CLAUSULA DÉCIMA - DA LEGISLAÇÃO ANTICORRUPÇÃO

10.1 As Partes garantem e concordam que, em cumprimento dos seus deveres e obrigações decorrentes deste Convênio, cada Parte e seus administradores, colaboradores e demais Partes relacionadas, cumprirão todas as leis aplicáveis ao combate à corrupção, em especial a Lei nº 12.846/13 (Lei Anticorrupção Brasileira).

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS ALTERAÇÕES

11.1 Este Termo de Cooperação Institucional poderá ser alterado através de acordo entre os partícipes, mediante Temo Aditivo, vedada a alteração de seu objeto.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

12.1 Caso as **Partes** necessitem realizar o tratamento de dados pessoais para fins de cumprimento do presente instrumento, a **Parte Contrária** se obriga por si, seus colaboradores, consultores e/ou prestadores de serviços a cumprir com a legislação aplicável sobre a matéria, com destaque para a Lei n° 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados ou "LGPD"), quando em vigor. Sendo que a **Parte Ofensora** ressarcirá integralmente os prejuízos que a **Parte Prejudicada** sofra em caso de inobservância e/ou imperícia e/ou qualquer ação e/ou omissão em especial a Lei nº13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados ou "LGPD") da **Parte**, dos seus colaboradores, consultores e/ou prestadores de serviços.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO CÓDIGO DE ÉTICA

13.1 Compete a **CONVENENTE**, além das obrigações acordadas neste instrumento contratual, conhecer e cumprir os princípios éticos previstos no Programa de Integridade e do Código de Ética e Conduta da Afya Participações S.A, disponível no endereço eletrônico: https://www.afya.com.br/sobre/programadeintegridade, e as diretrizes da "Política de Privacidade", disponível no endereço eletrônico: https://www.afya.com.br/politica-de-privacidade.

13.2 A **CONVENENTE** declara conhecimento de que, como forma de prevenir a ocorrência desses atos, a **CONVENIADA** mantém um efetivo sistema de controles internos de Compliance, dentre outros compostos, por:

a) Comissão Interna de Ética, responsável por tratar denúncias recebidas, conforme descrito no endereço eletrônico: https://www.afya.com.br/sobre/programadeintegridade;

UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A.
Rua João Patrício Araújo 179, Veneza I - Ipatinga-MG
Cep: 35164-251, Telefone: 31 21090900

JURÍDICO AFYA NATHALIA TANIGAKI

b) Canal de denúncia anônimo e terceirizado, responsável por receber informações sobre eventuais irregularidades, fraudes e ou condutas inadequadas, acessível aos alunos, colaboradores e prestadores de serviços (stakeholders);

c) Caso sejam realizadas reuniões com pessoas expostas politicamente ("PEP") e/ou Agentes Públicos, quando da realização de atividades relacionadas à **CONVENENTE** deve estar presente um representante da **CONVENIADA**, que deve ter conhecimento prévio de todos os detalhes a serem tratados. Além disso, as reuniões devem estar registradas em atas, assinadas pelos participantes. Entende-se como agente público a definição disposta na lei nº 8.429/1992, conflito de interesses o disposto na lei nº 12.813/2013 e informação privilegiada o disposto na lei 6.385/1976;

13.3 Caso a empresa ou sócios/representantes da **CONVENENTE** venham a figurar em polo passivo de ações penais de qualquer natureza ou ações cíveis que versem sobre dano ao erário público, em face da administração pública, ações junto ao Ministério Público e demais órgãos de controle seja parte ativa e que contrarie a norma anticorrupção, a **CONVENIADA** deve comunicar imediatamente e por e-mail ao etica@afya.com.br.

13.4 A **CONVENENTE** deve comunicar imediatamente e por e-mail ao etica@afya.com.br, a situação atualizada dos processos solicitado pela **CONVENIADA**, em que a empresa ou seus sócios estiverem na parte ré, sempre que houver alteração.

13.5 As Partes deverão cumprir rigorosamente toda a legislação concernente a Direitos Humanos, em âmbito federal, estadual ou municipal e diretrizes de Sustentabilidade da **CONVENIADA**, quer por si, seus prepostos ou terceiros utilizados pela **CONVENENTE** para a prestação dos serviços objeto deste Convênio, obrigando-se a ressarcir à **Parte Prejudicada** todos os prejuízos que esta venha a sofrer em razão do descumprimento da referida legislação e comprometendo-se a não:

a) contratar ou promover trabalho infantil;

b) estabelecer trabalho análogo ao escravo;

c) executar práticas disciplinares coercitivas e discriminatórias com relação a etnia, gênero, raça, religião, orientação sexual, condição física, valores e orientação política;

d) praticar abuso de poder e assédio moral e/ou sexual;

e) promover a exploração sexual, ou qualquer outro tipo de negligência, discriminação, violência e opressão de crianças e adolescentes;

f) conceder remuneração abaixo dos padrões mínimos locais.

UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A.
Rua João Patrício Araújo 179, Veneza I - Ipatinga-MG
Cep: 35164-251, Telefone: 31 21090900

JURÍDICO AFYA NATHALIA TANIGAKI

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO

14.1 As partes elegem o foro da Comarca de Timóteo/MG, para dirimir quaisquer dúvidas que possam existir em decorrência da execução do presente Termo de Cooperação Institucional, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem de pleno acordo, assinam as partes o presente Convênio em 4 (vias) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo, que também o subscrevem, para todos os efeitos jurídicos e legais.

Timóteo/MG, 28 de junho de 2023.

UNIVAÇO – UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A Flávio Cunha de Carvalho	**UNIVAÇO – UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A** Dênis Del Bianco
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS Marco Antonio Guimarães de Almeida	**HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS** Vitor Vitoi Cangussu

Testemunhas:

UNIVAÇO – UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A Simone Aparecida Marjo Santos	**HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS** Matheus Ferraz

UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S.A.
Rua João Patrício Araújo 179, Veneza I - Ipatinga-MG
Cep: 35164-251, Telefone: 31 21090900

JURÍDICO AFYA NATHALIA TANIGAKI

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - SUPREQ0081686
Autor: LARISSA DOS SANTOS LOPES - larissa.lopes@afya.com.br
Status: Finalizado
Hash: D7-64-C4-BC-33-18-9A-65-0C-81-7B-BD-BA-79-7C-19-FF-81-CF-15
Hash SHA256: 9b543699a0c521e7eb8eeaca7c508d1436dc8be6e67f24cca146f0ee4b63dfd8

Assinaturas

Nome: Victor Vitoi Cangussu - **CPF/CNPJ:** 071.200.576-50 - **Cargo:** Diretor Técnico
E-mail: victorcangussu@hmtj.org.br - **Data:** 03/07/2023 21:09:38
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 03/07/2023 21:09:27 - **Leitura completa em:** 03/07/2023 21:09:33
IP: 45.169.50.13
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante

Nome: Marco Antônio Guimarães de Almeida - **CPF/CNPJ:** 21.583.042/0001-72 - **Cargo:** Diretor Presidente
E-mail: marcoantonio@hmtj.org.br - **Data:** 12/07/2023 11:23:51
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 12/07/2023 11:23:24 - **Leitura completa em:** 12/07/2023 11:23:26
IP: 186.233.41.210
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante

Nome: Matheus Ferraz Thiago - **CPF/CNPJ:** 116.054.176-02 - **Cargo:** Coordenador Administrativo
E-mail: matheusferraz@hmtjmg.org.br - **Data:** 12/07/2023 11:24:54
Status: Assinado eletronicamente como testemunha
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 12/07/2023 11:24:26 - **Leitura completa em:** 12/07/2023 11:24:41
IP: 201.55.120.195
Geolocalização: -21.774336, -43.3586176

Nome: Flavio Cunha de Carvalho - **CPF/CNPJ:** 053.976.336-58 - **Cargo:** Vice Presidente de Operações
E-mail: flavio.carvalho@afya.com.br - **Data:** 17/07/2023 10:20:06
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 17/07/2023 10:20:41 - **Leitura completa em:** 17/07/2023 10:20:47
IP: 177.41.162.252
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante

Nome: Anibal José Grifo de Sousa - **CPF/CNPJ:** 082.381.497-11 - **Cargo:** Diretor Jurídico
E-mail: anibal.sousa@afya.com.br - **Data:** 17/07/2023 11:52:29
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 17/07/2023 11:47:38 - **Leitura completa em:** 17/07/2023 11:52:25
IP: 152.255.121.227 - **IPV6:** 2804:18:4019:7b58:1d39:8568:29c1:27fa
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=D7-64-C4-BC-33-18-9A-65-0C-81-7B-BD-BA-79-7C-19-FF-81-CF-15

Código HASH: D7-64-C4-BC-33-18-9A-65-0C-81-7B-BD-BA-79-7C-19-FF-81-CF-15



TERMO DE CONVÊNIO PARA ESTÁGIO EM MEDICINA

Que entre si fazem, de um lado, a **UNIVACO – UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S/A**, com sede na Rua João Patrício Araujo, nº 179, Bairro Veneza, no Município de Ipatinga, no Estado de Minas Gerais, CEP: 35.164-251, inscrita no CNPJ n° 01.757.902/0001-30, registro curso **MEC** (71859), neste ato representado em conformidade com seus atos constitutivos, doravante denominada de **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**.

HOSPITAL E MATERNIDADE TERESINHA DE JESUS, com sede na Avenida Monsenhor Rafael, nº 900, no Município de Timóteo, no Estado de Minas Gerais, CEP: 35.182-447, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0021-16, neste ato representado em conformidade com seus atos constitutivos, doravante denominada de **UNIDADE CONCEDENTE**, e, de outro lado

Resolvem pelo presente instrumento particular, as partes acima qualificadas têm entre si, justo e acertado, firmar o presente **TERMO DE CONVÊNIO PARA ESTÁGIO EM MEDICINA**, nos seguintes termos e condições a seguir expostas.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O objeto do presente convênio é proporcionar experiência prática relativa ao aprendizado técnico-profissional para o desenvolvimento de atividades curriculares aos acadêmicos matriculados no Curso em Medicina, que deve incluir como etapa integrante o estágio em regime de **INTERNATO**, conforme consta no Projeto Pedagógico do Curso de bacharelado em Medicina da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** e instituído pela Resolução CNE nº 3 de 20.06.2014, nos termos da Lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008 e demais legislações reguladoras, devendo os mesmos preencher os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para estarem aptos a frequentar o estágio.

1.2. O estágio, objeto deste Instrumento, será realizado nas dependências da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE TIMÓTEO (UPA)** gerido pela CONCEDENTE.

1.3. A **UNIDADE CONCEDENTE** permitirá que os estagiários e docentes tenham acesso as áreas de Clínica Médica e Pediatria.

Parágrafo Primeiro: Todas as atividades identificadas pelas partes como necessárias ao alcance do objetivo mencionado no caput desta cláusula serão executadas por ambas as entidades, ou individualmente, se for o caso.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATIVIDADES

2.1. As atividades decorrentes do presente Convênio deverão ser formalizadas por meio do Plano de Trabalho acordado entre as Partes, e fará parte integrante do presente instrumento – **ANEXO I**.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Lelio de Souza Junior, BELMIRO COSTA NETO (DIRETOR MÉDICO OSS HMTJ), VINICIUS LANA FERREIRA e Victor Rocha Pessamiglio.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 9997-DF4C-5F07-B9DC-2C9DA.

2.2. Os Planos de Trabalho poderão ser alterados e/ou atualizados de comum acordo entre as partes, mediante troca de correspondências eletrônicas entre os coordenadores.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO TERMO DE COMPROMISSO

3.1. Para a realização do estágio é imprescindível a prévia celebração do **Termo de Compromisso de Estágio** -TCE, a ser firmado entre o **ESTUDANTE** e a **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** com interveniência obrigatória da **UNIDADE CONCEDENTE**, nos termos da Lei nº 11.788/08.

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

4.1. Pelo objeto do presente instrumento de convênio, à **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** repassará à **UNIDADE CONCEDENTE**, o valor, mensal, de R$ 1800,00 (mil e oitocentos reais) que corresponde a 20% do valor médio da mensalidade (R$ 9000,00) por aluno, a ser pago através de nota fiscal emitida pela CONCEDENTE todo dia (10) do mês subsequente a consecução o estágio. A Instituição de Ensino tem prazo de até 30 dias após a emissão da nota para efetuação do pagamento.

Parágrafo Primeiro: estão inclusos neste valor que será repassado pela Instituição de Ensino os custos administrativos, de EPIs e a remuneração do preceptor médico não docente que são de responsabilidade da CONCEDENTE.

Parágrafo Segundo: O valor acima mencionado, deverá ser reajustado anualmente pelo índice do IGP-M, aferido pela Fundação Getúlio Vargas, ou por qualquer outro índice que venha a lhe substituir, desde que de comum acordo entre as partes.

Parágrafo Terceiro: O pagamento deverá ser efetuado no CEF 1641 cc 3338-6 operação 03 Chave Pix: andreiamonteiro@hmtj.org.br de titularidade da **CONTRATADA.**

CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA

5.1. O presente Convênio vigorará pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data de conclusão da assinatura eletrônica, podendo ser renovado mediante celebração de Termo Aditivo, caso assim entendam seus signatários.

CLÁUSULA SEXTA – DA RESCISÃO

6.1. Qualquer das partes poderá, unilateralmente, imotivadamente e espontaneamente, rescindir o presente termo de convênio, desde que notifique a outra parte, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

6.2. Constituem-se, porém, motivos para rescisão imediata do contrato:

a. Falência, dissolução judicial ou extrajudicial da parte, requerida(s) ou homologada(s);
b. Descumprimento de qualquer cláusula deste contrato, salvo nas hipóteses de caso fortuito ou força maior;
c. A **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** declara estar ciente de que a rescisão e/ou

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Lelio de Souza Junior, BELMIRO COSTA NETO (DIRETOR MÉDICO OSS HMTJ), VINICIUS LANA FERREIRA e Victor Rocha Pessamiglio.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 9997-DF4C-5F07-B9C2 ou vá diretamente ao endereço https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443/verificar/9997-DF4C-5F07-B9C2

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Lelio de Souza Junior, BELMIRO COSTA NETO (DIRETOR MÉDICO OSS HMTJ), VINICIUS LANA FERREIRA e Victor Rocha Pessamiglio.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 9997-DF4C-5F07-B9C2 ou vá diretamente ao endereço https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443/verificar/9997-DF4C-5F07-B9C2

transição, sub-rogação ou sucessão dos Contratos, Parcerias ou Convênios firmados entre o HMTJ e o Municipio de Timóteo – MG., ensejará a imediata rescisão deste instrumento, sem ônus indenizatório para as partes.

6.3. A infração de qualquer condição aqui estabelecida, comunicada por escrito e não sanadas no prazo de 5 (cinco) dias úteis pela parte infratora, dará a outra parte o direito de rescindir o presente contrato de imediato, sem prejuízo de ressarcimento por possíveis danos sofridos.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS RESPONSABILIDADES DAS PARTES

7.1. São obrigações da **UNIDADE DE ENSINO**:

a. Apresentar, anualmente, o plano de trabalho e plano educacional das atividades que serão desenvolvidas na **UNIDADE CONCEDENTE**;
b. Encaminhar, mensalmente, a relação com nome, dias e horários dos estagiários do internato;
c. Encaminhar os estagiários para internato, observando o disposto neste instrumento, bem como a legislação pertinente em vigor;
d. Atualizar semestralmente, e sempre que necessário, as informações encaminhadas a **UNIDADE CONCEDENTE** relacionadas à realização do internato;
e. Contratar e apresentar o seguro de acidentes pessoal do estagiário que tenham como causa direta o desempenho de atividades de estágio, de acordo com a Lei Federal n.º 11.788/08;
f. Apresentar documentação que comprove a regularidade e registro da **UNIDADE DE ENSINO** no **MEC -** Ministério da Educação, bem como todas as autorizações, certidões, alvarás e licenças emitidas pelos Órgãos Competentes que atestem seu regular funcionamento e a obediência à legislação pertinente em vigor, sob pena de rescisão de pleno direito do presente convênio;
g. Designar de preceptor/ professor, com experiência e especialização na área que irá aplicar o estágio prático, para supervisionar e acompanhar as atividades curriculares que serão praticadas na **UNIDADE CONCEDENTE**, os quais deverão ter carga horária adequada às atividades a serem desenvolvidas;
h. Comprometer-se a não utilizar o nome/marca, dados cadastrais, imagens e/ou informações históricas, societárias e comerciais da **UNIDADE CONCEDENTE**, de seus representantes legais e pessoas jurídicas do grupo econômico a que pertence, em nenhuma hipótese, a que título for, como, por exemplo, em materiais de propaganda, divulgação, sites, apresentação, entrevistas, obras, projetos, citação em qualquer veículo de comunicação ou a terceiros, durante a vigência deste instrumento e mesmo após seu encerramento, salvo se por autorização expressa formal e por escrito da **UNIDADE CONCEDENTE**.
i. Garantir que os estagiários estejam devidamente uniformizados e identificados;
j. Respeitar a privacidade do paciente;
k. Conhecer e cumprir as Políticas da **UNIDADE CONCEDENTE**;
l. Fornecer os EPIs aos estagiários conforme protocolo da **UNIDADE CONCEDENTE**;
m. Zelar pelo cumprimento das normas Institucionais da **UNIDADE CONCEDENTE**.

7.2. São obrigações da **UNIDADE CONCEDENTE**:

a. Assegurar os meios indispensáveis à plena consecução do objeto deste

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Lelio de Souza Junior, BELMIRO COSTA NETO (DIRETOR MÉDICO OSS HMTJ), VINICIUS LANA FERREIRA e Victor Rocha Pessamiglio.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 9997-DF4C-5B07-B9C2.

instrumento aos estagiários regularmente matriculados no curso de graduação em medicina da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**;

b. Assinar, na qualidade de **UNIDADE CONCEDENTE**, o Termo de Compromisso de Estágio;
c. Permitir o início das atividades de estágio somente após a assinatura do TCE pela **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** e pelo **ESTAGIÁRIO**;
d. Designar um responsável para acompanhamento de todas as atividades decorrentes do objeto deste convênio;
e. Indicar o número de vagas e as áreas /setores para a realização do internato a partir da demanda da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**;
f. Aceitar, recusar ou pedir substituição de estagiário, mediante justificativa, nos casos de recusa ou substituição;
g. Comunicar a **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, imediatamente, por escrito, a ocorrência de qualquer ato ou fato relevante concernente à realização do estágio;
h. Cumprir a programação de estágio de acordo com a legislação pertinente em vigor no que tange a duração do estágio em cada área/setor, bem como a jornada de atividades a ser cumprida pelos estagiários diariamente;
i. Analisar a metodologia de estágio apresentada pela **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** a fim de verificar sua viabilidade na **UNIDADE CONCEDENTE**;
j. Designar representantes médicos para que tenham ciência das atividades que serão desenvolvidas nas dependências da Unidade;
k. Fornecer identificação (crachá) aos estagiários;
l. Compromete-se a **UNIDADE CONCEDENTE**, ademais, a não utilizar o nome/marca, dados cadastrais, imagens e/ou informações históricas, societárias e comerciais da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, de seus representantes legais e pessoas jurídicas do grupo econômico a que pertence, em nenhuma hipótese, a que título for, como, por exemplo, em materiais de propaganda, divulgação, sites, apresentação, entrevistas, obras, projetos, citação em qualquer veículo de comunicação ou a terceiros, durante a vigência deste instrumento e mesmo após seu encerramento, salvo se por autorização expressa formal e por escrito da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**.

7.3. São obrigações comuns ENTRE AS **PARTES**:

a. As Partes assegurarão um ao outro, dentro de suas possibilidades, todas as facilidades e elementos essenciais e necessários ao pleno acompanhamento e execução das atividades a serem desenvolvidos sob a égide do presente Instrumento;
b. Zelar pelo bom nome da outra **PARTE**, no âmbito das atividades decorrentes do presente acordo;
c. Assumir inteiramente as obrigações civis, trabalhistas, criminais e previdenciárias de seus respectivos empregados que executarem atividades no escopo do presente Acordo de Convênio, obedecendo à legislação pertinente bem como as normativas relativas à segurança, higiene, medicina e segurança do trabalho, acidente de trabalho, procedendo aos descontos e recolhimentos previstos em lei, inclusive os encargos trabalhistas, fundiários, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a outra parte.

CLÁUSULA OITAVA: DA COORDENAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Lelio de Souza Junior, BELMIRO COSTA NETO (DIRETOR MÉDICO OSS HMTJ), VINICIUS LANA FERREIRA e Victor Rocha Pessamiglio.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 9997DF4C-5F07-B08C-2C9DA.

8.1. Para coordenar as atividades objeto do presente Convênio cada Parte indicará representantes que serão encarregados das articulações necessárias para atingir os objetivos deste Instrumento.

8.2. O estágio deverá ter o acompanhamento do professor Supervisor de área vinculado a **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, o qual compete a supervisão e monitoramento das atividades via preceptor médico não docente.

8.3. A **CONCEDENTE** indicará os preceptores médicos não docentes que serão responsáveis pela preceptoria, avaliação e acompanhamento permanente do acadêmico.

CLÁUSULA NONA: DA CONFIDENCIALIDADE

9.1. As Partes se obrigam por si, seus representantes, prepostos, empregados ou subcontratados, a manter a confidencialidade de qualquer informação obtida em razão do presente Convênio. Excetuando-se os dados que sejam de comprovado domínio público, os dados, detalhes e informações contidos na documentação do Convênio, não podendo as partes usarem tais dados de nenhuma forma para publicidade, nem para comunicação a terceiros.

9.2. As partes assumem total responsabilidade por quebra de sigilo realizada por seus representantes, prepostos, empregados ou subcontratados.

9.3. A obrigação de sigilo ora pactuada sobreviverá ao término do presente Convênio.

CLÁUSULA DÉCIMA: DOS PRECEPTORES MÉDICOS NÃO DOCENTES

São considerados preceptores os profissionais das áreas de saúde, em especial médicos especialistas.

10. Compete ao preceptor:

I. Supervisionar os estagiários e estar presente durante os atendimentos;

II. Estar presente durante a permanência do aluno em atuação;

III. Verificar a frequência e analisar a conduta ética e profissional do aluno nas áreas de atuação;

IV. Orientar o estagiário durante suas visitas, quer em grupo ou individualmente;

V. Acompanhar o desempenho do aluno em todo campo de estágio;

VI. Proceder às avaliações durante e ao encerramento de cada módulo;

VII. Manter atualizados os documentos referentes ao estágio;

VIII. Entregar, ao final de cada rodízio/estágio, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, as frequências e notas dos alunos;

IX. Ser o facilitador/mediador do processo de ensino e aprendizagem do aluno, utilizando metodologias ativas de ensino.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Lelio de Souza Junior, BELMIRO COSTA NETO (DIRETOR MÉDICO OSS HMTJ), VINICIUS LANA FERREIRA e Victor Rocha Pessamiglio.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 9997DF4C-5F07-B98C-2C9DA.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DAS POLÍTICAS E PRÁTICAS DE COMPLIANCE

11.1 **AS PARTES** deverão cumprir e instruir seus alunos a cumprir com todas as leis, regulamentações e políticas de *compliance* e anticorrupção que estejam em vigor no território brasileiro, que se apliquem às suas atividades sociais, com especial observância do disposto na Lei 12.846/2013, bem como cumprir todas as obrigações do presente Convênio.

11.2. **AS PARTES** declaram, garante e aceitam que na execução do trabalho não realizarão qualquer solicitação, exigência, cobrança ou obtenção para si e para outrem de vantagem ou promessa de vantagem, a pretexto de influir em ato praticado por funcionário público, conforme a definição da legislação vigente no território brasileiro, no exercício do objeto deste contrato, restando expresso, ainda, que nenhuma taxa, dinheiro ou qualquer outro objeto de valor foi ou será pago, oferecido, doado ou prometido, seja em nome próprio ou pela **PARTE CONTRÁRIA.**

11.3. A **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** declara que reconhece a existência do Código de Ética e Conduta da **UNIDADE CONCEDENTE** e se compromete a observar e cumprir suas diretrizes no que lhe couber. O Código de Ética e conduta está disponível em www.prosaude.org.br/conheca-a-pro-saude/codigo-de-etica-e-de-conduta/.

11.4**.** Compete a **UNIDADE CONCEDENTE**, além das obrigações acordadas neste instrumento contratual, conhecer e cumprir os princípios éticos previstos no Programa de Integridade e do Código de Ética e Conduta da Afya Participações S.A, disponível no endereço eletrônico: https://afya.com.br/sobre/programadeintegridade e as diretrizes da "Política de Privacidade", disponível no endereço eletrônico: https://www.afya.com.br/politica-de-privacidade.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

12.1. As **PARTES**, por seus representantes, através da assinatura do presente Convênio, declaram, garantem e comprometem-se, em relação a todos os atos de representação da outra Parte e em qualquer questão relacionada direta ou indiretamente com o desenvolvimento das atividades necessárias ao cumprimento do objeto deste Convênio, que: (i) Não violaram e comprometem-se a não violar a Lei de Proteção de Dados Pessoais (Lei 13.709/2018) e demais legislações análogas de outras jurisdições que versem sobre o tema;(ii) Declaram de forma irrevogável e irretratável, que seus acionistas/quotistas/sócios, conselheiros, administradores, diretores, empregados, prestadores de serviços, inclusive seus subcontratados e prepostos, conhecem e cumprem integralmente o disposto nas leis, regulamentos e disposições normativas que tratam da proteção de dados pessoais, nacionais e estrangeiras; (iii) Se absterão da operação de tratamento indevido, irregular ou ilegal, de forma direta e/ou indireta, ativa e/ou passiva, de dado pessoais; (iv) Nas atividades de tratamento de dados pessoais observarão a boa-fé e os demais princípios dispostos nas leis que versem sobre o tema.

12.2. Na execução do presente Convênio, as Partes deverão colaborar entre si para que haja garantia do integral cumprimento das disposições previstas na Lei de Proteção de Dados Pessoais, devendo: (i) tomar medidas razoáveis para informar sua equipe de trabalho sobre as responsabilidades e confiabilidade resultantes da lei de proteção aos dados pessoais; (ii) notificar prontamente a outra Parte por escrito, sempre que souber

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Lelio de Souza Junior, BELMIRO COSTA NETO (DIRETOR MÉDICO OSS HMTJ), VINICIUS LANA FERREIRA e Victor Rocha Pessamiglio.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 9997DF4C-5B07-B98D-2C9DA.

ou suspeitar que ocorreu um incidente de segurança, ou uma violação à lei de proteção de dados pessoais; (iii) investigar eventual incidente de segurança, tomando todas as medidas necessárias para eliminar ou conter a exposição, inclusive cooperando com os esforços de investigação e remediação da outra Parte, mitigando qualquer dano; (iv) envidar esforços razoáveis para garantir que os dados pessoais sejam corretos e atualizados em todas as circunstâncias, enquanto estiverem sob sua custódia ou sob seu controle, na medida em que tenha capacidade de fazê-lo; (v) cooperarem razoavelmente estre si, na definição de uma solução para implementar os novos requisitos de proteção e segurança aos dados pessoais, caso assim a legislação vier a exigir.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DOS DIREITOS DE PROPRIEDADE

13.1. Os resultados e informações obtidas em função da execução dos projetos e das atividades inerentes ao presente Convênio serão utilizados exclusivamente para os fins neles previstos e por pessoas autorizadas das Partes, e serão propriedade das mesmas a elas cabendo, igualmente, os créditos respectivos, observado o disposto nas leis de propriedade intelectual.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA NÃO EXCLUSIVIDADE

14.1. Considerando que o presente Convênio não exige pessoalidade, a **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** NÃO MANTERÁ qualquer EXCLUSIVIDADE para com a **UNIDADE CONCEDENTE**, podendo se conveniar a terceiros.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO DESLIGAMENTO DO ALUNO-ESTAGIÁRIO

15.1. O estagiário será desligado automaticamente independente da data estabelecida no Termo de Compromisso de Estágio para o término do estágio se a sua formatura ocorrer antes do prazo, trancar a matrícula ou se desistir do curso, devendo a **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** comunicar por escrito à **UNIDADE CONCEDENTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DA NÃO VINCULAÇÃO

16.1. Fica estabelecido entre as partes que o estágio objeto do presente convênio não gera qualquer vínculo empregatício entre os estagiários da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** com a **UNIDADE CONCEDENTE** e nem mesmo dos funcionários desta com aquela, conforme previsto no Artigo 3º da Lei 11.788/08.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1. Quaisquer alterações, aditamentos, proposta anterior ou acordos supervenientes a este convênio, somente terão eficácia e obrigação se feitos por escrito, assinados e rubricados pelas partes, que passará a fazer parte integrante do presente instrumento;

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Lelio de Souza Junior, BELMIRO COSTA NETO (DIRETOR MÉDICO OSS HMTJ), VINICIUS LANA FERREIRA e Victor Rocha Pessamiglio.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 9997-DF4C-5B07-B9C2.

17.2. As Partes se comprometem a não se valer deste convênio para assumirem obrigações perante terceiros, dando-o como garantia ou caução, nem utilizar os direitos a serem auferidos em decorrência da presente avença;

17.3. Se qualquer disposição deste convênio for considerada inválida, inexequível, nula ou sem efeito por qualquer órgão administrativo ou judicial competente, ou se, por força de lei, qualquer disposição se tornar inválida, inexequível, nula ou sem efeito, as demais disposições permanecerão válidas, em pleno vigor e efeito, e as Partes deverão substituir a disposição invalidadas, inexequíveis ou anuladas por outras válidas e exequíveis que corresponda, tanto quanto possível, ao espírito e objetivo da disposição substituída;

17.4. Qualquer eventual tolerância das partes quanto à exigência do cumprimento das obrigações constantes deste convênio não poderá ser considerada como alteração aos seus termos, mas sim, como ato isolado de liberalidade, não implicando em novação, renúncia, remissão ou desistência quanto às obrigações assumidas pelas partes no presente instrumento;

17.5. É expressamente vedado a qualquer Parte se apresentar ou ser considerada representante, empregada, preposta ou agente da outra parte, não tendo autoridade para vincular, assumir ou criar obrigações para a outra.

17.6. As partes declaram que tiveram prévio conhecimento de todas as cláusulas e condições deste convênio, concordando expressamente com todos os seus termos;

17.7. As partes declaram possuir as necessárias competências e autorizações, dos órgãos competentes, para a celebração deste contrato, respondendo a parte que der causa por quaisquer incorreções relativas a presente contratação;

17.8. Na hipótese de chamamento à lide da **UNIDADE CONCEDENTE** em Juízo, em virtude de obrigações de responsabilidade da **INSTITUIÇÃO DE ENSINO,** fica esta última obrigada a assumir todos os ônus decorrentes, ficando desde logo autorizada a deduzir das importâncias correspondentes nos seus créditos. No caso de inexistência de créditos tais importâncias serão também devidas e cobradas à parte, constituindo-se como título executivo extrajudicial.

17.9. A cooperação prevista neste Convênio é prática regular dos convenentes, não caracterizando, portanto, exclusividade reservada para qualquer das partes.

17.10. As partes declaram e concordam que a operação econômica formalizada por este instrumento não gerou qualquer tipo de investimentos específicos pela **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** para a sua consecução e, por conseguinte, não há que se falar em retorno de investimentos e incidência da norma contida no art.473, § Único do Código Civil.

17.11. O presente Convênio é celebrado em caráter irrevogável, irretratável e irrenunciável, valendo como título executivo extrajudicial nos termos da legislação civil adjetiva, obrigando as partes contratantes e seus sucessores a qualquer título e a qualquer tempo.

17.12. Este instrumento contratual é assinado eletronicamente mediante utilização de uma plataforma de assinatura eletrônica aceita pelas **PARTES**, a qual, nos termos do

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Lelio de Souza Junior, BELMIRO COSTA NETO (DIRETOR MÉDICO OSS HMTJ), VINICIUS LANA FERREIRA e Victor Rocha Pessamiglio.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 9997-DF4C-5B07-B9DC-C9DA.

art. 10, §2º, da Medida Provisória nº 2.200-2/2001, é admitida pelas **PARTES** como meio válido de comprovação de autoria e integridade das assinaturas.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA DO CUMPRIMENTO DE LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA

18.1 Além das disposições elencadas no presente Termo de Convênio, a **UNIDADE CONCEDENTE** deverá cumprir todas as leis e posturas federais, estaduais e municipais, responsabilizando-se integralmente ainda, com suas obrigações fiscais e trabalhistas relativas a seus empregados, nas quais se incluem, além do pagamento dos salários nos prazos previstos em lei, a rigorosa observância dos recolhimentos de tributos, encargos sociais (PIS e outros decorrentes do contrato de trabalho), contribuições sociais (COFINS) e previdenciárias para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), das normas concernentes à segurança, higiene e medicina do trabalho, de proteção contra acidentes no trabalho, de modo a evitar que a **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** possa ser responsabilizada, solidária ou subsidiariamente, por qualquer irregularidade ou inadimplência da **UNIDADE CONCEDENTE** ou eventuais subCONCEDENTEs, as quais serão as únicas responsáveis, através de seus sócios e gerentes pelo exato e fiel cumprimento de todas as obrigações e encargos acima referidos, ficando a **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, expressamente, excluída de qualquer responsabilidade nesse sentido.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA: DO FORO

18.1. As partes contratantes elegem o foro da comarca de Timóteo/MG para dirimir quaisquer questões decorrentes do presente contrato ou de sua execução, excluindo qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Timóteo, data de conclusão da assinatura eletrônica

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

UNIVACO – UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO S/A

TESTEMUNHAS:

1.	2.
Nome:	Nome:
CPF:	CPF:

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Lelio de Souza Junior, BELMIRO COSTA NETO (DIRETOR MÉDICO OSS HMTJ), VINICIUS LANA FERREIRA e Victor Rocha Pessamiglio.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 9997-DF4C-5F07-B9C2.

ANEXO I – PLANO DE TRABALHO

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Lelio de Souza Junior, BELMIRO COSTA NETO (DIRETOR MÉDICO OSS HMTJ), VINICIUS LANA FERREIRA e Victor Rocha Pessamiglio.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 9997-DF4C-5B07-B9C2.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/9349-7F4C-D010-08C2 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 9349-7F4C-D010-08C2

Hash do Documento

58714D80BC766297A710CE5EABB5895EF3026539F8B1B54FFB32ED0DD65D7C0F

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 09/08/2022 é(são) :

☑ VICTOR VITOI CANGUSSU (DIRETOR TÉCNICO ADMINISTRATIVO) - 071.***.***-50 em 09/08/2022 13:16 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Tue Aug 09 2022 13:16:31 GMT-0300 (-03)
Geolocation Location not shared by user.
IP 152.255.118.214
Assinatura:



Hash Evidências:
C1F030B836BA7719FA478F35FBDEF8F4E368575553175FCB1D58BBCD0D48C6BF

☑ Lelio de Souza Junior (REPRESENTANTE LEGAL) - 988.***.***-91 em 01/08/2022 07:16 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: lelio.souza@afya.com.br

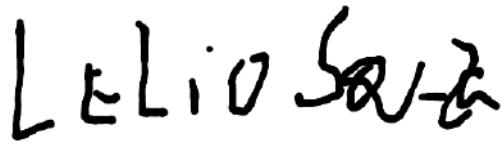
Evidências

Client Timestamp Mon Aug 01 2022 07:16:09 GMT-0300 (-03)

Este documento foi assinado eletronicamente por anibal José Grifo DE SOUSA.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 7DFC-5F67-B9CD-C9DA.

Este documento foi assinado eletronicamente por anibal José Grifo DE SOUSA.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 7DFC-5F67-B9CD-C9DA.

Geolocation Latitude: -23.585904051784404 Longitude: -46.66898131601512 Accuracy: 19.90276565545147
IP 191.180.228.34
Assinatura:



Hash Evidências:
4AF4E2851AFB4A8B4F4A360DD14D7CCBB316FBECACF7606AEFEC94C644955D1A

☑ BELMIRO COSTA NETO (TESTEMUNHA) - 067.***.***-30 em 30/07/2022 08:42 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: belmironeto@hmtjmg.org.br

Evidências

Client Timestamp Sat Jul 30 2022 08:42:29 GMT-0300 (-03)
Geolocation Location not shared by user.
IP 177.185.117.170
Assinatura:



Hash Evidências:
8B94A267D533CD096FA92BF5458232368989A45A77EA1818162148E60F8B6D23

☑ GUSTAVO CAMPOS FAUSTINO VIEIRA (DIRETOR MÉDICO OSS HMTJ) (TESTEMUNHA) - 043.***.***-60 em 30/07/2022 08:37 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: gustavocampos@hmtj.org.br

Evidências

Client Timestamp Sat Jul 30 2022 08:37:17 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -19.9440931 Longitude: -44.0388688 Accuracy: 68.4
IP 179.126.141.227
Assinatura:

Este documento foi assinado eletronicamente por anibal José Grifo DE SOUSA.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 7DFC-5F67-B9CD-C9DA.

Este documento foi assinado eletronicamente por anibal José Grifo DE SOUSA.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 7DFC-5F67-B9CD-C9DA.



Hash Evidências:

70EE9788FB16C3E609496B4353F3687F8C732EE7FC11F39B5B09A40C8D31B508

☑ VINÍCIUS LANA FERREIRA (TESTEMUNHA) - 032.***.***-07 em 29/07/2022 19:44 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Identificaçao: Por email: vinicius.ferreira@univaco.edu.br

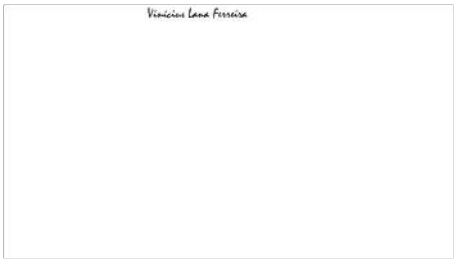
Evidências

Client Timestamp Fri Jul 29 2022 19:44:47 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -15.7826 Longitude: -47.9354 Accuracy: 41223

IP 8.242.26.194

Assinatura:



Hash Evidências:

596D142F224E64FDD2F087F767E78F6DAED2A9D9B6CBA7B6809F14E06A82746A

☑ VICTOR ROCHA PESSAMIGLIO (TESTEMUNHA) (TESTEMUNHA) - 082.***.***-22 em 29/07/2022 14:48 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Identificaçao: Autenticação de conta

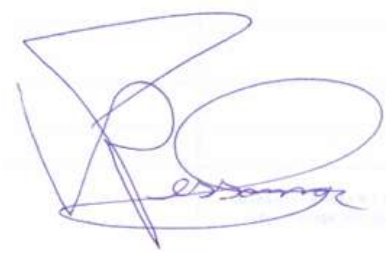
Evidências

Client Timestamp Fri Jul 29 2022 14:45:45 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Location not shared by user.

IP 201.55.120.194

Assinatura:



Hash Evidências:

Este documento foi assinado eletronicamente por anibal José Grifo DE SOUSA.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 7DFC-5F67-B9CD-C9DA.

Este documento foi assinado eletronicamente por anibal José Grifo DE SOUSA.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 7DFC-5F67-B9CD-C9DA.

41A770A834D0CD90E72F632E31CB6A381DDA30403E3B8D4D7EDDB3445DC547A1

MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - 485.***.***-34 em 29/07/2022 13:44 UTC-03:00

Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida

Tipo: Certificado Digital

Este documento foi assinado eletronicamente por anibal José Grifo DE SOUSA.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 7DFC-5F67-B9CD-C9DA.

Este documento foi assinado eletronicamente por anibal José Grifo DE SOUSA.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 7DFC-5F67-B9CD-C9DA.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/7DFC-5F67-B9CD-C9DA ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 7DFC-5F67-B9CD-C9DA

Hash do Documento

B426745948A476D2E48091CC33A7000DD8FEC43C04EF8EAFAC4B7B20734763D0

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 09/01/2023 é(são) :

☑ ANIBAL SOUZA - ***.381.497-** em 19/12/2022 18:31 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: anibal.sousa@afya.com.br

Evidências

Client Timestamp Mon Dec 19 2022 18:31:53 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Location not shared by user.
IP 152.255.102.246
Assinatura:



Hash Evidências:

46359DEAEEFAF1B2825C8106B05D8940511B4859D5CB86BAA1C9D48849EE69DE

ÁREA DA QUALIDADE

PROJETO DE HOSPITAL DE ENSINO PARA A UNIDADE

PROJETO DE HOSPITAL DE ENSINO PARA A UNIDADE

De acordo com o planejamento estratégico da OSSHMTJ e edital de licitação em questão um de seus processos internos é a manutenção do credenciamento de "Hospital de Ensino" para o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEJ.

Uma das etapas será o reforço das parcerias já estabelecidas na gestão anterior, estreitando os laços com amadurecimento de ideias, otimização de recursos e troca de experiências já compartilhadas. Objetivando cada vez maior qualificação dos serviços de saúde prestados à sociedade e a formação de profissionais de saúde com excelência. A OSSHMTJ pretende expandir as parcerias com outras organizações de saúde e ensino com diferentes frentes focando em mudanças sociais e fidelizando seus clientes pela escolha da instituição como local para sua residência e capacitação profissional.

Ao longo do ano buscaremos a manutenção das parcerias afim de proporcionar aos nossos alunos/ residentes um campo vasto e rico de experiencias e recursos que contribuirão para sua formação e amadurecimento profissional, com uma entrega de valor para a comunidade, aumentando assim a oferta de serviço para a SES-GO e região.

Portanto nesta perspectiva é interesse da OSSHMTJ, realizar e ou manter convênios comfaculdades e universidade, incluindo escolas técnicas, fomentando o ingresso de alunos, com graduação nas dependências da Instituição que tenham interesse nos serviços prestados, sendo estes convênios de entidades públicas ou privadas.

Para atender todos os requisitos obrigatórios da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, e Portaria Interministerial nº 2400 de 02/10/2007 / MS - Ministério da Saúde, sendo descrito os processos já implementados. Abaixo segue breve histórico da capacidade instalada que o Hospital Estadual da Mulher Dr. Jurandir do Nascimento – HEJ possui incluindo alguns serviços e residências já em curso.

Como já mencionado a OSSHMTJ pretende manter as residências já credenciadas através de um novo requerimento para renovação e validação da instituição como Hospital de Ensino, e explorar as oportunidades de ofertas de serviço.

Perfil da Unidade: Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEJ

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ) é uma unidade de Assistência 24 horas, com atendimentos de demanda espontânea para Obstetrícia, assim como demanda regulada pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, sendo referência para todo

o Estado de Goiás, em Média e Alta Complexidade, com recepção ambulatorial, laboratório, ambulatório, setor de exames por imagem, centro de testagem e aconselhamento, unidade do hemocentro, maternidade, centro cirúrgico, centro de material e esterilização, farmácia, almoxarifado e serviços de apoio

Identificação da Unidade

Nome: Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ)

CNES: 2535556;

Endereço: Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo, Jataí - GO 29.1.4. CEP: 75.804-040;

Tipo de Unidade: Hospital Geral de esfera pública de média e alta complexidade;

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, sendo devidamente referenciado pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação.

Capacidade Instalada

O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ possui edificação térrea e três andares superiores. A Unidade possui recepção ambulatorial, laboratório, ambulatório, setor de exames por imagem, centro de testagem e aconselhamento, unidade do hemocentro, maternidade, centro cirúrgico, centro de material e esterilização, farmácia, almoxarifado e serviços de apoio.

O HEJ possui 128 leitos destinados à internação de pacientes adultos e pediátricos, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Capacidade Instalada de atendimento:

- UTI Adulto 20 leitos
- Enfermaria Adulto Clínico 34 leitos
- Enfermaria Obstétrica 11 leitos
- Enfermaria Pediátrica: 05 leitos clínicos e 01 leito cirúrgico
- Enfermaria Cirúrgica 45 leitos
- Enfermaria Saúde Mental 10 leitos
- UCIN 02 leitos

Total 128 leitos

- Escritório de gestão de altas 10 Poltronas /Leitos
- Centro Cirúrgico (Salas Cirúrgicas) 05*
- Centro Cirúrgico (RPA) 04
- Consultórios 10
- Sala de estabilização Vermelha 02 leitos
- Sala de estabilização Amarela 04 leitos
- Sala de Observação 10 leitos

* 01 sala específica para cirurgias oftalmológicas

A distribuição da estrutura física poderá ser adequada pelo PARCEIRO PRIVADO, sempre com anuência prévia do PARCEIRO PÚBLICO, considerando-se a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

Linhas de Serviços oferecidas pelo Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEJ :

Para o funcionamento do HEJ serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

- Internação
- Saídas de Clínica Médica;
- Saídas Obstétricas;
- Saídas Pediátricas;
- Saídas Cirúrgicas Pediátricas;
- Saídas Cirúrgicas;
- Saídas Saúde Mental;
- Internações em leitos de UTI adulto
- Internações em leitos de UCIN
- Cirurgia Eletiva Ambulatorial
- Cirurgias oftalmológicas que não necessitem de internação, realizadas em centro cirúrgico.
- Cirurgias Eletivas: Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro; Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade e Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo.
- Atendimento Ambulatorial:

- Consulta médica na atenção especializada realizadas em ambulatório;
- Consulta multiprofissional na atenção especializada realizadas em ambulatório;
- Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

SADT Externo:

- Biópsia de tireóide (PAAF);
- Endoscopia;
- Tomografia Computadorizada com e sem contraste;
- Ultrassonografia Convencional;
- Ultrassonografia Doppler.

Podendo oferecer suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual e adição de contrato de prestação de serviços.

De acordo com disponibilidade de leitos e as especificações de atendimentos realizados nas Unidades será proposto campo de estágio curriculares e extracurriculares de acordo com o interesse em conjunto com as faculdades e escolas técnicas, ofertando para as áreas de conhecimento atuantes na instituição com intuito de corroborar oportunidade para o aluno de experienciar a prática e contribuir para seu desenvolvimento e aprendizagem bem como sua dedicação com entrega de valor na sua prática cotidiana hospitalar.

A distribuição da estrutura física poderá ser adequada pelo PARCEIRO PRIVADO, sempre com anuência prévia do PARCEIRO PÚBLICO, considerando-se a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

A OSSHMTJ deverá manter sua Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imuno hematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. O suprimento de hemocomponentes a esta agência deverá ser realizado pelo HEMOGO. A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelece a SES-GO.

O serviço de hemoterapia integrará a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO.

Perfil da Unidade

O HEJ é uma unidade de Assistência 24 horas, com atendimentos de demanda espontânea para Obstetrícia, assim como demanda regulada pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, sendo referência para todo o Estado de Goiás, em Média e Alta Complexidade, podendo oferecer suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual.

Residência médica sugerida : A Residência Médica que se pretende ofertar corresponde aos seguintes profissionais das áreas de: Pediatria, Medicina Intensiva, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesiologia, Cirurgia Geral e Ultrassonografia em GO, e sendo as demais de acordo com estudo local de relevância e vazio assistencial da área pretendida e entendimento que a oferta contribuirá para formação do aluno bem como uma melhor entrega de serviço para os usuários da Unidade de Saúde.

Divisão de Ensino atual: A Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEP) será constituída pelos departamentos: Comissão de Residência Médica (COREME), Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), Divisão de Ensino (DE), Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Biblioteca. Ela será responsável por todos os estágios realizados no HEJ, bem como pelas pesquisas envolvendo seres humanos, por meio do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), cujas coletas de dados ocorrem tanto nesta, quanto em outras instituições de saúde.

COREME: Inicialmente contará com a abertura de convêncio de 6 Programas de Residência Médica credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica sendo: Pediatria, Medicina Intensiva, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesiologia, Cirurgia Geral e Ultrassonografia em GO.

COREMU: Contará com 02 programas de residência Multiprofissional sendo: Residência nas áreas de Enfermagem e outro nas residências de: Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

Biblioteca: Serão oferecidos os seguintes serviços: Atendimento à comutação bibliográfica Bireme (SCAD), Elaboração de ficha catalográfica, Suporte nas Normas ABNT, APA e Vancouver,Empréstimo domiciliar, Espaço para estudo individual e em grupos com acesso a computadores,Treinamentos e suporte em base de dados, Suporte bibliográfico em revisões e protocolos baseados em evidências (realização de estratégia de busca, Gerenciamento das buscas bibliográficas nas bases de dados, Organização do material recuperado, Remoção das duplicatas no gerenciador de referências adotados, Envio de planilhas para análise e seleção para triagem de estudo e descrição da metodologia de busca), Indexação de documentos digitais na BVS (Biblioteca Virtual da Saúde, antiga BIREME).

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Tem por objetivo, acompanhar os protocolos de

pesquisas que envolvem seres humanos, no âmbito do HEJ e de outras instituições que não possuem Comitê de Ética. Preservando os aspectos éticos, em defesa dos direitos dos envolvidos na pesquisa, participantes, pesquisadores e Instituições.

Para iniciar esse processo de recertificação a OSSHMTJ irá revisitar a Portaria interministerial n° 285, de 24 de março de 2015. No que tange os requisitos obrigatórios para asolicitação de certificação do hospital de ensino conforme Art. 6º deverão ser atendidos pelos solicitantes, para concessão da certificação de HE, os seguintes requisitos específicos:

I - ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são:

a) Comissão de Ética Médica e 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;

f) Comissão de Óbitos;

g) Comissão de Revisão de Prontuários;

h) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

i) Comissão de Farmácia e Terapêutica; e

j) Comissão de Proteção Radiológica;

A OSSHMTJ nesta etapa irá buscar a implementação e implantação das comissões supracitadas com regimentos internos, atas de reuniões regulares, fluxos internos.

Modernização do banco de dados com apoio da informatização, o que permite maior agilidade na geração de relatórios comprobatórios e estatísticos. Elaboração de indicadores de processos para monitoramento das comissões bem como análise críticas e planejamento de ações de melhorias dos serviços prestados em interface com o cuidado.

II - ter constituídas e em permanente funcionamento, quando couberem, as comissões assessoras pertinentes, de acordo com o perfil assistencial do estabelecimento hospitalar, que podem ser:

a) Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos;

b) Comitê Transfusional;

c) Comissão de Residências em Saúde;

d) Comissão de Biossegurança.

A OSSHMTJ manterá o funcionamento destas comissões que já estão implantadas seguindo as diretrizes de Serviço de Gestão da Qualidade no que se refere a padronização do serviço, controle de frequências de reuniões, atas de reunião, identificação de melhorias, elaboração de regimentos internos, fluxos e registros no estabelecimento de saúde e cooperação com as metas contratualizadas com a SES-GO.

III - participar dos programas e políticas prioritárias do SUS, incluindo as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, de acordo com seu perfil assistencial;

IV - constituir-se como um ponto de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada ou espontânea;

V - disponibilizar para a regulação do SUS os serviços contratualizados, de acordo com as pactuações loco-regionais;

VI - garantir o direito do usuário ao acompanhante e à visita aberta, dispondo de condições técnicas, humanas e de ambiência;

VII - adotar programa de acolhimento com protocolo de classificação de risco quando dispuser de serviço de urgência e emergência ou maternidade;

VIII - garantir os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e equipamentos de acordo com o porte e perfil assistencial do hospital, com no mínimo:

a) patologia clínica, dentro ou fora do ambiente hospitalar, com coleta no hospital;

b) radiologia simples no ambiente hospitalar;

c) acesso a eletrocardiografia;

d) acesso a ultrassonografia;

e) acesso a endoscopia digestiva;

f) equipamentos e insumos para suporte avançado de vida e transporte seguro;

g) Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tipo II ou tipo III, conforme disposto na Portaria nº 3.432/GM/MS, de 12 de agosto de 1998, ou acesso garantido à UTI, conforme pactuação

loco- regional;

h) assistência farmacêutica, assistência nutricional, processamento e esterilização de roupas e materiais, transporte sanitário, higiene e limpeza, e demais serviços assistenciais e de apoio, próprios ou terceirizados, conforme normas vigentes; e

i) equipe multiprofissional compatível com o porte e perfil assistencial do hospital, segundo o regramento vigente;

IX - Manter o prontuário único dos pacientes padronizados e com registros completos;

X - Atualizar de forma regular e sistemática os sistemas de alimentação obrigatória do

SUS; eXI - garantir a implementação das seguintes ações de segurança do paciente:

a) ter implementado Núcleo de Segurança do Paciente;

b) ter elaborado um Plano de Segurança do Paciente;

c) manter ativa a Notificação de Eventos Adversos (Notivisa);

d) ter, no mínimo, implementados os protocolos de Identificação do Paciente e Higienização dasMãos; e

e) desenvolver um plano de implantação dos demais protocolos, de acordo com o perfil assistencial da instituição, a ser implementado no prazo máximo de 02 (dois) anos.

Mediante a observação e atendimento a estes requisitos específicos da citada portaria interministerial, sendo que o cumprimento desses requisitos é imprescindível para fomentar o processo de avaliação do hospital e posteriormente obtenção da certificação. A OSSHMTJ irá solicitar a certificação como Hospital de Ensino, encaminhando um ofício à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar - CGHOSP/DAHU/SAS/MS inserindo as documentações e dados de acordo com: Art. 11. Para solicitar a certificação como HE, o estabelecimento hospitalar interessado encaminhará ofício à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAHU/SAS/MS) contendo os seguintes dados:

I - nome do estabelecimento hospitalar;

II - número do registro do estabelecimento hospitalar SCNES;

III - nome do responsável pela solicitação da certificação;

IV - nome e número do CPF do responsável pela HE; e

V - e-mail, telefones e contatos do responsável pela solicitação da certificação.

Depois de receber o ofício, à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar - CGHOSP/DAHU/SAS/MS direcionará ao HEJ, hospital solicitante, o formulário e as declarações para serem assinadas pela sua direção, documentos enviados através de endereço eletrônico ("link") do Sistema FORMSUS. Após preenchimento do formulário, a Comissão Interministerial de Certificação analisará o cumprimento dos 36 requisitos gerais e específicos fixados pelos artigos 5° e 6° da Portaria IM n° 285/2015, depois dessa averiguação e verificada a adequação, será agendado uma visita para comprovação "in loco" que o HEJ corresponde e atende os requisitos gerais e específicos determinados pelos artigos 5° e 6° da Portaria IM n° 285/2015. Nessa visita também será verificada as condições impostas para receber a tipologia Hospital de Ensino Tipo I (HE-I) ou Hospital de Ensino Tipo II (HE-II).

A OSSHMTJ tem inteiro conhecimento que esse processo de certificação do hospital para "Hospital de Ensino" corroborá em um impacto positivo e de crescimento de ofertas de serviço para a população assistida e região. Resultando em melhorias na qualidade assistencial e educativa através de investimento em: capacitação dos profissionais, aquisição de novos equipamentos para saúde e aquisição de materiais didáticos.

PROPOSTA TÉCNICA

Segue abaixo os requisitos gerais e específicos para certificação conforme portaria interministerial n° 285, de 24 de março de 2015, bem como a condição atual do do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ e uma proposta para correção e ou manutenção pela OSSHMTJ:

REQUISITOS GERAIS	CONDIÇAO ATUAL	PROPOSTA
I- ser campo de prática para atividades curriculares na área da saúde, para programas de residência médica e em outras áreas profissionais da saúde;	Ainda não possui.	Habilitação da Residência Médica para ofertar aos profissionais em formação nas áreas de Clínica Cirúrgica e Clínica Médica, Ortopedia, Anestesiologia, do Trauma. Adicionar pelo menos 01 programas de residência Multiprofissional sendo: Residência Multiprofissional nas áreas Psicologia, Farmácia, Biomedicina, Nutrição, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Medicina.
II - Dispor de convênio ou contrato formal de cooperação entre o estabelecimento hospitalar e a IES, caso o hospital não pertença à mesma instituição que desenvolve as atividades, com implantação de mecanismos atuantes na gestão das atividades de pesquisa e ensino;	Ainda não possui.	O HEJ buscará convênio com as Instituições de Ensino conveniados com a SESG/SES-GO sendo elas : UNIFAN, Universidade Evangélica de Goiás (UniEvangélica), Universidade de Rio Verde (UniRV), Centro Universitário de Mineiros (Unifimes), Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), Unifam, Faculdade Morgana Potrich - Mineiros (Famp), Universidade Federal de Goiás

		(UFG). Disponibilizadas vagas nas seguintes áreas: Psicologia, Farmácia, Biomedicina, Nutrição, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Medicina.
III - possuir oferta de programas de residência médica, ou em outras áreas profissionais da saúde, credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), excetuando-se os casos previstos no §1° do art. 8.	Não possui.	O HEJ irá buscar programas de residência médica e multiprofissional devidamente cadastrados, devendo apenas verificação das validades e atualização de cadastros.
IV - Possuir, no mínimo, 80 (oitenta) leitos operacionais, no caso de hospitais gerais;	HEJ atualmente possui 154(cento e cinquenta e quatro) leitos gerais e 30 (dez) leitos complementares sendo leitos de UTI adulto, pediátrica.	Não necessita de ação corretiva.
V - Possuir, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais, no caso de hospital especializado ou maternidade;	HEJ atualmente possui 154(cento e cinquenta e quatro) leitos gerais e 30 (dez) leitos complementares sendo leitos de UTI adulto, pediátrica.	Não necessita de ação corretiva.
VI - Prestar ações e serviços de saúde ao SUS, colocando a oferta sob regulação do gestor do SUS; e	O HEJ é um Hospital 100% SUS	Não necessita de ação corretiva.
VII - possuir instrumento contratual formal vigente com o gestor do SUS.	O HEJ é um hospital Estadual e seus os recursos são provenientes do contrato de gestão com a Secretaria de Saúde de Goiânia.	Não necessita de ação corretiva.

REQUISITOS GERAIS	CONDIÇÃO ATUAL	PROPOSTA
I - ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são:		
a) Comissão de Ética Médica e de Enfermagem;	O HEJ possui.	Revisitar o funcionamento da comissão, frequência de reuniões, registro de atas e buscar melhorias caso haja necessidade.
b) Comissão de Documentação Médica e Estatística;	O HEJ possui.	Revisitar o funcionamento da comissão, frequência de reuniões, registro de atas e buscar melhorias caso haja necessidade.
c) Comitê de Ética em Pesquisa;	O HEJ possui.	Revisitar o funcionamento da comissão, frequência de reuniões, registro de atas e buscar melhorias caso haja necessidade.
d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;	O HEJ possui.	Revisitar o funcionamento da comissão, frequência de reuniões, registro de atas e buscar melhorias caso haja necessidade.
e) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;	O HEJ possui.	Revisitar o funcionamento da comissão, frequência de reuniões, registro de atas e buscar melhorias caso haja necessidade.
f) Comissão de Óbitos;	O HEJ possui.	Revisitar o funcionamento da comissão, frequência de reuniões,

		registro de atas e buscar melhorias caso haja necessidade.
g) Comissão de Revisão de Prontuários;	O HEJ possui.	Revisitar o funcionamento da comissão, frequência de reuniões, registro de atas e buscar melhorias caso haja necessidade.
h) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;	O HEJ possui.	Revisitar o funcionamento da comissão, frequência de reuniões, registro de atas e buscar melhorias caso haja necessidade.
i) Comissão de Farmácia e Terapêutica; e	O HEJ possui.	Revisitar o funcionamento da comissão, frequência de reuniões, registro de atas e buscar melhorias caso haja necessidade.
j) Comissão de Proteção Radiológica;	O HEJ possui.	Revisitar o funcionamento da comissão, frequência de reuniões, registro de atas e buscar melhorias caso haja necessidade.
II - ter constituídas e em permanente funcionamento, quando couberem, as comissões assessoras pertinentes, de acordo com o perfil assistencial do estabelecimento hospitalar, que podem ser:		
a) Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos;	O HEJ possui.	Revisitar o funcionamento da comissão, frequência de reuniões, registro de atas e buscar melhorias caso haja necessidade.
b) Comitê Transfusional;	O HEJ não possui.	Realizar eleição para a composição dos membros, revisar regimentos internos, documentos e elaborar ata de nomeação da comissão.
c) Comissão de Residências em Saúde;	O HEJ não possui.	Realizar eleição para a composição dos membros, revisar regimentos internos, documentos e elaborar ata de nomeação da comissão.
d) Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal;	O HEJ não possui.	Realizar eleição para a composição dos membros, revisar regimentos internos, documentos e elaborar ata de nomeação da comissão.
e) Comissão de Biossegurança; e	O HEJ possui.	Revisitar o funcionamento da comissão, frequência de reuniões, registro de atas e buscar melhorias caso haja necessidade.
f) Comissão de Ética no Uso de Animais;	Não é o perfil assistencial do HEJ.	N.A.

REQUISITOS GERAIS	CONDIÇÃO ATUAL	PROPOSTA
III - participar dos programas e políticas prioritárias do SUS, incluindo as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, de acordo com seu perfil assistencial;	O HEJ participa.	
IV - constituir-se como um ponto de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada ou espontânea;	O HEJ se constitui.	
V - disponibilizar para a regulação do SUS os serviços	O HEJ é um Hospital 100% SUS	Não necessita de ação corretiva.

contratualizados, de acordo com as pactuações loco-regionais;		
VI - garantir o direito do usuário ao acompanhante e à visita aberta, dispondo de condições técnicas, humanas e de ambiência;	O HEJ possui.	Buscar melhorias na organização e garantir ao usuário a visitação aberta aos familiares internados no HEJ.
VII - adotar programa de acolhimento com protocolo de classificação de risco quando dispuser de serviço de urgência e emergência ou maternidade;	O HEJ possui.	Revisar e atualizar fluxos do programa de acolhimento e classificação de risco já em andamento.
VIII - garantir os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e equipamentos de acordo com o porte e perfil assistencial do hospital, com no mínimo:		
a) patologia clínica, dentro ou fora do ambiente hospitalar, com coleta no hospital;	O HEJ possui.	Supervisionar o funcionamento do serviço prestado por terceiros para a realização destes exames.
b) radiologia simples no ambiente hospitalar;	O HEJ possui.	Supervisionar o funcionamento do serviço prestado por terceiros para a realização destes exames.
c) acesso a eletrocardiografia;	O HEJ possui.	Revisitar os processos de trabalho para acompanhar entregas e adequar o serviço para melhor disponibilização ao usuário, caso haja necessidade.
d) acesso a ultrassonografia;	O HEJ possui.	Revisitar os processos de trabalho para acompanhar entregas e adequar o serviço para melhor disponibilização ao usuário, caso haja necessidade.
e) acesso a endoscopia digestiva;	O HEJ possui.	Revisitar os processos de trabalho para acompanhar entregas e adequar o serviço para melhor disponibilização ao usuário, caso haja necessidade.
f) equipamentos e insumos para suporte avançado de vida e transporte seguro;	O HEJ possui.	Revisitar os processos de trabalho para acompanhar entregas e adequar o serviço para melhor disponibilização ao usuário, caso haja necessidade.
g) Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tipo II ou tipo III, conforme disposto na Portaria nº 3.432/GM/MS, de 12 de agosto de 1998, ou acesso garantido à UTI, conforme pactuação loco-regional;	O HEJ possui.	Não necessita de ação corretiva.
h) assistência farmacêutica, assistência nutricional, processamento e esterilização de roupas e materiais, transporte sanitário, higiene e limpeza, e demais serviços assistenciais e de apoio, próprios ou terceirizados, conforme normas vigentes; e	O HEJ já possui, sendo alguns serviços terceirizados.	Estabelecer contratos com terceirizados e sugerir uma atualização dos termos de modo a manutenção do serviço. Verificar a necessidade de pesquisar outros prestadores de serviços que atendam as demandas e prezando a qualidade na entrega dos serviços.

REQUISITOS GERAIS	CONDIÇÃO ATUAL	PROPOSTA
i) equipe multiprofissional compatível com o porte e perfil assistencial do hospital, segundo o regramento vigente;	O HEJ possui.	Após implantação do serviço realizar a adequação de recursos humanos e recursos materiais/equipamentos.
IX - manter o prontuário único dos pacientes padronizados e com registros completos;	O HEJ possui.	Após implantação do serviço realizar a adequação de recursos humanos e recursos materiais/equipamentos.
X - atualizar de forma regular e sistemática os sistemas de alimentação obrigatória do SUS; e	O HEJ possui.	Após implantação do serviço realizar a adequação de recursos humanos e recursos materiais/equipamentos.
XI - garantir a implementação das seguintes ações de segurança do paciente:		
a) ter implementado Núcleo de Segurança do Paciente;	O HEJ possui.	Realizar eleição para a composição dos membros, revisar regimentos internos, documentos e elaborar ata de nomeação da comissão
b) ter elaborado um Plano de Segurança do Paciente;	O HEJ possui.	Revisar dos protocolos de segurança e elaboração de sistemática de notificação de eventos e monitoramento dos riscos assistências.
c) manter ativa a Notificação de Eventos Adversos (Notivisa);	O HEJ possui.	Revisitar o funcionamento dos cadastros de Eventos Adversas no Órgão de Notificação de Eventos Adversos (Notivisa).
d) ter, no mínimo, implementados os protocolos de Identificação do Paciente e Higienização das Mãos; e	O HEJ possui.	Revisão da aplicabilidade dos protocolos, atualizar os documentos e capacitar as equipes.
e) desenvolver um plano de implantação dos demais protocolos, de acordo com o perfil assistencial da instituição, a ser implementado no prazo máximo de 02 (dois) anos.	O HEJ possui.	Revisão dos protocolos, atualizar os documentos , propor novos protocolos baseados no perfil de atendimentos que não estiverem implementados e capacitar as equipes.

ÁREA DA QUALIDADE

Acolhimento

Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco.

Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco.

"Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de formacoletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva" PNH.

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a "triagem classificatória de risco". De acordo com esta Portaria, este processo "deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento" (BRASIL, 2002).

O Acolhimento é apresentado como uma estratégia para reorganizar os serviços de saúde, dando ênfase e valorizando a humanização no trabalho de uma equipe, reconhecendo os usuários como possuidores do direito à prestação de um serviço de qualidade.

O acolhimento expressa uma atitude de inclusão, é uma ferramenta de construção de vínculo. O acolhimento se diferencia da triagem, pois se constitui numa ação de inserção do usuário que não termina na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

É perceptivo a mudança do olhar sobre o usuário, focando o trabalho da equipe de saúde no sujeito, entendendo que sujeito envolve o usuário, a família e a comunidade, e não na doença, como historicamente foi colocado.

A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS criada em 2003, entende a humanização como a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo deprodução de saúde. Enfoca o valor do sujeito no processo de modo a potencializar a autonomia,ampliando a capacidade transformadora do sujeito sobre si, trazendo o conceito de responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Nesse sentido, a OSSHMTJ acredita que realizar um bom acolhimento resultará na criação e fortalecimento de vínculos com os usuários e comunidade em geral, na credibilidade e na confiança. Com isso, o acolhimento será uma prática de todos os colaboradores que atuarão na unidade incorporando nas práticas assistenciais a escuta diferenciada e acolhedora que permite ouvir o sujeito de modo a conhecer seus pedidos, suas reais necessidades, e assim, realizar um atendimento com maior resolutividade e responsabilização.

A OSSHMTJ entende que os hospitais devem fazer um projeto de acolhimento,

contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos. Para que o acolhimento seja apropriado, consideramos importante a adequação da área física, o dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; a reorganização dos processos de trabalho; a governabilidade das equipes locais; e a multi/interdisciplinaridade nas práticas.

Os serviços são reorganizados, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada o trabalho em equipe deve ser aperfeiçoado, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais; deve ser pactuada com o usuário a resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço.

Todos os profissionais de saúde da OSSHMTJ são responsáveis pelo acolhimento, entretanto, as "portas de entrada", podem demandar a necessidade de profissionais de saúde preparados para promover o primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde.

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO HUMANIZADO

O Acolhimento Humanizado é uma ferramenta de manejo clínico, empregada nos serviços de atenção à saúde, para efetuar a construção dos fluxos de pacientes quando a necessidade clínica excede a oferta. Essa ferramenta pretende assegurar a atenção médica de acordo com o tempo resposta de acordo com as necessidades do paciente.

Tem como objetivos:

- ✓ Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de saúde;
- ✓ Humanizar o atendimento;
- ✓ Garantir um atendimento rápido e efetivo;
- ✓ Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de saúde;
- ✓ Classificar, as queixas dos usuários que demandam os serviços de saúde, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- ✓ Construir os fluxos de atendimento considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- ✓ Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de saúde

O acolhimento tem como propósito reconhecer os problemas de saúde e organizar a porta de entrada, viabilizar o primeiro contato por meio da equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário.

O objetivo é receber, escutar e oferecer uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética aos cidadãos que proporcionará a integralidade das ações e a coordenação do cuidado, sendo necessário o comprometimento de toda equipe de saúde. Este deve ser entendido como um procedimento realizado por toda equipe de saúde em toda a atenção dispensada ao usuário.

É importante registrar que a OSSHMTJ propõe que as atividades de acolhimento façam parte do processo de trabalho dos profissionais das unidades de saúde.

As ações voltadas para implantação de um serviço de acolhimento devem garantir o desenvolvimento das seguintes atividades:

- ✓ Tornar os ambientes mais acolhedores;
- ✓ Reorganizar processos de trabalho;
- ✓ Redirecionar as ações, se necessário;
- ✓ Sensibilizar a equipe da importância da prática do acolhimento e ações humanizadas.

Desse modo, o objetivo desta proposta é implantar um Serviço de Atendimento ao Cliente/Usuário, apresentando diretrizes da Política Nacional de Humanização, no que se refere à valorização das relações interpessoais entre usuários, familiares e profissionais de saúde, a partir do atendimento a ser realizado pela Enfermagem e pelo Serviço Social numa Unidade de Saúde.

A OSSHMTJ possui larga experiência na elaboração, implantação e execução do protocolo de acolhimento com classificação de risco para tanto disponibiliza treinamento e reciclagem permanente de seus profissionais para que tal estratégia seja eficaz.

A equipe de acolhimento deverá ser formada por profissionais como recepcionistas, técnico de enfermagem e enfermeiro que realizam o acolhimento com escuta qualificada.

As equipes de acolhimento compostas pelos profissionais descritos no presente, serão selecionados com base na legislação dos conselhos de classe, sendo que para as funções pré estabelecidas deverão comprovar a especialização para o cargo pretendido, sendo ainda submetidos aos processos de integração e capacitação propostos pela OSSHMTJ com vistas a atender as determinações do edital supracitado, bem como o de satisfazer integralmente às necessidades da clientela atendida.

IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a "triagem classificatória de risco". De acordo com esta Portaria, este processo "deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento".

A classificação de risco, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, busca:

- ✓ Garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado;
- ✓ Informar o usuário que não corre risco imediato e o tempo provável de espera;
- ✓ Promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo;
- ✓ Estimular a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento;

A classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção.

Objetivos:

Para melhorar a procura espontânea, será realizado o sistema de Acolhimento com Avaliação e classificação de Risco. Adotando um sistema de triagem por classificação de cores (Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde e Azul), que atende o paciente, priorizando o grau de gravidade.

Com objetivo de priorizar urgência/emergência no atendimento, onde a classificação da gravidade é definida por cores. A avaliação de risco é realizada por um Enfermeiro, que avalia o paciente, classifica por gravidade e, esclarece ao paciente que necessita de atendimento primário, para que seja consultado por um profissional médico.

A classificação de risco é um processo fundamental na triagem de pacientes em serviços de saúde. Ao chegar, o usuário é acolhido e encaminhado para o setor de classificação, onde passa por uma avaliação detalhada realizada por um enfermeiro. Essa avaliação envolve a escuta ativa das queixas do paciente, a coleta de dados vitais e a aplicação de um protocolo específico. Com base nessas informações e na experiência profissional, o enfermeiro classifica o paciente em uma das categorias de risco, definindo a ordem de atendimento e os recursos necessários para

cada caso.

Avaliação Completa do Paciente

Queixa Principal:

- Descrição detalhada do motivo da consulta/internação.

História da Doença:

- Início dos sintomas: data, circunstâncias e fatores desencadeantes.
- Evolução: piora, melhora ou estabilidade dos sintomas.
- Duração: tempo total de manifestação dos sintomas.
- Estado físico atual: descrição geral do paciente (consciente, orientado, agitado, etc.).

Avaliação da Dor e do Nível de Consciência:

- Escala numérica da dor (de 0 a 10): intensidade da dor referida pelo paciente.
- Escala de Glasgow: avaliação do nível de consciência (abertura ocular, resposta verbal e resposta motora).



ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	4
	À VOZ	3
	À DOR	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	PALAVRAS INAPROPRIADAS	3
	PALAVRAS INCOMPREENSIVAS	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA MOTORA	OBEDECE COMANDOS	6
	LOCALIZA DOR	5
	MOVIMENTO DE RETIRADA	4
	FLEXÃO ANORMAL	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2
	NENHUMA	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

- **Antecedentes:**

- Medicações em uso: lista completa dos medicamentos, dosagens e horários.
- Doenças preexistentes: histórico de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, etc.).
- Alergias: substâncias às quais o paciente apresenta alergia.
- Vício: tabagismo, etilismo e outras substâncias.

Sinais Vitais:

- Pressão arterial: sistólica, diastólica e média.
- Frequência cardíaca: batimentos por minuto.
- Frequência respiratória: movimentos respiratórios por minuto.
- Temperatura: em graus Celsius.
- Saturação de oxigênio: porcentagem de oxigênio no sangue.
- Glicemia capilar: nível de glicose no sangue.
- Perfusão periférica: avaliação da circulação sanguínea.

A Classificação de Risco se dará nos seguintes níveis:





Protocolo de Manchester: Pulseiras coloridas sinalizam nível de gravidade de cada caso

AVALIAÇÃO INICIAL AVALIAÇÃO RÁPIDA: XABCDE

X: HEMORRAGIAS A: VIAS AÉREAS B: RESPIRAÇÃO C: CIRCULAÇÃO D: AV. NEUROLÓGICO E: EXPOSIÇÃO AO AMBIENTE

Compensado

- Conversa
- Taquipnéia leve fr: 20-30 irpm
- Taquicardia leve fc: 100-120 bpm, pulso radial normal.
- Normal, confuso, responde ao comando verbal.
- Taquipnéia leve fr: 20-30 irpm
- Taquicardia leve fc: 100-120 bpm, pulso radial normal.
- Normal, confuso, responde ao comando verbal.

Descompensado

- Ansioso conversa pouco.
- Taquipnéia leve FR: 30-35 irpm, esforço respiratório, cianose.C - taquicardia leve, fc: 120-140 bpm, pulso radial fino, pulso carotídeo normal.
- Normal, confuso, agitado, responde à dor.

Parada cardiorrespiratória iminente

- Respiração com ruídos
- Taquipnéia ou bradipnéia, FR > 35 irpm ou <10 irpm. Grandeesforço respiratorio, cianose.
- Taquicardia ou bradicardia, FC >140 bpm ou <60 bpm, pulso radial não palpável, pulso carotídeo fino.
- Letárgico, em coma, não responde a estímulo.

- **VERMELHO: EMERGÊNCIA**

É destinada aos pacientes que se encontram em estado gravíssimo e com risco de morte, os quais necessitam de atendimento imediato, como quadros de queimadura em mais de 25% do corpo, problemas respiratórios, dor no peito relacionada à falta de ar, crises de convulsão, trauma cranioencefálico, tentativa de suicídio, parada cardiorrespiratória, hemorragias incontroláveis, entre outros.

- **LARANJA: MUITO URGENTE**

Essa cor é para casos considerados muito urgentes e com risco significativo de morte. O tempo de espera aproximado é de até 10 minutos. Abrange casos, como arritmia cardíaca sem apresentação de sinais de instabilidade, cefaleia intensa com rápida progressão, dores severas, etc.

- **AMARELO: URGENTE**

Abrange os casos urgentes de gravidade moderada com necessidade de atendimento médico, mas sem riscos imediatos. O tempo médio de espera é de até 60 minutos e classifica casos, como desmaios, dor moderada, vômito intenso, crises de pânico, hemorragia moderada, picos de hipertensão, alteração dos sinais vitais, entre outros quadros clínicos.

- **VERDE: POUCO URGENTE**

A cor verde é para casos considerados menos graves. O tempo de espera pode ser de até 2 horas e abrange pacientes com dores leves, torcicolo, enxaqueca, estado febril sem a presença de alterações vitais, resfriados e viroses, náuseas e tonturas, hemorragia controlada, asma não diagnosticada como quadro de crise, etc.

- **AZUL: NÃO URGENTE**

Por fim, a cor azul representa a classificação mais simples para casos que o paciente pode aguardar atendimento ou ser encaminhado para outra unidade de saúde. O tempo de espera pode ser de até 4 horas e envolve pacientes com queixas de dores crônicas, aplicação de medicação com receita, troca de sondas, entre outros.

Fluxo de Atendimento



Fluxo de Atendimento Interno:

Acolhimento e Recepção:

Paciente ao chegar à recepção do Hospital solicitando atendimento será acolhido e será comunicado a Enfermeira para avaliação e classificação de risco, a partir daí será direcionado segundo sua necessidade.

Avaliação e classificação de risco:

Após passarem na recepção, os pacientes deverão passar pela sala de Triagem onde serão aferidos os sinais vitais dos pacientes, e encaminhados conforme classificação de cores.

Classificação Vermelha:

Paciente deverá ser encaminhado à sala de emergência, onde será atendido pelo médico.

Classificação Laranja:

Paciente deverá ser atendido em até 10', será atendido pelo médico na sala de estabilização/observação.

Classificação Amarela:

Paciente após classificação aguardará avaliação do médico na sala de observação.

Classificação Verde:

Paciente após avaliação aguardará na recepção para o atendimento médico.

Classificação Azul:

Paciente encaminhado para consulta médica de acordo com horário de chegada, deverá aguardar na recepção seu horário de atendimento e será orientado sobre o tempo de espera.

Fluxograma de classificação de risco

VERMELHOS: pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala de Emergência devido à necessidade de atendimento imediato

- Atendimento nas salas de emergência, bloco de emergência, sala vermelha;
- São pacientes com risco iminente de morte necessitando de atendimento médico imediato;
- As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede;
- Tempo de atendimento alvo: imediato. Múltiplas fraturas, Cortes, RNC, Fratura Exposta;

LARANJA:

- Atendimento em consultório médico se condições e/ou sala de emergência, se necessário;
- São pacientes com potencial risco de agravo necessitando de atendimento médico e assistência de enfermagem contínua;

- Tempo de atendimento alvo: 10 minutos.

- **AMARELA:**

- São pacientes que necessitam de atendimento médico mediato podendo ser atendidos nos consultórios médicos do pronto atendimento por ordem de chegada;

- Tempo de atendimento alvo: 60 minutos. Dor intensa em região lombar associada a queda de pressão arterial, sudorese e palidez;

VERDE:

- Por definição, são pacientes sem risco de agravo e serão atendidos por ordem de chegada;
- Tempo de atendimento alvo: 120 minutos nos casos de atendimento no Hospital.

AZUL:

- Podem ser atendidos em consultórios do pronto atendimento por ordem de chegada;
- O Classificador deverá orientar quanto à carteira/relação de serviços disponibilizados;
- Tempo de atendimento alvo: 240 minutos nos casos de atendimento no hospital. Se gestante, atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação.

O USO DE PULSEIRAS PARA TRIAGEM DE PACIENTES

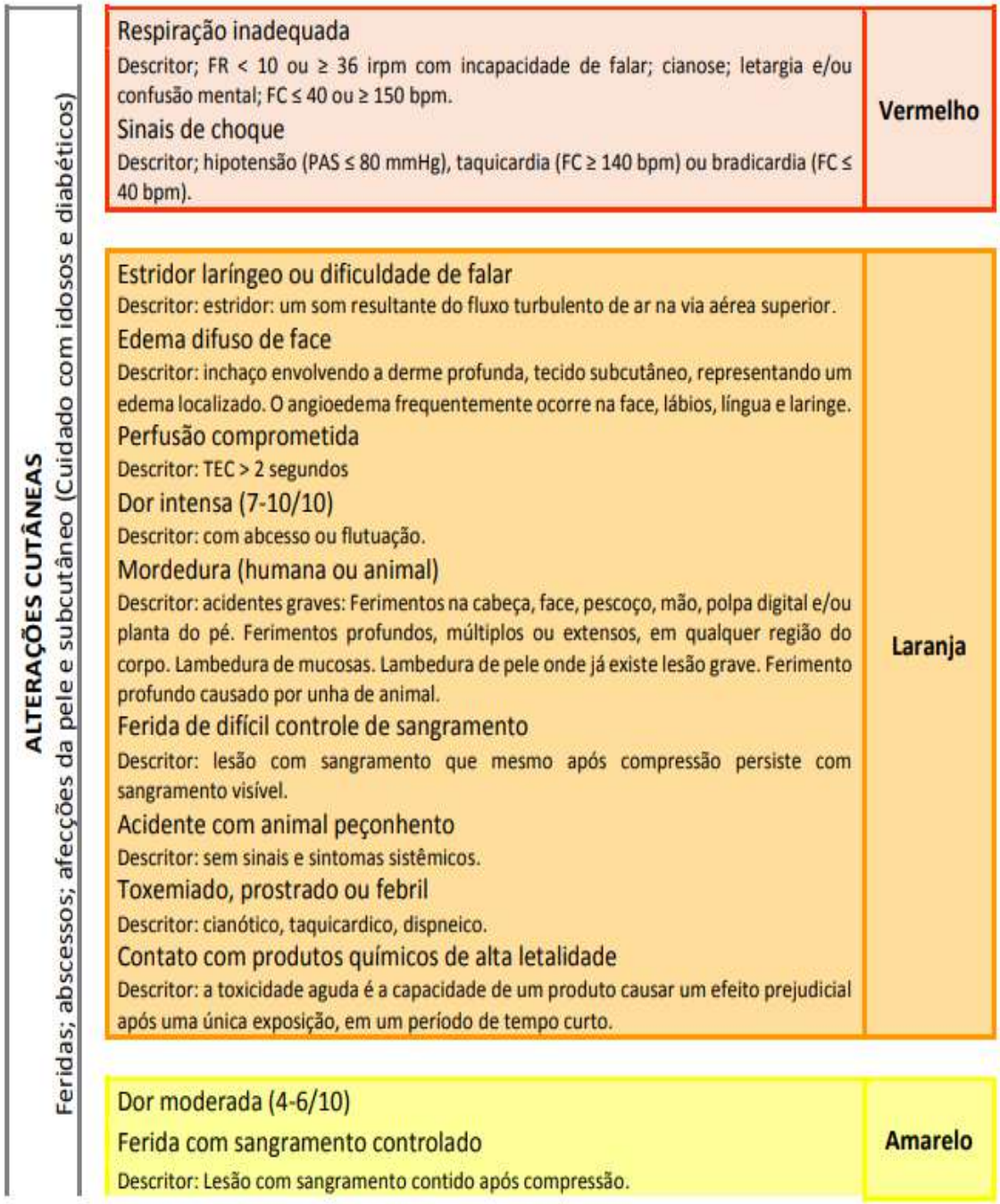
Para garantir a eficiência do método implantado alinharemos ao protocolo de triagem o uso de pulseiras de identificação. A adoção deste protocolo organiza o atendimento e pode adiar ou evitar caos no atendimento nos casos de superlotação.

O paciente ao chegar no Pronto Socorro e passar pela triagem para a avaliação e classificação, recebe uma pulseira de identificação com uma cor, conforme a gravidade.



PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO ADULTO

O Acolhimento com Classificação de Risco é uma ferramenta essencial para organizar as entradas de serviços de urgências hospitalares. Seu objetivo é garantir um atendimento de qualidade aos pacientes, impactando positivamente os indicadores de saúde.
Através da utilização de protocolos de urgência, é possível identificar precocemente os pacientes em situação crítica, permitindo a intervenção rápida e eficaz, o que contribui para a redução da morbimortalidade. Esses protocolos, fundamentados em evidências científicas, oferecem um suporte essencial para os profissionais de saúde, otimizando o atendimento e garantindo a segurança da paciente.



Abscesso e Febre (Tax > 37,8^{0}C) Placas eritematosas de início súbito Descritor: rubor na pele ocasionado pela vasodilatação capilar associado ou não a exposição solar, processos infecciosos ou inflamatórios, uso de substâncias medicamentosas, processos alérgicos. Quando pressionado embranquece, reaparecendo após cessar a pressão. Erupções secretantes ou bolhosas em mais de 10% corpo associado a prurido Descritor: lesões com conteúdo líquido que podem ser serosidade, sangue e/ou pus, maior que um centímetro. Com infecção secundária Descritor: presença de sinais flogísticos (dor, calor e rubor).	
Mordedura (humana ou animal) Descritor: acidentes leves: Ferimentos superficiais pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés). Podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras, causadas por unha ou dente, lambedura de pele com lesões superficiais. Dor leve (1-3/10) Descritor: com abcesso ou flutuação. Abscesso SEM Febre Descritor: abcesso sem flutuação. Ferida infectada Descritor: sem sinais sistêmicos Ferida superficial Descritor: lesão pequena e sem sangramento.	**Verde**
Retirada de pontos Descritor: sem sinais sistêmicos. Troca de curativos Descritor: sem sinais sistêmicos. Quadro crônico ou recorrente Descritor: sem sinais sistêmicos. Nenhum dos determinantes anteriores Descritor: sem sinais sistêmicos.	**Azul**

ALTERAÇÕES DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, COMPORTAMENTO OU SENSÓRIO

Confusão mental, excitação, ansiedade, letargia, obnubilação, História de ingestão de álcool, drogas e outras substâncias; História de diabetes; Doença mental; História de autoflagelação e auto extermínio. (Cuidado com hipóxia e hipoglicemia)

Estado mental alterado Descritor: desorientado no tempo, lugar e desconhecimento de pessoas; incapacidade de cumprir ordens simples; pensamento desconexo. Respiração inadequada Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm. Saturação de O_2 < 85% Sinais de choque Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm). Sinais neurológicos focais Descritor: paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio. Alterações glicêmicas Descritor: glicemia >250 ou <70 mg/dl.	**Vermelho**
História de trauma craniano RECENTE Descritor: história de TCE inferior a sete dias. História de overdose ou envenenamento Descritor: dosagem excessiva de medicamentos e/ou outras substâncias. Extrema agitação / alucinações Descritor: inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada a estímulos, irritabilidade, atividade motora e/ou verbal inadequada e repetitiva, podendo cursar com agressividade; risco de hetero e/ou auto agressividade. Alteração de temperatura Descritor: temperatura: < 35°C ou >37,8°C. Déficit neurológico novo Descritor: perda de função nervosa, medular, espinhal ou cerebral diferente da área específica anteriormente afetada. Saturação de O_2 < 85-89% Potencial suicida / homicida Descritor: presença de ideação, intenção ou planos suicidas ou homicidas. Dor intensa (7-10/10) Descritor: dor intolerável – geralmente descrita como jamais sentida.	**Laranja**
Dor moderada (4-6/10) Saturação de O_2 90-94% Vômito persistente Descritor: reflexo incontrolável que expele conteúdo gástrico pela boca e que não cessa com medidas para alívio do sintoma. História de inconsciência Descritor: perda da capacidade de permanecer alerta.	**Amarelo**
Saturação de O_2 ≥ 95% Vômitos esparsos Sintomas depressivos e/ou de ansiedade Descritor: relato de tristeza, apatia, irritabilidade, angustia, dificuldade para conciliar o sono, de concentração, história de abuso de álcool e outras drogas.	**Verde**
Atendimento não prioritário ou referenciamento à UBS	**Azul**

CONVULSÃO

Convulsão ativa Comprometimento/obstrução de vias aéreas Descritor: presença de secreções, sangue, corpo estranho. Alterações glicêmicas Descritor: glicemia > 250 ou < 70 mg/dl. Respiração inadequada Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm. Sinais neurológicos focais Descritor: paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio. Crise convulsiva reentrante Descritor: crise repetida sem a recuperação completa da consciência entre elas. Sinais meningismo Descritor: rigidez de nuca, fotofobia, cefaleia.	**Vermelho**
História overdose ou envenenamento Descritor: dosagem excessiva de medicamentos e/ou outras substâncias. História de trauma craniano RECENTE Descritor: história de TCE inferior a sete dias.	**Laranja**
Em pós-comicial Descritor: momento posterior a crise convulsiva que pode se caracterizar por perda da consciência, confusão ou desorientação mental e letargia. História de epilepsia em tratamento Descritor: Histórico pessoal de epilepsia em uso de anticonvulsivante. Crise convulsiva há menos de 12h e alerta Descritor: relato de crise convulsiva nas últimas 12 horas.	**Amarelo**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Verde**
Atendimento não prioritário ou referenciamento à UBS	**Azul**

DESMAIO, TONTURA, VERTIGEM

Avaliar uso / interrupção de anticonvulsivante, neurolépticos. Uso de álcool e drogas ilícitas

Alteração do nível de consciência Descritor: escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG <9). **Comprometimento/obstrução de vias aéreas** Descritor: presença de secreções, sangue, corpo estranho. **Alterações glicêmicas** Descritor: glicemia > 400 ou < 50 mg/dl. **Rigidez de nuca / muscular, hipertonicidade** Descritor: incapacidade de flexionar a cabeça para frente devido a rigidez muscular e resistência a movimentação passiva. **Sinais de choque** Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm).	**Vermelho**
Pulso anormal Descritor: tipo de pulso arterial muito fraco. **Dor torácica** Descritor: dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas e epigastralgia. **Distúrbio súbito do equilíbrio** Descritor: associado a náuseas e vômitos. **Dor intensa (7-10/10)** Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. **Em pós-comicial e torporoso/comatoso** Descritor: momento posterior a crise convulsiva que pode se caracterizar por perda da consciência, confusão ou desorientação mental e letargia. **Dispneia aguda** Descritor: sensação de dificuldade para respirar de instalação súbita. **Alteração do nível de consciência** Descritor: escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-14). **Alteração de temperatura** Descritor: temperatura: < 35°C ou > 37,8°C. **História importante de alergia** Descritor: relato de reação alérgica conhecida. **Cefaleia intensa (7-10/10) de início súbito** Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como "A pior dor de cabeça da vida". **Déficit neurológico agudo** Descritor: paresia, plegia, disfagia, afasia, ataxia, paralisia facial. **História de trauma craniano RECENTE** Descritor: história de TCE inferior a sete dias.	**Laranja**
História de inconsciência Descritor: perda da capacidade de permanecer alerta. **Dor moderada (4-6/10)** **Em pós-comicial** Descritor: momento posterior a crise convulsiva que pode se caracterizar por perda da consciência, confusão ou desorientação mental e letargia. **Relato de primeira crise convulsiva** **Crise convulsiva há menos de 12h e alerta** Descritor: relato de crise convulsiva nas últimas 12 horas.	**Amarelo**

	Dor leve (1-3/10) Parestesias bilaterais ou migratórias Descritor: sensações cutâneas subjetivas (ex., frio, calor, formigamento, pressão) que são percebidas espontaneamente na ausência de estimulação.	Verde
	Nenhum dos determinantes anteriores	Azul

DIARREIA E VÔMITOS (Pacientes todos imunossuprimidos)	Vômito COM sangue Descritor: presença de grande quantidade de sangue no vômito presenciado ou relatado com repercussão hemodinâmica (Hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm). Sinais de choque Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm).	Vermelho
	Dor abdominal intensa Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. Alteração do nível de consciência Descritor: escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-14). Perfusão periférica > 4 segundos	Laranja
	Alteração de temperatura Descritor: temperatura: < 35°C ou > 37,8°C. Fezes enegrecidas ou em geleia de groselha Descritor: presença sangue fresco com coágulos nas fezes. Dor moderada (4-6/10) Sinais de desidratação Descritor: diminuição da urina e da turgidez da pele (a pele demora para voltar ao lugar, se esticada), fraqueza e tonturas, boca e língua secas.	Amarelo
	Dor leve (1-3/10) Vômitos esparsos Evento de início < 6 horas	Verde
	Nenhum dos determinantes anteriores	Azul

DOR ABDOMINAL OU QUEIXAS ABDOMINAIS

Cuidado com pacientes idosos, diabéticos, pacientes com passado de IAM com dor em abdome superior e mulheres em idade fértil

Comprometimento/obstrução de vias aéreas Descritor: Presença de secreções, sangue, corpo estranho. **Respiração inadequada** Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm. **Sinais de Choque** Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm). **Vômito com sangue** Descritor: presença de grande quantidade de sangue no vômito presenciado ou relatado com repercussão hemodinâmica (Hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm).	**Vermelho**
Dor irradiando para o dorso **Dor epigástrica** **Alteração de temperatura** Descritor: temperatura: < 35°C ou > 37,8°C. **Dor intensa (7-10/10)** Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida.	**Laranja**
Fezes enegrecidas ou em geleia de groselha Descritor: presença sangue fresco com coágulos nas fezes. **Dor moderada (4-6/10)** **História de vômito COM sangue < 6 HORAS** **Sangramento vaginal** **Possível gravidez** **Irradiação para ombro** **Vômito persistente** Descritor: reflexo incontrolável que expele conteúdo gástrico pela boca e que não cessa com medidas para aliviar do sintoma.	**Amarelo**
Dor leve (1-3/10) **Vômitos esparsos**	**Verde**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**

DOR CERVICAL

Respiração inadequada Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm. **Comprometimento/obstrução de vias aéreas** Descritor: presença de secreções, sangue, corpo estranho. **Sinais de choque** Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm). **Manifestações hemorrágicas** Descritor: presença de petéquias, equimoses, sangramentos espontâneos.	**Vermelho**
Alteração do nível de consciência Descritor: escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-14). **Sinais de meningismo** Descritor: rigidez na nuca, fotofobia (intolerância ao brilho da luz) e cefaleia. **Sinais neurológicos focais** Descritor: paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio. **Dor intensa (7-10/10)** Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. **Alteração de temperatura** Descritor: temperatura: < 35°C ou > 37,8°C. **Trauma direto no pescoço** Descritor: inclui traumatismos de garganta, nuca e região supraclavicular.	**Laranja**
Dor moderada (4-6/10)	**Amarelo**
Dor leve (1-3/10) Evento recente < 7 DIAS	**Verde**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**

DOR DE CABEÇA

Estado mental alterado Descritor: desorientado no tempo, lugar e desconhecimento de pessoas; incapacidade de cumprir ordens simples; pensamento desconexo. Sinais de choque Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm). Convulsão ativa Sinais neurológicos focais Descritor: paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio. Início súbito de maior intensidade já sentida Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como "A pior dor de cabeça da vida".	**Vermelho**
Perda aguda completa da visão Sinais de meningismo Descritor: rigidez na nuca, fotofobia (intolerância ao brilho da luz) e cefaleia. Dor intensa (7-10/10) Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida.	**Laranja**
Alteração de temperatura Descritor: temperatura: < 35°C ou > 37,8°C. História de inconsciência Descritor: perda da capacidade de permanecer alerta. Diminuição recente da visão Dor moderada (4-6/10) Náuseas e vômitos Descritor: associados a dor.	**Amarelo**
Dor leve (1-3/10) Evento recente < 7 DIAS	**Verde**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**


DOR DE GARGANTA
Comprometimento/obstrução de vias aéreas
Descritor: presença de secreções, sangue, corpo estranho.
Vermelho
Dor intensa (7-10/10)
Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida.
Estridor laríngeo ou dificuldade de falar
Descritor: estridor: um som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea superior,
Laranja
História de viagem recente
Dor moderada (4-6/10)
Descritor: dor suportável, mas intensa.
Alteração de temperatura
Descritor: temperatura: < 35°C ou > 37,8°C.
Amarelo
Dificuldade para deglutir
Dor leve (1-3/10)
Ardência na garganta sem SIALORREIA
Descritor: tosse, coriza, obstrução.
Verde
Nenhum dos determinantes anteriores
Azul

DOR NA COLUNA E EM EXTREMIDADES

Cuidado com idosos e diabéticos. Diminuição da temperatura distal, diminuição ou ausência de pulso distal

Comprometimento/obstrução de vias aéreas Descritor: presença de secreções, sangue, corpo estranho. Sinais neurológicos focais Descritor: paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio. Sinais de choque Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm). Sinais de isquemia	**Vermelho**
Sinais flogísticos ou com drenagem em articulação Descritor: edema, hiperemia, calor e rubor. Dor intensa (7-10/10) Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. Alteração de temperatura Descritor: temperatura: < 35°C ou > 37,8°C. Comprometimento vascular distal Grave mecanismo de trauma Descritor: desaceleração frontal rápida; desaceleração vertical rápida; penetração de projétil.	**Laranja**
Dor moderada (4-6/10) Dificuldade de andar Sem sinais de isquemia Sinais flogísticos locais não articulares Descritor: edema, hiperemia, calor e rubor. Limitação dos movimentos/função	**Amarelo**
Dor leve (1-3/10) Edema articular sem flogose Descritor: flogose é uma resposta do organismo ao agente agressor, caracterizado pela saída de líquidos e de células do sangue para o interstício. Evento recente Descritor: aparecimento <7 dias. Limitação leve dos movimentos sem perda da função	**Verde**
Dor crônica não agudizada	**Azul**

DOR TORACICA

Avaliar intensidade da dor, dados vitais, se espontânea ou traumática, duração, Característica, localização, irradiação e uso de medicamentos.

Respiração inadequada Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm. Dor precordial Descritor: dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese e náuseas. Sinais de choque Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm). Trauma penetrante	Vermelho
Dor intensa (7-10/10) Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. Hemoptise ativa Descritor: sangramento ativo vermelho vivo em quantidade maior que uma colher de chá. Trauma torácico com falta de ar Pulso anormal Descritor: tipo de pulso arterial muito fraco.	Laranja
História cardíaca importante Dor moderada (4-6/10) Dor pleurítica Descritor: dor aguda provocada pela irritação do revestimento dos pulmões – torna- se mais intensa com a respiração profunda e com a tosse. Epistaxe Descritor: sangramento ativo controlado por compressão direta. Vômito persistente História cardíaca importante	Amarelo
Dor leve (1-3/10) Descritor: sem outros sintomas associados e em pacientes sem história prévia de coronariopatia ou embolia pulmonar. Dor que piora ao movimento Descritor: dor de característica muscular (localizada, evidenciada à palpação, que piora com movimentos do tronco ou membros superiores). Dificuldade para deglutir Tosse produtiva	Verde
Nenhum dos determinantes anteriores	Azul

EXPOSIÇÃO A AGENTE QUÍMICOS

Envenenamentos e intoxicações UNIDADE SEM REFERENCIAMENTO Cuidado com ingestão de anticolinesterásicos, antidepressivos, sulfato ferroso paracetamol, anti-hipertensivos, antiarrítmicos, betabloqueadores, digoxina, hipoglicemiante oral organofosforados, carbamatos, e drogas não conhecidas.

Estado mental alterado Descritor: confusão mental, rebaixamento do nível de consciência; letargia e/ou confusão mental. Respiração inadequada Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm. Saturação de O_2 < 85% Edema facial Edema de língua Sinais de choque Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm). Convulsão ativa Descritor: contratura muscular involuntária de todo o corpo ou de parte dele. Risco de contaminação contínua Lesão ocular química aguda	**Vermelho**
Ingestão há menos de 6h sem sintomas Substância de alto risco de intoxicação Saturação de O_2 85-89% Dor intensa (7-10/10) Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. História de inconsciência Estridor Descritor: estridor é um som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea superior. História psiquiátrica importante Acidente perfurocortante com material biológico	**Laranja**
Prurido e/ou irritação intensa Saturação de O_2 90-94% Dor moderada (4-6/10)	**Amarelo**
Dor leve (1-3/10) Saturação de O_2 > ou = 95% Alterações dérmicas locais	**Verde**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**

MORDEDURAS E PICADAS DE ANIMAIS

Hemorragia Severa Comprometimento/obstrução de vias aéreas Descritor: presença de secreções, sangue, corpo estranho. Respiração inadequada Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm. Sinais de choque Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); Taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40 bpm). Saturação de O_2 < 85% Descritor: saturação de oxigênio < 95% com O2 e < 90% em ar ambiente.	**Vermelho**
Alteração do nível de consciência Descritor: escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-14). Estridor laringeo ou dificuldade de falar Descritor: estridor é um som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea superior. Edema de face Edema de lingua Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 8 0mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm). Saturação de O_2 85-89% Ferimentos profundos Dor intensa (7-10/10) Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. História importante de alergia Veneno alta mortalidade	**Laranja**
Sem sinais sistêmicos Eritema ou bolhas disseminadas Dor moderada (4-6/10) Saturação de O_2 90-94% Prurido intenso Sangramento controlável Descritor: sangramento ativo contido por compressão.	**Amarelo**
Saturação de O_2 > ou = 95% Dor leve (1-3/10) Inflamação local Descritor: edema, hiperemia, calor e rubor. Infecção local	**Verde**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**

MAL ESTAR GERAL

Hipoglicemia grave Descritor: glicemia < 50 mg/dl e sinais: mudança de comportamento (agressividade, apatia, perda de consciência, crise convulsiva) e necessidade de ajuda de terceiros. **Respiração inadequada** Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; Cianose; Letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm. **Sinais de choque** Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); Taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40 bpm).	**Vermelho**
Sinais neurológicos focais Descritor: paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio. **Sinais de meningismo** Descritor: rigidez de nuca, fotofobia (intolerância ao brilho da luz) e dor de cabeça. **Dor intensa (7-10/10)** Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. **Alteração do nível de consciência** Descritor: escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-14).	**Laranja**
Petéquias e equimoses **Sudorese fria** **Sinais vitais alterados** Descritor: PAS > 220 ou PAD >130 mmHg; PAS < 80 mmHg; FC < 40 ou >150 bpm; FR < 10 ou > 36 irpm. **Dor moderada (4-6/10)** **Bolhas ou manchas disseminadas** **Imunossupressão conhecida** **História hematológica importante**	**Amarelo**
Alteração de temperatura (<35 ou > 37,8°C) **Dor leve (1-3/10)** **Evento recente de viagem para regiões endêmicas** Descritor: Aparecimento < 7 dias	**Verde**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**

PALPITAÇÕES (batedeira: Fazer ECG ou Oximetria)

Respiração inadequada Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; Cianose; Letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm. Sinais de choque Descritor: Hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); Taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40 bpm).	**Vermelho**
Dispneia aguda Descritor: sensação subjetiva de desconforto respiratório ou dificuldade para respirar (< 30 dias). Pulso anormal (FILIFORME) Descritor: Tipo de pulso arterial muito fraco. Dor cardíaca Descritor: dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar a sudorese e vômitos. História de overdose ou envenenamento	**Laranja**
Palpitação no momento História cardíaca importante História de inconsciência	**Amarelo**
Evento recente	**Verde**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**

POLITRAUMAS

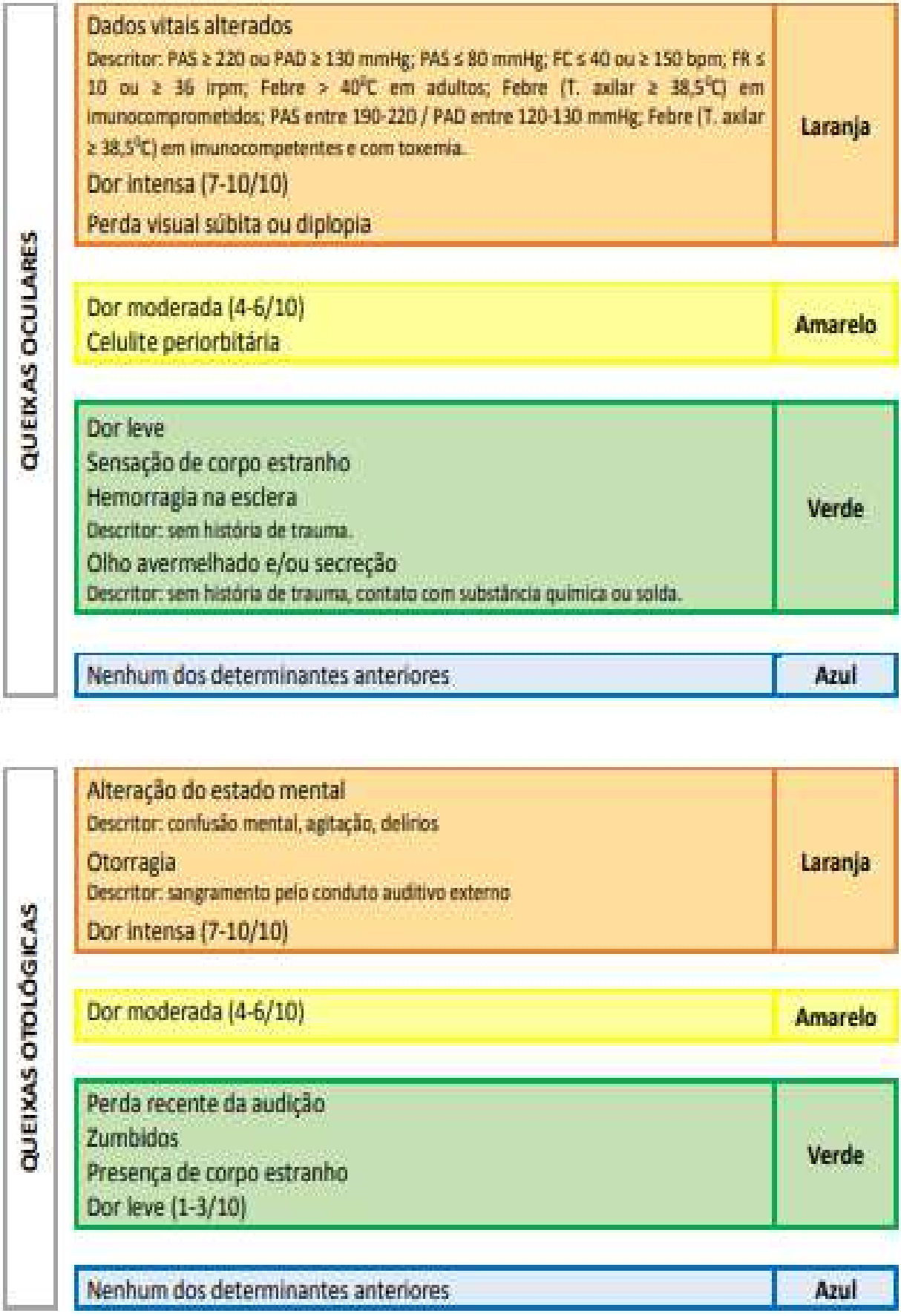
Traumatismo crânio encefálico, agressão, grave mecanismo de trauma, lesão grave de únicos ou múltiplos sistemas, TCE com EC Glasgow ≤ 8, grande queimado (SCQ > 25%) ou acometimento de vias aéreas (síndrome de inalação), trauma tórax abdominal com perfuração, taquidispneia, alteração mental, hipotensão, taquicardia e dor intensa, lesão múltiplas de membros com desalinhamento

Sinais de choque Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm). Comprometimento/obstrução de vias aéreas Descritor: presença de secreções, sangue, corpo estranho. Hemorragia severa Amputação traumática	**Vermelho**
Alteração do nível de consciência Descritor: escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-14). Palidez cutânea e sudorese fria Descritor: tipo de pulso arterial muito fraco. Dor pleurítica Descritor: dor aguda provocada pela irritação do revestimento dos pulmões – torna-se mais intensa com a respiração profunda e com a tosse. Sinais neurológicos focais Descritor: paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio. Otorragia Dor cervical Dor intensa (7-10/10) Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. Dor ou instabilidade da pelve Náuseas/vômitos Evisceração Descritor: é uma lesão onde ocorre a extrusão de vísceras abdominais. Ferimento perfurante Trauma direto no pescoço	**Laranja**
Envolvimento em mecanismo de trauma grave Descritor: queda de altura, acidente automobilístico, acidente com motocicleta, atropelamento de pedestre ou ciclista. História de inconsciência Hemorragia controlável Descritor: sangramento ativo contido por compressão. Cefaleia moderada (4-6/10) Descritor: sem perda de consciência, náuseas, vômito, crise convulsiva ou ferimento perfurante.	**Amarelo**
Contusões e escoriações Dor leve Evento recente Evento (trauma) há mais de seis horas	**Verde**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**

QUEIMADURAS

Realizar o 1º atendimento e encaminhar para o HRAN, seguindo o protocolo clínico, quando necessário

Estado mental alterado Descritor: letargia, confusão mental, agitação. Respiração inadequada Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm. Saturação de O_2 < 85% Descritor: saturação de oxigênio < 95% com O2 e < 90% em ar ambiente.	**Vermelho**
Queimaduras circunferenciais Queimaduras de $2^0/3^0$ graus > 10% de SCQ Descritor: >10 e 25% SCQ Queimaduras de $2^0/3^0$ graus em face e períneo Queimaduras elétricas Queimaduras em ambientes confinados Saturação de O_2 85-89% Estridor Descritor: estridor é um som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea superior.	**Laranja**
Queimaduras de $2^0/3^0$ graus < 10% de SCQ Queimaduras de 1^0 grau > 10% de SCQ Descritor: > 10% de SCQ em áreas não críticas. São áreas críticas: face, extremidades e genitália. Queimaduras de 1º grau em face e períneo Queimaduras de mãos e pés de qualquer grau Saturação de O_2 90-94%	**Amarelo**
Saturação de O_2 ≥ 95% Queimaduras de 1^0 grau Descritor: < 10% de SCQ em áreas não críticas.	**Verde**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**


QUEIXAS OCULARES
Dados vitais alterados
Descritor: PAS ≥ 220 ou PAD ≥ 130 mmHg; PAS ≤ 80 mmHg; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm; FR ≤ 10 ou ≥ 36 irpm; Febre > 40°C em adultos; Febre (T. axilar ≥ 38,5°C) em imunocomprometidos; PAS entre 190-220 / PAD entre 120-130 mmHg; Febre (T. axilar ≥ 38,5°C) em imunocompetentes e com toxemia.
Dor intensa (7-10/10)
Perda visual súbita ou diplopia
Laranja
Dor moderada (4-6/10)
Celulite periorbitária
Amarelo
Dor leve
Sensação de corpo estranho
Hemorragia na esclera
Descritor: sem história de trauma.
Olho avermelhado e/ou secreção
Descritor: sem história de trauma, contato com substância química ou solda.
Verde
Nenhum dos determinantes anteriores
Azul
QUEIXAS OTOLÓGICAS
Alteração do estado mental
Descritor: confusão mental, agitação, delírios
Otorragia
Descritor: sangramento pelo conduto auditivo externo
Dor intensa (7-10/10)
Laranja
Dor moderada (4-6/10)
Amarelo
Perda recente da audição
Zumbidos
Presença de corpo estranho
Dor leve (1-3/10)
Verde
Nenhum dos determinantes anteriores
Azul

QUEIXAS RESPIRATÓRIAS

Falta de ar, obstrução nasal, tosse, história de asma (cuidado com o uso crônico de corticoide, idosos; história de internação frequentes ou internações em UTI)

Sinais de choque Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm). **Início agudo após trauma** **Exaustão** Descritor: apresentando tiragem intercostal. **Respiração inadequada** Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm. **Saturação de O_2 < 85%** Descritor: Saturação de oxigênio < 95% com O_2 e < 90% em ar ambiente. **Uso inadequado da musculatura acessória**	**Vermelho**
Alteração do estado mental Descritor: confusão mental, agitação, delírio. **Dor Cardíaca** Descritor: dor intensa em aperto ou peso no meio do peso, irradiando para o braço e pescoço. Pode-se associar a sudorese e náuseas. **Incapacidade de falar sentenças** **Estridor laríngeo ou dificuldade de falar** Descritor: estridor é o som resultante do fluxo turbulento de ar na via aérea superior. **Frequência cardíaca irregular ou alterada** **Saturação de O_2 85-89%** **História respiratória importante** Descritor: internação hospitalar anterior por problema respiratório.	**Laranja**
Saturação de O_2 90-94% **Alteração de temperatura** Descritor: (< 35ºC ou >37,8ºC).	**Amarelo**
Dor de garganta Descritor: com febre com placas sem toxemia. **Tosse produtiva** **Saturação de O_2 ≥ 95%** **Evento recente** Descritor: aparecimento < 7 dias. **História de chieira noturna**	**Verde**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**

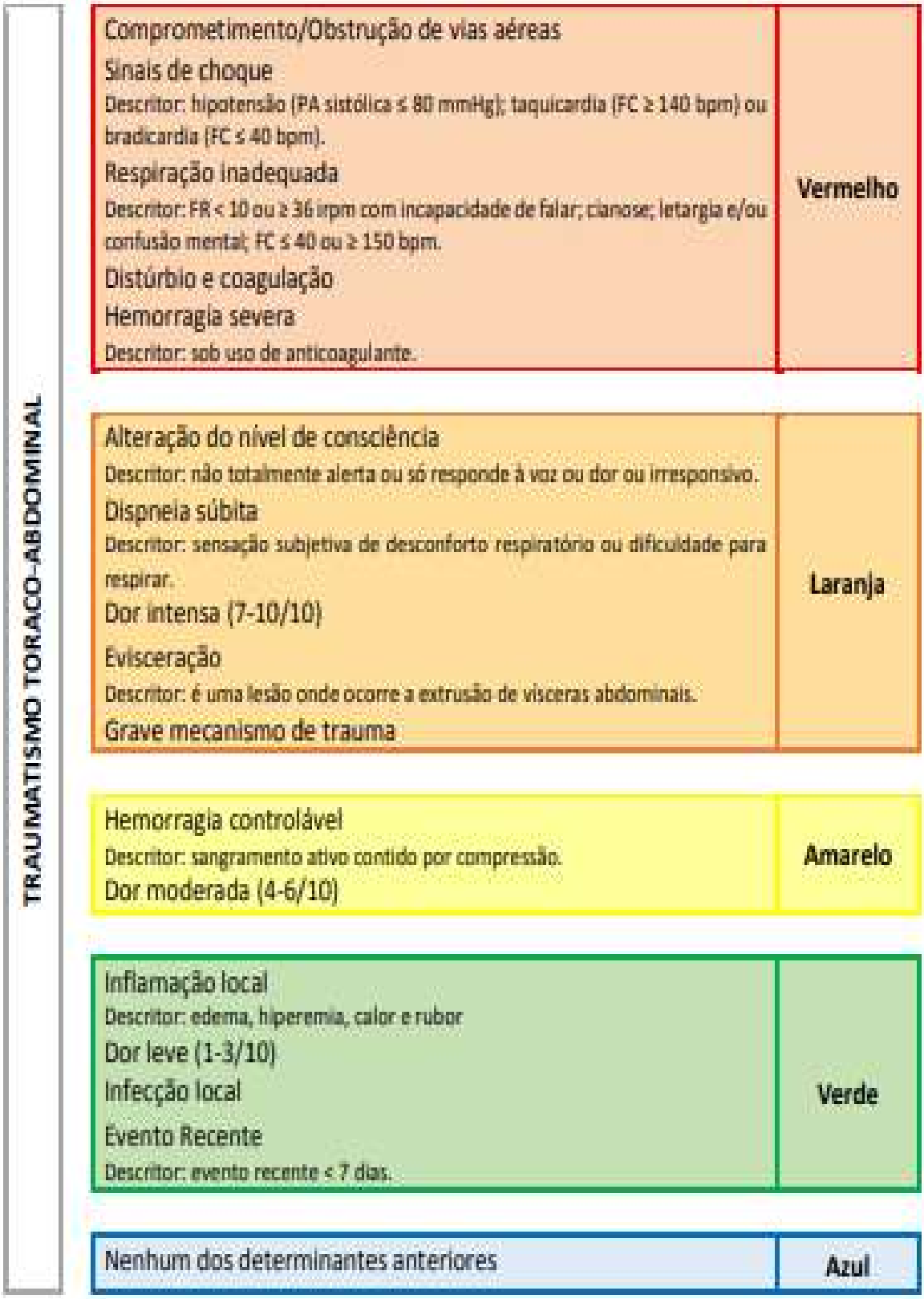
QUEIXAS URINÁRIAS / DOR TESTICULAR

Prostração, palidez cutânea ou sudorese Dor escrotal aguda Descritor: em menores de 25 anos. Priapismo Descritor: ereção peniana dolorosa. Dor intensa (7-10/10) Hematúria Descritor: presença anormal de eritrócitos na urina. Gangrena escroto Celulite de escroto Retenção urinária aguda com bexigoma	**Laranja**
Disúria intensa com polaciúria e/ou hematúria Dor moderada (4-6/10) Alteração de temperatura Descritor: (< 35°C ou >37,8°C). Vômito persistente	**Amarelo**
Trauma superficial de escroto Corrimento uretral amarelado fétido Troca de sonda vesical obstruída Dor leve (1-3/10) Evento Recente Descritor: evento recente < 7 dias.	**Verde**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**

SANGRAMENTOS

Hematemese, hemoptise, melena, epistaxe, metrorragia – cuidado com cirróticos, usuários de anticoagulantes, portadores de coagulopatias e gestantes

Sinais de choque Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm). Respiração inadequada Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm. Distúrbio de coagulação Descritor: pacientes hemofílicos. Hemorragia severa Descritor: sob uso de anticoagulante. Distúrbio de coagulação de paciente cardiopata em uso de anticoagulante	**Vermelho**
Epistaxe SEM CONTROLE COM TAMPONAMENTO Evacuação de sangue vivo ou alterado História importante de sangramento digestivo Dor intensa (7-10/10) Alteração do nível de consciência Descritor: não totalmente alerta ou só responde à voz ou dor ou irresponsivo. Vômito de sangue	**Laranja**
Dor moderada (4-6/10) Fezes enegrecidas ou em geleia de groselha Descritor: presença de sangue fresco com coágulos nas fezes. Sangramento vaginal Vômito persistente	**Amarelo**
Evento recente Descritor: Aparecimento < 7 dias Dor leve (1-3/10) Relato de hemorroidas Relato de epistaxes	**Verde**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**


TRAUMATISMO TORACO-ABDOMINAL
Comprometimento/Obstrução de vias aéreas
Sinais de choque
Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm).
Respiração inadequada
Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm.
Distúrbio e coagulação
Hemorragia severa
Descritor: sob uso de anticoagulante.
Vermelho
Alteração do nível de consciência
Descritor: não totalmente alerta ou só responde à voz ou dor ou irresponsivo.
Dispneia súbita
Descritor: sensação subjetiva de desconforto respiratório ou dificuldade para respirar.
Dor intensa (7-10/10)
Evisceração
Descritor: é uma lesão onde ocorre a extrusão de vísceras abdominais.
Grave mecanismo de trauma
Laranja
Hemorragia controlável
Descritor: sangramento ativo contido por compressão.
Dor moderada (4-6/10)
Amarelo
Inflamação local
Descritor: edema, hiperemia, calor e rubor
Dor leve (1-3/10)
Infecção local
Evento Recente
Descritor: evento recente < 7 dias.
Verde
Nenhum dos determinantes anteriores
Azul

TRAUMAS

Agressão, luxação, entorse, fratura exposta/amputação, fratura fechada, contusões

Comprometimento/Obstrução de vias aéreas Descritor: presença de secreção, sangue, corpo estranho. Sinais de isquemia Sinais de choque Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm). Fratura exposta	**Vermelho**
Sinais neurológicos focais Descritor: paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio. Ferida com sangramento ativo Dor intensa (7-10/10) Edema Descritor: (++/4+) Alterações respiratórias Descritor: FR < 10 ou ≥ 36 irpm com incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental; FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm. Incapacidade de andar Grave mecanismo de trauma	**Laranja**
Dor moderada (4-7/10) Ferimento sem sangramento ativo Deformidade em membros Cefaleia Vômito Descritor: se não se puder excluir trauma craniano, ingestão de drogas ou doença de base. Sem sinais de isquemia Sinais flogísticos locais Descritor: edema, hiperemia, calor e rubor. Limitação dos movimentos/função	**Amarelo**
Dor leve (1-3/10) Edema articular sem flogose Evento Recente Descritor: evento recente < 7 dias. Limitação leve dos movimentos Sem perda da função	**Verde**
Dor crônica não agudizada	**Azul**

SITUAÇÕES ESPECIAIS	Alterações de temperatura durante hemodiálise ou transplantados ou em uso de imunossupressor Descritor: (Tax < 36,50C ou > 37,80C). Violência sexual e/ou intrafamiliar Exposição sexual consentida Pacientes escoltados Assistidos por Equipe de Atenção Domiciliar Incidente perfurante com material biológico Suspeita clínica/epidemiológica de Dengue com sinais de gravidade Descritor: são sinais de gravidade: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos – ascite, derrame pleural, derrame pericárdico; hipotensão postural e/ou lipotimia, hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal, sangramento de mucosa, letargia e/ou irritabilidade. Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora Descritor: relato de piora dos sintomas e sinais de deterioração clínica: alterações de FC, temperatura, pressão arterial e nível de consciência. Trauma em pacientes hemofílicos	**Laranja**

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA

Visando qualidade no serviço de obstetrícia a OSSHMTJ trabalhará o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR). O ACCR partiu de uma iniciativa do Ministério da Saúde, a partir da Rede Cegonha para apoiar as maternidades e serviços de Obstetrícia no Brasil. É um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entrada dos serviços de urgência em obstetrícia como forma de garantir um acessocom qualidade às mulheres no período gravídico puerperal e assim modificar positivamente indicadores de morbimortalidade materna e perinatal. Sua elaboração se deu a partir das experiências de maternidades que já vinham implementando o ACCR e contou com a colaboração de um grupo de gestores, trabalhadores e especialistas de diversos serviços e instituições.

O Protocolo é uma ferramenta de apoio à decisão clínica que tem como propósito a pronta identificação da gestante crítica ou mais grave, permite o atendimento rápido e seguro, de acordo com o potencial de risco, baseado em evidências científicas existentes, subsidiando, baseando e orientando uma análise sucinta e sistematizada, que possibilita identificar situações que ameaçama vida.

DESMAIO/MAL ESTAR GERAL

Não responsiva Choque Descritor: hipotensão (PAS ≤ 80mmHg); taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez, sudorese fria, alteração de nível de consciência. Saturação de O2 ≤ 89% em ar ambiente Relato de diabetes (glicemia ≤ 50 mg/dl)	**Vermelho**
Alteração de consciência ou estado mental Descritor: uso de álcool e drogas ilícitas ou hálito etílico. Padrão respiratório ineficaz Descritor: gasping, dispneia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose. Saturação de O2 ≥ 90% e ≤ 94% em ar ambiente PA ≥ 140/90 mmHg com cefaleia, epigastralgia ou alterações visuais Hipertermia ≥ 400C Alterações de glicemia Descritor: considerar os parâmetros da gestante.	**Laranja**
Saturação de O2 ≥ 95% em ar ambiente PAS de 140-159 mmHg e/ou PAD de 90-109 mmHg, assintomática Febre Descritor: Tax de 380C a 39,90C. Pacientes imunodeprimidas Descritor: história clínica de infecção por HIV.	**Amarelo**
PAS ≤ 139 mmHg e PAD ≤ 89 mmHg Encaminhamento da UBS não enquadrada nas situações de urgência	**Verde**
Atendimento não prioritário ou referenciamento à UBS	**Azul**

DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS

Período expulsivo Sangramento vaginal intenso em gestantes com mais de 22 semanas Prolapso de cordão umbilical Exteriorização de partes fetais Choque Descritor: hipotensão (PAS ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm), palidez, sudorese fria, alteração de nível de consciência.	**Vermelho**
Dor intensa (7-10/10) Contrações intensas a cada 2 minutos Hipertonia uterina/sangramento genital intenso Descritor: perda brusca ≥ 150 ml em 20 minutos (+ de dois absorventes noturnos); FC ≥ 120 bpm; PAS ≤ 70 mmHg. PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg PA ≥ 140/90 mmHg com cefaleia, epigastralgia ou alterações visuais Perda de líquido espesso esverdeado Portadora de doença falciforme Portadora de HIV em trabalho de parto Pós-parto imediato	**Laranja**
Dor moderada (4-6/10) Contrações com intervalos maiores que 3 minutos Sangramentomoderado Descritor: perda de 60 a 150 ml em 20 minutos (um absorvente noturno); FC ≥ 120; levemente hipotensa. PAS de 140-159 e/ou PAD de 90-109 mmHg, assintomática Ausência de movimentação fetal em gravidez ≥ 22 semanas Vítima de violência física e sexual.	**Amarelo**
Dor leve (1-3/10) Febre Tax: ≤ 37,90C PAS ≤ 139 e/ou PAD ≤ 89 mmHg Perda de líquido em pequena quantidade Encaminhamento de outras unidades de saúde não enquadradas nas situações de urgência.	**Verde**
Atendimento não prioritário ou referenciamento à UBS.	**Azul**

DOR DE CABEÇA/TONTURA/VERTIGEM

Apneia ou Padrão respiratório ineficaz Descritor: gasping, dispneia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ouqualquer padrão associado a cianose. Choque Descritor: hipotensão (PAS ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm), palidez, sudorese fria, alteração de nível de consciência.	**Vermelho**
Alteração de consciência ou estado mental PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg PA ≥ 140/90 mmHg com cefaleia, epigastralgia ou alterações visuais Dor intensa de início abrupto ou progressiva Descritor: 7-10/10 Distúrbio de equilíbrio, zumbidos, perda da visão, sinais de meningismo Descritor: sinais de meningismo: rigidez de nuca,fotofobia, cefaleia. Febre Tax: > 400C	**Laranja**
PAS de 140-159 e/ou PAD de 90-109 mmHg, assintomática Dor forte moderada (4- 6/10) Náuseas e vômitos de início agudo e persistente Febre Tax: ≤ 380C a39,90C	**Amarelo**
Dor leve (1-3/10) Febre Tax: 37,50C a 37,90C PAS ≤ 139 e/ou PAD ≤ 89 mmHg	**Verde**

Relato de náuseas e vômitos	
Atendimento não prioritário ou referenciamento à UBS	**Azul**

FALTA DE AR /SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Saturação de O2 ≤ 89% em ar ambiente Estridor Descritor: som resultante do fluxoturbulento de ar na via aérea. Choque Descritor: hipotensão (PAS ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm), palidez, sudorese fria,alteração do nível de consciência.	**Vermelho**
Padrão respiratório ineficaz Descritor: gasping, dispneia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose. Saturação de O2 ≥ 90% e ≤ 94% em ar ambiente PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg PA ≥ 140/90 mmHg com cefaleia, epigastralgia ou alterações visuais Início agudo após trauma Portadora de doença falciforme.	**Laranja**
Dispneia moderada Descritor: consegue falar frases mais longas.PAS de 140-159 e/ou PAD de 90-109 mmHg, assintomática Edema unilateral de MMII ou dor na panturrilha Febre Tax: 380C a 39,90C Dor de garganta com placas Dor torácica moderada. Descritor : 4-6/10.	**Amarelo**
Obstrução nasal com secreção amarelada Dor de garganta sem outras alteraçõesTosse produtiva, persistente Febre Tax: 37,90C PAS ≤ 139 mmHg e PAD ≤ 89mmHg	**Verde**
Atendimento não prioritário ou referenciamento à UBS	**Azul**

FEBRE/SINAIS DE INFECÇÃO

Convulsão em atividade Saturação de O2 ≤ 89% em ar ambiente Choque Descritor: hipotensão (PAS ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm), palidez, sudorese fria, alteração de nível de consciência.	**Vermelho**
Padrão respiratório ineficaz Descritor: gasping, dispneia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose. Saturação de O2 ≥ 90% e ≤ 94% em ar ambiente Hipertermia Tax: ≥ 400C PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg PA ≥ 140/90 mmHg com cefaleia, epigastralgia ou alterações visuais Portadora de doença falciforme.	**Laranja**

Febre Tax: 380C a 39,90C PAS de 140-159 e/ou PAD de 90-109 mmHg, assintomática Dor moderada (4-6/10) Sinais de infecção em sítio cirúrgico Ingurgitamento mamário com sinais flogísticos Descritor: dor, calor, rubor e edema. Pacientes imunodeprimidas Descritor: história clínica de infecção por HIV.	**Amarelo**
Lesões genitais agudas Ingurgitamento mamário sem sinais flogísticos associados Queixas urinárias Febre Tax: 37,90C PAS ≤ 139 mmHg e PAD ≤ 89 mmHg Dor leve Descritor: 1-3/10	**Verde**
Atendimento não prioritário ou referenciamento à UBS	**Azul**

NÁUSEAS E VÔMITOS

Desidratação intensa e sinais de choque Descritor: hipotensão (PAS ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm), palidez, sudorese fria,alteração de nível de consciência.	**Vermelho**
Padrão respiratório ineficaz Descritor: gasping, dispneia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose. PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg PA ≥ 140/90 mmHg com cefaleia, epigastralgia ou alterações visuais Sinais de desidratação com repercussão hemodinâmica, mas sem sinais de choque.	**Laranja**
Febre Tax: 380C a 39,90C PAS de 140-159 e/ou PAD de 90-109 mmHg, assintomática Vômitos com sinais de desidratação sem repercussão hemodinâmica Descritor: sinais de desidratação: hipotensão, taquicardia, turgor de pele deficiente TEC > 2 segundos.	**Amarelo**
PAS ≤ 139 mmHg e PAD ≤ 89 mmHg Verde Vômitos frequentes sem desidratação Descritor: sinais de desidratação: hipotensão, taquicardia, turgor de peledeficienteTEC < 2 segundos. Febre Tax: ≤ 37,90C.	**Verde**
Atendimento não prioritário ou referenciamento à UBS	**Azul**

PERDA DE LÍQUIDOS VIA VAGINAL/SECREÇÕES

Trabalho de parto em período expulsivo Vermelho Exteriorização de partes fetais.	**Vermelho**
Dor intensa (7-10/10) Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos) Perda delíquido esverdeado espesso PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg PA ≥ 140/90 mmHg com cefaleia, epigastralgia ou alterações visuais Portadora de HIV.	**Laranja**

Dor moderada (4-6/10) PAS de 140-159 e/ou PAD de 90-109 mmHg, assintomática Perda de líquido claro em grande quantidade Vítima de violência física esexual.	**Amarelo**
Queixa atípica de perda de líquido Dor aguda leve (1-3/10) Verde PAS ≤ 139 mmHg e PAD ≤ 89 mmHg.	**Verde**
Atendimento não prioritário ou referenciamento à UBS	**Azul**

PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL

Irresponsiva Choque Descritor: hipotensão (PAS ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm), palidez, sudorese fria, alteração de nível de consciência. Hemorragia exanguinante Descritor: perda de ≥ 1.500ml (um lençolencharcado abruptamente); FC ≥ 120 bpm e PAS ≤ 7 0mmHg. Trabalho de parto em período expulsivo Exteriorização de partes fetais.	**Vermelho**
Confusão/letargia Sangramento intenso Descritor: perda brusca ≥ 150 ml em 20 minutos (+ de dois absorventes noturnos); FC ≥ 120 bpm; PAS ≤ 70 mmHg. PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg PA ≥ 140/90 mmHg com cefaleia, epigastralgia ou alterações visuais Dor intensa (7-10/10) Trabalho de parto (contração a cada 2minutos) Hipertonia	**Laranja**
Sangramento moderado Descritor: perda de 60 a 150 ml em 20 minutos (um absorvente noturno); FC ≥ 120; levemente hipotensa.PAS de 140-159 e/ou PAD de 90-109 mmHg, assintomática Contrações uterinas a intervalos de 3 a 5 minutos Ausência de percepção do movimento fetal em gravidez ≥ 22 semanas Febre Tax: 380C a 39,90C Vítima de violência física e sexual.	**Amarelo**
Sangramento leve Descritor: perda < 60ml em 6 horas (um absorvente normal); FC ≤ 90 bpm; PAS normal. Dor abdominal aguda leve Descritor: 1-3/10. PAS ≤ 139mmHg e PAD ≤ 89 mmHg	**Verde**
Atendimento não prioritário ou referenciamento à UBS	**Azul**

QUEIXAS URINÁRIAS

Saturação de O2 ≥ 90% e ≤ 94% em ar ambiente PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110mmHg PAS ≥ 140/90 mmHg com cefaleia, epigastralgia ou alterações visuaisHipertermia Tax: ≥ 400C Dor intensa (7-10/10)	**Laranja**
Febre Tax:380C a 39,90C PAS de 140-159 e/ou PAD de 90-109 mmHg, assintomática Dor moderada (4-6/10) Retenção urinária Pacientes imunodeprimidas Descritor: história clínica de infecção por HIV	**Amarelo**

Algúria/disúria, poliúria Descritor: dor acompanhada de dificuldade para urinar. Lesões vulvares externas Dor leve (1-3/10) PAS ≤ 139 mmHg e PAD ≤ 89 mmHg	**Verde**
Atendimento não prioritário ou referenciamento à UBS	**Azul**

PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS

Saturação de O2 ≥ 90% e ≤ 94% em ar ambiente Laranja PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥110 mmHg PAS ≥ 140/90 mmHg com cefaleia, epigastralgia ou alterações visuaisHipertermia Tax: ≥ 400C Dor intensa (7-10/10).	**Laranja**
Relato de ausência de movimento fetal por mais de 12 horas em gestação ≥ 26 semanas PAS de 140-159 e/ou PAD de 90-109 mmHg, assintomática.	**Amarelo**
Relato de ausência de movimento fetal por mais de 12 horas em gestação de 22 semanas e < 26 semanas Relato de ausência de movimento fetal por menos de 12 horas em gestação > 22 semanas PAS ≤ 139 mmHg e PAD ≤ 89 mmHg.	**Verde**
Atendimento não prioritário ou referenciamento à UBS	**Azul**

RELATO DE CONVULSÃO

Não responsiva Convulsão em atividade Padrão respiratório ineficaz Descritor: gasping, dispneia, intenso esforço respiratório, retração intercostal, frases entrecortadas, batimento de asa de nariz ou qualquer padrão associado a cianose. Saturação de O2 ≤ 89% em ar ambiente Choque Descritor: hipotensão (PAS ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm), palidez, sudorese fria, alteração de nível de consciência.	**Vermelho**
Alteração do estado mental/comportamento Saturação de O2 ≥ 90% e ≤ 94% em ar ambiente PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg PA ≥ 140/90 mmHg com cefaleia, epigastralgia ou alterações visuais História de diabetes (glicemia ≤ 50 mg/dl)Hipertermia Tax: ≥ 400C.	**Laranja**
História de perda da consciência Saturação de O2 ≥ 95% Qualquer valor de PA Febre Tax: 38,0C a 39,90C Pacientes imunodeprimidas Descritor: história clínica de infecção por HIV. História de trauma.	**Amarelo**

OUTRAS QUIEXAS/PACIENTES ENCAMINHADAS DE OUTRAS UNIDADES SEM REFERENCIAMENTO

PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg PAS ≥ 140/90 mmHg com cefaleia,epigastralgia ou alterações visuais.	**Laranja**
PAS de 140-159 e/ou PAD de 90-109 mmHg, assintomática Dor persistente na perna que não melhora, acompanhada de edema e rigidez de musculatura da panturrilha Pacientes imunodeprimidas Descritor: história clínica de infecção por HIV.	**Amarelo**
PAS ≤ 139 mmHg e PAD ≤ 89 mmHg Idade gestacional acima de 41 semanas.	**Verde**
Solicitação de atestados, licença maternidade; troca de pedidos de exames/receitas.	**Azul**

PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS EM PUÉRPERAS E GESTANTES

PAS inaudível ou abaixo de 80 mmHg PAD inaudível FC ≥ 140 ou ≤ 59 bpm Descritor: paciente sintomática.	**Vermelho**
PAS ≥ 160 mmHg PAD ≥ 110 mmHg FC ≥ 140 ou ≤ 50 bpm Descritor: paciente assintomática.	**Laranja**
PAS ≥ 140 a 159, sintomática PAD ≥ 90 a 109 mmHg, sintomática FC: 91 a 139 bpm	**Amarelo**
PAS abaixo de 139 mmHg PAD abaixo de 89 mmHg FC: 60 a 90 bpm	**Verde**
Atendimento não prioritário ou referenciamento à UBS.	**Azul**

PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DA GLICEMIA

Hiperglicemia Descritor: glicemia > 300 mg/dl. Hiperglicemia com cetose Descritor: glicemia > 200 mg/dl ou sinais de acidose (respiração profunda).Hipoglicemia Descritor: glicemia < 50 mg/dl.	**Laranja**

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO PACIENTE PEDIÁTRICO

O acolhimento e a classificação de risco na pediatria possui etapas cruciais no atendimento a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. Esses processos visam garantir que as crianças recebam a proteção e o cuidado necessários, de acordo com suas necessidades específicas. O acolhimento é o primeiro contato da criança ou adolescente com o serviço de saúde. É um momento fundamental para estabelecer uma relação de confiança e segurança, permitindo que a criança se expresse sobre sinais e sintomas que julgar necessário. A classificação de risco é um instrumento que permite avaliar o risco da criança e definir as medidas de atendimento mais adequadas.

A Classificação de risco em Pediatria basea-se na utilização de protocolos de urgência, onde são categorizados os grupos de descriminadores de sinais e sintomas pelos quais a criança manifesta e busca atendimento ao serviços de saúde, tornando possível identificar precocemente os pacientes em situação crítica, permitindo a intervenção rápida e eficaz.



QUEIXAS URINÁRIAS / DOR TESTICULAR

Prostração, palidez cutânea ou sudorese Dor escrotal aguda Descritor: em menores de 25 anos. Priapismo Descritor: ereção peniana dolorosa. Dor intensa Descritor: 7-10/10, intolerável. Hematúria Descritor: presença anormal de eritrócitos na urina. Gangrena escroto Celulite de escroto Retenção urinária aguda com bexigoma	**Laranja**
Disúria intensa com polaciúria e/ou hematúria Dor moderada Descritor: 4-6/10, suportável, mas intensa. Alteração de temperatura Descritor: (<35^{0}C ou >37,8^{0}C). Vômito persistente	**Amarelo**
Trauma superficial de escroto Corrimento uretral amarelado fétido Troca de sonda vesical obstruída Dor leve Descritor: 1-3/10. Evento Recente Descritor: evento recente < 7 dias.	**Verde**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**

TOSSE, FALTA DE AR, DIFICULDADE PARA RESPIRAR, RESPIRAÇÃO RUIDOSA, CHIADO NO PEITO

PCR, bradicardia importante ou PCR iminente Descritor: ausência de reação; crise convulsiva; dificuldade ou ausência de respiração; ausência de sons cardíacos; ausência de movimento torácico; pele fria e azulada; ausência de pulso carotídeo, braquial ou femoral; bradicardia <60 irpm associada a má perfusão; taquipneia ou bradipneia; alteração do nível de consciência. **Apneia, bradipneia, ou movimentos tóraco abdominais paradoxais** Descritor: interrupção da respiração por 20 segundos, ou por qualquer tempo, quando associada a alteração na cor, tônus muscular ou frequência cardíaca. **Via aérea obstruída** Descritor: início súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios; suspeita de corpo estranho; edema de lábio ou língua; em uso de traqueostomia (obstrução, deslocamento da mesma). **Cianose central** Descritor: língua, mucosas orais e pele azuladas ou roxas; ocorre devido problemas no coração ou no pulmão; o sangue já chega desoxigenado aos capilares por falta de oxigenação do sangue nos pulmões. **Paciente não responde, Glasgow < 8** Descritor: ausência de resposta ao estímulo verbal ou doloroso; agitação psicomotora ou sinais focais. **Falência respiratória** Descritor: sudorese; fadiga; chiado; diminuição ou ausência de MV; batimento de asa de nariz (BAN); retrações intercostais ou subcostais; taquipneia; apneia; bradipneia; dispneia ou cianose; hipoxemia (RN < 50 mmHg; lactentes < 1 ano: PaO_2 < 60 mmHg, >1 ano: PaO_2 < 80 mmHg).	**Vermelho**
Estridor laríngeo e dificuldade de falar ou mamar Descritor: inspiração ruidosa ou difícil; respiração prejudicada pela fala ou durante a sucção ao mamar. **Edema labial e/ou de língua com sensação de garganta fechando** Descritor: início súbito associado a ingestão de alimentos ou medicamentos com histórico de alergia, ou exposição a inalantes. **Dispneia moderada ou intensa** Descritor: dispneia; BAN; tiragens subcostais; gemência; histórico de asma quase fatal; fatores de risco: internações prévias por crise grave de asma, com necessidade de intubação e ventilação, sem acompanhamento profilático. **Lactente dispneico com recusa ou dificuldade para se alimentar** Descritor: estridor; gemidos; sibilância; períodos de apneia ou guinchos; respiração rápida ou difícil associada a dificuldade para ingerir alimentos líquidos ou sólidos. **Saturação de O_2 ≤ 90%** Descritor: leve > 95%; moderada entre 91-95%; grave < 90%. **Epistaxes com instabilidade hemodinâmica** **Salivação excessiva** Descritor: salivação excessiva associada a desconforto respiratório. **Hemoptise franca** **Alteração de temperatura** Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo.	**Laranja**

Taquipneia Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo. **Dispneia leve** Descritor: incursões respiratórias de esforço leve; tiragens intercostais. **Saturação de O_2 91- 94%** Descritor: leve > 95%; moderada entre 91-95%; grave < 90%. **Tosse frequente emetizante** Descritor: acessos de tosse seca espasmódica que culmina em vômito; sem estridor e sem dificuldade respiratória. **Alteração de temperatura** Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo.	**Amarelo**
Dor de garganta Descritor: tosse sem desconforto respiratório; mau hálito e mal-estar e odinofagia. **Dor de ouvido** Descritor: tosse seca ou úmida; associada a dor de ouvido, mas sem sinais de acometimento sistêmico. **Rinorreia purulenta** Descritor: secreção nasal amarelo esverdeada; obstrução nasal e espirros sem sinais de acometimento sistêmico. **Temperatura entre 37,5°C e 38,4°C** Descritor: tosse seca ou úmida; associada a febre baixa, mas sem sinais de acometimento sistêmico. **Dor muscular** Descritor: sintomas respiratórios leves com relato ou sinais de dor muscular. **Saturação de O_2 ≥ 95%**	**Verde**
Coriza Descritor: apenas coriza sem sinais sistêmicos.	**Azul**

DESMAIO, TONTURA, VERTIGEM

Avaliar uso / interrupção de anticonvulsivante, neurolépticos. Abstinência de álcool e drogas ilícitas

Alteração do nível de consciência Descritor: escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG <9) Comprometimento/obstrução de vias aéreas Descritor: presença de secreções, sangue, corpo estranho. Alterações glicêmicas Descritor: glicemia > 250 ou < 70 mg/dl. Rigidez de nuca / muscular, hipertonicidade Descritor: incapacidade de flexionar a cabeça para frente devido a rigidez muscular e resistência a movimentação passiva. Sinais de choque Descritor: hipotensão (PA sistólica ≤ 80 mmHg); taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou bradicardia (FC ≤ 40 bpm).	**Vermelho**
Pulso anormal Descritor: tipo de pulso arterial muito fraco. Dor torácica Descritor: dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas e epigastralgia. Distúrbio súbito do equilíbrio Descritor: associado a náuseas e vômitos. Dor intensa (7-10/10) Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. Em pós-comicial e torporoso/comatoso Descritor: momento posterior a crise convulsiva que pode se caracterizar por perda da consciência, confusão ou desorientação mental e letargia. Dispneia aguda Descritor: sensação de dificuldade para respirar de instalação súbita. Alteração do nível de consciência Descritor: escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-14). Alteração de temperatura Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo. História importante de alergia Descritor: relato de reação alérgica conhecida. Cefaleia intensa (7-10/10) de início súbito Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como "A pior dor de cabeça da vida". Déficit neurológico agudo Descritor: paresia, plegia, disfagia, afasia, ataxia, paralisia facial. História de trauma craniano RECENTE Descritor: história de TCE inferior a sete dias.	**Laranja**
Dor moderada (4-6/10) Em pós-comicial Descritor: momento posterior a crise convulsiva que pode se caracterizar por perda da consciência, confusão ou desorientação mental e letargia. Relato de primeira crise convulsiva	

Crise convulsiva há menos de 12h e alerta	
Dor leve (1-3/10) Parestesias bilaterais ou migratórias Descritor: sensações cutâneas subjetivas (ex., frio, calor, formigamento, pressão) que são percebidas espontaneamente na ausência de estimulação.	**Verde**
Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**

ALTERAÇÕES NO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E SENSÓRIO, PARESIAS E PARALISIAS

Apneia, bradipneia, ou movimentos tóraco abdominais paradoxais Descritor: interrupção da respiração por 20 segundos, ou por qualquer tempo; quando associada a alteração na cor, tônus muscular ou frequência cardíaca; com dificuldade respiratória; sialorreia intensa; estridor; voz abafada e cianose. Convulsão em atividade Descritor: crise convulsiva à admissão. Paciente não responde; Glasgow < 8 Descritor: ausência de resposta ao estímulo verbal ou doloroso; agitação psicomotora ou sinais focais. Sinais de choque Descritor: taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino; perfusão diminuída; letargia; taquipneia; irritabilidade; oligúria. Glicemia < 50 mg/dl no RN e < 60 mg/dl em crianças Descritor: glicemia < 50 mg/dl no RN (0 a 28 dias) e < 60 mg/dl em crianças. Glicemia > 200 mg/dl	**Vermelho**
Extrema agitação; choro inconsolável Descritor: inquietação; resposta exacerbada aos estímulos; irritabilidade; choro incessante. Vômitos incoercíveis Descritor: vômitos que não cessam mesmo após medidas para alívio ou não tem intervalo entre os episódios; 5 ou mais episódios de vômito na última hora. Saturação de $O_2 \leq 90\%$ Estado pós ictal ou déficit focal agudo Descritor: história de convulsão na última hora associada a um dos seguintes sinais: sonolência; liberação de esfíncteres (urinou ou evacuou nas roupas); hipersecreção; miose ou sibilância e broncoespasmo. Alteração de temperatura ($< 35^0C$ ou $> 40^0C$) Deficiência neurológica AGUDA Descritor: déficit motor (paresia ou paralisia) nas últimas 24 horas. Tentativa de autoextermínio ou automutilação Descritor: relato ou suspeita. Paciente psiquiátrico em surto Descritor: paciente com história psiquiátrica que está em surto no momento. Paralisia flácida aguda de MMII, simétrica ou assimétrica Descritor: paralisia flácida simétrica de MMII, ou assimétrica acometendo qualquer membro.	**Laranja**

Fraqueza muscular dos membros inferiores e/ou paresias de qualquer membro de início súbito Descritor: fraqueza muscular de MMII de início súbito ou paresias em qualquer membro. Saturação de O_2 entre 91-94% Vômitos moderados Descritor: mais de 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas, porém sem vômitos incoercíveis. Perda de consciência nas últimas 24 horas Descritor: perda de consciência nas últimas 24 horas. Deficiência neurológica NOVA Descritor: déficit motor (paresia ou paralisia) acima de 24 horas.	**Amarelo**
Reação aguda ao stress Descritor: desmaio; síncope. Saturação de $O_2 \geq 95\%$ Rinorreia purulenta Descritor: secreção nasal amarelo esverdeada; obstrução nasal e espirros sem sinais de acometimento sistêmico. Relato de perda de consciência acima de 24 horas Descritor: história de perda de consciência ou desmaio. Vômitos esparsos Descritor: até 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas.	**Verde**

DOR TORÁCICA

Sinais de choque Descritor: taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino.	**Vermelho**
Desconforto respiratório Descritor: Tiragens intercostais; subcostais; retração de fúrcula; BAN. Cianose aos pequenos esforços Descritor: Comer, falar, andar. Dor intensa (7-10) Descritor: Ver escala de dor. Saturação de O_2 < 90% Associada a trauma súbito Descritor: Evento até 12 horas.	**Laranja**
Piora com a respiração Dor moderada (4-6) Associada a trauma agudo Descritor: evento de 12 a 24 horas. Sensação de aperto torácico e ansiedade Descritor: associado a stress agudo; podendo estar associado a sudorese fria das extremidades ou taquipneia ou tontura.	**Amarelo**
Dor leve (1-3) Associada a tosse frequente Descritor: tosse frequente que ocorre após processos virais sem afetar atividades e sem febre. Piora ao movimento do tronco ou membros superiores Descritor: dor muscular.	**Verde**
Dor superficial crônica à compressão Descritor: dor muscular. Dor referida ou que melhora com repouso Descritor: dor relatada > 7 dias e/ou que melhora ao repouso.	**Azul**

QUEIXAS OCULARES		
	Dados vitais alterados Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo. Dor intensa (7-10/10) Perda visual súbita ou diplopia	**Laranja**
	Dor moderada (4-6/10) Celulite periorbitária	**Amarelo**
	Dor leve (1-3/10) Sensação de corpo estranho Hemorragia na esclera Descritor: sem história de trauma. Olho avermelhado e/ou secreção Descritor: sem história de trauma, contato com substância química ou solda.	**Verde**
	Nenhum dos determinantes anteriores	**Azul**

DOR DE CABEÇA

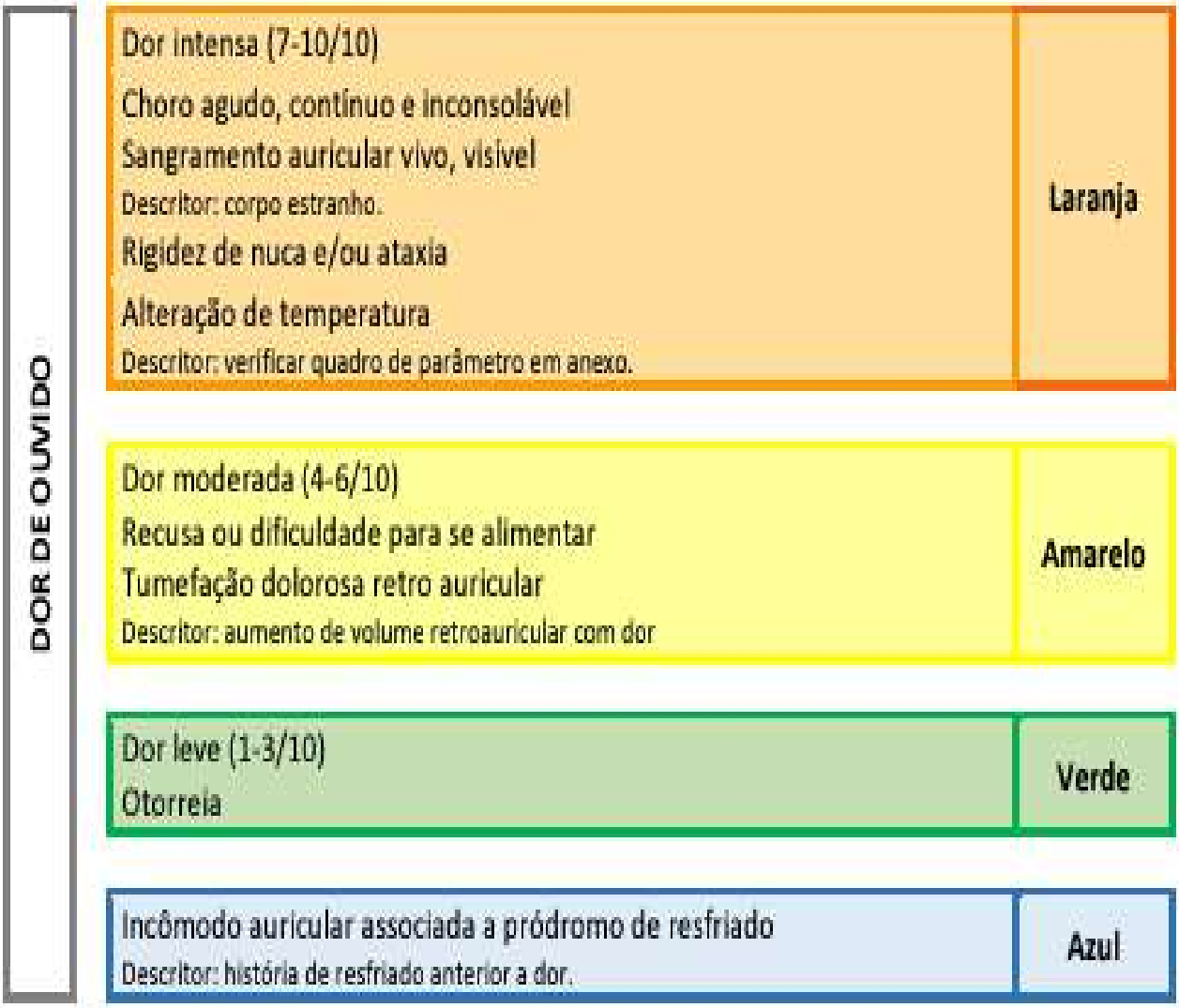
Sinais de choque Descritor: taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino.	**Vermelho**
Dor intensa (7-10/10) Sinais vitais alterados Alteração do sensório ou de comportamento Rigidez na nuca Sinais focais Vômitos em jato Alterações de temperatura Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo.	**Laranja**
Alterações visuais Dor moderada (4-6/10) Alterações visuais Náuseas, vômitos Alteração de temperatura Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo.	**Amarelo**
Dor leve (1-3/10) Temperatura entre 37,5^{0}C e 38,4^{0}C	**Verde**
Apenas referida, sem febre, e com sinais vitais normais	**Azul**

DOR ABDOMINAL

Sinais de choque Descritor: taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino.	**Vermelho**
Dor intensa (7-10/10) Vômitos incoercíveis Descritor: vômitos incessantes mesmo após medidas para alívio ou não tem intervalo entre os episódios; 5 ou mais episódios de vômito na última hora. Alteração de temperatura Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo.	**Laranja**
Distensão abdominal Fezes com sangramento vivo e/ou vômitos sanguinolentos Dor moderada (4-6/10) Vômitos persistentes Retenção urinária Alteração de temperatura Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo.	**Amarelo**
Dor leve (1-3/10) Náuseas ou vômitos ocasionais Disúria Temperatura entre 37,5^{0}C e 38,4^{0}C	**Verde**
Apenas referida e de caráter recorrente	**Azul**

DOR DE GARGANTA

Com dificuldade respiratória; sialorreia intensa; estridor; voz abafada e cianose	**Vermelho**
Desvio do pescoço Descritor: postura antálgica. Disfagia importante com sinais de desidratação moderada Descritor: dor à deglutição de alimentos ou a própria saliva; associada a sinais de desidratação moderada (irritado, olho fundo, lágrima ausente, sedento, pulso rápido e fraco, sinal da prega que desaparece lentamente > 2 segundos, fontanela deprimida, taquicardia, mucosa seca). Alteração de temperatura Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo.	**Laranja**
Alteração de temperatura Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo.	**Amarelo**
Associada a edema ou tumefação cervical Descritor: aumento de volume cervical anterior ou submandibular, sem sinais flogísticos associados. Temperatura entre 37,5°C e 38,4°C	**Verde**
Halitose Descritor: presença de halitose sem sinais de acometimento sistêmico.	**Azul**


DOR DE OUVIDO
Dor intensa (7-10/10)
Choro agudo, contínuo e inconsolável
Sangramento auricular vivo, visível
Descritor: corpo estranho.
Rigidez de nuca e/ou ataxia
Alteração de temperatura
Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo.
Laranja
Dor moderada (4-6/10)
Recusa ou dificuldade para se alimentar
Tumefação dolorosa retro auricular
Descritor: aumento de volume retroauricular com dor
Amarelo
Dor leve (1-3/10)
Otorreia
Verde
Incômodo auricular associada a pródromo de resfriado
Descritor: história de resfriado anterior a dor.
Azul


DOR EM EXTREMIDADES
Associada a comprometimento vascular distal
Descritor: má perfusão, pulsos impalpáveis; palidez; pele fria; cianose.
Laranja
Dor nas panturrilhas com prejuízo na marcha
Descritor: dor à deambulação ou ficar em pé.
Artralgia com limitação e sinais flogísticos
Descritor: dor nas articulações associado a edema, rubor e calor local.
Amarelo
Distensões, contusões, torções
Artralgia sem sinais flogísticos
Verde
Dor superficial crônica à compressão
Azul

VÔMITOS E DIARREIA
(Observação: atentar para diabetes)

Desidratação grave Descritor: comatoso; hipotônico; olhos muito fundos e encovados; respiração acidótica; não é capaz de beber; pulsos finos ou ausentes; sinal da prega desparece muito lentamente > 2 segundos; PA indetectável; oligúria; perda de peso maior que 10%; fontanela deprimida. **Sinais de choque** Descritor: taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino.	**Vermelho**
Desidratação moderada (3-6 sinais de desidratação) Descritor: irritado; olho fundo; lágrima ausente; sedento; pulso rápido e fraco; sinal da prega que desaparece lentamente > 2 segundos; fontanela deprimida; taquicardia; mucosa seca; perda de peso de 5 - 10%. **Dispneia** Descritor: desconforto respiratório. **Glicemia >200 mg/dl ou glicemia < 50 mg/dl no RN e < 60 mg/dl em crianças** **Fezes com sangramento vivo e/ou vômitos sanguinolentos** Descritor: presença de sangue nas fezes e/ou vômitos.	**Laranja**
Desidratação leve (< 3 sinais de desidratação) Descritor: mucosas secas e oligúria. **Dor moderada (4-6/10)** **Fezes em geleia de groselha ou enegrecidas** Descritor: fezes com aspecto gelatinoso e avermelhadas geralmente associada a dor abdominal.	**Amarelo**
Quadro agudo SEM desidratação Descritor: presença de diarreia ou vômitos sem sinais de desidratação. **Diarreia sanguinolenta >15 dias sem desidratação** Descritor: presença de fezes sanguinolentas de evolução crônica sem sinais de desidratação.	**Verde**
Diarreia > 15 dias sem desidratação	**Azul**

ALTERAÇÕES CUTÂNEAS: FERIDAS, PALIDEZ, AFECÇÕES DE PELE

Respiração irregular Descritor: a respiração regular é silenciosa e o trabalho respiratório é mínimo. A frequência respiratória normal é de 30 a 60 irpm no RN ; de 25 a 40 aos 6 meses; de 20 a 30 com 1 ano; de 20 a 25 com 3 anos; de 12 a 25 aos 6 anos; e de 12 a 20 aos 10 anos. Sinais de choque Descritor: taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino. Toxemia, prostado Descritor: criança apática ou hiporesponsiva no colo dos pais; pálida; hipoativa ou não reativa; sonolenta ou desorientada.	**Vermelho**
Ferimento extenso com sangramento ativo Palidez, sudorese e taquicardia inexplicada Dor intensa (7-10/10) Edema facial Descritor: edema em toda a face ou que envolva mais de um local tais como: pálpebra, lábio, língua ou lóbulo de orelha. Equimoses, púrpura e/ou petéquias Descritor: máculas, manchas ou erupção que não desaparecem à digitopressão ou ao teste do vidro. Alteração de temperatura Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo.	**Laranja**
Dor moderada (4-6/10) Ferida infectada com alteração de temperatura Descritor: febre > 38°C; associada a ferida com pus, ou com odor fétido; ou com sinais francos de reação inflamatória (lesão quente, ou muito vermelha, ou dolorosa). Verificar quadro de parâmetro em anexo. Ferida corto-contusa ou ferimento com sangramento que cede à compressão Tumefação dolorosa com ou sem hiperemia com alteração de temperatura Descritor: aumento de volume de pele e partes moles, com ou sem vermelhidão local. Verificar quadro de parâmetro em anexo. Placas eritematosas de início súbito Descritor: elevações cutâneas avermelhadas; localizadas ou generalizadas; com ou sem prurido. Lesões bolhosas extensas íntegras ou rotas, podendo acometer mucosas Descritor: vesículas ou bolhas de grandes proporções que se rompem fácil dano à imagem de queimaduras, que podem também acometer as mucosas. Erupções secretantes ou bolhosas em mais de 10% corpo associado a prurido Descritor: vesículas ou bolhas distintas ou confluentes que alcançam mais de 10% da superfície corporal por meio da regra dos nove de Wallace; a qual estima 9% de superfície corporal para cada uma das regiões a seguir: cabeça e pescoço, cada membro, cada quadrante do tronco, cada coxa; cada perna e pé, e prurido; envolvendo mais de uma região corporal.	**Amarelo**

Lesão infectada sem febre ou tumefação local Descritor: lesão localizada, sem febre, com pus, ou com odor fétido, ou com sinais de reação inflamatória (calor local, edema, hiperemia ou dor). Relato de sangramento nas últimas 24 horas Dor leve (1-3/10)	**Verde**
Lesão superficial sem sinais sistêmicos Descritor: escoriações; feridas fechadas e sem queixas; ausência de sinais ou sintomas de infecção e ou inflamação. Prurido leve Descritor: prurido isolado ou não persistente e sem repercussões sistêmicas.	**Azul**

TRAUMA

Politraumatizado Hemorragia sem controle Descritor: lesões com sangramento visível a despeito de medidas compressivas, em jatos ou esguichos de sangue. Nível de consciência: coma; irresponsivo Amputação traumática de membros Trauma torácico, abdominal ou craniano com perfuração Mecanismo de alta energia	**Vermelho**
TCE + perda de consciência e/ou vômitos Fratura exposta ou com deformidade Nível de consciência obnubilado Sangramento abundante Paciente com Hemofilia Ferimento extenso Queda de altura: 2 a 3x a altura da criança	**Laranja**
TCE com < 12 horas sem perda de consciência e/ou vômitos Suspeita de fratura ou luxação de membros Ferimento com necessidade de sutura Sangramento controlado Queda da própria altura	**Amarelo**
TCE com > 12 horas sem perda de consciência e/ou vômitos Pequeno ferimento/ sem necessidade de sutura Sangramento leve	**Verde**
Pequeno ferimento sem necessidade de sutura, sem sangramento	**Azul**

QUEIMADURAS

Crianças < 3 anos SCQ > 10% Descritor: Ver tabela Queimaduras associadas a politrauma Queimaduras químicas Queimaduras de face/inalação de fumaça Descritor: inalação em ambientes confinados, inalação de fumaça e/ou produtos químicos, queimaduras de vias aéreas (rouquidão, dispneia, cianose, tosse metálica, escarro fuliginoso). Queimaduras elétricas Descritor: alta voltagem.	**Vermelho**
Queimaduras de genitália Descritor: acometimento significante de genitália. Queimaduras circunferencial – risco de síndrome compartimental Descritor: extremidades frias e/ou cianóticas, membro rígido/endurecido. Queimaduras agudas com menos de 1 hora de ocorrida, de SCQ < 10%	**Laranja**
Outras queimaduras associadas a comorbidades clínicas ou situação de risco social Descritor: maus tratos, violências. Sinais de infecção Descritor: queimadura com sinais de infecção (eritema, flogose com ou sem prurido).	**Amarelo**
Queimaduras com mais de 24 horas associadas a queixa clínica nova Descritor: lesão com prurido, hiperemia, limitação parcial de movimentos.	**Verde**
Queimaduras com mais de 24 horas sem alterações clínicas Descritor: somente relato de queimaduras.	**Azul**

INTOXICAÇÃO EXÓGENA		
	PCR, bradicardia importante ou PCR iminente Descritor: ausência de reação; crise convulsiva; dificuldade ou ausência de respiração; ausência de sons cardíacos; ausência de movimento torácico; pele fria e azulada; ausência de pulso carotídeo, braquial ou femoral, bradicardia < 60 bpm; associada a má perfusão, taquipneia ou bradipneia; alteração do nível de consciência. Apneia, bradipneia ou movimentos tóraco abdominais paradoxais Descritor: interrupção da respiração por 20 segundos, ou por qualquer tempo; quando associada a alteração na cor, tônus muscular ou frequência cardíaca; com dificuldade respiratória; sialorreia intensa; estridor; voz abafada e cianose. Convulsão em atividade Descritor: crise convulsiva à admissão. Paciente não responsivo, ECG < 8 Descritor: ausência de resposta ao estímulo verbal ou doloroso, agitação psicomotora ou sinais focais. Sinais de choque Descritor: taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino. Edema labial e/ou de língua com sensação de garganta fechada Descritor: início súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios; edema de lábio ou língua; em uso de traqueostomia (obstrução, deslocamento da mesma). Ingestão de soda cáustica Lesão ocular química	**Vermelho**
	Alteração sensório ou de comportamento: ECG de 9-14; agitação psicomotora Descritor: agitação, confusão mental, hipoatividade, desorientação, ataxia, fala desconexa, boca seca, sialorreia, sudorese. Contato com produto químico de alta letalidade Descritor: alta probabilidade de a substância causar o óbito ou a doença grave (raticida, agrotóxicos, inseticidas, pesticidas, plantas e medicamentos). Saturação de $O_2 \leq 90\%$ Ingestão de substâncias Descritor: mesmo se há desconhecimento do produto e da quantidade ingerida.	**Laranja**
	Prurido e/ou irritabilidade em superfície corporal extensa Descritor: história de exposição corporal a alguma substância irritante. Cefaleia, náuseas, diarreias Saturação de O_2 entre 91 a 94%	**Amarelo**

MORDEDURA E PICADAS DE ANIMAIS

PCR, bradicardia importante ou PCR iminente Descritor: ausência de reação; crise convulsiva; dificuldade ou ausência de respiração; ausência de sons cardíacos; ausência de movimento torácico; pele fria e azulada; ausência de pulso carotídeo, braquial ou femoral, bradicardia < 60 bpm; associada a má perfusão, taquipneia ou bradipneia; alteração do nível de consciência. **Sinais de choque** Descritor: taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso finos. **Mutilação** Descritor: amputação ou perda de partes corporais por mordedura humana ou animal. **Lesão de grandes vasos ou hemorragia grave** Descritor: lesões com sangramento visível a despeito de medidas compressivas, em jatos ou esguichos de sangue. **Acidente com animal peçonhento com acometimento sistêmico** Descritor: acidente ofídico; escorpiônico ou aracnídeo em que a criança se apresenta apática e hiporesponsiva no colo dos pais; pálida; hipoativa ou não reativa; sonolenta ou desorientada.	**Vermelho**
Estridor ou dispneia **Edema facial** Descritor: edema em toda a face ou que envolve mais de um local tais como: pálpebra, lábios, língua ou lóbulo da orelha. **Acidente com animal peçonhento com sinais e sintomas locais** Descritor: acidente ofídico, escorpiônico ou aracnídeo sem toxemia. **Dor intensa (7-10/10)** **Ferida profunda** Descritor: ferida sem perda de substância por mordedura humana ou animal. **Ferimento extenso por mordedura ou em área crítica** **Hemorragia não controlada em definitivo** Descritor: hemorragia que cessou, mas retorna de imediato ao cessar a compressão.	**Laranja**
História e alergia com reação grave Descritor: história anterior de urticária, edema de glote ou asma que levou a internação com risco de morte. **Dor moderada (4 – 6/10)** **Acidente rábico potencial** Descritor: mordedura; arranhadura ou lambedura em mucosa ou pele não íntegra por cães, gatos, morcegos ou outros animais silvestres, inclusive domiciliados. **Erupção ou vesículas disseminadas** Descritor: vesículas ou bolhas distintas ou confluentes que alcançam mais de 10% da superfície corporal por meio da regra dos nove de Wallace; a qual estima 9% de superfície corporal para cada uma das regiões a seguir: cabeça e pescoço, cada membro, cada quadrante do tronco, cada coxa, cada perna e pé (vide imagem); prurido, envolvendo mais de uma região corporal. **Hemorragia leve controlada** Descritor: mordedura com hemorragia associada a ferida pequena. **Prurido moderado**	**Amarelo**
Infecção ou inflamação local Descritor: Lesão localizada, sem febre, com pus, ou com odor fétido, ou com sinais de reação inflamatória (lesão quente, muito vermelha ou dolorosa).	**Verde**

	Prurido leve Dor leve (1-3/10) Mordedura não-extensa Ferida pequena sem sangramento Descritor: mordeduras sem hemorragia associada. Lesão superficial leve sem sinais sistêmicos Descritor: escoriações, feridas fechadas e sem queixas, ausência de sinais e sintomas de infecção e ou inflamação.	

FEBRE

Recomendação: prescrever antitérmico enquanto aguarda

Inconsciente, alternância sonolência-irritabilidade Descritor: não acorda ou não se mantém acordado. Sinais de choque Descritor: taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino, perfusão diminuída, letargia, taquipneia, irritabilidade, oligúria. Alteração grave na cor da pele, lábios e lingua Descritor: palidez importante visível, pele marmórea, criança acinzentada ou cianótico. Não responsivo a estímulos sociais: não sorri, não interage	**Vermelho**
Dispneia moderada ou intensa Descritor: incursões respiratórias de esforço moderado ou grave, tiragem subcostal, BAN, tiragem supraclavicular e de fúrcula, balanço tóraco abdominal. Choro agudo, contínuo e inconsolável, gemência Saturação de O_2 < 90% Desidratação moderada (3 – 6 sinais de desidratação) Descritor: irritado, olho fundo, lágrima ausente, sedento, pulso rápido e fraco, sinal de prega que desaparece lentamente (> 2 segundos), fontanela deprimida, taquicardia, mucosa seca, perda de peso de 5 – 10%. Alteração de temperatura Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo. Manchas de pele que não desaparecem à digitopressão Fontanela abaulada Calafrios	**Laranja**
Saturação de O_2 entre 91 – 94% Dispneia leve Descritor: incursões respiratórias de esforço leve, tiragem intercostais. Lactentes que não estejam aceitando alimentação Descritor: menores de 24 meses de idade com recusa alimentar. Desidratação leve (<3 sinais de desidratação) Descritor: mucosas secas e oligúria. Alteração de temperatura Descritor: verificar quadro de parâmetros em anexo. Febre por > 72 horas Descritor: atentar ao risco de reação vacinal com necessidade de notificação. Alterações musculares; articulares ou corporais	**Amarelo**
Secreção purulenta nos olhos Descritor: sem edema palpebral. Pústulas na pele Descritor: pouco localizadas. Placa branca na boca	**Verde**

0 A 3 MESES

Cianose central Tiragem subcostal grave; BAN ou apneia	**Vermelho**
Não consegue mamar ou beber nada FR > 60 ou < 30 irpm Palidez generalizada intensa com livores Choro agudo, contínuo e inconsolável, gemência Saturação de O_2 < 93% Vômitos frequentes Manifestações de sangramento Descritor: equimoses, petéquias e/ou hemorragias. Icterícia abaixo do joelho ou antes de 24 horas de vida Alteração de temperatura Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo.	**Laranja**
Secreção purulenta no ouvido ou nos olhos Descritor: abundante e com edema palpebral. Palidez palmar intensa Secreção purulenta no umbigo Descritor: com eritema que se estende para a pele ao redor. Pústulas ou vesículas na pele Descritor: em grande quantidade ou muito extensas. Alteração de temperatura Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo. Tosse Icterícia abaixo do umbigo	**Amarelo**
Secreção purulenta nos olhos Descritor: sem edema palpebral. Secreção purulenta no umbigo e/ou eritema sem estender-se para a pele ao redor Pústulas na pele Descritor: pouco localizadas. Placa branca na boca	**Verde**

VIOLÊNCIA FÍSICA; SEXUAL; TENTATIVA DE SUICÍDIO; ENVENENAMENTO; INTOXICAÇÕES INTENCIONAIS E ACIDENTE PERFURO CORTANTE E/OU EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

PCR, bradicardia importante ou PCR iminente Descritor: não acorda ou não se mantém acordado. Alterações respiratórias: apneia, bradipneia ou movimento tóraco abdominais paradoxais Convulsão em atividade Descritor: crise convulsiva à admissão. Paciente não responsivo: EC Glasgow < 8 Descritor: obstrução de vias aéreas; trauma de face; hemorragia grave; sinais de choque; Glasgow < 8. Sinais de choque Descritor: taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino, perfusão diminuída, letargia, taquipneia, irritabilidade, oligúria. Hemorragia sem controle Descritor: lesões com sangramento visível a despeito de medidas compressivas; em jatos ou esguichos de sangue. Edema labial e/ou de língua com sensação de garganta fechando Ingestão de produto caustico ou potencialmente tóxico	**Vermelho**
Dispneia moderada ou intensa Descritor: incursões respiratórias de esforço moderado ou grave, tiragem subcostal, BAN, tiragem supraclavicular e de fúrcula, balanço tóraco abdominal. Saturação de O_2 < 90% Alteração sensório ou do comportamento: EC Glasgow de 9-14, agitação psicomotora Acidente com material perfuro cortante ou exposição a material biológico Descritor: atentar-se também para exposição a leite materno de mulher convivendo com o HIV. Violência sexual menos de 72 horas – evento agudo, crônico agudizado (suspeitar de violência) Ingestão ou exposição de substâncias há menos de 6 horas Descritor: ingestão de grande volume de produto cáustico ou tóxico, que, em caso de ingestão acidental não seriam tomados em grandes volumes devido ao gosto ser ruim ou pela dor que provoca.	**Laranja**
Dispneia leve Descritor: incursões respiratórias de esforço leve, tiragem intercostais. Hemorragia leve controlada Descritor: mordedura com hemorragia associada a ferida pequena. Histórias de tentativas recorrentes de suicídio Violência sexual mais de 72 horas – evento crônico Violência psicológica e/ou moral Descritor: sinais de sofrimento psíquico: apatia; depressão; ansiedade; agressividade; baixa autoestima; distúrbios do sono; enurese noturna. Ideação suicida Autoflagelação	**Amarelo**

ANEMIA FALCIFORME / HEMOFILIA

Sinais de choque Descritor: taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino, perfusão diminuída, letargia, taquipneia, irritabilidade, oligúria. Convulsão em atividade Paciente não responsivo: EC Glasgow < 8 Descritor: ausência de resposta ao estímulo verbal ou doloroso; agitação psicomotora ou sinais focais.	**Vermelho**
Dor intensa (7 – 10/10) Descritor: dor abdominal, torácica, em membros, lombar, sem resposta ao uso de analgésico. Ereção persistente e dolorosa Temperatura ≥ 38^{0}C Aumento do volume articular Descritor: dificuldade de mobilizar o membro, podendo ter sinais flogísticos (edema, calor, eritema e dor). Dispneia Hemiparesia Deficiência neurológica AGUDA Descritor: déficit motor (paresia ou paralisia) nas últimas 24 horas. Vômitos frequentes Aumento súbito da palidez associado a fraqueza e hipoatividade, e/ou aumento súbito do abdome Icterícia com dor abdominal	**Laranja**
Icterícia Descritor: icterícia sem febre ou dor. Dor leve a moderada (4-6/10) Descritor: dor em extremidades, associada a edema, melhora com analgésicos. Déficit neurológico NOVA Descritor: déficit motor (paresia ou paralisia) acima de 24 horas. Temperatura > 37,5^{0}C < 38^{0}C Hematúria Descritor: urina de coloração escura sem associação com outros sinais e sintomas.	**Amarelo**

ALTERAÇÃO DE PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS NO ADULTO

PAS ≥ 220 ou PAD ≥ 130mmHg Descritor: com qualquer sintoma neurológico focal PAS ≤ 80mmHg FC ≤ 40 ou ≥ 150bpm FR ≤ 10 ou ≥ 36irpm Febre > 40ºC em adultos	**Vermelho**
PAS entre 190-220 e PAD entre 120-130mmHg Descritor: Acompanhado de outros sinais e sintomas Febre (T. axilar ≥ 38,5°C) em imunocompetentes, transplantados e dialíticos em hemodiálise; presença de toxemia. Febre (T. axilar ≥ 38,5°C) com alteração de PA e FC	**Laranja**
PAS entre 190-220 e PAD entre 120-130mmHg assintomático Febre (T. axilar ≥ 38°C)	**Amarelo**
Febre (T. axilar ≥ 38,5ºC)	**Verde**

ALTERAÇÃO DE PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS EM PEDIATRIA

Até 3 meses: temperatura < 35°C ou ≥ 38,5°C Saturação de O_2 < 93% em menores de 3 meses FR > 60 ou < 30 irpm em menores de 3 meses > 3 meses de idade: temperatura ≥ 39,5°C Saturação de O_2 < 90%	**Laranja**
Até 3 meses: temperatura de 37,5°C a 38,4°C > 3 meses de idade: temperatura de 38,5°C a 39,4°C FR > 60 irpm até 2 meses FR > 50 irpm de 2 a 12 meses FR > 40 irpm de 13 meses a 5 anos FR > 30 irpm de 6 a 8 anos FR > 25 irpm > de 8 anos Saturação de O_2 entre 91 e 94%	**Amarelo**
Temperatura entre 37,5°C e 38,4°C Saturação de O_2 ≥ 95%	**Verde**

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

O atendimento prioritário é mais que uma obrigação legal é uma questão de respeito e educação. O alcance visual limitado de pessoas em cadeiras de rodas e o esforço físico de quem usa muletas, bengalas, andadores, gestantes ou tem crianças de colo exigem um atendimento mais rápido

Um atendimento inclusivo começa pela acessibilidade física e se consolida com a qualificação dos profissionais. É preciso garantir que todos se sintam acolhidos e bem atendidos.

ORIENTAÇÃO E TREINAMENTO DA EQUIPE

Para garantir um atendimento humanizado, é preciso que todos os colaboradores sejam treinados e estejam empenhados em oferecer apoio e confiança aos pacientes.

É fundamental conscientizar toda a equipe sobre a importância da acessibilidade, evitando perguntas indiscretas e oferecendo um atendimento humanizado e respeitoso a todos os pacientes. Conscientizar cada profissional da equipe para que este possa se tornar um promotor de acessibilidade, verificando se a equipe e a unidade podem otimizar a prestação de serviços é essencial.

É crucial que o profissional sempre pergunte o que a pessoa precisa e como prefere ser ajudada, que direcione as suas perguntas à pessoa com necessidade especial e não ao acompanhante e que respeite sua autonomia e liberdade de escolha.

USUÁRIOS CEGOS OU COM DEFICIÊNCIA VISUAL

A interação com pessoas com deficiência visual requer sensibilidade, respeito e adaptações para garantir uma comunicação eficaz e um ambiente seguro. Para garantir a inclusão e o bem-estar de todos, é fundamental saber como interagir com pessoas com deficiência visual e se atentar a pontos como:

- Ao encontrar uma pessoa com deficiência visual, um aperto de mão demonstra atenção e respeito. Ofereça seu braço para guiar com segurança, evitando puxões bruscos. Descreva o ambiente para que a pessoa possa se localizar melhor.

- Para garantir a acessibilidade, leia em voz alta todos os documentos e orientações. Respeite o cão-guia, pois ele é fundamental para a independência da pessoa.

- Ao ajudar pessoas com mobilidade reduzida, respeite seu espaço pessoal e ritmo. Evite se apoiar em seus auxílios de locomoção, como muletas ou bengalas.

USUÁRIOS COM SURDEZ OU COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A interação com pessoas com deficiência auditiva exige que adaptemos nossa comunicação para que a mensagem seja compreendida de forma clara e objetiva. Para garantir uma comunicação eficaz com pessoas com deficiência auditiva, é preciso ter alguns cuidados especiais como:

- Inicie a conversa: Para iniciar uma conversa, chame a atenção da pessoa com surdez de forma visual ou tátil.
- Leitura labial: Fale em um ritmo normal, articulando bem as palavras, para facilitar a leitura labial. Evite ambientes com muita luz, pois isso dificulta a visualização do seu rosto.
- Utilize a linguagem corporal: A linguagem corporal é fundamental na comunicação com pessoas com surdez. Utilize gestos e expressões faciais para complementar sua fala.
- Garantir a compreensão: Se não entender alguma coisa, peça para a pessoa repetir ou escrever. A comunicação clara é essencial.

USUÁRIOS IDOSOS

Ao oferecer atendimento preferencial aos idosos, estamos proporcionando uma experiência mais humana e acolhedora, é preciso ter atenção especial a pontos como:

- Tratar com respeito e admiração, como indivíduos independentes, oferecendo ajuda quando perceber que ela é necessária e evitando infantilizá-los.
- Agilizar o atendimento aos idosos, oferecendo-lhes prioridade.

USUÁRIOS COM PARALISIA CEREBRAL

Pessoas com paralisia cerebral são como qualquer outra pessoa, com suas individualidades e talentos. Embora possam ter limitações motoras, elas possuem inteligência e capacidades diversas. Ao interagir, é importante que a equipe trate as pessoas com paralisia cerebral com respeito e naturalidade. É importante quando a comunicação for desafiadora que a equipe peça gentilmente para que repitam a fala.

ATENDIMENTO A PACIENTES VULNERÁVEIS

Objetivo

Regulamentar e assegurar a prioridade de atendimento a pacientes vulneráveis de acordo com o perfil de clientes da instituição baseado na Lei Federal nº 10.048 de 8 de novembro de 2000, do Congresso Nacional que determina prioridade de atendimento.

A assistência em saúde em deve ser pautada pela equidade e pelo respeito aos direitos dos pacientes, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade. Diversas legislações brasileiras garantem o atendimento prioritário e especializado a esses grupos, visando minimizar as desigualdades e promover a inclusão social.

Consideram-se pacientes vulneráveis aqueles que, por suas características individuais ou sociais, encontram-se em situação de maior risco de adoecer, de sofrer agravos à saúde ou de ter limitado o acesso aos serviços de saúde. Entre os grupos mais vulneráveis, destacam-se:

Pacientes vulneráveis:

- **Idosos:** Devido às suas características fisiológicas e às comorbidades, necessitam de atenção especial e cuidado integral.
- **Crianças e adolescentes:** Em fase de crescimento e desenvolvimento, exigem cuidados específicos e proteção contra violências.
- **Gestantes e puérperas:** Devido às alterações fisiológicas e psicológicas, necessitam de acompanhamento pré-natal e puerperal adequado.
- **Pessoas com deficiência:** Enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde e necessitam de adaptações para garantir sua autonomia.
- **Pessoas em situação de rua:** Vivem em condições precárias e têm dificuldade de acesso a serviços básicos, incluindo a saúde.
- **População LGBTQIA+:** Sofrem discriminação e estigmatização, o que pode dificultar o acesso aos serviços de saúde.
- **Pessoas privadas de liberdade:** Têm seus direitos restritos e necessitam de cuidados específicos para garantir sua saúde.

Atendimento de Pacientes Vulneráveis

A legislação brasileira garante:

- Atendimento prioritário: Garantia de atendimento sem filas e com agilidade.
- Acesso à informação: Direito de receber informações claras e completas sobre sua saúde e os serviços disponíveis.
- Acompanhamento por familiar ou responsável: Direito de ter um acompanhante durante o atendimento.
- Atendimento humanizado: Tratamento com respeito, dignidade e acolhimento.
- Continuidade do cuidado: Garantia de acompanhamento contínuo e integral.
- Acesso a medicamentos e outros insumos: Direito de receber os medicamentos e insumos necessários para o tratamento.

A garantia dos direitos dos pacientes vulneráveis é um desafio que exige a atuação conjunta de gestores, profissionais de saúde e sociedade civil. Ao promover o acesso equânime e humanizado aos serviços de saúde, contribuímos para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

Paciente Interno

Pacientes em quadro de terminalidade deverá ser oferecido tratamento diferenciado, como isolamento social, em caso de acomodação semi-privativa, acompanhamento dos familiares, bem como, a liberação do período de visitas com objetivo de prestar uma assistência humanizada.

Estratégia para estruturação da informação aos usuários (pacientes e familiares)

A comunicação em saúde é uma das estratégias mais utilizada para orientar, divulgar e, sobretudo contribuir para que pessoas, comunidades possam reconhecer efetivamente a necessidade da promoção e educação em saúde e da participação coletiva nas decisões de matérias relacionadas à saúde.

A comunicação em saúde deve ser entendida de forma integralizada, considerando o sujeito na sua totalidade, suas dificuldades, seus anseios, e não meramente como o repasse de informações rebuscadas com o uso de termos técnicos. Os sujeitos precisam ser os protagonistas, capazes de compreender a dinâmica do sistema de saúde, e que o mesmo possa usufruir destas informações de forma a viabilizar o acesso e a efetivação dos seus direitos.

A OSSHMTJ entendendo esse processo de dificuldade de interlocução entre emissor e receptor de informações referentes aos serviços de saúde, apresenta também com estratégia a elaboração de banners enfocando os direitos dos cidadãos, os recursos existentes na comunidade, dentre outros, com vista a disseminar a população, informações que sejam significativas ao usuário.

No contexto da saúde, a comunicação eficiente depende de sua qualidade, e pode interferir na busca de uma vida saudável. Quando há uma comunicação de qualidade entre profissional de saúde e usuário de um serviço, este se sente mais motivado e encorajado a questionar, esclarecer dúvidas, reduzindo seu sofrimento e ansiedade gerados pelo mesmo, além de se sentir mais satisfeito.

Também trabalhamos com a política de acolhimento institucional e ouvidoria, sendo que encaminhamos todas as situações problemas para a resolutividade possível.

Ao chegar nas dependências do hospital o paciente é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento. A recepção deverá atender de forma clara e objetiva, solicitando um documento de identificação e os dados sobre residência, números de contato, responsáveis, entre outros. Caso o usuário não porte nenhum documento, a recepção deverá acionar o Serviço Social para que busque referências e informações sobre o paciente.Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário.

Processo de comunicação e orientação aos usuários e familiares na emergência

Além do paciente, o familiar presente também precisa de atenção. Eles vivenciam a mesma angústia e incerteza e, muitas vezes, não compreendem totalmente as ações dos profissionais de saúde. Uma comunicação clara e empática pode amenizar essa situação.

Os acompanhantes e familiares terão atendimento da psicologia quando acionado pelo Serviço Social com vistas a dar suporte psicossocial para o prognóstico, tratamento e desfecho de casos.

Nos casos de violência, caberá a equipe do Serviço Social e da Psicologia, realizar o acompanhamento da vítima e dos seus acompanhantes, acionando as entidades relacionadas (Conselho tutelar, Polícia Militar, entre outros), bem como realizar a notificação de violência como determinado pelo Ministério da Saúde.

No caso de usuário desacompanhados e 'desconhecidos", a busca por uma referência familiar ou social será realizada imediatamente com vistas a acionar o suporte familiar do usuário.

A OSSHMTJ entende que cada família é única em suas particularidades, reagindo às condições adversas de vida de maneiras totalmente distintas. Deve ser vista como coparticipe do processo terapêutico, sendo inserida no plano de cuidados pelos profissionais de saúde que atuam no serviço.

É necessário que os trabalhadores em saúde utilizem o relacionamento terapêutico como instrumento promotor de saúde mental ao trabalhar com a dor e com o sofrimento dessas famílias, considerando-as não somente como meros acompanhantes, mas como uma unidade intrínseca de cuidados e relações.

De acordo com a definição do Ministério da Saúde, acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Pensando nisso, a OSSHMTJ estabelece que os usuários que procurarão os serviços da unidade serão acolhidos conforme estabelecido no nosso Programa de Acolhimento, respeitando seus direitos e deveres, conforme definidos abaixo:

DIREITOS:

a. Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.
b. Ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, e não por códigos, números, nome de sua doença ou de forma genérica, desrespeitosa ou preconceituosa.
c. Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu

nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível.

d. Obter informações claras, objetivas, respeitosas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas, o que pode ocorrer delas, duração prevista dos tratamentos propostos, bem como os riscos de não realizá-los, se existe a necessidade ou não de utilização de anestesia, o tipo a ser aplicada e o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os riscos e consequências indesejáveis e duração esperada do procedimento.
e. Ser prévia e expressamente informado, bem como consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, quando o tratamento proposto for, total ou parcialmente, experimental, ou fizer parte de protocolos de pesquisa.
f. Receber do profissional adequado, presente no local, auxílio para melhoria do seu conforto e bem estar.
g. Exigir que a unidade cumpra todas as normas de prevenção e controle de infecção hospitalar – conforme o regulamentado pelos órgãos competentes.
h. Ter seu prontuário elaborado de forma legível e de acesso ao conteúdo de acordo com a legislação vigente e as normas estabelecidas pela unidade. O prontuário deverá conter sua identificação pessoal, anamnese, exame físico, exames complementares com os respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, procedimentos ou tratamentos realizados, evolução e prescrição médica diária, bem como identificação clara de cada profissional prestador do cuidado.
i. Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, asseguradas em qualquer momento do atendimento, e na satisfação de suas necessidades fisiológicas, respeitando os seus valores éticos e culturais e a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e segurança do procedimento;
j. Ter a gestante a presença do marido, companheiro ou outro acompanhante, por ela escolhido nos exames pré-natais e no parto;
k. Receber informações sobre medicamentos que lhe serão administrados.
l. Gestantes, idosos, crianças e adolescentes tem legalmente garantida prioridade de atendimento nos serviços de saúde, respeitadas as situações de urgência e emergência;

M. Em caso de menor, incapacidade ou impossibilidade de manifestação de consentimento, o mesmo poderá ser realizado por representante legalmente autorizado.

N. Ter livre acesso a qualquer procedimento diagnóstico e terapêutico disponível na Instituição, desde que indicado por médicos responsáveis.

O. Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, inclusive no que se refere a tratamentos, cuidados e procedimentos extraordinários para prolongamento da vida.

P. Ser o adolescente atendido, se desejar, sem acompanhante em consultas e outros atendimentos, com garantia de sua individualidade e confidencialidade e quanto ao acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. No entanto, frente a situações consideradas de risco e quando indicado qualquer procedimento de alguma complexidade, serão necessários a participação e p

consentimento dos pais ou responsáveis.

Q. Ser informado sobre todos os direitos acima, sobre as normas e regulamentos da unidade e sobre os canais de comunicação institucionais para obtenção de informações, esclarecimento de dúvidas, podendo expressar suas preocupações e queixas para a direção da Instituição através do Serviço de Atendimento ao Cliente.

DEVERES:

a. O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas nas consultas sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.
b. Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.
c. Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde.
d. Assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde.
e. Indicar um familiar ou responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.
f. Ter em mãos seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;
g. Respeitar a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.
h. Agir com urbanidade, cortesia e discrição nas dependências da Unidade, respeitando e fazendo ser respeitado por seu acompanhante e visitantes os direitos dos demais pacientes, empregados e prestadores de serviços, bem como as Normas e Regimento Interno.

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL NA COMUNIDADE INTERNA E EXTERNA DO HOSPITAL: ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO

Acolhimento

Proposta e metodologia e instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários

Instrução com definição de horários, critérios, medidas de controle de risco para visita aos usuários

A Política Nacional de Humanização como uma política transversal, que valoriza todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde, opera com várias diretrizes e dispositivos para fortalecer e ampliar a humanização dos processos de cuidado e de gestão.

Dentre as diretrizes/dispositivos destaca-se a visita aberta e direito de acompanhante, o HMTJ compromete-se a implantar a visita aberta.

A Visita aberta é um dispositivo que amplia o acesso dos visitantes às unidades de internação para garantir o vínculo entre a pessoa hospitalizada, sua família, amigos, sua rede social e os serviços da rede de saúde. O acompanhante é alguém que representa a rede social do paciente e que acompanha o tratamento, apoiando e colaborando nos momentos necessários.

Para uma medicina de qualidade, além do cuidado assistencial, da tecnologia e uma equipe de profissionais preocupada com a saúde e melhora do paciente, entende, que a visita, o afeto e carinho de pessoas queridas, contribuem para melhora do doente.

A presença de uma pessoa ligada a rede social fortalece a confiança, e faz bem à saúde do paciente, fazendo com que ele se sinta menos isolado. Possibilita que a equipe de trabalho colha informações mais precisas sobre a vida do doente contribuindo para uma análise diagnóstica mais ampla e um tratamento mais exitoso.

Para que esta situação aconteça, faz-se necessário compreender, que para todo e qualquer tipo de visita, existem regras a serem cumpridas.Implantar um modelo gerencial na área da saúde envolve uma série de etapas estratégicas e operacionais para garantir que o sistema seja eficaz e sustentável.

É importante lembrar sobre os cuidados sempre, por isso há um controle, quanto ao número de pessoas que visitam um paciente na unidade hospitalar. Há também uma exigência necessária no momento do cadastro de visita, como documento de identificação; necessário e imprescindível, recomendações estas que precisam ser respeitadas.

Uma das premissas no atendimento à saúde, é a segurança assistencial que é um fator que faz com que o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, esteja preparado para receber o paciente, seus acompanhantes, familiares e visitantes com segurança, desde a emergência até as consultas ambulatoriais, realização de exames, procedimentos, tratamentos terapêuticos e cirurgias.

Nesse cenário é fundamental que os familiares saibam como proceder durante a visitação a unidade hospitalar, evitando assim riscos desnecessários por meio de ações irresponsáveis e perigosas.

Visando o atendimento aos visitantes/acompanhantes do o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, na medida das possibilidades da estrutura física disponível, buscar-se-á separar espaços para receber os visitantes/acompanhantes, onde os mesmos poderão receber as devidas orientações de segurança para si e para os pacientes visitados.

Quem tem direito a visita e acompanhante?

De acordo com a carta dos direitos dos usuários em saúde, as crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos têm direito a acompanhamento durante todo o período de internação.

1. Crianças e Adolescentes (pessoas com idade até 18 anos incompletos) - artigo 12 da Lei n° 8.069/90 - Estatuto da criança e do adolescente;
2. Idosos (pessoas com idade igual ou superior a 60 anos) - artigo 16 da Lei n° 10.741/03;
3. Mulheres (Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023);
4. Parturientes (Mulheres em trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato) - Lei nº 11.108/05, de 07 de abril de 2005;
5. Pessoas com deficiência - Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);
6. Indígenas (Portaria nº 3390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013)

O acompanhante pode ser qualquer pessoa maior de idade, independentemente de notificação prévia.

Como implantar a visita aberta e direito ao acompanhante?

- Promover atividades de sensibilização com todos os setores do hospital;
- Construir de forma coletiva os passos para a implantação, envolvendo o pessoal da portaria, administração, enfermarias, copa, laboratório, CCIH, etc;
- Adequar espaços para a permanência de visitas/acompanhantes fora dos quartos, como por exemplo, áreas verdes que podem ser adaptadas, varandas;
- Informar à comunidade e abrir espaço de discussão permanente sobre o dispositivo (rodas de conversa no hospital).
- Ser sempre tratado com dignidade, receber atendimento humano, atencioso, respeitoso, sem preconceitos de origem, raça, credo, sexo, cor, idade, diagnóstico e qualquer outra forma de preconceito.

Observação

Os acompanhantes deverão ser maiores de 18 anos, ter condições físicas e emocionais equilibradas, não ser gestante. Nos casos de crianças de até 12 a nos incompletos ou adolescentes entre 12 e 18 anos, será permitida a permanência em tempo integral de um acompanhante desde que seja um dos pais e/ou responsável (em conformidade aos Arts.2 e 12do ECA.

As visitas de menores de 14 anos são compreendidas como exceção, em situações específicas a depender do estado do paciente;

As crianças e adolescentes entre 04 e 14 anos, para visitarem os parentes, deverão ser avaliados pelo serviço de psicologia, antes e após a visita;

Visitas Religiosas

As visitas religiosas deverão ocorrer nos horários de visita já estabelecidos e deverão se limitar ao paciente solicitante.

Pronto-Socorro

- Usar o álcool gel ou lave as mãos com água e sabão sempre que chegar a Unidade dePronto Socorro e antes de ir embora;
- Evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies;
- Proteger com lenços a boca e o nariz ao tossir ou espirrar;
- Certificar-se de que o profissional também higienizou previamente as mãos. Nossos cuidadores sabem da importância dessa ação e têm o compromisso de prestar um cuidado seguro.
- Receber informação acerca das normas, regulamentos e rotinas da instituição hospitalar;
- Receber pulseira de acompanhante para sua identificação, a qual será entregue no momento do cadastro na Recepção de Visitas

Na Internação

- O acompanhante deve ter idade igual ou superior a 18 anos e precisará da "autorização de acompanhante", após avaliação da enfermeira ou supervisora do setor de internação;
- Por motivos de segurança, a permanência de acompanhantes gestantes deve serevitada;
- Receber informação acerca das normas, regulamentos e rotinas da instituição hospitalar;
- Receber pulseira de acompanhante para sua identificação, a qual será entregue no momento do cadastro na Recepção de Visitas

- O acompanhante deverá permanecer sempre junto ao paciente. Não é permitido entrarem outras enfermarias;
- Em respeito à individualidade do paciente, somente será permitido acompanhante do mesmo sexo do interno;
- A troca de acompanhante fora dos horários estipulados deverá ser autorizada pelo enfermeiro supervisor;
- Expressar-se se compreendeu as informações e orientações recebidas sobre o quadro clínico do seu paciente, caso o enfermo esteja incapaz de exercer sua autonomia;
- Receber orientações sobre os procedimentos de alta e pós-alta do Hospital;
- Caso necessário, os profissionais solicitarão aos acompanhantes e/ou visitantes que aguardem no hall do andar, durante a realização de determinados procedimentos;
- Em casos especiais, em que o acompanhante necessite se ausentar da unidade, o retorno do mesmo poderá ser realizado até as 11 horas, no período matutino; após as 17 horas,no período vespertino; e até as 22 horas, no período noturno;
- É obrigatória a devolução do crachá na Recepção Social. Em caso de perda ou extravio,o acompanhante deverá apresentar um boletim de ocorrência;
- Esteja atento aos seus pertences deixados no guarda-volumes, especialmente em caso de transferência ou alta hospitalar do paciente. Os objetos serão descartados, caso não sejam retirados em até 30 dias;
- Se estiver doente, evite acompanhar e/ou visitar. Mesmo infecções comuns, como resfriados, podem evoluir com complicações nos pacientes que estão internados;
- Não sentar nem colocar seus pertences, como bolsas e sacolas, sobre a cama do paciente;
- Não visitar pacientes em outros quartos, principalmente se estiverem em isolamento ouprecaução;
- Não levar flores ou plantas para os pacientes. Elas podem ser fonte de insetos e bactérias;
- Evitar trazer alimentos. Se houver alguma necessidade especial, discuta com a equipe médica e a Nutrição. As refeições dos pacientes seguem os regimes dietéticos prescritos pelo médico assistente e pela equipe de nutrição. Para maior conforto e segurança, o Hospital também serve desjejum, almoço e jantar para o acompanhante.
- Durante a internação, o paciente recebe a medicação necessária para seu tratamento, de acordo com a prescrição médica. Nunca dê medicamentos ao paciente sem consentimento do médico responsável
- Traga objetos de higiene pessoal para uso do paciente, tais como: sabonete, desodorante, creme dental, escova de dente, barbeador, absorvente, chinelos etc;
- Comunique se houver dúvidas ou preocupações e, caso não compreenda as

orientaçõespergunte novamente;

- Pergunte sobre o diagnóstico do paciente, os exames aos quais está sendo submetido, o plano de tratamento, os medicamentos que está recebendo e o porquê;
- Evite utilizar o telefone celular nas enfermarias, corredores e postos de enfermagem
- Devido às variadas influências sociais e culturais, evite o uso de roupas sumárias (roupas muito curtas, mini blusas, transparências, decotes pronunciados, shorts e outros) em ambiente hospitalar;
- Lembre-se: mantenha sempre o silêncio. O silêncio e a tranquilidade do ambiente hospitalar são fundamentais para a recuperação dos pacientes

Não é permitido:

- Fumar nas dependências do Hospital (Lei nº 8811, 02/06/2009);
- Falar alto e produzir barulhos excessivos;
- Manusear materiais e equipamentos utilizados no tratamento e monitoramento dos pacientes, tais como: soros, registros de oxigênio etc;
- Entrar ou permitir a entrada de alimentos e bebidas de qualquer natureza (exceto nos casos avaliados e autorizados pela Seção de Nutrição);
- Sentar ou deitar na cama do paciente ou no chão;
- Trazer travesseiros, lençóis, cobertores e/ou roupas de casa para o paciente;
- Entrar com aparelhos eletrônicos, como televisores, rádios, ventiladores ou circuladores de ar
- Ministrar medicação ao paciente, realizar curativos e outros procedimentos;
- Permanecer com os televisores institucionais ligados após as 22 horas;
- Circular em outras alas e enfermarias, além daquelas onde o paciente está internado;
- Filmar e fotografar nas dependências do hospital, o paciente e procedimentos realizados.

A autorização de permanência de acompanhantes poderá ser cancelada, caso haja descumprimento das normas descritas.

O HEJ oferece alimentação a acompanhantes de idosos e crianças, com casos excepcionais avaliados pelo serviço social. Objetos como bolsas e mochilas devem ser deixados no guarda-volumes

Não é permitido tirar fotografias e fazer filmagens, respeitando a Lei geral de proteção de dados.

HORÁRIOS

Setor	Horário
Enfermarias	17h às 18h
Unidade de Terapia Intensiva (Adulto e Neo)	15h às 16h
Troca de Acompanhantes	6h às 08h e 20h às 22h

VISITAS RELIGIOSAS

No, é garantido o acesso de líderes religiosos para prestarem atendimento aos nossos pacientes internados. Porém, é preciso atenção em algumas observações:

- A visita é permitida desde que seja de comum acordo com o paciente internado ou seus familiares;

- Os líderes religiosos, durante sua visita, devem aceitar e seguir as determinações legais e institucionais, para não colocar em risco as condições dos pacientes

ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL NA COMUNIDADE INTERNA E EXTERNA DO HOSPITAL: ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO

Atendimento

Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente.

INSTRUÇÃO DE DEFINIÇÃO DE FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES

O direito é garantido pelas portarias nº 1.286 de 26 de outubro de 1993 e nº 74 de 4 de maio de 1994, que preveem que "o paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações". A portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, também assegura ao paciente "o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames; e em internações, nos casos previstos em lei ou quando a autonomia dapessoa estiver comprometida".

A presença do acompanhante, do visitante, de familiar ou de representante da rede social do paciente é, indiscutivelmente, uma marca fundamental que pode mudar as relações de poder nas instituições de saúde, aumentando o grau de protagonismo dos usuários. Traz também uma reorientação na prática profissional, norteada na interação com o contexto de vida do paciente.

Historicamente a saúde é marcada pelo viés autoritário nas práticas de gestores e trabalhadores, enquadrados por normas e procedimentos rígidos em relação ao acompanhante e à visita. Tais normas há muito não são questionadas e nem revistas.

No entanto, com o reconhecimento do direito a acompanhante e a visita aberta, um outro cenário se apresenta à realidade no SUS. A inclusão do familiar e do representante no espaço do cuidado provoca uma ressignificação do "lócus hospitalar" como difusor do cuidado público da saúde, ampliando seu papel na comunidade, na medida em que promove mudanças na organização do processo de trabalho e de produção de saúde, numa perspectiva de solidariedade e de responsabilidade coletiva, marcas da Política Nacional de Humanização.

Com esta visão o HMTJ irá implantar cartilhas normatizando as formas e as condutas para com os acompanhantes, sempre visando o acolhimento e a humanização.

INTRODUÇÃO

A proposta do projeto é atuar junto aos acompanhantes dos pacientes das unidades, demonstrando a importância da sua participação no processo saúde, doença e tratamento do paciente. É trabalhada a discussão da realidade hospitalar, normas e rotinas. "Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a agasalhar, receber, atender, admitir" (FERREIRA, 1975).

O Serviço Social atua como o principal articulador na relação família, equipe e instituição, tendo como um dos objetivos principais informar e socializar as regras institucionais, assim como, contribuir para a garantia dos direitos e deveres dos acompanhantes que muitas das vezes chegam na unidade sem qualquer tipo de informação.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Desenvolver um trabalho de humanização e acolhimento aos acompanhantes de pacientes das unidades;

Objetivos Específicos:

- Integrar todos os setores (enfermeiros, psicólogo, nutricionista e fisioterapeutas) no processo de assistência aos pacientes e acompanhantes;
- Abrir espaço para questionamento, dúvida, orientação e reflexão;
- Possibilitar interação das questões trazidas pelos acompanhantes;
- Esclarecer direitos e deveres do acompanhante na unidade;
- Melhorar a interação acompanhante/equipe multidisciplinar visando o conforto do paciente durante sua permanência na Unidade de Saúde;
- Fortalecer o tratamento, estimulando a participação ativa da família;
- Socializar as informações aumentando o compromisso dos acompanhantes e o nível de conscientização quanto a necessidade de estar bem para ajudar o paciente nesta fase de internação;
- Debater a questão do que é ser acompanhante;

Metodologia:

O trabalho será desenvolvido através de reuniões com grupo de acompanhantes, com a participação direta da equipe multidisciplinar (Assistente Social, Enfermeiros, Fisioterapeutas e Psicólogo e Nutricionista).

A dinâmica ocorre através de sugestões da equipe e dos próprios acompanhantes para uma melhor abordagem no sentido de educar e orientá-los quanto às normas e rotinas da unidade, tendo como base a Educação em Saúde.

A reunião inicia-se com a distribuição do guia do paciente, cartilhas e folders para o acompanhante pelo assistente social.

Através das reuniões, grupos de discussão serão montados onde ocorrerão uma interação entre Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia, no que se refere às orientações sobre infecção hospitalar e demais questões levantadas sobre direitos e deveres do acompanhante. Todas as demandas apresentadas serão colocadas em discussão e na medida do possível tentaremos dar resolutividade encaminhando a questão ao setor e/ou profissional competente.

Utilizaremos recursos audiovisuais, dinâmicas de grupo e exercícios de relaxamento e alongamento com o objetivo de amenizar as dificuldades que ter um alguém internado proporciona, pois acreditamos que quem cuida também precisa de cuidados e atenção. As avaliações desse projeto serão realizadas a partir de observações, visitas às enfermarias e reuniões entre equipes, no intuito de buscar soluções para as demandas postas em prol de um bom atendimento multidisciplinar

Metas A Serem Alcançadas:

- Maior número de acompanhantes orientados sobre seus direitos e deveres;
- Diminuição de queixas a Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU);
- Diminuição do foco de infecção por transmissões cruzadas e contato;
- Redução dos conflitos existentes entre família e equipe.

Além disso, a prática educativa contribuirá para a mudança, ampliação e percepção da população usuária dos serviços oferecidos. Este trabalho levará os usuários à reflexão e o entendimento do que é ser acompanhante, estimulando uma melhora no atendimento e no relacionamento entre o acompanhante e a equipe de saúde.

RECURSOS HUMANOS

- Assistentes Sociais,
- Enfermeiros,
- Nutricionista.

PERÍODO DE EXECUÇÃO

No período da vigência do Contrato

RECURSOS MATERIAIS

Papel, Impressos, Impressora, Materiais de Divulgação (Folders, Cartazes)

QUEM TEM DIREITO A ACOMPANHANTE?

De acordo com a carta dos direitos dos usuários em saúde, as crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos têm direito a acompanhamento durante todo o período de internação.

1. Crianças e Adolescentes (pessoas com idade até 18 anos incompletos) - artigo 12 da Lei nº 8.069/90 - Estatuto da criança e do adolescente;
2. Idosos (pessoas com idade igual ou superior a 60 anos) - artigo 16 da Lei nº 10.741/03;
3. Mulheres (Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023);
4. Parturientes (Mulheres em trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato) - Lei nº 11.108/05, de 07 de abril de 2005;
5. Pessoas com deficiência - Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);
6. Indígenas (Portaria nº 3390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013)

INFORMAÇÕES GERAIS

- Todos os pacientes terão direito a um (01) acompanhante, em especial pacientes com mais de 60 anos, menores de 18 anos, pessoas com deficiência ou que tenham dificuldade de locomoção;
- É permitido apenas acompanhante com dezoito (18) anos de idade ou mais;
- Pessoas com mais de sessenta (60) anos de idade, gestantes e pessoas com deficiência que não apresentarem boas condições de saúde não poderão ser acompanhantes;
- Somente é permitido acompanhante de mesmo sexo nas enfermarias femininas e masculinas, se for o caso. Exceções deverão ser autorizadas pela Gerência de Enfermagem;
- A troca de acompanhantes deverá ser informada e avaliada pelo enfermeiro supervisor

sendo autorizada previamente;

- O acompanhante terá direito a uma cadeira para sua acomodação, que não poderá ser utilizada pelo paciente, salvo em casos tecnicamente indicados;

- Os profissionais de enfermagem e diagnóstico poderão solicitar aos acompanhantes e/ou visitantes que aguardem no hall/ala de convivência durante procedimentos;

- Não será permitida a entrada de acompanhantes ou visitantes com sinais de uso de drogas lícitas ou ilícitas;

- É proibida a entrada de bolsas, malas e sacolas de pacientes, acompanhantes e visitantes. Caso não haja alternativa, os pertences ficarão em guarda-volumes na recepção para que o acompanhante, ou outro responsável possa levá-los;

- Apenas objetos de valor e pessoais poderão permanecer com o paciente, acompanhante ou visitante;

- O acompanhante/visitante que não cumprir as normas descritas terá sua autorização de permanência cancelada.

É OBRIGATÓRIO (ACOMPANHANTES)

- Usar identificação fornecida pela recepção, em local visível;

- O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas no momento da realização dos exames sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.

- Devolver na recepção a etiqueta de identificação sempre que deixar temporária ou definitivamente a unidade, bem como se houver alta, transferência ou óbito do paciente ou nos casos em que for suspenso o direito de acompanhante;

- Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas

- Higienizar as mãos sempre antes e depois do contato com o paciente;

- Não manipular os dispositivos do paciente, bem como equipamentos;

- Não ofertar alimentos sem autorização do profissional médico ou enfermeiro;

- Utilizar máscaras de proteção respiratória quando solicitado pelos profissionais (caso o paciente não possua, será fornecida)

- Utilizar as paramentações indicadas, quando necessário;

- Preservar a higiene da enfermaria;

- Utilizar somente as cadeiras e poltronas disponíveis para acompanhantes;

- A troca de acompanhante será feita na Portaria nos horários que serão estabelecidos.
- Apresentar-se ao Serviço Social, caso necessite de Declaração de Permanência no hospital.



É PERMITIDO

- Trazer para a unidade para uso exclusivo do acompanhante 1 (uma) toalha, 1 (um) cobertor, roupas e objetos pessoais para ao período de observação;
- Será permitida a entrada de material de higiene pessoal (escova, creme dental, sabonete, desodorante, xampu) e peças íntimas (calcinha, cueca e sutiã).
- Auxílio nos cuidados com o paciente quando solicitado pela equipe de enfermagem (banho, mudança de posição, etc);
- Utilizar o telefone celular no hall/espaço de convivência/recepção;
- Assistir televisão no ambiente de convivência/recepção.

- Só poderá haver 01 (um) acompanhante por paciente. Somente este acompanhante terá direito às refeições.

- Permanecer junto ao paciente, prestando o cuidado necessário

- Ser indicado pelo paciente como responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.

- Ter em mãos ou em sua guarda os documentos do paciente na impossibilidade de ele fazê-lo, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;

- Zelar e solicitar que outros acompanhantes contribuam para o bem-estar de todos nas dependências da unidade de saúde, atendendo e respeitando a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente

NÃO É PERMITIDO:

- Utilizar o celular na sala de parto.
- Fumar nas dependências do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,;
- Não é permitido entrar no hospital trazendo alimentos, cigarros, roupas e objetos de valor (rádio, televisão, notebook e similares).
- A guarda de capacetes é de responsabilidade do portador;

DEVERES DO PACIENTE:

- Respeitar demais pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde;
- Participar ativamente de seu tratamento, aprendendo e realizando auto-cuidado;
- Respeitar as normas e rotinas do Hospital.

INFORMAÇÕES ÚTEIS:

- Traga para o paciente somente o necessário, como objetos de higiene pessoal e roupas íntimas;
- O Hospital somente guardará pertences de pacientes e acompanhantes da UCIN, e somente durante o período de internação. Após o paciente receber alta da UTI Pediátrica, o acompanhante deverá fazer a retirada dos pertences imediatamente.
- Não é permitido a entrada de eletrônicos, tais como: TV, notebook, eletrodomésticos e ventilador;
- O Hospital não se responsabiliza por objetos e/ou dinheiro deixados nos aposentos ou esquecidos nas dependências da Unidade;
- Para a segurança do paciente e eficácia no tratamento, não manipule os aparelhos e equipamentos hospitalares;
- Manter o silêncio e respeito ao ambiente hospitalar;
- É proibido consumir bebidas alcoólicas e ou entrar embriagado nas dependências do hospital;

ATENÇÃO: Em caso de alergia e/ou uso de qualquer tipo de medicamento, é necessário informar o médico e o enfermeiro responsável.

SOLICITAÇÃO E ENTREGA DE PRONTUÁRIO, EXAMES E/OU QUALQUER DOCUMENTO

- **Solicitação**: todos os dias na recepção ou pelo e-mail: same.f23@hmtjgo.org.br;
- **Entrega**: Segunda e quarta das 08h às 16h
- **Somente** serão entregues ao pacinete ou procurador legal.

ATENÇÃO: para solicitação de exames de imagem, procurar o Serviço de Radiologia presencialmente ou pelo telefone.

AGENDAMENTOS:

- **Recepção**: Consultas de retorno médico e retornos multiprofissionais (fisioterapia, nutrição, psicologia e fonoaudiologia), e curativos.

SERVIÇOS DE OUVIDORIA/SAU:

- Caixas de manifestações nas Recepções, e-mail ouvidoria.f23@hmtjgo.org.br, ou 0800 643 3700

SES
Secretaria de Estado da Saúde

GOV GO
O ESTADO QUE DÁ CERTO

MANUAL PARA ORIENTAÇÃO AOS USUÁRIOS

Boas Vindas!

O Hospital Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, tem como objetivo a prestação de assistência hospitalar com qualidade e segurança, tendo o paciente no centro do cuidado, além da busca contínua por um atendimento humanizado à todos os usuários.

Endereço: Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo, Jataí - GO

QUEM TEM DIREITO A ACOMPANHANTE:

- Pacientes gestantes, menores de 18 anos, maiores de 60 anos, portadores de necessidades especiais ou com indicação médica/enfermagem, toda mulher independente da idade.

QUEM PODE SER ACOMPANHANTE:

- Pessoas com idade acima de 18 anos;
- Pessoas com boa capacidade física e mental;
- **Proibido:** acompanhantes com síndrome gripal, idosos (acima de 60 anos), gestantes e portadores de doenças crônicas.

HORÁRIO TROCA DE ACOMPANHANTE:

- 06h às 08h;
- 20h às 22h;

ORIENTAÇÕES AOS ACOMPANHANTES:

- Os acompanhantes devem estar sempre munidos do documento de identidade (ou outro documento com foto), para que seja realizado o cadastro prévio na Recepção;
- O uso da etiqueta é obrigatório nas dependências do hospital. Caso a etiqueta necessite ser trocada, o acompanhante deverá se dirigir até a Recepção principal e apresentar o documento de identidade e a etiqueta antiga para emissão da nova etiqueta. Ao sair do hospital deverá deixar a etiqueta na Recepção;
- Uso obrigatório de máscara facial em setores críticos ou quando orientado pela equipe assistencial;
- O acompanhante deverá permanecer junto ao paciente e não circular em outras enfermarias, leitos ou corredores, não sendo permitido a retirada de cadeiras no quarto;
- Higienizar as mãos antes e depois do contato com o paciente e de superfície, é o ato mais importante para prevenção de infecção hospitalar;
- Devido às variadas influencias sociais e culturais, evite o uso de roupas sumarias (roupas muito curtas, mini blusas, transparências, decotes pronunciados, shorts e outros) em ambiente hospitalar;
- Proibido entrada de alimentos e bebidas;
- Não utilizar os leitos/camas desocupados para assentar, deitar, apoiar objetos, celulares, etc;
- Não é permitido fumar nas dependências do Hospital, conforme a Lei nº 9.294, de 15 de Julho de 1996;
- Proibido entrada com arma de fogo e/ou arma branca (exceto em casos previstos na legislação).

HORÁRIOS E REGRAS PARA VISITA:

- **UTI :** 15h às 16h;
- **UCIN:** 15h às 16h (apenas os pais estão liberados, com exceção das quintas-feiras onde é permitida a entrada dos avós;
- **Enfermaria Clínica, Cirúrgica e Pediátrica:** 17h às 18h;
- De acordo com a lei 14.950/24 é direito da criança e adolescente visitar os pais durante período de internação;
  Atenção: É permitido a presença de pessoas acima de 14 anos, sendo **01 visitante** por paciente sem revezamento;
- Não é permitido fotografar e filmar pacientes;
- O boletim médico dos pacientes da UTI, será disponibilizado pela manhã no portal online (login e senha serão repassados pela recepção na admissão do paciente) e presencialmente na UTI, no horário de visita no período vespertino.

DIREITOS DO PACIENTE:

- Visita Religiosa, conforme a Lei nº 9.982/00. A visita poderá ser realizada todos os dias em qualquer horário, desde que tenha autorização prévia do paciente e/ou familiar em formulário assinado pela equipe assistencial;
- Ser identificado por seu nome ou nome social;
- Ter resguardado os seus dados pessoais e manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros;
- Consentir ou recusar, de forma livre e voluntária, após esclarecimentos e adequada informação, os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
- Receber ou recusar assistencia religiosa, psicológica, social e visita de outro

AREA DA QUALIDADE

QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL NA COMUNIDADE INTERNA E EXTERNA DO HOSPITAL: ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO

PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DA OUVIDORIA VINCULADA A SES, COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO.

Proposta de Desenvolvimento das Ações da Ouvidoria Vinculada à Secretaria de Saúde (SES) com Pesquisa de Satisfação

Nos serviços de saúde, pode ser percebido entre os profissionais e também entre os usuários que a resolutividade das demandas apresentadas por estes pode estar sendo comprometida pela subjetividade presente em cada caso, uma vez que há indícios de que a relação e a comunicação com eles não têm sido suficientes ou não se processam.

O documento-base do "HumanizaSus" para gestores e trabalhadores do SUS traz em seu bojo que a humanização é "a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores". Esta se fixa nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

A gestão social como inovação em política pública de saúde e o procedimento a ser aprendido constituem-se em uma nova modalidade de gerenciamento das políticas sociais, que exige modelos flexíveis e participativos que envolvam negociação e participação plural de uma variedade de interlocutores nas decisões e ações envolvidas nas diversas políticas. Assim, a gestão social é defendida como "um conjunto de instrumentos e estratégias para o encaminhamento de soluções mais eficazes e eficientes para as políticas sociais".

Nesta política, os sistemas de escuta qualificada funcionam como ferramenta de gestão para facilitar e institucionalizar o trabalho de transformação e a própria PNH, como estratégia de integralidade no tratamento conjunto de áreas de diferentes disciplinas da saúde que interferem no mesmo tipo de problema, ou seja, no modelo de atenção usuário.

Base Legal das Ouvidorias do SUS

A Constituição Federal de 1988 consagrou expressamente a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi dado início à regulamentação do Sistema Único de Saúde, como sistema integrado de assistência à saúde, garantido pelo Estado brasileiro, administrado pelo Ministério da Saúde em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e, principalmente, com a necessária participação da população na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços de saúde.

Historicamente, criaram-se marcos que têm trazido avanços na institucionalização de instrumentos que regulamentam a participação popular na gestão da saúde, como, por exemplo, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a criação de conselhos e conferências de saúde, como mecanismos de atuação da sociedade civil organizada.

A Ouvidoria, nesse contexto, fortalece o papel legal das instâncias de gestão e controle social, porém sua identidade é distinta. Ela auxilia e complementa a ação dos conselhos de saúde, das instâncias intergestoras, das corregedorias e dos sistemas de auditoria. As ouvidorias do SUS, para assegurar ao cidadão a oportunidade de participação na gestão pública em saúde, apoiam-se nos princípios e nas diretrizes que determinam as ações e os serviços em saúde, expressos nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/1990. A aplicação dos princípios previstos na Lei nº 8.080/1990 e das diretrizes elencadas na Constituição Federal à atuação das ouvidorias do SUS possibilita afirmar que:

- ✓ **Universalidade**: Todo cidadão tem o direito de se manifestar ao Poder Público, quanto ao sistema de saúde. Compete, pois, colocar serviços de Ouvidoria ao alcance da população de modo a permitir o uso do direito de opinião do cidadão.
- ✓ **Equidade:** Todo cidadão deve contar com pelo menos um meio de acesso gratuito ao serviço de Ouvidoria, seja pessoalmente, por telefone, fax, carta, e-mail ou ainda pela imprensa, de forma que atenda a sua necessidade, independente da localidade ou situação social. Compete aos níveis administrativos do SUS divulgar e difundir formas e meios de acesso à disposição dos cidadãos.
- ✓ **Integralidade:** As demandas recebidas na Ouvidoria sobre o sistema de saúde devem ser processadas sob um tratamento que abranja, tanto quanto possível, os aspectos de promoção, de proteção e de recuperação da saúde.
- ✓ **Regionalização:** Este princípio é pautado pela maior eficácia e transparência causadas pela aproximação das políticas de saúde aos cidadãos, bem como pelo reconhecimento da heterogeneidade e da desigualdade social e territorial, por meio da identificação e do reconhecimento das diferentes situações regionais e suas peculiaridades. Assim, o serviço de Ouvidoria deve estar presente em todas as secretarias estaduais de saúde; nas secretarias de saúde das capitais; nas cidades com mais de 100 mil habitantes; nas cidades-polo; e nas sedes dos consórcios municipais e das regiões de saúde, a ser acordado nas Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs), Conselhos de Saúde e demais estruturas do SUS.
- ✓ **Hierarquização:** Na organização da rede de ouvidorias, devem ser respeitados os níveis hierárquicos de estruturação do SUS. Participação da comunidade Compete aos níveis de gestão do SUS promover o relacionamento dos serviços de Ouvidoria com os respectivos conselhos de saúde.
- ✓ **Descentralização:** Deve ser apoiada a criação de estruturas descentralizadas de ouvidorias do SUS nas três esferas de governo. O princípio da descentralização das ações e dos serviços de saúde, por

> definição, é o processo de transferência de responsabilidades e prerrogativas de gestão para os estados e os municípios, atendendo às determinações institucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. Portanto, a descentralização promove a participação da sociedade em todo o processo de decisão e controle da gestão e constitui um desafio permanente para mudanças substantivas na gestão responsável da Administração Pública.

É necessário identificar alguns procedimentos de gestão social na escuta qualificada de acordo com a PNH, como: ação da escuta e a produção de vínculo como atividade terapêutica; as maneiras de organização dos serviços de saúde; o uso ou não de saberes e afetos para a melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida; a humanização das relações em serviço; a adequação da ambiência e a compatibilização entre a oferta e demanda por ações de saúde; a governabilidade das equipes locais e as formas de gestão vigentes na unidade de saúde. Evidencia-se, portanto, que esses achados poderão engendrar, nos profissionais, reflexões que acionem um novo pensar e agir cotidianos.

Os resultados sinalizam também que a sistematização de procedimentos de gestão social na escuta qualificada são ferramentas imprescindíveis para a tomada de decisões em relação à definição de gestão social da clínica, na obtenção de investimentos institucionais, como capacitação para o setor, no monitoramento da humanização à saúde, na avaliação do impacto dessa gestão e da qualidade dos serviços prestados.

Nesta perspectiva, o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, na cogestão do Hospital, propõem a implementação da escuta qualificada pelo colaborador da Ouvidoria ou muitas vezes até pelo Serviço de Assistência Social e demais membros da equipe respaldado pelo acolhimento humanizado. Através do atendimento, poderá ser repassado ao usuário ou familiar o modelo de atenção prestado no serviço, desde a chegada do paciente até sua alta ou encaminhamento a outro serviço.

Desenvolver ações para uma ouvidoria vinculada à Secretaria Estadual de Saúde é crucial para garantir que o atendimento ao cidadão e a gestão dos serviços de saúde sejam efetivos e responsivos às necessidades da população. A pesquisa de satisfação é uma ferramenta essencial para medir a eficácia desses serviços e identificar áreas de melhoria. Aqui está uma proposta detalhada para o desenvolvimento das ações da ouvidoria, incluindo a pesquisa de satisfação.

A Ouvidoria irá propiciar uma comunicação eficaz entre a unidade e seus usuários internos e externos, contribuindo para a melhoria contínua de seus processos e o aprimoramento dos serviços prestados.

A ouvidoria irá trabalhar com dois tipos de público: interno e externo. O público interno são os servidores/empregados da entidade que utiliza, de forma democrática, a ouvidoria como canal para manifestar seus anseios: denunciando, representando, elogiando, criticando ou sugerindo. A ouvidoria permite uma administração participativa.

Público externo: são pessoas ou grupos de pessoas que demandam os serviços oferecidos pela unidade e utilizam a ouvidoria como canal para se manifestarem. Assim, qualquer cidadão, seja interno ou externo, pode apresentar, sem ônus, manifestação à ouvidoria.

A constituição da ouvidoria das unidades será formalizada por ato administrativo do dirigente máximo da instituição. Definindo assim:

- O posicionamento da ouvidoria na estrutura organizacional da instituição;
- As competências da ouvidoria e as atribuições do (a) ouvidor (a), dentre outras: receber, examinar e encaminhar reclamações, sugestões, elogios, informações, denúncias e representações;
- Responder ao interessado acerca das manifestações apresentadas;
- Acompanhar as providências adotadas até a obtenção da solução que o caso requer;
- Sugerir a adoção de medidas visando o aperfeiçoamento na prestação do serviço público;
- Organizar e interpretar as informações colhidas das áreas técnicas sobre assuntos de sua competência;
- Estimular as ações de democracia participativa;
- Apoiar as ações de transparência, tanto na modalidade ativa quanto na passiva.
- O prazo para a área técnica responsável informar a ouvidoria sobre o assunto objeto da manifestação;
- O prazo para a ouvidoria dar resposta final ao cidadão;
- O dever de ampla colaboração dos dirigentes e servidores em prestar, com agilidade, as informações solicitadas pela ouvidoria;
- O apoio logístico do órgão congênere para a adequada estruturação do serviço de ouvidoria;
- A criação de fluxo que envolva a apresentação periódica de relatórios de desempenho e de efetividade da ouvidoria, a serem encaminhados a todos os setores da instituição, além de publicados na Internet.

Proposta Junto a SES:

A Ouvidoria desempenha um papel fundamental na promoção da transparência, da qualidade dos serviços e do fortalecimento do relacionamento entre a Secretaria de Saúde (SES), a Instituição e os usuários dos serviços de saúde.

Atuando ativamente no fortalecimento da comunicação e a interação entre a SES, as Instituições e os usuários dos serviços de saúde, proporcionando uma espécie de termômetro, em relação aos serviços prestados, permitindo identificar oportunidades de melhoria nos serviços de saúde oferecidos, por meio do feedback dos usuários, acompanhar a resolução dos problemas relatados pelos usuários, garantindo a transparência e a efetividade das ações tomadas pela Instituição, além de realizar pesquisas de satisfação periódicas para avaliar o nível de satisfação dos usuários em relação aos serviços pela Unidade.

O setor de ouvidoria será implementado através do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) e as avaliações de satisfação dos serviços prestados pela instituição serão coletadas diretamente pelo representante do setor através de busca ativa e abordagem direta para tentativa de resolução imediata dos apontamentos ou resolução dos casos junto às equipes internas a médio prazo, com a garantia de retorno aos solicitantes, observando-se os princípios e diretrizes do SUS, bem como as normas pertinentes às Ouvidorias Públicas do Estado de Goiás.

O principal objetivo das tratativas das ouvidorias será acolher as queixas, elogios, sugestões e demais consultas de informações advindas dos usuários dos serviços, que possam contribuir e fortalecer a assistência prestada pela unidade, procedendo com as análises e tratativas pertinentes e resposta aos munícipes.

Além disso, será um canal de comunicação ativo com os usuários, prestando informações sobre o funcionamento da unidade, serviços oferecidos, bem como fluxos internos e da rede municipal.

Os resultados obtidos após avaliação da satisfação, serão discutidos mensalmente junto ao nível gerencial da unidade, com definição de planos de melhoria e encaminhados para a Secretaria de Saúde através das prestações de contas.

Será assegurada a liberdade de realização de pesquisas de satisfação por todos os usuários que manifestem tal desejo de preencher os formulários que ficarão disponíveis para acesso irrestrito de todos e em locais estratégicos da operação (recepções dos pronto socorros, alas de internação e corredores internos principais).

Estruturação da Ouvidoria:

Através de um profissional capacitado e dedicado para atuar na Ouvidoria, com conhecimento em gestão de ouvidorias e habilidades de comunicação e resolução de problemas, será estabelecido um fluxo de trabalho claro e eficiente para o registro, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações dos usuários, registradas pelo sistema oficial de ouvidoria do Sus, vinculado a Ouvidoria Geral do Estado, bem como as Ouvidorias e manifestações de satisfações registradas no SAU da Instituição.

Além de um profissional dedicado a esta demanda, a qualificação adequada para que esse possa lidar com diversos tipos de demandas e oferecer soluções adequadas, e em tempo hábil ágil, cordial e efetiva, fornecendo orientações e encaminhando as demandas aos setores competentes é de extrema importância.

Objetivos e Funções da Ouvidoria:

- **Objetivos**: Garantir a transparência, promover a melhoria contínua dos serviços de saúde, e assegurar que as reclamações, sugestões e elogios dos cidadãos sejam devidamente atendidos e resolvidos.
- **Funções**: Receber e analisar feedbacks, resolver reclamações, implementar ações corretivas e preventivas, e comunicar resultados à Secretaria Estadual de Saúde e ao público.

Equipe e Recursos

- **Equipe**: O HMTJ ira contratar profissionais capacitados para atuar na ouvidoria, incluindo apoio do Jurídico e da gestores de qualidade da Matriz HMTJ.
- **Recursos**: Será Disponibilizado ferramentas e sistemas adequados para o registro e gerenciamento das demandas, como software de gestão de ouvidoria e canais de comunicação eficazes.

A equipe observará as seguintes e habilidades:

1. Ouvir e compreender: essa competência compreende, por exemplo, escutar com atenção e paciência, prevenir e mediar conflitos, orientar os cidadãos quanto aos prazos, fluxos e ações desenvolvidas no âmbito da ouvidoria; e verificar se o cidadão demanda cuidados especiais.

2. Reconhecer os cidadãos como sujeitos de direitos: realizar ações que possibilitem o conhecimento, pela população, da missão e do modo de trabalho das ouvidorias públicas; informar aos cidadãos quais são os órgãos que devem ser acionados, quais são suas responsabilidades e de que forma a resposta pode ser cobrada; realizar atividades educativas; orientar a população quanto aos seus direitos de cidadania.

3. Qualificar as expectativas dos cidadãos de forma adequada: realizar ações de coleta e registro das informações fornecidas pelos cidadãos, conforme critérios estabelecidos pela CGE; consolidar e analisar as informações obtidas por meio do atendimento ao cidadão.

4. Responder aos cidadãos: orientar as áreas técnicas sobre os prazos e as rotinas a serem cumpridas; analisar as informações colhidas; acompanhar as providências adotadas até a obtenção da solução necessária ao caso; encaminhar ao cidadão resposta de qualidade e fácil compreensão

5. Demonstrar os resultados produzidos: participar da elaboração de relatórios de gestão e de diagnóstico dos serviços prestados no âmbito da Ouvidoria; sugerir medidas para o aperfeiçoamento na prestação do serviço público; apoiar ações de transparência e prestação de contas para a Administração Pública e para a sociedade.

Ampliação dos Canais de Comunicação:

A divulgação do canal será feita por meio de cartazes nas recepções, murais, e sítios eletrônicos, incentivando aos usuários a adesão do canal. Através da promoção de campanhas de divulgação com o objetivo de informar os usuários sobre a existência da Ouvidoria e os canais de comunicação disponíveis, será possível mensurar as necessidades, apresentadas nas manifestações, e como consequência promover análise de causa. Além de permitir permite que cada usuário escolha o meio mais conveniente para entrar em contato com a Ouvidoria, garantindo uma maior participação e engajamento dos usuários.

É fundamental garantir que os canais de comunicação estejam acessíveis e visíveis em todas as unidades de saúde, sites, redes sociais e materiais de divulgação do Hospital.

Para que os canais sejam amplamente divulgados, e que sua adesão possa apresentar resultados, será apresentado campanhas de divulgação e orientação sobre os canais de Ouvidoria, visando informar aos usuários sobre a existência desse canal de comunicação e como utilizá-lo adequadamente.

Registro e Tratamento das Manifestações:

Para garantir efetividade, qualidade e celeridade nas resoluções das demandas, bem como devida análise, através de um software de formulário, as manifestações feitas pela SES-GO, serão indexadas, afim de que sejam analisadas, identificada cada uma das situações, encaminhadas aos setores competentes tratadas mediante suas necessidades, e encaminhado retorno ao manifestante, com parecer.

A padronização desse fluxo, sendo um sistema de registro e tratamento das manifestações recebidas pela Ouvidoria, com prazos determinados, irá garantir a correta categorização, encaminhamento e acompanhamento das demandas e comunicação com os usuários durante todo o processo de resolução. Esse sistema permitirá uma gestão eficiente das manifestações, bem como a geração de relatórios periódicos para análise e tomada de decisões.

O recebimento das demandas, e análises iniciais feita por um profissional dedicado, permite um atendimento Personalizado e Resolutivo aos usuários, demonstrando empatia e comprometimento em atender suas demandas, e a integração através de uma ferramenta interna garante a este, o controle de todo o processo.

Ainda, a Lei Federal nº 13.460/2017 garante ao usuário de serviços públicos o direito de manifestar-se verbalmente, representando o maior percentual de meios de registros de Ouvidoria no Estado. Portanto, será destinado um espaço físico que acolha os manifestantes respeitando as normas de acessibilidade, próximo à porta de entrada do Hospital, devidamente sinalizado. Segundo o Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS no atendimento presencial:

- Espaço físico determinado;
- Boa localização, de fácil acesso e visibilidade do cidadão;
- Acessibilidade (rampa e banheiros adaptados);
- Equipamentos e mobiliário adequados para a realização do serviço;
- Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet;
- Espaço adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo desigilo.

Será oferecido o atendimento presencial e telefônico, sendo o profissional responsável pelo registro da manifestação no sistema de ouvidoria, inclusive pelo monitoramento e registro de manifestações recebidas por meio de outros meios, tais como e-mail, carta ou ofício.

Será feito o tratamento, a classificação da demanda, monitoramento da tramitação (quanto à qualidade da resposta e contagem de prazos) por meio de um software, integrado que permite o registro e a transcrição das demandas, feito envio da resposta, além do monitoramento de reativações em virtude de resposta insatisfatória ou negativas de acesso à informação.

Através da distribuição de demandas, gerencia a distribuição das respostas ao cidadão, poderá produzir relatórios, atualizar e controlas os prazos, promover participação dos setores, e amplo entendimento da situação, e dirigir quando necessário aos indicados para resposta.

Conforme as competências descritas no decreto estadual 9.270/2018, caberá à Ouvidoria instalada na Unidade:

1.. Promover e atuar diretamente na defesa dos direitos dos usuários de serviços públicos, nos termos da Lei federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017;

2.. Receber, analisar e responder todas as manifestações que lhes forem encaminhadas;

3.. Receber, analisar e encaminhar os pedidos de acesso à informação de que trata a Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013;

4.. Processar informações obtidas por meio das manifestações recebidas e das pesquisas de satisfação realizadas com a finalidade de subsidiar as ações de governo;

5.. Exercer articulação permanente com outras instâncias e mecanismos de participação e controle social;

6.. Produzir e analisar dados e informações sobre as atividades de ouvidoria realizadas, bem como propor e monitorar a adoção de medidas para a correção e prevenção de falhas e omissões na prestação de serviços públicos, caso necessário;

8.. Atuar em conjunto com os demais canais de comunicação com o usuário de serviços públicos, orientando os seus agentes acerca do tratamento relacionado a manifestações apresentadas pelos usuários;

9.. Executar ações de mediação e conciliação, bem como adotar outras medidas para a solução pacífica de conflitos entre servidores, cidadãos, usuários de serviços, órgãos e entidades referidos no §1º do art. 1º deste Decreto, com a finalidade de ampliar a resolutividade das manifestações recebidas e melhoria da efetividade das atividades.

É direito do cidadão receber um bom atendimento quando procura a administração pública. Ao buscar a ouvidoria, muito provavelmente, o manifestante já esgotou outras formas de relacionamento com o órgão público. Por isso, a interação com a ouvidoria precisa ser acolhedora e eficaz.

Uma conduta cortês, empática e respeitosa contribui na condução de um atendimento satisfatório. Atender no prazo e prestar a informação simples, clara, correta e suficiente também proporcionam uma melhor interação entre o poder público e a sociedade. Essas diretrizes estão elencadas na Lei Federal 13.460/2017, mas é possível prever um conjunto de atos para a condução de um bom atendimento:

1. Garantir ambiente adequado para a recepção da manifestação. Seja presencial ou outro meio de comunicação, o manifestante merece toda atenção e garantia de privacidade.
2. Perguntar o nome do manifestante, se apresente como colaborador disponível da Instituição, e se colocar à disposição para ouvir sua demanda.
3. Manter atualizado e capacitado quanto às normas, atividades e ações do Hospital para prestar a melhor informação no menor prazo possível.
4. Responda de forma clara e objetiva à manifestação. Caso não seja possível entregar a informação ou a solução da demanda imediatamente, explicar que a manifestação seguirá para conhecimento da área técnica e informe que este fluxo poderá ser acompanhado via sistema pelo manifestante.
5. Colocar-se à disposição, demonstre que a participação social no órgão é sempre bem-vinda e informe que as manifestações são consolidadas em relatório entregue à Direção da Unidade para orientar melhorias na gestão.

A legislação garante a possibilidade de comunicação por diversos dispositivos. Se o usuário optar pela ouvidoria, poderá acessá-la por diferentes meios, conforme descreve o Manual de Ouvidorias da OGU:

Formulário eletrônico: O meio mais utilizado pelo usuário da rede de ouvidorias de Goiás. Por meio de acesso à página do sistema e ouvidoria na internet, o cidadão escolhe o tipo de comunicação que deseja registrar, seleciona o órgão ao qual pretende enviar a mensagem e o assunto a que se refere. Após essa etapa, abrem-se campos obrigatórios: descrição dos atos ou fatos e especificação do local do fato. O sistema garante a possibilidade de envio de arquivo por anexo.

E-mail: Para garantir a oportunidade de acesso via e-mail, a ouvidoria deve divulgar o endereço eletrônico no site ou locais de visibilidade pública.

Formulário impresso: A ouvidoria imprime um formulário com campos pré-definidos para que o cidadão preencha.

Carta-ofício: O cidadão escreve livremente a sua mensagem e envia para a ouvidoria por meio dos serviços postais. Para viabilizar essa forma de comunicação, a ouvidoria precisa apenas divulgar seu endereço no site institucional.

Telefone: A Superintendência de Participação e Controle Social da CGE disponibiliza um serviço de atendimento por telefone (162), mas nada impede que as ouvidorias setoriais possam atender utilizando linhas telefônicas do órgão em que atuam.

Presencialmente: Em geral ocorre nas dependências do próprio órgão ou entidade, preferencialmente em espaço especificamente designado para essa finalidade, de forma a assegurar privacidade ao cidadão, e com a acessibilidade necessária.

Em todo caso, sempre que ouvidoria receba a manifestação por e-mail, formulário impresso, carta/ofício, telefone ou presencial, deve realizar imediatamente o registro no sistema da Instituição, formulário para registro de ouvidorias da Instituição, e dar seguimento conforme protocolo padrão.

Ao receber a manifestação, seja ela feita presencialmente, seja através da Ouvidoria SES-GO, o colaborador deverá observar a classificação da seguinte forma:

- Sugestão: Proposição de ideia ou formulação de proposta de aprimoramento de políticas e serviços prestados pela Administração Pública federal.
- Elogio: Demonstração, reconhecimento ou satisfação sobre o serviço oferecido ou atendimento recebido.
- Solicitação: Requerimento de adoção de providência por parte da Administração. Deve conter, necessariamente, um requerimento de atendimento ou serviço, podendo se referir a uma solicitação material ou não.
- Reclamação: Demonstração de insatisfação relativa a serviço público.
- Denúncia: Comunicação de prática de ato ilícito cuja solução dependa da atuação de órgão de controle interno ou externo.
- Informação: demanda que tenha por objeto um dado ou informação.

É importante também garantir que o desenho institucional da ouvidoria possibilite ao ouvidor capacidade para ser um interlocutor do interesse público dentro do Hospital. Ou seja, a ouvidoria precisa se situar no organograma da instituição como unidade estratégica e ser dotada de apoio e respaldo para encaminhar recomendações que de fato sejam ouvidas pela gestão.

Esse trabalho será ser mais eficiente, uma vez que existirá um formulário eletrônico disponível para que o colaborador tramite a demanda, absorvendo dos seus mecanismos para a mensuração dos indicadores relacionados à atividade, tais como a organização de tarefas, etapas e responsabilidades específicas de cada

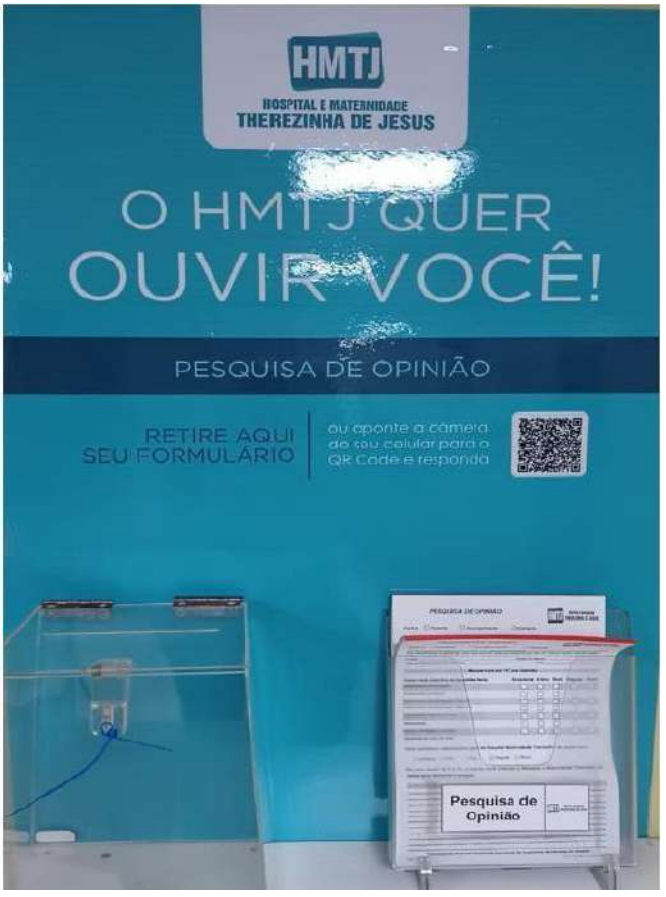
profissional que trabalha na unidade.

Por meio do mapeamento de processos, é possível identificar situações que prejudicam o alcance dos objetivos da ouvidoria, reduzir fluxos e identificar possibilidades de melhorias. A ouvidoria do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) publicou em 2016 um Manual de Processos. O documento detalha os fluxos dos processos que ocorrem na ouvidoria e identifica a que objetivo estratégico a Ouvidoria está alinhada.

FORMULÁRIO PARA PESQUISA

Como forma de padronizar a coleta de informações e avaliar a satisfação dos usuários, será mantida a utilização do formulário de pesquisa, conforme modelo abaixo já utilizado em outras unidades sob gestão do HMTJ, inclusive em sua matriz.

Este modelo poderá sofrer alterações, caso seja de interesse da Secretaria de Saúde incluir ou excluir alguma informação que julgue pertinente. Os formulários serão utilizados para a realização das pesquisas por busca ativa e para as pesquisas receptivas, estando disponíveis em urnas dispostas nos pontos estratégicos supracitado



Este modelo poderá sofrer alterações, caso seja de interesse da Secretaria de Saúde incluir ou excluir alguma informação que julgue pertinente. Os formulários serão utilizados para a realização das pesquisas por busca ativa e para as pesquisas receptivas, estando disponíveis em urnas dispostas nos pontos estratégicos supracitados.

O modelo proposto visa avaliar com base em conceitos que vão de ruim a excelente os serviços que os munícipes tenham utilizado, pensando em toda a trajetória percorrida durante a permanência na unidade, quando da busca por atendimento, visitas ou informações.

Serão avaliados os serviços:

- Portaria,
- Recepção,
- Classificação de risco,
- Os serviços prestados pelos profissionais (médicos, enfermagem e outras categorias),
- Higiene, limpeza e conforto das instalações,

Trazendo uma visão abrangente e sistêmica da qualidade dos serviços prestados.

Neste formulário também há campo destinado ao detalhamento da manifestação, bem como uma avaliação global do serviço, classificando-o nos conceitos supracitados.

Os conceitos utilizados, tem o objetivo de facilitar a compreensão da percepção do munícipe quanto a qualidade do serviço, trazendo de maneira simples e rápida, uma forma de classificá-lo.

A avaliação da satisfação dos usuários, será realizada através da aplicação das pesquisas de satisfação, conforme modelo apresentado no tópico anterior.

Os critérios adotados para a realização da pesquisa são abrangentes, visando obter um nível confiável e diversificado da opinião sobre a qualidade do serviço prestado:

ANÁLISE DAS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO

Todas as manifestações serão devidamente registradas, analisadas quanto as causas e fatores contribuintes, tratadas e, quando procedente, informadas ao usuário, quanto à sua conclusão.

Assim que o usuário buscar o serviço de ouvidoria para realizar alguma queixa, o profissional do setor, acolherá o usuário, buscando entender sua

necessidade e questionamento, averiguará o ocorrido, junto aos profissionais dos setores pertinentes ao apontamento e buscará a resolução do problema ou orientação ao usuário sobre a manifestação

Nos casos em que não seja possível a resolução imediata, o profissional solicitará ao usuário que registre a queixa em formulário específico para posterior análise e tratativa. Após o registro da queixa, o formulário será encaminhado para a área administrativa e/ou de enfermagem/médica, que serão responsáveis por buscar as causas que levaram à queixa, definir plano de ação para evitar a reincidência de novas queixas e implementar as medidas planejadas.

Em casos de elogio e/ou sugestão, o registro também será realizado no formulário e encaminhado para as áreas citadas tomarem ciência e divulgarem às equipes para analisarem à pertinência das sugestões.

As queixas de âmbito administrativo terão um prazo de até 72 horas para serem analisadas e tratadas. Já as queixas de âmbito técnico-assistencial, terão um prazo de até 48 horas para serem analisadas e tratadas.

As queixas, que evidenciem risco para a segurança do paciente deverão ser tratadas imediatamente, buscando a rápida resolução do problema e minimização do risco. Os usuários deverão ser informados quanto ao desfecho da análise e tratativa da queixa.

TABULAÇÃO DOS DADOS E INDICADORES

A realização da compilação das pesquisas, tabulação e geração dos indicadores, será realizada conforme modelo de planilha abaixo, onde serão atribuídos pesos para cada conceito atribuído, calculados os pontos possíveis e obtidos e verificado o índice de satisfação. O conceito "Ótimo" terá peso 10; o conceito "Bom", peso 7; o conceito "Regular", terá peso 3 e o conceito "Ruim" atribuirá peso 0 na avaliação

Mês / Ano

Nota / Peso	10	7	3	0				
Serviço Avaliado	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	Total de respostas	Total de pontos possíveis	Total de pontos obtidos	Índice de Satisfação
PORTARIA	238	87	5	5	335	3350	3004	89,67%
RECEPÇÃO	221	101	4	9	335	3350	2929	87,43%
TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	194	92	32	17	335	3350	2680	80,00%
MÉDICO - CLÍNICO GERAL								#DIV/0!
MÉDICO – PEDIATRA								#DIV/0!
RAIOS-X								#DIV/0!
SALA DE MEDICAÇÃO								#DIV/0!
SALA DE INALAÇÃO / HIDRATAÇÃO								#DIV/0!
OBSERVAÇÃO MASCULINA								#DIV/0!
OBSERVAÇÃO FEMININA								#DIV/0!
OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA								#DIV/0!
SERVIÇO SOCIAL								#DIV/0!
HIGIENE E LIMPEZA								#DIV/0!
CONFORTO DAS INSTALAÇÕES								#DIV/0!
TEMPO DE ESPERA DO MÉDICO								#DIV/0!
TEMPO DE ESPERA DA ENFERMAGEM								#DIV/0!
TEMPO DE ESPERA DA RECEPÇÃO								#DIV/0!
INFORMAÇÕES PRESTADAS								#DIV/0!
TOTAL	653	280	41	31	1005	10050	8613	85,70%
								Índice de Satisfação

Portanto, a tabulação das pesquisas de satisfação, terá como resultado 2 (dois) indicadores:

• **Índice de Satisfação do Usuário** – obtido através do cálculo dos conceitos obtidos e respectivos pesos atribuídos, conforme demonstração no modelo de planilha acima e proporcionando uma avaliação mais direcionada para os serviços que, eventualmente, apresentem maior criticidade; e

• **Taxa de Satisfação Positiva ("Ótimo" e "Bom")** – obtido através do percentual de pesquisas respondidas com avaliação global igual a ótimo e/ou bom.

RECURSOS HUMANOS:

Para serviço de ouvidoria: O processo será realizado por colaboradores próprios, admitidos conforme CLT e em quantidade suficiente para realização do processo de ouvidoria, de acordo com as necessidades internas.

Para esta Organização Social é de extrema importância mensurar a percepção que as pessoas que trabalham na empresa têm das políticas, práticas, ambiente interno e das relações humanas. Orientar a priorização das ações de melhoria pós-pesquisa, bem como dos planos de ação oportunamente desenvolvidos visando o melhoramento contínuo das condições laborais e consequente melhoria do atendimento à população;

I. Objetivos

Receber, registrar e atuar na resolução das demandas, assegurando o cumprimento no tempo de resposta de acordo com o tempo e a classificação da criticidade.
Evidenciar a resolutividade, análise e a tratativa das demandas.
Definir fluxo de atendimento das manifestações que permita manter o cliente informado sobre o registro de sua demanda, o prazo para a resposta e a forma como poderá acompanhar a tratativa até seu encerramento.

II. Materiais

Telefone;
Computador com internet;
Software SigQuali;
Materiais de Escritório;
Formulário de Pesquisa de Opinião;
Planilha de Atendimento “Solicitações à Ouvidoria”

III. Abrangência

Todos os setores da Instituição

IV. Descrição dos passos da atividade

A análise de criticidade na Ouvidoria se refere ao processo de classificação de risco potencial das manifestações dos usuários.
O monitoramento e controle da criticidade e tempo de resposta das manifestações é imprescindível no processo de gestão das demandas, considerando o entendimento que ela dá sobre os riscos potenciais das insatisfações e o quanto elas podem afetar as relações interpessoais dentro da instituição. Trata-se, portanto, de um processo que aumenta a confiabilidade do setor e da instituição.
A Ouvidoria entende que a Análise de Criticidade das demandas devem ser conduzidas por uma abordagem sistêmica, considerando todos os meios de comunicação utilizados, independente da complexidade da demanda.

Passo à passo para o registro e análise de criticidade:

1. Registrar todas as demandas recebidas no Relatório de Atendimentos do setor via Sistema Fluig.
2. Registrar a data inicial e data final das demandas, com o tempo de resolutividade, cumprindo o tempo de acordo com a criticidade definida. Evidenciar a análise da causa e descrever a ação de correção/Imediata realizada pelo Serviço de Ouvidoria. Evidenciar a Ação Corretiva realizada pelo setor de Origem e plano de ação do setor, quando for realizado. Mensurar mensalmente em indicador de Índice de resolutividade e Índice de atendimento aos prazos de respostas.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

OUVIDORIA

Título: Atendimentos da Ouvidoria

Período: Mês / Ano

Nº	Data	Relato	Nome (Paciente/ familiar)	Prontuário	Setor	Leito	Tipo de Demanda	Tipo de Atendimento	Canal Comunicação	Data Inicial	Data Final	Resolvido / Monitorado	Classificação da Criticidade	Tempo de Criticidade de acordo com a classificação	Tempo de Resolutividade	Análise da Causa	Ação de Correção/ Imediata	Ação Corretiva/Plano de Ação
1																		

3. Classificar a criticidade e o tempo de criticidade de cada manifestação de acordo com a gravidade e impacto direto no paciente:

Classificação da Criticidade	Tempo de Criticidade de acordo com a classificação
Imediata	Até 24 horas
Alta	Até 03 Dias
Moderada	Até 07 Dias
Baixa	Até 15 Dias

4. Classificar o tempo de criticidade de acordo com a classificação:

CRITICIDADE IMEDIATA: A manifestação se refere a assistência diretamente ligada ao paciente, comprometendo a sua segurança, podendo ocasionar em incidente ou evento adverso. Nesse caso, os responsáveis deverão ser comunicados e terem conduta imediata na tratativa da manifestação. O Núcleo de Segurança do Paciente deve ser notificado. A manifestação pode comprometer a continuidade da assistência, resultando em insegurança e/ou conflitos; sendo necessária a mediação imediata do Serviço de Ouvidoria. Além de manifestações assistenciais ligadas diretamente ao paciente, são consideradas perfil de criticidade Imediato as manifestações que envolvam informações sobre o paciente, solicitações de exames, procedimentos, agendamentos considerados urgentes dentro do período de internação e que podem gerar risco imediato e/ou direto ao paciente. As manifestações com Criticidade Imediata terão prazo para resolutividade em período de horas. A manifestação que não for respondida dentro do prazo de criticidade, a Ouvidoria deverá notificar o setor responsável por RNC. A Ouvidoria deverá retornar ao usuário encerrando a manifestação.

CRITICIDADE ALTA: A manifestação pode comprometer a continuidade do tratamento, resultando em insegurança; sendo necessária a atuação das equipes e do setor envolvido além da mediação do Serviço de Ouvidoria. Trata-se de manifestações com necessidade de retorno em tempo hábil, porém, pode-se aguardar a verificação e constatação de informações com áreas/especialidades envolvidas. As manifestações com Criticidade Alta terão prazo para resolutividade de 03 dias úteis após notificação na Ouvidoria. As coordenações envolvidas serão comunicadas imediatamente e notificadas conforme prazo extimado. São consideradas perfil de criticidade Alto as manifestações que envolvam agendamento/cancelamento de procedimentos e exames de pacientes internados ou eletivos (com data próxima para realização), agendamentos de reuniões médicas e multidisciplinares. Trata-se de criticidade alta as manifestações que envolvam o quadro clínico dos pacientes mas não geram risco direto aos mesmos. As manifestações que não forem respondidas dentro do prazo, a Ouvidoria poderá notificar o setor responsável por RNC. A Ouvidoria deverá retornar ao usuário (quando identificado) encerrando a manifestação.

CRITICIDADE MODERADA: A manifestação se refere a assistência direta/indireta ligada ao paciente, sem resultar em evento adverso ou denúncias. Situações administrativas ou assistenciais, falta/falha de informações/orientações, condições estruturais, comportamentais; como agendamentos e marcações de procedimentos (que dependem da data de abertura de agenda de acordo cada especialidade), resultando em insatisfação que não impactam no tratamento e seu desdobramento não atinge o paciente ou a imagem da instituição. Refere-se a informações/orientações/condutas, que necessite de cumprimento de prazos; sendo necessária a atuação e acompanhamento do Serviço de Ouvidoria. Trata-se, em sua maioria, de pacientes pós internação, em cuidado nas unidades ambulatoriais. As manifestações com Criticidade Moderada terão prazo para resolutividade de 07 dias úteis após notificação na Ouvidoria. Serão enviadas às coordenações envolvidas e acompanhadas pela Ouvidoria. Trata-se de criticidade moderada as manifestações que não envolvam o quadro clínico dos pacientes diretamente, necessitando de qualquer tipo de intervenção imediata, sem gerar risco direto aos mesmos, mas que necessitam

de continuidade assistencial junto à instituição. A manifestação que não for respondida dentro do prazo, a Ouvidoria poderá notificar o setor responsável por RNC. A Ouvidoria deverá retornar ao usuário (quando identificado) encerrando a manifestação.

CRITICIDADE BAIXA: A manifestação se refere a situações administrativas ou assistenciais, falta/falha de informações/orientações, condições estruturais, comportamentais; como agendamentos e marcações de procedimentos (que dependem da data de abertura de agenda de acordo cada especialidade), resultando em insatisfação que não impactam no tratamento do paciente e seu desdobramento não atinge o paciente ou a imagem da instituição. As manifestações com Criticidade Baixa terão prazo para resolutividade de 15 dias úteis após notificação na Ouvidoria. Serão enviadas às coordenações envolvidas e deverão ser respondidas cumprindo prazo de criticidade. A manifestação que não for respondida dentro do prazo, a Ouvidoria poderá notificar o setor responsável por RNC. A Ouvidoria deverá retornar ao usuário (quando identificado) encerrando a manifestação.

5. Todas as manifestações negativas serão enviadas às coordenações por RNC via Sistema Sigquali visando o acompanhamento e monitoramento da qualidade da análise pelo Serviço de Qualidade da Instituição.

6. Encerramento da demanda:

A Ouvidoria, ao receber a tratativa da manifestação, deverá analisar e lançar no sistema de dados, evidenciando o cumprimento dos prazos de resposta conforme Classificação da criticidade. Quando houver notificação por RNC, esta deverá constar na análise de encerramento da manifestação.

V. Siglas e Definições

RNC - Relato de Não Conformidade

FLUIG – Sistema Operacional para registro de dados

VI. Anexos

N/A

VII. Referências

Manual de Boas Práticas Ouvidorias do Brasil

Manual ONA

I. Objetivos

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus tem por objetivo utilizar a metodologia do NPS (Net Promoter Score) pois esta permite uma fácil assimilação pelos clientes, operadores e gestores, tanto durante a fase de questionário quanto na avaliação dos resultados apurados nas unidades sob sua gestão.

Realizar a mensuração do Grau de lealdade dos pacientes, acompanhantes e familiares da instituição. Sua ampla utilização se deve a simplicidade, flexibilidade e confiabilidade da metodologia.

Melhorar o desempenho da instituição a cada feedback recebido. Sendo assim, devido a simplicidade dos resultados tanto quantitativos quanto qualitativos, é possível fazer a tratativa do cliente em poucos minutos após o recebimento da crítica.

II. Materiais

Computador
Formulários de Pesquisa de Opinião
Telefone
Quadro de Avisos
Materiais de Escritórios
Sistema Fluig

III. Descrição dos passos da atividade

- Disponibilizar a Metodologia do NPS (Net Promoter Score) no sistema Fluig atrelado à Pesquisa de Opinião para que seja disponibilizado a mensuração de relatório mensal com o resultado percentual da fidelização do cliente respondidas em formulário convencional (Impresso) e também por QR –Code.

- Compilar os dados das Pesquisas de Opinião utilizando a calculadora do NPS (Net Promoter Score).
- Divulgar os dados com foco prático, o que facilita que as informações coletadas atinjam rapidamente a equipe operacional, ou seja, em contato direto com o paciente / familiar.
- Armazenar os dados compilados mensalmente descrevendo as ações de melhorias propostas com o resultado da Pesquisa.
- Relacionar o perfil de clientes detratores com o objetivo de traçar ações de melhoria e atuar de maneira preventiva visando o crescimento de clientes promotores.

A Metodologia do NPS (Net Promoter Score) avaliará a experiência do paciente, acompanhante e familiar na continuidade da assistência.

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus mantém a metodologia de Pesquisa de Satisfação do Cliente avaliando os serviços oferecidos com quesitos: EXCELENTE, ÓTIMO, BOM, REGULAR e RUIM, numa média contratualizada em 90% de satisfação. Ainda, considerando o percentual em Oportunidade de Melhoria e Insatisfação.

Formulário: Exemplo de Pesquisa de Opinião Ambulatórios / Consultórios

PESQUISA DE OPINIÃO
AMBULATÓRIOS / CONSULTÓRIOS

HMTJ HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Você é: ☐ Paciente ☐ Acompanhante

Onde você marcou sua consulta: ☐ UAPS/ Posto de Saúde ☐ No próprio hospital

Dados Pessoais

Sua identificação é opcional, mas será através dela que poderemos lhe dar retorno sobre nossas ações.

Nome: _____ Telefone: (___) _____

E-mail: _____

Data de preenchimento da Pesquisa: ____/____/_____

Nome do Médico: _____ Especialidade: _____

Marque com um "X" sua Opinião

Como você classifica os seguintes itens:	Excelente	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Atendimento da Recepção	☐	☐	☐	☐	☐
Atendimento do Médico	☐	☐	☐	☐	☐
Atendimento de Enfermagem	☐	☐	☐	☐	☐
Atendimento do Acadêmico	☐	☐	☐	☐	☐
Qualidade da roupa de cama	☐	☐	☐	☐	☐
Higiene e Limpeza	☐	☐	☐	☐	☐
Estrutura e Manutenção	☐	☐	☐	☐	☐

Você considera o atendimento geral do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus como:

☐ Excelente ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim

Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus para familiares e amigos? _____

Sugestões ou comentários gerais:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Esta pesquisa deve ser depositada nas Urnas disponíveis por todo o Hospital.

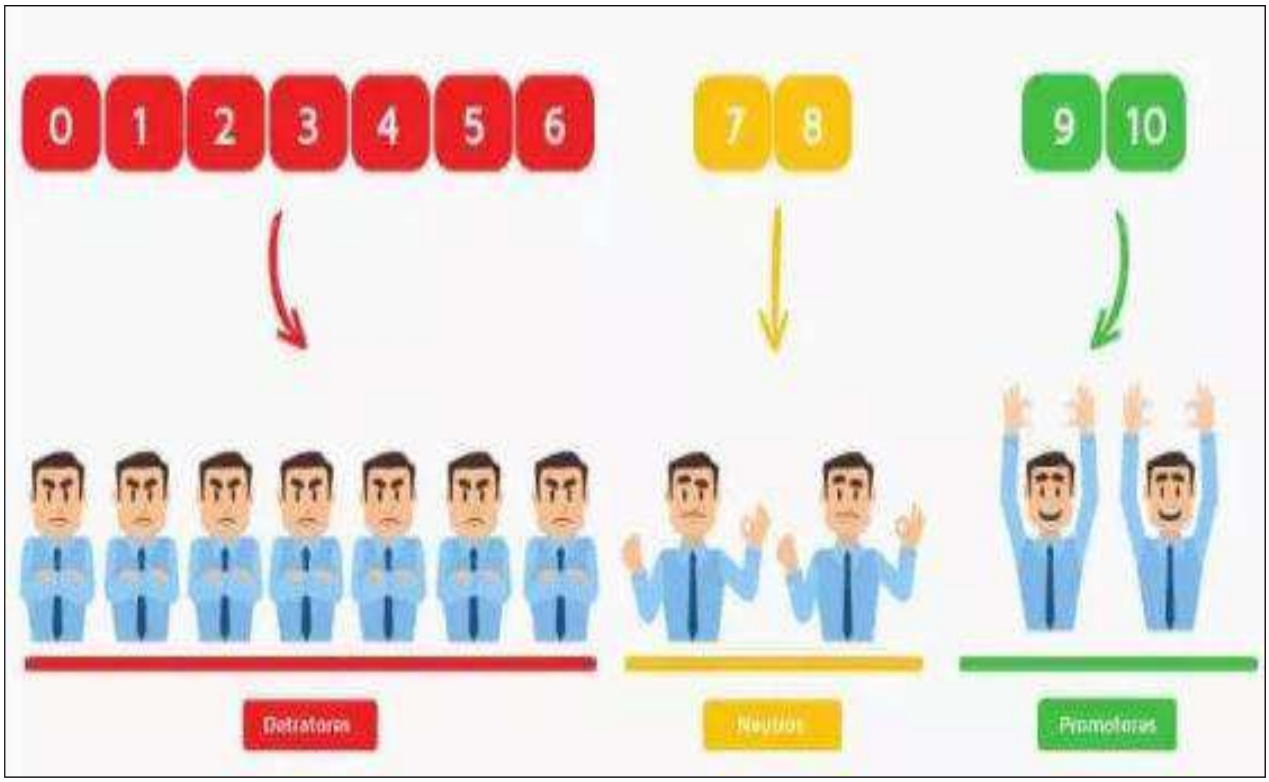
O modelo de Pesquisa de Opinião utilizada pelo HMTJ nas unidades sob sua gestão possibilita compilar a satisfação conforme padrãoconvencional de resultado percentual e também a compilação pela avaliação do NPS.

Com base nas notas de 0 a 10, os clientes serão classificados em 03 formas:

- **Notas de 0 a 06 – Clientes Detratores** – São aqueles pacientes que indicam que a suas vidas pioraram depois da experiência com o serviço do Hospital. Criticam o hospital em público e jamais voltariam a utilizar o serviço, exceto em situações extremas.

- **Notas de 07 e 08 – Clientes Neutros** – São aqueles pacientes que utilizam os serviços do hospital quando realmente necessário. Não são leais e não são entusiastas do hospital.

- **Notas de 09 a 10 – Clientes Promotores** – Passaram a ter uma vida melhor depois do atendimento / tratamento recebido no Hospital. São leais, oferecem feedbacks e são entusiasmados.



De acordo com as notas do NPS (Net Promoter Score) é possível classificar as empresas em 4 Zonas de Classificação, que em termos gerais exemplificam o quão bem a empresa está em relação a satisfação de clientes.

As zonas são:

- **Zona de Excelência – NPS entre 75 e 100**

  Empresas que atingiram esta pontuação realmente geraram grandes experiências para os seus clientes. A estratégia e o operacional conseguiram gerar uma percepção altamente positiva no consumidor, o que deve gerar boas recomendações e até um defensor da marca.

- **Zona de Qualidade – NPS entre 50 e 74**

  Os clientes nesta faixa de avaliação certamente viram vários pontos positivos durante a experiência com a empresa, porém certamente alguns pontos deixaram a desejar. É aquele típico feedback “foi tudo bem, mas/porém/não fosse…”. As empresas neste estágio normalmente precisam avaliar com calma a jornada do cliente – incluindo itens “periféricos” ao seu produto ou serviço – e entender melhor a sua persona.

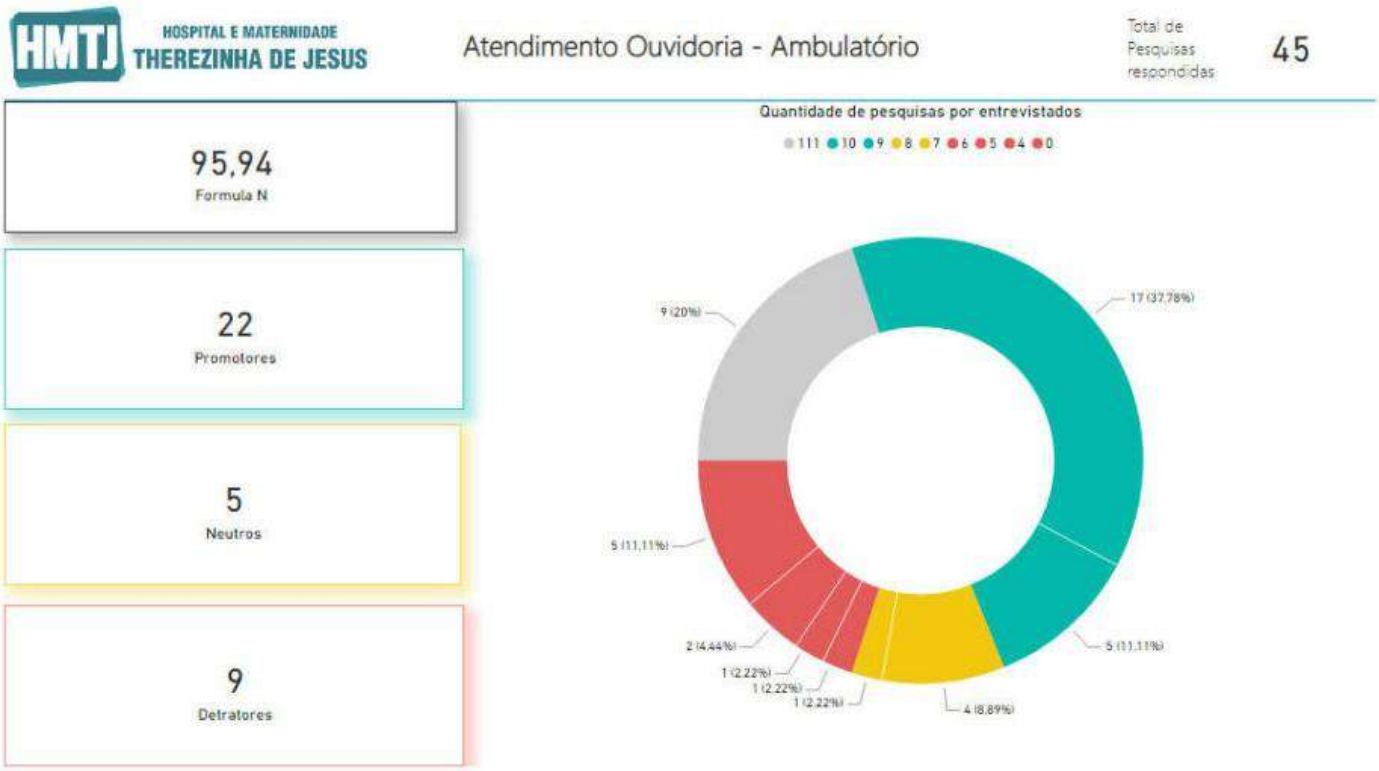
- **Zona de Aperfeiçoamento – NPS entre 0 e 49**

  Normalmente a experiência oferecida nesta faixa de NPS tem pontos importantes de ajustes. Em muitos casos, o cliente não percebeu atenção por parte da empresa com o seu caso ou sua necessidade. A ineficiência é outro ponto crítico a ser avaliado. A empresa precisa realmente ouviu os feedbacks e tomar ações como mudança de processos, treinamentos de equipe e de fato olhar para o seu cliente.

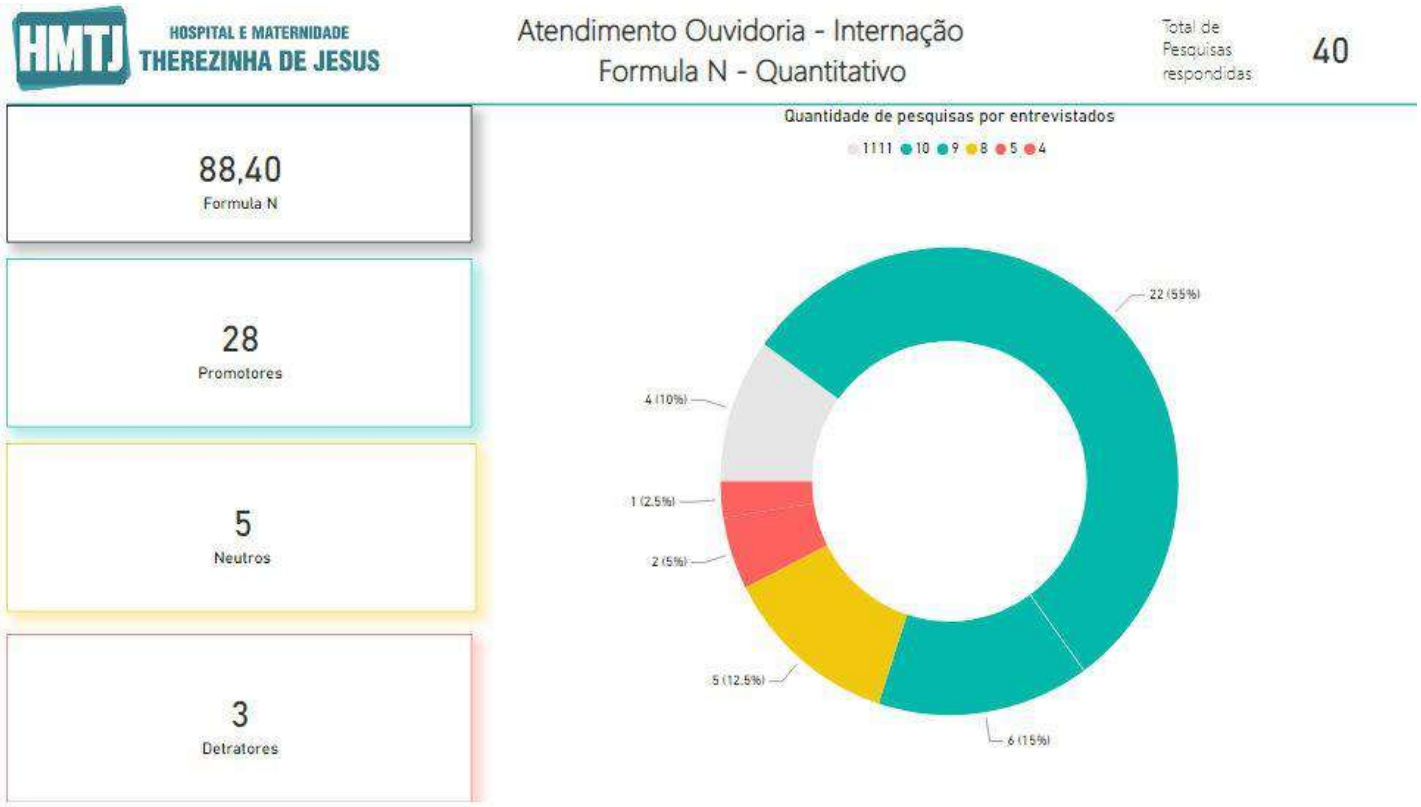
- **Zona Crítica – NPS entre -100 e -1**

  Nestes casos a experiência foi altamente frustrante para o cliente e ele certamente será o primeiro a reclamar e denegrir a imagem da instituição com outras pessoas. Uma instituição nesta classificação precisa repensar sua estratégia rapidamente, pois estará criando um grupo de opositores a sua marca. É muito comum, nesses casos, ter que adotar políticas intensas de cultura assistencial segura e qualidade no atendimento, melhorando a empatia e a comunicação.

A calculadora utilizada para medicação da fidelização é inserida no Sistema Fluig e RM TOTVS possibilitando obtenção mensal de relatório.


HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Atendimento Ouvidoria - Ambulatório
Total de Pesquisas respondidas
45
95,94
Formula N
22
Promotores
5
Neutros
9
Detratores
Quantidade de pesquisas por entrevistados
111 10 9 8 7 6 5 4 0
17 (37,78%)
9 (20%)
5 (11,11%)
5 (11,11%)
2 (4,44%)
1 (2,22%)
1 (2,22%)
1 (2,22%)
4 (8,89%)


HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Pesquisa Ambulatório - NPS
Net Promoter Score
Total de Pesquisas respondidas
45
Zona de aperfeiçoamento: Normalmente a experiência oferecida nesta faixa de NPS tem pontos importantes de ajustes. Em muitos casos, o cliente não percebeu atenção por parte da empresa com o seu caso ou sua necessidade. A ineficiência é outro ponto crítico a ser avaliado. A empresa precisa realmente ouviu os feedbacks e tomar ações como mudança de processos, treinamentos de equipe e de fato olhar para o seu cliente.
% detratores 25.00
% neutros 13.89
% promotores 61.11
36.11
0
100.00


HMTJ HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Atendimento Ouvidoria - Internação
Formula N - Quantitativo
Total de Pesquisas respondidas
40
88,40
Formula N
28
Promotores
5
Neutros
3
Detratores
Quantidade de pesquisas por entrevistados
1111 10 9 8 5 4
22 (55%)
4 (10%)
1 (2.5%)
2 (5%)
5 (12.5%)
6 (15%)


HMTJ HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Pesquisa Internação - NPS
Net Promoter Score
Total de Pesquisas respondidas
40
Zona de Qualidade:
Os clientes nesta faixa de avaliação certamente viram vários pontos positivos durante a experiência com a empresa, porém certamente alguns pontos deixaram a desejar. É aquele típico feeedback "foi tudo bem, mas/porém/não fosse...". As empresas neste estágio normalmente precisam avaliar com calma a jornada do cliente – incluindo itens "periféricos" ao seu p...
% detratores 8,33%
% neutros 13,89%
% promotores 77,78%
69,44
0,00
100,00

IV. Siglas e Definições

FLUIG – Sistema Operacional para registro de dados

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

RUE – Regulação de Urgência e Emergência

V. Anexos

Calculadora NPS (Net Promoter Score)

Planilha de Resultados Fluig / Power BI

VI. Referências

POP OUV 002 – Pesquisa de Opinião



QUALIDADE TÉCNICA



QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 200 LEITOS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O Município de Juiz de Fora (CNPJ 18.338.178/0001-02), através da Secretaria Municipal de Saúde, com endereço na Av. Brasil 2001, 2º andar, Centro, Juiz de Fora/MG, ATESTA, para os devidos fins, que o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus localizado à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, Bairro São Mateus, nesta cidade, CEP: 36.025-330, CNPJ 21.583.042/0001-72, CNES 2153084, foi fundado em 1926, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais e desempenha seu papel social há 94 anos, comprometido com fundamentos éticos e morais, contribuindo efetivamente para a diminuição do sofrimento humano, com qualidade, competência e excelência no atendimento prestado à população de Juiz de Fora e Região.

Tornou-se Hospital de Ensino através da Portaria 1120 de 12 de maio de 2011, servindo como referência para o ensino, pesquisa e extensão para os alunos do curso de saúde da Faculdade de Ciências Médicas de Juiz de Fora e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, oferecendo residência médica em várias especialidades como anestesiologia, cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia e ginecologia, medicina em família e comunidade, ortopedia e traumatologia, cardiologia, cirurgia plástica, neurologia, pediatria, radiologia e diagnóstico por imagem, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia torácica, endoscopia, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, mastologia, medicina intensiva e neonatologia.

Em 01/10/2005, com a posse da nova Diretoria, o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, empenhada em aumentar a oferta de serviços à comunidade, aumentou o número de leitos e tornou-se hospital geral, impactando positivamente o sistema de saúde local.

Com a ampliação e enquadramento como hospital geral de grande porte, passou para 290 leitos ativos, sendo 240 leitos de internação em enfermaria, 40 leitos de UTI Adulto, 08 leitos neonatal e 02 leitos de UTI Pediátrica, todos destinados ao SUS, através do Contrato de Prestação de Serviços 01.2011.162 firmado com esta municipalidade em 20/05/2011 e renovado posteriormente através dos contratos 01.2016.171, 01.2018.124, 01.2018.125, 01.2020.060 e 01.2020.163, com plena e ininterrupta vigência até a presente data, em caráter hospitalar, ambulatorial e apoio diagnóstico e terapêutico aos

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em terça-feira, 3 de setembro de 2024 16:04:39 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

usuários do SUS, de caráter eletivo e urgência/emergência, garantindo atenção integral a saúde, o qual encontra-se vigente até a presente data.

Realiza atendimento de demanda espontânea de ginecologia, obstetrícia, AVC, sendo referência de internação e ambulatorial à população de Juiz de Fora e macrorregião sudeste.

Em 13/4/2023 Inaugurou o PAI – Pronto atendimento Infantil, garantindo desde então atendimento 24 horas, uma equipe qualificada com apoio e diagnósticos 24 horas, leitos de retaguarda clínicos, cirúrgicos e de UTI.

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus é habilitado para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica e Adulto, Cardiologia Intervencionista (hemodinâmica) através da Portaria SAS MS Nº 291 de 08/04/2014, em Cirurgia Bariátrica, Traumato-Ortopedia e Oftalmologia e é Centro de Referência em Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Por ser verdade, atestamos que a referida instituição cumpre com o contrato até a presente data, prestando contas regularmente, não havendo nada que desabone sua conduta.

Juiz de Fora, 30 de agosto de 2024

Alfeu Gomes de Oliveira Júnior
Secretário de Saúde

Alfeu Gomes Oliveira Jr.
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 3 de setembro de 2024 16:04:39 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 05/09/2024

CNES: 2153084 Nome Fantasia: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS CNPJ: 21.583.042/0001-72

Nome Empresarial: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

Logradouro: RUA DR DIRCEU DE ANDRADE Número: 33 Complemento: --

Bairro: SAO MATEUS Município: 313670 - JUIZ DE FORA UF: MG

CEP: 36025-330 Telefone: (32)4009-2277 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 0005

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: IGOR VITOI CANGUSSU

Cadastrado em: 17/04/2002 Atualização na base local: 22/08/2024 Última atualização Nacional: 23/08/2024

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
HOSPITAL DE ENSINO	3999 - ASSOCIACAO PRIVADA

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 009 - INTERNACAO

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL

Classificação Estabelecimento Saúde

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	3
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	3	0
AMBULATORIAL		
CLINICAS ESPECIALIZADAS	34	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	30	0
LEITOS RN NORMAL	5	0
LEITOS RN PATOLOGICO	2	6
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE CIRURGIA	6	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURETAGEM	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	0

SALA DE PRE-PARTO	10	10
SALA DE RECUPERACAO	2	11

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	TERCEIRIZADO
BANCO DE LEITE	TERCEIRIZADO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO E TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO E TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

107	ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
169	ATENCAO EM UROLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
151	MEDICINA NUCLEAR	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
135	REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
135	REABILITACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
127	SERVICO DE ATENCAO A OBESIDADE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
116	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
105	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
117	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
119	SERVICO DE CONTROLE DE TABAGISMO	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO E TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
133	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
ETICA MEDICA
FARMACIA E TERAPEUTICA

APROPRIACAO DE CUSTOS
NOTIFICACAO DE DOENCAS
REVISAO DE PRONTUARIOS
NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE
INVESTIGACAO EPIDEMIOLOGICA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
119 - 001	SERVICO DE CONTROLE DE TABAGISMO	ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 006	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	ACOMP A PACIENTES DIAGNOSTICO DEFICIENCIA DE BIOTINIDASE	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 005	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	ACOMP A PACIENTES DIAGNOSTICO HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 008	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	ANGIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 011	REABILITACAO	ATENCAO FISIOTERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 010	REABILITACAO	ATENCAO FONOAUDIOLOGICA	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 007	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	ATENDIMENTO A PESSOA COM DEFICIENCIA	NÃO	NAO INFORMADO

140 - 005	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 007	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 005	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (HEMODINAMICA)	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 006	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 003	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA CARDIOVASCULAR (PEDIATRICO)	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA ORAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 002	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	COLUNA E NERVOS PERIFERICOS	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 003	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	AMBOS	2153513
133 - 002	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM PNEUMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	SIM	2153866
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 001	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	ELETROFISIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETRONEUROMIOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME VIDEOELETROENCEFALOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	2153556
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	3154920
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	2153556
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	3154920
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	SIM	3154920
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	3154920
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	3154920
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	3154920
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	3154920
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	3154920
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	3154920
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	3154920
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	3154920
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	3154920
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 006	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	INVESTIGACAO E CIRURGIA DE EPILEPSIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NAO INFORMADO
169 - 002	ATENCAO EM UROLOGIA	LITOTRIPSIA	SIM	7194889
151 - 001	MEDICINA NUCLEAR	MEDICINA NUCLEAR IN VIVO	SIM	2153572
151 - 001	MEDICINA NUCLEAR	MEDICINA NUCLEAR IN VIVO	SIM	6821901
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

105 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 008	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTAXICA	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 004	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 002	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE GESTAO DO CUIDADO (NGC)	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 004	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 009	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	POLISSONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	SIM	2153513
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 005	REABILITACAO	REABILITACAO AUDITIVA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 003	REABILITACAO	REABILITACAO FISICA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 002	REABILITACAO	REABILITACAO INTELECTUAL	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 003	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 002	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIATRICA(ATE 21 ANOS)	NÃO	NAO INFORMADO

122 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE DE HOLTER	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE ERGOMETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
127 - 001	SERVICO DE ATENCAO A OBESIDADE	TRAT. CLINICO CIRUR. REPARADOR E ACOMP PACIENTE C/ OBESIDADE	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 001	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE	SIM	2109190
130 - 001	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 005	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-PERITONEAL	SIM	2109190
130 - 005	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-PERITONEAL	NÃO	NAO INFORMADO
117 - 002	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	TRATAMENTO EM QUEIMADOS	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 007	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TRATAMENTO ENDOVASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 004	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TRATAMENTO NEUROCIRURGICO DA DOR FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 006	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO PRE DIALITICO	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 006	ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 003	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TUMORES DO SISTEMA NERVOSO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL GERAL	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS
NÃO

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA			
EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS POR PRODUTO DE DISTORCAO	1	1	SIM
EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES	1	1	SIM
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFALICO AUTOMATICO	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X Dentario	2	2	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	2	2	SIM
Ressonancia Magnetica	1	1	SIM
Tomógrafo Computadorizado	2	2	SIM
Ultrassom Doppler Colorido	3	3	SIM
Ultrassom Ecografo	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
CAMARA FRIGORIFICA	1	1	SIM
Grupo Gerador	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA			

Amalgamador	1	1	SIM
Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	6	6	SIM
Caneta de Alta Rotacao	31	31	SIM
Caneta de Baixa Rotacao	31	31	SIM
Compressor Odontologico	1	1	SIM
Equipo Odontologico	30	30	SIM
Fotopolimerizador	30	26	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	11	11	SIM
Bomba de Infusao	290	290	SIM
Desfibrilador	15	15	SIM
Equipamento de Fototerapia	16	16	SIM
Incubadora	18	16	SIM
Marcapasso Temporario	6	6	SIM
Monitor de ECG	80	80	SIM
Monitor de Pressao Invasivo	29	29	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	80	80	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	120	120	SIM
Respirador/Ventilador	45	45	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	5	5	SIM

Eletroencefalografo	3	3	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Endoscopio Digestivo	8	8	SIM
Endoscopio das Vias Respiratorias	1	1	SIM
Endoscopio das Vias Urinarias	1	1	SIM
Laparoscopio/Vídeo	4	4	SIM
OFTALMOSCOPIO	3	3	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Equipamento para Hemodialise	44	44	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Caracterização de serviço de diálise

Salas Hemodiálise	Salas de Reuso	Máquinas Hemodiálise	Tratamento D'água

Caracterização de serviço de diálise

Salas Hemodiálise	Salas de Reuso	Máquinas Hemodiálise	Tratamento D'água
HBsAg+ = 1	HBsAg+ = 0	Proporção = 35	(X) Filtro de areia
HBsAg- = 1	HBsAg- = 1	Outras = 0	(X) Filtro de carvão
DPI = 0	HCV+ = 0	-	(X) Abrandador
DPAC = 1	-	-	( ) Deoinizador
-	-	-	(X) Maq. de Osmose Reversa
-	-	-	( ) Outros

Serviço de referência e manutenção

Serviço	Razão Social	CNPJ	Município
LABORATORIO PARA ANALISE DE AGUA	HEMO SISTEMAS MANUTENCOES E SERVICOS LTDA	00952236000128	JUIZ DE FORA

Formalização

Diretor responsável	CPF
MARCO ANTONIO GUIMARÃES DE ALMEIDA	48539996634
Nefrologista responsável	**CPF**
MIRIAM HELENA PIAZZI ROCHA	23617551653

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

NÚMERO DE SALAS - COLETA

Recepção / cadastro	Triagem hematológica	Triagem clínica	Coleta	Aférese

NÚMERO DE SALAS - PROCESSAMENTO

Processamento	Pré-estoque	Estoque	Distribuição

NÚMERO DE SALAS - LABORATÓRIO

Sorologia	Imuno Hemematologia	Pre. transfusionais	Hemostasia	Controle de qualidade	Biologia molecular	Imuno fenotipagem

NÚMERO DE SALAS - ATENDIMENTO

Transfusão	Seguimento do doador
	null

EQUIPAMENTOS - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Cadeiras recicláveis	Centrífugas	Refr. para guarda	Congelador rápido	Extrator automático de	Freezer	Freezer	Agitador de
		1					null

Seladoras	Irradiador	Aglutinoscópio	Maq.de Aférese	Refr. p/guarda de	Refr. p/guarda de amostra	Cap.fluxo laminar
null		1		1	1	

Serviço de referência e manutenção

Serviço	Razão Social	CNPJ	Município
HEMOCENTRO COORDENADOR	FUNDACAO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE MG	26388330000190	BELO HORIZONTE
HEMOCENTRO REGIONAL	FUNDACAO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE MG	26388330000432	JUIZ DE FORA

Formalização

Médico hemoterapeuta responsável	CPF
THIAGO DOS SANTOS FERREIRA	06030786644
Médico hematologista responsável	CPF
THIAGO DOS SANTOS FERREIRA	06030786644
Responsável técnico / sorologista	CPF
Não informado	
Médico capacitado responsável	CPF
THIAGO DOS SANTOS FERREIRA	06030786644

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU	2	0
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	7	0
UTI ADULTO - TIPO II	40	40
UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	10	10

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI NEONATAL - TIPO II	8	8
UTI PEDIATRICA - TIPO II	10	2
ESPEC - CIRURGICO		
CARDIOLOGIA	3	3
CIRURGIA GERAL	29	29
GINECOLOGIA	10	10
NEUROCIRURGIA	4	4
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	12	12
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	92	92
NEUROLOGIA	30	30
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	30	30
OBSTETRICIA CLINICA	5	5
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	5	5
PEDIATRIA CLINICA	15	15

Mantenedora

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Equipes

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Residência Terapêutica

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Gerência/Administração Terceiro/Interveniente

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA
DIÁRIO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA
ATOS DO GOVERNO DO PODER EXECUTIVO

Publicado em: 07/10/2022 às 00:01

SS – EXTRATO DE CONVÊNIO N.º 08.2022.032 – PROCESSO ELETRÔNICO N.º 13.365/22 – CONSTITUIÇÃO FEDERAL, art. 196 a 200 e LEI N.º 8.080/90 – CONVENENTES: Município de Juiz de Fora e Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus – OBJETO: Inserir e integrar o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus na Rede de Atenção à Saúde do Município de Juiz de Fora/MG – VALOR GLOBAL ANUAL: R$ 74.883.406,11 (setenta e quatro milhões oitocentos e oitenta e três mil quatrocentos e seis reais e onze centavos) – A PARTIR: 04.10.22 – VIGÊNCIA: 12 meses.

Fechar

Nº 08.2022.032

CONVÊNIO ____/2022 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, COM INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE/SS, DE UM LADO E, DE OUTRO, HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS (HMTJ).

O **MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o n° 18.338.178/0001-02, com sede na Av. Brasil, n° 2001, neste ato representado por sua **Prefeita Maria Margarida Martins Salomão**, brasileira, portadora da cédula de identidade M- .387404 SSP/MG e inscrita no CPF sob o nº 135.210.396-68, com a interveniência da Secretaria Municipal de Saúde, através do **Secretário Ivan Charles Fonseca Chebli**, brasileiro, portador da cédula de identidade M-2.57611 SSP/MG e inscrito no CPF sob o nº 536.396.776-68, doravante denominado **CONVENENTE**, e o **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS (HMTJ)**, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, CNES: 2153084, situado na rua Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, CEP 36025-330, Juiz de Fora/MG, representado neste ato por Marco Antônio Guimarães de Almeida, RG nº M3.040.499 SSP/MG, inscrito junto ao CPF nº 485.399.966-34 doravante denominado **CONVENIADO**, RESOLVEM celebrar o presente **CONVÊNIO**, com base nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal e nas disposições constantes nas Leis n. 8.080/90, em consonância com a Portaria de Consolidação MS/GM nº 2/2017, especificamente seu Anexo XXIV (que estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar/PNHOSP) e Anexo 2 do mesmo Anexo XXIV (que estabelece as Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS), assim como nas demais legislações correlatas, o fazendo mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 O presente Convênio tem por objeto inserir e integrar o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus na Rede de Atenção à Saúde do município de Juiz de Fora/MG, definindo responsabilidades das partes e estabelecendo metas quantitativas e qualitativas do processo de assistência à saúde, de gestão, de ensino e pesquisa e avaliação, em sintonia com as necessidades de saúde da população, com as políticas públicas de saúde para a atenção hospitalar, e com os princípios e diretrizes do SUS.

1.2 Os serviços ora conveniados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme Plano de Saúde do CONCEDENTE, com vistas à sua descentralização, e serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FINALIDADE

2.1. O presente Convênio tem por finalidade a garantia da atenção integral à saúde, definindo o papel dessa unidade no sistema municipal e estadual de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em função das necessidades de saúde da população, determinando as metas quantitativas e qualitativas e assistenciais a serem cumpridas; o volume de prestação de serviços; o grau de envolvimento do hospital na rede municipal de referência; a humanização do atendimento; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

população e outros fatores que tornem o hospital um efetivo instrumento na garantia de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2. O presente Convênio tem ainda por finalidade garantir a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade, garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção, universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências; humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso; regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO DOCUMENTO DESCRITIVO

3.1 Para execução do presente CONVÊNIO, as partes devem formalizar um Documento Descritivo, com vigência de 12 (doze) meses, devendo ser renovado após o período de validade, podendo ser alterado a qualquer tempo, desde que acordado entre as partes e mediante a publicação em diário oficial.

§1º O processo de renovação do Documento Descritivo deve ser iniciado com antecedência mínima de 90 (noventa) dias em relação ao término de sua vigência, para pactuação entre as partes.

§2º Findo o prazo de 12 meses e não tendo sido pactuado novo Documento Descritivo, prevalecerão, para fins de pagamento ao HMTJ, as metas e os valores acordados no último Documento Descritivo firmado, até que haja nova pactuação.

§3º Deverão as partes deste CONVÊNIO, pactuar e implantar as alterações necessárias no Documento Descritivo, sempre que a variação no cumprimento das metas quantitativas e qualitativas impactarem para mais, ou para menos, nos valores citados nas cláusulas nona e décima deste convênio, considerando ainda a disponibilidade orçamentária e financeira dos gestores do SUS.

3.2 O Documento Descritivo deverá conter:

I. A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no presente instrumento formal de contratualização;
II. As ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa e avaliação, a serem prestados pelo hospital;
III. As metas quantitativas e qualitativas relativas à prestação das ações e serviços contratados;
IV. Os indicadores, parâmetros e metodologia para avaliação das metas, assim como os percentuais de repasses de recursos financeiros que estiverem vinculados ao cumprimento de metas; e
V. Os recursos financeiros, mensal e anual, e respectivas fontes envolvidas na contratualização.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES GERAIS

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

4.1. A execução do presente CONVÊNIO, as partes deverão observar as seguintes condições gerais:

I. Os serviços e atividades pactuados e formalizados no presente instrumento serão especificados no Documento Descritivo, parte integrante e indissociável deste convênio, por meio de ações e metas qualitativas e quantitativas relativas à Assistência à Saúde, Gestão, Ensino e Pesquisa e Avaliação;
II. O monitoramento e avaliação deste Convênio deverão ser realizados, de maneira sistemática, pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) e pelas instâncias de Regulação, controle e avaliação das esferas de gestão do SUS;
III. A inserção do hospital nas redes temáticas de atenção à saúde, prioritárias do SUS, deverá ocorrer de acordo como perfil assistencial do hospital, as necessidades de saúde da população e a pactuação com a gestão do SUS, cujas metas estarão contempladas no Documento Descritivo deste Convênio;
IV. O acesso às ações e serviços de saúde deverá ser organizado em consonância com a regionalização e com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), respeitadas as pactuações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e da Comissão Intergestores Regional (CIR);
V. A seleção e padronização de medicamentos, indicados para o tratamento de doenças ou agravos no âmbito do SUS, deverá observar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e demais regramentos correlatos;
VI. A utilização de órteses, próteses e materiais especiais deve estar consonante com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, considerando as metas pactuadas neste Convênio;
VII. O modelo de atenção à saúde, no âmbito da assistência hospitalar, deverá ser centrado no cuidado ao usuário, de forma horizontalizada, multiprofissional e interdisciplinar, organizada por linhas de cuidado e considerando as necessidades de saúde da população;
VIII. O acesso à assistência hospitalar e ambulatorial deverá ser realizado de forma regulada, utilizando-se de protocolos, assegurando equidade e transparência, priorizado por meio de critérios que avalie riscos e vulnerabilidades, em consonância com a Política Nacional de Regulação do SUS;
IX. A continuidade do cuidado deverá ser garantida por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), da implementação de mecanismos que assegurem a alta regulada, respeitadas as pactuações com o gestor do SUS;
X. Poderão ser pactuados mecanismos que visem a inserção de alunos e profissionais de saúde do hospital na rede de atenção à saúde, com vistas ao desenvolvimento de atividades de formação profissional, ensino e pesquisa; e
XI. Caso existam atividades de atenção básica realizadas pelo hospital, as mesmas, deverão ser transferidas gradualmente para as Unidades Básicas de Saúde mediante pactuação com a SS/PJF.

CLÁUSULA QUINTA – DAS RESPONSABILIDADES DO CONVENIADO

5.1 O CONVENIADO se responsabilizará pela execução dos serviços descritos no Documento Descritivo que faz parte integrante deste Instrumento.

§1º As eventuais mudanças de endereço do estabelecimento do CONVENENTE e/ou substituição do Diretor Clínico (ou Técnico) e do responsável pelos serviços auxiliares, de diagnóstico e terapia, deverão ser imediatamente comunicadas ao CONVENENTE, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo a mesma rever as condições deste Instrumento e até mesmo rescindi-lo, conforme o disposto nas cláusulas abaixo.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

§2º O Documento Descritivo contém as metas quantitativas, financeiras e qualitativas anuídas e assumidas pelo CONVENIADO, relativas ao período de 12 meses, com início a partir da assinatura do Convênio.

§3º Garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos previstos no SIGTAP necessários à complexidade dos casos;

§4º Garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

§5º Submissão à auditoria do Gestor Local do SUS; e

§6º Regulação integral pelas Centrais de Regulação conforme pactuação no Documento Descritivo.

5.2. No **eixo da Assistência**, são responsabilidades do HMTJ:
I. Cumprir os compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência;
II. Cumprir os requisitos assistenciais, em caso de ações e serviços de saúde de alta complexidade e determinações de demais atos normativos;
III. Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores;
IV. Manter o serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco;
V. Realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização;
VI. Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP;
VII. Implantar e/ou implementar as ações previstas na Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações:
a) implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente;
b) elaboração de planos para Segurança do Paciente; e
c) implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente;
VIII. Implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);
IX. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;
X. Garantir a igualdade de acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratualizados em caso de oferta simultânea com financiamento privado;
XI. Garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Documento Descritivo de que trata o inciso II do art. 23;
XII. Promover a visita ampliada para os usuários internados;
XIII. Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas;
XIV. Prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena;
XV. Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;
XVI. Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica; e
XVII. Disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

XVIII. O CONVENIADO facilitará à CONVENENTE o acompanhamento e a fiscalização permanente do serviço e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da CONVENENTE, designados para tal.
XIX. Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
XX. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, sem autorização da Comissão de Ética em Pesquisa, devidamente registrada no Ministério da Saúde;
XXI. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;
XXII. Afixar aviso, em local visível, em todas as entradas de público externas ou salas de espera de atendimento aos pacientes do SUS, informando acerca de sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
XXIII. Justificar à SS/SUS-JF, ao paciente ou seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste Convênio;
XXIV. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
XXV. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
XXVI. Garantir a confidencialidade e confiabilidade dos dados e informações dos pacientes;
XXVII. Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente, respeitada a crença religiosa dos mesmos;
XXVIII. Manter em funcionamento os comitês de investigação de óbitos.
XXIX. Estabelecer normas e rotinas institucionalizadas para todos os serviços prestados;
XXX. Instituir protocolos de tratamento ambulatorial e hospitalar, observados os protocolos já instituídos pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e SS/ Juiz de Fora;
XXXI. Instituir padronização de materiais médico-hospitalares;
XXXII. Manter os programas de avaliação de qualidade hospitalares instituídos pelas normas do Ministério da Saúde;
XXXIII. Participar de Programas, Pesquisas e Ações Estratégicas propostos pelo Ministério da Educação, Ministério da Saúde;
XXXIV. Proceder à atualização de dados junto ao Sistema Nacional de Agravo de Notificação (SINAN) em articulação com o Serviço de Vigilância Epidemiológica da SS/JF, informando os eventos de Notificação Compulsória ou Agravos à saúde considerados relevantes pelas Normas da SS/SUS-JF, com registro e envio dentro da periodicidade definida pela SS/-JF;
XXXV. Os serviços médicos, a assistência e os atendimentos serão prestados por profissionais do Hospital. Para efeitos deste Convênio, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento do Hospital:
a) o membro do seu Corpo Clínico;
b) o profissional que tenha vínculo com o próprio Hospital;
c) o profissional autônomo que, de forma eventual ou permanente, preste formalmente serviços para o Hospital, ou por este autorizado e formalmente cadastrado como terceiro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde/CNES.
Equipara-se ao profissional autônomo, definido no item III acima mencionado, a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde;
XXXVI. Responsabilizar-se pela contratação de pessoal para execução dos serviços referidos neste Convênio, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo ou de prestação de serviços, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município e/ou para o Gestor Municipal, apresentando os respectivos comprovantes de recolhimento dos referidos encargos sempre que solicitado;

Assinado por 1 pessoa: MARCONI FARIA DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

XXXVII. É de responsabilidade exclusiva e integral do Hospital manter em dia o pagamento dos serviços terceirizados a ele vinculados, bem como os demais encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo ou de prestação de serviços, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município e/ou para o Gestor Municipal, apresentando os respectivos comprovantes sempre que solicitado;
XXXVIII. Os casos que demandarem a utilização de equipamentos que porventura venham a apresentar defeito técnico ou que necessitem de intervalos de uso para a manutenção ou substituição, bem como a ausência temporária de profissionais, serão comunicados à Comissão de Acompanhamento do convênio com as propostas de solução visando a não interrupção da assistência, no prazo máximo de até 72 horas;
XXXIX. Disponibilizar todos os serviços das unidades de saúde constantes nos Planos Operativos Ambulatorial e Hospitalar nas Centrais de Regulação Municipal e Microrregional, dentro das normas vigentes e acordadas com a SS-JF.
XL. Cumprir o Documento Descritivo;
L. Garantir o atendimento dos serviços de urgência e emergência, independente do limite pactuado constante do Documento Descritivo;
LI. Buscar desenvolver metodologia de garantia de qualidade e segurança na assistência à saúde visando a redução de eventos indesejados nos usuários do SUS;
LII. Garantir comunicação em tempo real (imediatamente) de 100% das altas, visando a correta avaliação referente a data de emissão da AIH e alta;
LIII. Fornecer todas as agendas correspondentes ao período de vigência do convênio, garantindo o agendamento pleno da oferta de serviço contratado;
LIV. Responder o Sus Fácil, pendências e reservas de leitos na agilidade exigida pelo sistema de 30 e 60 minutos e de acordo com Deliberação CIB/SUS MG vigente;
LV. Atualização diária e em tempo real (imediatamente) da grade de leitos na Central de Regulação de Leitos da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora;
LVI. Estabelecer e implantar protocolos de classificação de risco, clínico, e de procedimentos administrativos no hospital;
LVII- Estar articulado com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, Unidades de Pronto Atendimento – UPA e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados através das Centrais de Regulação regional;
LVIII. Possuir equipe multiprofissional compatível com seu porte, de forma horizontal;
LVIX. Implantar mecanismos de gestão da clínica, com equipe de referência para responsabilização e acompanhamento de caso e de média de permanência, com prontuário único multidisciplinar;
LX. Garantir o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes;
LXI. A qualquer tempo, o município poderá fiscalizar e solicitar as comprovações de que os funcionários da empresa possuem situação regular perante o INSS, FGTS e CRM e que atendam aos requisitos deste instrumento;
LXII. O município, sempre que julgar oportuno, fará avaliações da qualidade dos serviços prestados, seja em relação ao atendimento aos pacientes, ao acatamento às orientações da fiscalização e ao trato com os funcionários do SUS;
LXIII. É obrigatório que o hospital tenha prontuário dos pacientes atendidos, onde devem ser anotados os dados dos pacientes pessoais e clínicos de acordo com a legislação;
LXIV. Reavaliar os pacientes sempre que houver diagnóstico duvidoso pelos médicos das redes de saúde da Secretaria de Saúde;
LXV. Compete, ainda à CONVENIADO, sem ônus adicional para o Município, quanto ao pessoal:
a) Tratar os usuários do SUS, funcionários da Prefeitura, representantes dos Conselhos de Saúde e Ouvidoria com zelo e distinção;
b) Cumprir todas as normas legais e regulamentares de Medicina e Segurança do Trabalho,

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

incluindo o uso dos equipamentos de segurança por seus empregados; implementando uma estrutura organizacional de modo a facilitar o desenvolvimento de uma cultura de segurança;
c) Cumprir todas as normas legais e regulamentares de Medicina e Segurança do Trabalho, incluindo o uso de equipamentos de segurança por funcionários e usuários, quando necessário;
d) Compelir os funcionários a se apresentarem uniformizados e identificados, de acordo com as respectivas funções.
e) Permitir a colocação de urna em dependência da unidade a ser escolhida pela Secretaria de Saúde, para recebimento de questionário de avaliação dos serviços (elogios, queixas ou reclamações) que será preenchido pelo usuário do SUS.

5.3. No **eixo da Gestão**, são responsabilidades do HMTJ:
I. Cumprir as metas e compromissos estabelecidos no Documento Descritivo, parte integrante deste Convênio, colocando à disposição do gestor público da saúde, para regulação, a capacidade instalada contratualizada;
II. Informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para seu fiel cumprimento;
III. Disponibilizar as ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor, observando a pactuação da oferta para consumo interno;
IV. Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados;
V. Dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequada ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores;
VI. Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS;
VII. Disponibilizar brinquedoteca e oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local (Lei nº 1104 de 21 de março de 2005);
VIII. Dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;
IX. Garantir o funcionamento das Comissões Técnicas Assessoras, conforme as legislações vigentes;
X. Participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC);
XI. Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;
XII. Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores;
XIII. Estabelecer critérios e procedimentos para a incorporação de tecnologias em saúde, observadas as recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e as pactuações da CIB e/ou CIR;
XIV. Registrar e apresentar, de forma regular e sistemática, a totalidade dos dados de produção do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ou outros sistemas de informação de produção de serviços, ou de monitoramento hospitalar, que venham a ser implementados no âmbito do SUS;
XV. Disponibilizar os dados e informações para o gestor local e atualizar os sistemas nacionais de informação em saúde, de alimentação obrigatória, tais como: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), conforme fluxo e periodicidade definidos pela SS/PJF;
XVI. Alimentar e atualizar o Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), incluindo o cadastramento dos profissionais de saúde que atuam no hospital, e enviar para SS/PJF as informações registradas no Sistema;
XVII. Alimentar o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e/ou sistema relacionado às atividades de regulação adotado pela SS/PJF;
XVIII. Garantir a integração do HMTJ com o SAMU e as Unidades de Pronto Atendimentos;
XIX. Comunicar à SS/PJF a existência de equipamentos com defeito e/ou que necessitem de interrupção temporária de utilização, bem como ausência temporária de profissionais ou

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

redução de insumos, necessidade de adequação da estrutura para o atendimento de normas sanitárias ou ampliação de serviços, com as respectivas propostas de solução, que deverão ser pactuadas com SS/PJF, visando a não interrupção da assistência;
XX. No âmbito do controle social, participação do Hospital nas reuniões do CMS;
XXI. Participar de fóruns, comitês, câmaras técnicas e demais espaços de gestão instituídos e pactuados com o gestor local do SUS;
XXII. Utilizar os Sistemas e Aplicativos de Saúdes disponibilizadas pela União, Estado e Município com o objetivo de apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas do hospital, com vistas à melhoria do seu processo de gestão;
XXIII. A continuidade do cuidado deverá ser garantida por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), mediante a contrarreferência para a Atenção Primária, com as linhas de cuidados definidas, cumprindo os fluxos regulatórios de referência e contrarreferência, conforme Cláusula IV, item V; e
XXIV. Reduzir o tempo médio de permanência, mediante articulação com o Departamento de Internação Domiciliar – DID/SSUE/SS/PJF.

5.4. No **eixo do Ensino e Pesquisa**, são responsabilidades do HMTJ:
I. Ser campo de prática de ensino e pesquisa em saúde, em conformidade com os requisitos de certificação do HMTJ como Hospital de Ensino, e considerando o art. 207 da Constituição Federal que dispõe sobre a autonomia universitária;
II. Garantir a formação e qualificação dos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional, em conformidade com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e pactuações com o gestor da saúde;
III. Garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário;
IV. Desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída; e
V. Compartilhar os resultados obtidos em pesquisas institucionais com trabalhadores, usuários e a comunidade científica em geral.

5.5. No **eixo da Avaliação**, são responsabilidades do HMTJ:
I. Monitorar e avaliar o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas e a resolutividade das ações e serviços de saúde por meio de indicadores estabelecidos no Documento Descritivo;
II. Realizar avaliação da satisfação dos usuários e dos seus acompanhantes;
III. Realizar avaliação da satisfação dos profissionais do hospital;
IV. Participar de processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;
V. Realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos;
VI. Monitorar a execução orçamentária e financeira e produção assistencial, conforme previsto no instrumento formal de contratualização; e
VII. Monitorar e avaliar os compromissos e indicadores previstos em portarias específicas das Redes temáticas de Atenção à Saúde, conforme a inserção do Hospital em cada rede.

CLÁUSULA SEXTA – DAS RESPONSABILIDADES DO CONVENENTE

6.1. Compete ao Município de Juiz de Fora, com a interveniência da Secretaria de Saúde:
I. exercer regulação, o controle e avaliação e auditoria dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados na unidade de saúde;
II. monitorar, supervisionar, fiscalizar, auditar, avaliar e orientar as ações relativas à execução deste Convênio e os serviços pactuados nas unidades de saúde constante no Documento Descritivo;

Assinado por 1 pessoa: MARCO TULIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

III. processar toda a produção de serviços do prestador no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e no Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em substituição ou complementar a estes;
IV. encaminhar os atendimentos hospitalares, incluindo as cirurgias eletivas, através das Centrais de Regulação Municipal,
V. apresentar relatórios mensais das glosas técnicas e administrativas dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, com o respectivo desconto na produção apresentada;
VI. garantir os repasses dos recursos financeiros necessários à execução deste Convênio, uma vez tendo sido os mesmos enviados tempestivamente pelo Governo Federal, obedecendo a legislação que os regulamenta.
VII. analisar e aprovar a Prestação de Contas dos recursos financeiros deste Convênio;
VIII. responsabilizar-se pela publicação deste Convênio e de quaisquer atos deles decorrentes;
IX. O CONVENENTE acompanhará a execução do presente termo, avaliando o estabelecimento executor através do Órgão Competente da Secretaria de Saúde, utilizando-se de procedimentos de supervisão indireta ou local, observando o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Instrumento, e de quaisquer outros dados pertinentes ao controle e avaliação dos serviços prestados e sob critérios definidos em normatização complementar, e, ainda, em casos específicos, determinar auditoria especializada;
X. Avaliação permanente da estrutura e equipe dos serviços habilitados para prestar este tipo de atendimento;
XI. Avaliação da compatibilidade entre a estrutura e equipe autorizadas a prestar os serviços e a respectiva produção;
XII. Avaliação da qualidade dos serviços prestados, conforme Documento Descritivo;
XIII. Acompanhar, supervisionar, orientar e fiscalizar as ações relativas à execução deste convênio pela Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora.
XIV. Definir as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil assistencial, capacidade operacional do hospital e as necessidades epidemiológicas e sociodemográficas da população de referência, conforme pactuação na CIB e CIR, bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas.
XV. Financiar as ações e serviços contratualizados, consideradas as especificidades do perfil assistencial e de formação do HMTJ, com vistas à sua sustentabilidade.
XVI. Articular com as demais esferas de governo o financiamento das ações e serviços de saúde contratualizados.
XVII. Estabelecer os fluxos de referência e contrarreferência (alta regulada) de abrangência municipal, regional e estadual, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR.
XVIII. Estabelecer os protocolos para a regulação de acesso às ações e serviços hospitalares, com definição de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades, da grade de referência e contrarreferência aos demais pontos de atenção, com respectivas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar.
XIX. Regular o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação.
XX. Controlar, avaliar, monitorar e auditar, quando couber, as ações e serviços de saúde contratualizados, bem como, acompanhar o alcance das metas qualitativas e quantitativas pactuadas.
XXI. Instituir e garantir o funcionamento regular e adequado da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC).

CLÁUSULA SÉTIMA - DO ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO

7.1. A execução deste CONVÊNIO será monitorada e avaliada pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), podendo contar eventualmente com outros

Assinado por 1 pessoa: MARCONI BARBOSA DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

órgãos e setores competentes da gestão do SUS, mediante análise de documentos, de dados produzidos pelo HMTJ e registrados nos sistemas nacionais de informação, bem como por supervisão *in loco*, observando o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Convênio.

§1º A CAC será instituída mediante ato do CONVENENTE, no prazo de 30 (trinta) dias após a assinatura deste Convênio, com publicação no Diário Oficial do CONVENENTE ou publicação equivalente, sendo a sua composição mínima:
I. 02 (dois) representantes da SS/PJF (mais 02 (dois) suplentes);
II. 02 (dois) representantes da direção do HMTJ (mais 02 (dois) suplentes); e
III. 01 (um) representante do Conselho Municipal de Saúde (mais 01 (um) suplentes).

§2º A CAC deverá reunir-se ordinariamente a cada quatro meses e extraordinariamente sempre que necessário, com as seguintes atribuições mínimas:
I. Monitorar e avaliar o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas constantes no Documento Descritivo, e manifestar-se formalmente quanto ao seu cumprimento;
II. Utilizar-se da informação de capacidade instalada e operacional do hospital no processo avaliativo de execução das metas; e
III. Propor readequações das metas pactuadas, dos recursos financeiros e outras que se fizerem necessárias nas cláusulas contratuais, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores para a avaliação qualitativa.

§3º A manifestação da CAC se dará por meio de relatório, quanto ao monitoramento e avaliação das metas contratualizadas, em conformidade com a metodologia para análise de desempenho das metas quantitativas e qualitativas disposta no Documento Descritivo.

§4º O HMTJ deverá apresentar justificativas sempre que não houver cumprimento das metas pactuadas, para análise e manifestação pela CAC.

§5º Após a análise das justificativas apresentadas pelo HMTJ à CAC, esta emitirá um parecer conclusivo a respeito do desempenho das metas quantitativas e qualitativas e enviará ao gestor de saúde, para conhecimento e providências, se cabíveis.

§6º A CAC poderá aceitar as justificativas do HMTJ pelo eventual não cumprimento de metas decorrentes de força maior, não aplicando as penalizações decorrentes de descumprimento involuntário.

§7º Caso o resultado final da análise de desempenho das metas conclua pela aplicação de descontos ao HMTJ, o gestor de saúde deverá comunicar ao hospital o desfecho da análise, a fim de que essa promova o devido acerto nos repasses subsequentes.

§8º A existência da CAC não impede e nem substitui as atividades próprias dos componentes do Sistema Nacional de Auditoria e do Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde.

§9º O mandato da Comissão será compatível com a vigência deste Convênio, devendo qualquer alteração da sua composição ser homologada pela SS/PJF.

§10º Os membros da Comissão não serão remunerados por esta atividade.

§11º O CONVENENTE fica obrigada a fornecer à Comissão de Acompanhamento da contratualização todos os documentos e informações necessárias ao cumprimento de suas finalidades.

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

7.2. O CONVENENTE acompanhará a execução do presente Convênio, avaliando o CONVENIADO através do Órgão Competente da Secretaria de Saúde, utilizando-se de procedimentos de supervisão indireta ou local, observando o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Instrumento, e de quaisquer outros dados pertinentes ao controle e avaliação dos serviços prestados e sob critérios definidos em normatização complementar, e, ainda, em casos específicos, determinar auditoria especializada.

7.3. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pelo CONVENENTE sob a execução dos serviços descritos na Cláusula Primeira deste Instrumento, o CONVENIADO reconhece a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrentes da Lei Orgânica de Saúde.

7.4. O CONVENIADO facilitará ao CONVENENTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da CONVENENTE, designados para tal.

7.5 Caberá a Comissão de Acompanhamento da Contratualização apurar quadrimestralmente as metas quantitativas e qualitativas pactuadas para serem encaminhadas à Secretaria de Saúde e providências no que couber, considerando as faixas de cumprimento dispostas na Cláusula Nona, item 9.1 letra "a" e “b”, visando a garantia da aplicação dos recursos repassados na assistência conforme necessidades da Secretaria de Saúde e metas pactuadas.

7.6 Cabe as áreas afins da Secretaria de Saúde acompanhar e fiscalizar os recursos conforme as Portarias específicas e vigentes:

a) Habilitação e qualificação de 67 leitos de enfermaria clínica de retaguarda do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, para atendimento da Rede de Urgência e Emergência da região ampliada de saúde no âmbito do Sus, previstos no plano de ação da rede de atenção às urgências do estado de minas gerais, conforme Portaria nº 1.790/GM/MS, de 25/08/2014.

b) Incentivo relativo a execução de atividades e serviços referentes ao Sistema Único de Saúde/SUS pelo Município, por intermédio do cumprimento de metas no âmbito da Rede Cegonha, conforme Portaria nº 2.934, de 26 de dezembro de 2016, que aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado e dos Municípios de Minas Gerais e, para sua implementação, estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

c) Incentivo referente ao centro de atendimento de urgência tipo III aos pacientes com AVC, e 30 leitos de cuidado integral AVC, conforme Portaria SAS nº 772 de 21 de agosto de 2020 e Portaria de Consolidação n.º 3/2017.

d) Incentivo 20 leitos de UTI adulto tipo II e disponibiliza custeio para a Porta de Entrada Hospital Geral para o HMTJ para atendimento da Rede de Urgências e Emergências da Região Ampliada de Saúde Sudeste no âmbito do SUS/MG, conforme Deliberação 1.634 CIB/SUS de 18/11/2013 e Portaria 1790 de 25/08/2014, que aprova o componente Hospitalar da etapa VI do Plano de Açã Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e municípios de Minas Gerais , Portaria 1.919, de 23/09/2014, que altera o número de leitos, Portaria 2.357, de 27 de 27/10/2014 e Portaria 2.395, de 11/10/2011.

e) Incentivo relativo a 16 leitos Clínicos de UTI adulto tipo II para atendimento da Rede de Urgências e Emergências da Região Ampliada de Saúde Sudeste no âmbito do SUS/MG, conforme deliberação 1.634 CIB/SUS de 18/11/2013e Portaria 1.790 de 25/08/2014.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

CLÁUSULA OITAVA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO CONVENIADO

8.1. O CONVENIADO é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados, ficando assegurado ao CONVENENTE o direito de regresso.

§1º O acompanhamento e a fiscalização da execução deste Convênio pelos Órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade do CONVENIADO nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

§ 2º A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação de serviços nos termos do art. 14 da Lei nº 8.078/90.

CLÁUSULA NONA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

9.1. Para execução do presente CONVÊNIO, o HMTJ receberá, mensalmente, recursos financeiros da Secretaria de Saúde, de acordo com o estabelecido neste instrumento formal de contratualização e no Documento Descritivo, sob a modalidade de orçamentação parcial, subdividido da forma a seguir:

I. Valor Pré-Fixado, composto pelo valor de remuneração das ações e serviços de média complexidade (ambulatorial e hospitalar) e incentivos financeiros, que fazem parte do teto MAC do Município e Tesouro Municipal, que remontam mensalmente em **R$ 3.147,854,45 (três milhões, cento e quarenta e sete mil, oitocentos e cinquenta e quatro reais e quarenta e cinco centavos)**, com detalhamento de tipo e valor, sendo o repasse vinculado ao alcance de metas qualitativas e quantitativas, conforme detalhado no Documento Descritivo e considerando a seguinte composição:

a) sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado que remonta mensalmente o valor **R$ 1.888.712,67 (um milhão oitocentos e oitenta e oito mil, setecentos e doze reais e sessenta e sete centavos)** vinculado ao cumprimento das Metas Quantitativas discriminadas no Documento Descritivo, respeitando os critérios definidos no Item 7 do referido documento, por meio das seguintes faixas:

REMUNERAÇÃO – METAS QUANTITATIVAS			
Cenários	Faixa (Conforme Avaliação)	Percentual a repassar	Valor mensal (R$)
1°	90% a 100%	100% dos 60% Pré-fixado	1.888.712,67
2°	80% a 89%	90% dos 60% Pré-fixado	1.699.841,40
3°	70% a 79%	80% dos 60% Pré-fixado	1.510.97,14
4°	60% a 69%	70% dos 60% Pré-fixado	1.322098,87
6°	< 70%	PRODUÇÃO	

b) quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado que remonta mensalmente em **R$ 1.259.141,78 (um milhão duzentos e cinquenta e nove mil, cento e quarenta e um reais e**

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

setenta e oito centavos) vinculando ao cumprimento das Metas Qualitativas discriminadas no Documento Descritivo, respeitando os critérios definidos no Item 9 do referido documento.
A remuneração mensal terá seu percentual definido de acordo com a pontuação obtida pela instituição, vinculada ao cumprimento das Metas Qualitativas discriminadas no Documento Descritivo, que seguirá a escala descrita abaixo:

REMUNERAÇÃO MENSAL – METAS QUALITATIVAS		
Desempenho geral das Metas Qualitativas	Percentual a repassar	Valor mensal (R$)
90 pontos ou mais	100% dos 40% Pré-fixado	1.259.141,78
80 a 89 pontos	90% dos 40% Pré-fixado	1.133.227,60
65 a 79 pontos	80% dos 40% Pré-fixado	1.007.313,42
59 a 64 pontos	70% dos 40% Pré-fixado	881.399,25
41 a 58 pontos	60% dos 40% Pré-fixado	755.485,07
Até 40 pontos	50% dos 40% Pré-fixado	629.570,89

II. Valor Pós-Fixado, composto pelo valor de remuneração das ações e serviços de Alta Complexidade (ambulatorial e hospitalar), fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e Recursos da SES/MG estimando-se um valor médio mensal de **R$ 644.057,80 (seiscentos e quarenta e quatro mil, cinquenta e sete reais e oitenta centavos),** pelos procedimentos pagos pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e Recursos da SES/MG.

§1º Na análise do cumprimento das metas quantitativas, prevista no Documento Descritivo, e conforme dispõe o item I.a desta Cláusula, há que se considerar: o absenteísmo de usuários aos serviços ofertados pelo HMTJ e demais justificativas apresentadas junto a Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC).

§2º Caso o hospital não atinja pelo menos 50% das metas pactuadas, por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados, será necessário reavaliar as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais, ajustando para baixo as metas e o valor financeiro, mediante termo aditivo e manifestação da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC).

§3º Caso o percentual de cumprimento de metas seja superior a 100%, por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados, será necessário reavaliar as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais, com vistas ao reajuste, mediante termo aditivo, aprovação do gestor local do SUS e disponibilidade orçamentária.

§4º Os valores que compõem este instrumento contratual poderão ser alterados em comum acordo entre a SS/PJF e o HMTJ, mediante a celebração de termo aditivo e disponibilidade orçamentária.

§5º Os valores estipulados no presente Convênio deverão ser reajustados na mesma proporção, índices e época dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, podendo, para esta situação, serem registrados por apostilamento, dispensando a celebração de aditamento contratual, observada a legislação aplicável e acordo prévio entre as partes.

§6º Os valores estipulados no presente Convênio referente aos Incentivos específicos serão apurados conforme as legislações vigentes, conforme mencionado na Cláusula Sétima item 7.6

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

9.2. Os valores Pré e Pós-fixados deste Convênio estão discriminados na Programação Orçamentária constante no quadro a seguir, sendo o valor global anual de **R$ 74.883.406,11 (setenta e quatro milhões, oitocentos e oitenta e três mil, quatrocentos e seis reais e onze centavos)** e valor global mensal de **R$ 6.229.810,94 (seis milhões, duzentos e vinte e nove mil, e oitocentos e dez reais e noventa e quatro centavos).**

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PRÉ-FIXADO	MENSAL	ANUAL
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Ambulatorial)	R$ 220.790,04	R$ 2.649.480,48
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Hospitalar)	R$ 2.048.923,00	R$ 24.587.076,00
INCENTIVO IAC	R$ 616.727,50	R$ 7.400.730,00
INTEGRA SUS	R$ 6.635,35	R$ 79.624,20
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO	R$ 68.062,76	R$ 816.753,12
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	R$ 32.000,00	R$ 384.000,00
INCENTIVO 100% SUS	R$ 154.715,80	R$ 1.856.589,60
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO MÉDIA COMPLEXIDADE + INCENTIVOS DE CONTRATUALIZAÇÃO	**R$ 3.147.854,45**	**R$ 37.774.253,40**
REPASSE FINANCEIRO REFERENTE A HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS, PREVISTOS NO PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.	R$ 449.862,50	R$ 5.398.350,00
EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS REFERENTES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS PELO MUNICÍPIO, POR INTERMÉDIO DO CUMPRIMENTO DE METAS NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA	R$ 70.360,32	R$ 844.323,84
REPASSE DE INCENTIVO REFERENTE AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772	R$ 272.085,88	R$ 3.265.030,56

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

DE 21 DE AGOSTO DE 2020.		
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E DISPONIBILIZA CUSTEIO PARA A PORTA DE ENTRADA HOSPITAL GERAL PARA O HMTJ PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 438.000,00	R$ 5.256.000,00
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 240.720,64	R$ 2.888.647,68
RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS	R$ 966.869,35	R$ 11.602.432,20
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO +INCENTIVOS ESPECÍFICOS	**R$ 5.585.753,14**	**R$ 67.029.037,68**
PÓS-FIXADO	**MENSAL**	**ANUAL**
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R$ 37.162,40	R$ 445.948,80
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R$ 368.133,40	R$ 4.417.600,80
PÓS-FIXADO FAEC	R$ 205.000,00	R$ 2.460.000,00
TRIAGEM AUDITIVA RECURSO RETROATIVO 2019/2020 E 2021 SES MG		R$ 125.674,83
RESOLUÇÃO 7775 SES MG (CARDIO OPME)- ESTIMATIVA Repasse referente ao recurso da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.556, de 15 de outubro de 2021, que aprova em caráter excepcional e temporário o repasse de incentivo financeiro complementar para execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Minas Gerais, que ocorrerá trimestralmente, considerando os critérios e Cronograma de Pagamento detalhado no Anexo IV da Resolução SES nº 7.775/2021.	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00
Repasse referente ao financiamento Estadual para incentivo financeiro complementar da SES/MG pelos Serviços de Referência em Triagem Auditiva Neonatal – SRTAN credenciados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.980/19, conforme Resolução SES/MG 6814, de 21 de	R$ 3.762,00	R$ 45.144,00

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO [illegible] DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/[illegible]

agosto de 2019 e RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.860, de 17 de novembro de 2021, que altera a Resolução SES/MG nº 6.814/19 mediante apuração e repasse de recurso ao FMS pela SES/MG.		
SUBTOTAL PÓS-FIXADO	**R$ 644.057,80**	**R$ 7.854.368,43**
TOTAL GERAL	**R$ 6.229.810,94**	**R$ 74.883.406,11**

CLÁUSULA DÉCIMA - DO INCENTIVO 100% SUS-JF

10.1 A Adesão à Rede 100% SUS pelo CONVENIADO, nos termos do Decreto Municipal nº 10.758, de 18 de maio de 2011, objetiva o aumento da oferta de leitos e serviços de saúde aos usuários do SUS-J, mediante aporte de recursos financeiros adicionais do Tesouro Municipal.

10.2 O hospital se compromete a expandir a oferta de serviços de acordo com as necessidades assistenciais estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora, conforme planilha abaixo:

Procedimento	Capacidade/ produção atual	Novo serviço	Total com expansão
Expansão do número de leitos de ortopedia	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	84 cirurgias ortopédicas	16 cirurgias ortopédicas	100 cirurgias
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	4 cirurgias	4 cirurgias	8 cirurgias
Expansão leitos de UTI Neonatais	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Expansão leitos de UTI Pediátricas	2 leitos	6 leitos	8 leitos
Expansão do número de leitos de pediatria (enfermaria)	16 leitos	4 leitos	20 leitos
Cirurgias Pediátricas	30	Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Ampliação das internações Hospitalares de média complexidade	830	170	1000
Atendimento cirúrgico à criança com pé torto congênito	Inativo	Atendimento da demanda da SS	100% da demanda da SS
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	Inexistente	20	20

10.3 O CONVENIADO SE COMPROMETE A:

I. Garantir 100% de Aceitação das solicitações do Departamento de Regulação das Internações Hospitalares para os atendimentos pediátricos e internação pediátricas, durante vinte quatro horas/dia.

II. Incrementar a produção de internações hospitalares SUS, para o atendimento da urgência e emergência de ortopedia e pediatria, de acordo com o perfil definido para o hospital, atendendo a conformação da rede de urgência/emergência da região;

III. Garantir comunicação em tempo real de 100% das altas e evolução clínica preconizado no Sistema SUS Fácil.

IV. Garantir a regulação da totalidade dos leitos pela Central de Regulação SUS-JF, para a correta avaliação referente a data de emissão da AIH e alta do paciente em conformidade dom o Sus Fácil.

V. Responder no máximo em 30 minutos no SUS Fácil as solicitações feitas pelo Departamento de Regulação das Internações Hospitalares, no que tange à reserva de leitos;

VI. Sujeição à avaliação e controle pela Comissão de Acompanhamento do contrato e da Auditoria;

VII. O desempenho será avaliado mensalmente condicionado ao cumprimento das metas descritas nos quadros abaixo:

TAXA DE OCUPAÇÃO – MENSAL		**Pontuação**
Unidade de internação	**Meta**	**Previsto**
Geral	85%	>85 = 10 <85>65 = 5 <65 = 0
Clínica cirúrgica – ortopedia	90%	>90 = 10 <90>75 = 5 <75 = 0

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

UTI (adulto, neonatal e pediátrica)	90%	>90 = 15 <90>75 = 10 <75 = 0

OFERTA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES - MENSAL	**Meta**	**Pontuação** **Previsto**
Consultas crianças com pé torto congênito no SSREG	≥20 consultas	>20 = 10 <10>75 = 5 <10 = 0
Internações Hospitalares de média complexidade	≥ 1.000 internações	>1.000 = 15 <1.000>850 = 10 <850 = 0
Procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 100 cirurgias	>100 = 10 <100>85 = 5 <85 = 0
Procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 8	>8 = 10 < 8 >5 = 5 < 5 = 0
Cirurgias Pediátricas	≥30 cirurgias	>30 = 10 < 30 >5 = 5 < 5 = 0
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	≥20 procedimentos	>20 = 10 < 20 >15 = 5 < 15 = 0
TOTAL		**100**

10.4 A qualificação do processo de assistência e de gestão hospitalar pela instituição será promovida pela articulação interna entre as diversas especialidades, visando à estruturação dos serviços, a criação, atualização e implantação de protocolos assistenciais; estímulo à gestão da clínica e ao trabalho multidisciplinar, conforme normatizações do Ministério da Saúde.

10.5 A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital envolverá pactuação prévia com o gestor municipal do SUS-JF, principalmente no que diz respeito à provisão de recursos financeiros de custeio das ações/atividades, que deverão ser incorporadas ao instrumento jurídico competente mediante termo aditivo, conforme Decreto Municipal nº 10.758, de 18 de maio de 2011;

II. Avaliação “in loco” das internações, altas e disponibilização de leitos;
III. Acompanhamento, pela supervisão hospitalar, das internações, visando atuar junto às equipes clínicas, adequar o tempo de permanência e qualificar o tratamento (estímulo à gestão da clínica, atendimento multiprofissional, estabelecimento e atualização de protocolos assistenciais, dentre outros);

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

IV. Utilização de sistema de informação adotado pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora que permita o monitoramento da ocupação dos leitos hospitalares e a regulação das consultas médicas especializadas.

10.6 A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital envolverá pactuação prévia com o gestor municipal do SUS-JF, principalmente no que diz respeito à provisão de recursos financeiros de custeio das ações/atividades, que deverão ser incorporadas ao instrumento jurídico competente mediante termo aditivo.

10.7 O valor total estimado do incentivo perfaz o montante mensal de **R$ 966.869,35 (novecentos e sessenta e seis mil oitocentos e sessenta e nove reais e trinta e cinco centavos)** a ser ressarcido com recurso do Tesouro Municipal e condicionado às seguintes regras:

Cenários	Faixa (Conforme Avaliação)	Percentual a repassar
1°	90% a 100%	100% dos 60% Pré-fixado
2°	80% a 89%	90% dos 60% Pré-fixado
3°	70% a 79%	80% dos 60% Pré-fixado
4°	60% a 69%	70% dos 60% Pré-fixado
5°	<70%	Sem pagamento do incentivo

10.8 Em caso de cumprimento inferior a 70% das metas físicas pactuadas, não haverá o pagamento de incentivo.

10.9 O não cumprimento das metas definidas neste Termo de Adesão, sem justificativa aceita por esta Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora por prazo superior a 120 (cento e vinte) dias, caracteriza desistência da adesão à Rede 100% SUS, e implicará na suspensão do repasse pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora do incentivo de adesão à Rede 100% SUS, ficando, no entanto, ressalvado ao aderente o direito ao recebimento de repasses referentes aos serviços realizados até a data de eventual rescisão.

10.11 O Incentivo de adesão à “Rede 100% SUS-JF” ficará adstrito à disponibilidade de recursos financeiros do Tesouro Municipal da Prefeitura de Juiz de Fora, conforme prevê o art. 7º do Decreto Municipal nº 10.758, de 18 de maio de 2011.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

11 As alterações de cláusulas do presente Convênio, bem como do Documento Descritivo, que porventura se tornarem necessárias, serão formalizadas, a qualquer tempo, mediante termo aditivo em comum acordo entre as partes, ou outro instrumento que se revelar adequado para o caso concreto.

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1. As despesas decorrentes da presente contratação correrão por conta da dotação orçamentária nº:
PTRES: 10.302.0003.2279.6050 Nat. despesas: 339039 Fonte:0159.149.600
PTRES: 10.302.0003.2279.6049 Nat. despesas: 339039 Fonte:0159.149.600
PTRES: 10.302.0003.2279.6051 Nat. despesas: 339039 Fonte:0159.149.600
PTRES: 10.302.0003.2279.6052 Nat. despesas: 339039 Fonte:0159.149.600
PTRES: 10.302.0003.2279.6050 Nat. despesas: 339039 Fonte:0202.600.000
PTRES: 10.302.0003.2279.6052 Nat. despesas: 339039 Fonte:0155.000.000
PTRES: 10.302.0003.2279.6049 Nat. despesas: 339039 Fonte:0155.000.000
PTRES: 10.302.0003.2284.5800 Nat. Despesas: 339039 Fonte:0159.149.600
PTRES: 10.302.0003.2281.4029 Nat. Despesas: 339039 Fonte:0159.149.600

12.2 Os recursos orçamentários necessários ao cumprimento das despesas previstas neste Convênio ficam vinculados à transferência de recursos do Ministério da Saúde.

12.2.1 Os recursos de custeio das atividades ambulatoriais e hospitalares consignados no Fundo Municipal de Saúde da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora são provenientes de transferências mensais do Governo Federal, conforme valores fixados pela Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais.

12.3 Compete à empresa conveniada apresentar mensalmente a produção realizada ao DPCO/SSREG, conforme cronograma definido para processamento e aprovação da mesma no sistema DATASUS – SIH e SIA.

12.4 Haverá ainda avaliação e auditoria sobre os dados apresentados, podendo ocorrer O.R. (Ordem de Recolhimento), caso seja identificada alguma irregularidade na produção apresentada. As contas rejeitadas serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação e controle do CONVENENTE, ficando à disposição do CONVENIADO/EXECUTOR, que terá um prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do pagamento efetuado para apresentar recurso, que deverá ser julgado no prazo de 10 (dez) dias úteis.

12.5 Juntamente com a apresentação da Nota fiscal, o prestador deverá enviar, também, o comprovante de regularidade fiscal nos termos do art. 29 da Lei 8666/93, com validade na data de suas apresentações, condição indispensável para liberação do pagamento.

12.6 Os pagamentos estão condicionados à apresentação e processamento da produção conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Saúde e do Ministério da Saúde.

12.7 Os pagamentos referentes aos incentivos da SSUE estão condicionados a validação e solicitação das notas fiscais pela Subsecretaria de Urgência e Emergência/SS.

12.8 O pagamento referente a Rede Cegonha está condicionado a validação e solicitação das notas fiscais pela Subsecretaria de Atenção à Saúde/SS.

12.9 O incentivo do pagamento referente a Adesão 100% SUS está condicionado ao cumprimento dos compromissos assumidos na Cláusula Décima.

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESCISÃO

13.1. O presente Convênio poderá ser rescindido total ou parcialmente pelo CONVENENTE quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:
I. pelo fornecimento de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios por ele definidos;
II. pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, a avaliação e a auditoria pelos órgãos competentes dos órgãos fiscalizadores;
III. pela não entrega dos relatórios mensais e anuais; e
IV. pela não observância dos procedimentos referentes ao sistema de informações em saúde.

§1º O Convênio também poderá ser rescindido nas hipóteses previstas nos artigos 77 e 78 da Lei Federal n. 8.666/93.

§2º Ocorrendo a rescisão pelo não cumprimento de cláusulas contratuais, especificações ou prazos, sujeitar-se-á o CONVENIADO às consequências previstas no artigo 80 da Lei Federal n. 8.666/93, sem prejuízo das sanções legais.

§ 3º **–** Este Convênio poderá também ser rescindido:
I. De comum acordo, através de celebração de Termo de Encerramento;
II. Por superveniência de norma legal que venha torná-lo material ou formalmente impraticável;
III. Unilateralmente, de pleno direito, por interesse público;
IV. Por inadimplemento das disposições contidas neste Instrumento;
V. Atraso superior a 60 (sessenta) dias, em relação a solicitação;
VI. Paralisação, interdição ou eventualmente encerramento de atividades do CONVENIADO, em razão de decretação de falência, a instalação de insolvência civil e/ou dissolução da Sociedade.
VII. Inadimplemento do CONVENENTE em manter todas as condições técnicas, operacionais e financeiras exigidas no convênio.

§4º Em caso de rescisão, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de cento e vinte (120) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo a CONVENIADO negligenciar a prestação dos serviços ora contratados a multa cabível poderá ser duplicada.

§5º Os casos de rescisão serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurando-se o contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS SANÇÕES E PENALIDADES

14.1 O CONVENENTE poderá aplicar advertência, por escrito, ao HMTJ, quando este praticar as irregularidades de pequena monta.

§1º Os partícipes decidem aplicar, ao presente Convênio o disposto na Lei nº 8.666/93, arts. 86, 87 e 88, no que couber, no caso de descumprimento, por qualquer dos partícipes, das cláusulas e condições deste convênio, devendo ser assegurado, para todos os casos, o contraditório e a ampla defesa.

§2º Na hipótese prevista no *"caput"* deste item, o HMTJ será notificado pela SS/PJF para, no prazo de 10 (dez) dias, apresentar razões de fato, de direito e documentos, sobre a infração administrativa imputada.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

§3º Decorrido o prazo a que se refere o parágrafo anterior, com ou sem defesa, no prazo de 10 (dez) dias a SS/PJF proferirá decisão fundamentada sobre a prática da infração administrativa e notificará o HMTJ.

§4º Da decisão proferida pela SS/PJF caberá Pedido de Reconsideração a autoridade que a proferiu, no prazo de 05 (cinco) dias, e Recurso a autoridade hierarquicamente superior, no prazo de 10 (dez) dias, cujo efeito será suspensivo e devolutivo.

14.2 Os casos de inexecução do objeto deste Convênio, erro de execução, execução imperfeita, atraso injustificado e inadimplemento, sujeitará o CONVENIADO às penalidades previstas no Art. 87 da Lei 8.666/93, das quais destacam-se:
a) advertência;
b) multa de 0,05% (cinco centésimos por cento) do valor do convênio, por dia de atraso injustificado na execução do mesmo, observado o prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis;
c) multa de 1% (um por cento) sobre o valor estimado para o convênio, pela recusa injustificada do adjudicatário em executá-lo;
d) suspensão temporária de participação em licitações e impedimento de contratar com o Município, no prazo de até 02 (dois) anos;
e) declaração de inidoneidade para contratar com a Administração Pública, até que seja promovida a reabilitação, facultado ao conveniado o pedido de reconsideração da decisão da autoridade competente, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vistas ao processo.

14.3 Os valores das multas aplicadas previstas no §5º poderão ser descontados dos pagamentos devidos pela Administração.

14.4 Da aplicação das penas definidas nas alíneas "a", "d" e "e", do item 14.2, caberá recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da intimação, o qual deverá ser apresentado no mesmo local.

14.5 O recurso ou o pedido de reconsideração relativo às penalidades do item 13.2 será dirigido ao Secretário da unidade requisitante, o qual decidirá o recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis e o pedido de reconsideração, no prazo de 10 (dez) dias úteis.

14.6 A inexecução total ou parcial do convênio ensejará na sua rescisão, com as consequências contratuais e as previstas em Lei, cujos motivos para a referida rescisão são os previstos no Art. 78 da Lei 8.666/93.

14.7 O Município poderá rescindir o Convênio, independentemente de qualquer procedimento Judicial, observada a Legislação vigente, nos seguintes casos:
a) por infração a qualquer de suas cláusulas;
b) pedido de concordata, falência ou dissolução da CONVENIADO;
c) em caso de transferência, no todo ou em parte, das obrigações assumidas neste convênio, sem prévio e expresso aviso ao Município;
d) por comprovada deficiência no atendimento do objeto deste convênio;
e) mais de 3 (três) advertências.

14.8 A aplicação de penalidades para os casos de inexecução do objeto deste convênio, erro de execução, execução imperfeita, atraso injustificado, inadimplemento contratual e demais condutas ilícitas será da competência do CONVENENTE através do Secretário(a) de Saúde, nos termos do § 3º, do art. 87, da Lei 8.666/93.

Assinado por 1 pessoa: MARCONI DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA VIGÊNCIA E DA PUBLICAÇÃO

15.1. O presente CONVÊNIO terá vigência de 12 (doze) meses, a contar de 04 de outubro de 2022, podendo ser prorrogado, por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses.

§ 1º. É obrigatória a publicação do extrato deste instrumento e seus aditivos no Diário Oficial do Município de Juiz de Fora ou em instrumentos correlatos.

15.2. A partir da vigência deste Convênio ficam rescindidos os seguintes Contratos: Contrato 01.2017.794, Contrato 01.2020.166, Contrato Nº 01.2022.129, Contrato N.º 01.2020.003 e Contrato Nº 01.2017.860.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO FORO

16 As partes elegem o Foro da Subseção Judiciária de Juiz de Fora, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do CONVÊNIO ora firmado que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justos e contratados, de pleno acordo com as cláusulas e condições ora fixadas, firmou-se este Instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma e depois de lido e achado conforme pelas partes, vai por elas assinado, para os devidos efeitos legais.

Juiz de Fora, ___ de _____ de 2022.

_____

MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIDA
DIRETOR PRESIDENTE DO HOSPITAL E
MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

_____

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
SECRETÁRIO DE SAÚDE / PJF

_____

MARGARIDA SALOMÃO
PREFEITA DE JUIZ DE FORA

TESTEMUNHAS:

1. _____
Nome:
CPF:

2._____
Nome:
CPF:

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

DOCUMENTO DESCRITIVO – ANO 2022

Parte integrante do Contrato nº **01.2022.____** (SS/PJF/HMTJ), Processo Eletrônico 13.365/2022, que contém:

I. A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no presente instrumento formal de contratualização;

II. As ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa e avaliação, a serem prestados pelo hospital;

III. As metas quantitativas e qualitativas relativas à prestação das ações e serviços contratados;

IV. Os indicadores, parâmetros e metodologia para avaliação das metas, assim como os percentuais de repasses de recursos financeiros que estiverem vinculados ao cumprimento de metas; e

V. Os recursos financeiros, mensal e anual, e respectivas fontes envolvidas na contratualização.

Em obediência à **cláusula terceira** do referido Contrato, os partícipes – Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e Secretaria de Saúde de Juiz de Fora decidem estabelecer o presente Documento Descritivo.

1 - IDENTIFICAÇÃO

Entidade **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus**			CNPJ 21.583.042-0001/72
Endereço R. Dr. Dirceu de Andrade, 33 – São Mateus.		UF MG	GRS Juiz de Fora
Microrregião Juiz de Fora / MG	e-mail controladoria@hmtj.org.br; leandrobonoto@hmtj.org.br	CNES 2153084	
Telefone (32) 4009-2370 / 4009-2256 / 4009-2336		CEP 36.025-330	
Nome do responsável Marco Antônio Guimarães de Almeida		Função Diretor-Presidente	
CPF 485.399.966-34	CI M3040499	Órgão expedidor SSPMG	
Banco Caixa Econômica Federal - CEF	Conta Corrente 501701-0	Agência 1641	Praça Juiz de Fora

2 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este Documento Descritivo é parte integrante do CONTRATO e tem por objeto instrumentalizar as ações e serviços de saúde da contratada, definindo os compromissos e metas assistenciais, gerenciais e de qualidade, em conformidade com as diretrizes organizacionais do SUS, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e com as diretrizes da contratualização no âmbito do SUS, estabelecidos no Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº. 2 de 29 de setembro de 2017 (Origem: Portarias MS/GM nº 3.390 e 3.410 de 30/12/2013).

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

São eixos orientadores deste Documento Descritivo:

I. A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização;
II. A definição dos compromissos nas áreas de assistência, gestão, ensino/pesquisa e avaliação em saúde que serão prestados pelo hospital;
III. O perfil de produção com os quantitativos estimados da prestação dos serviços e ações contratualizadas;
IV. Definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados;
V. A definição de indicadores para avaliação das metas de desempenho institucional; e
VI. A definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização.

A contratada, conforme previsto no Art. 45 da Lei nº 8.080/90, garantirá acesso aos serviços pactuados de forma regular e contínua, segundo a programação específica para cada uma de suas áreas de atuação, em consonância com a proposta organizacional da saúde para o Município e região, submetendo-se ainda às penalidades previstas em lei no caso de descumprimento.

As atividades assistenciais desenvolvidas e ofertadas pela Contratada serão reguladas pela Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (SS/JF), a partir da demanda referenciada e/ou espontânea, conforme as normas instituídas pela Política Nacional de Regulação, aprovada por meio do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº. 2 de 28/09/2017, assegurando equidade, transparência e priorização de acesso por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.

A contratada também se compromete a desenvolver seus serviços de forma humanizada, buscando sempre desenvolver ações centradas nos usuários e em seus familiares, incorporando as diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização do SUS, bem como as definidas nas normativas que regulamentam este instrumento.

2.1 - Caracterização Geral dos Serviços e Atividades Pactuadas e Contratadas

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, instituição filantrópica, inserida na Rede 100% SUS e contratualizada com o MS, através da Portaria 2.356 de 10 de outubro de 2013, obedece aos preceitos do Sistema Único de Saúde no atendimento aos pacientes com universalidade, equidade, integralidade, oferecendo 100% de seu atendimento aos pacientes do SUS.

Possui 290 (duzentos e noventa) leitos cadastrados no banco de dados do CNES, atendendo as mais diversas especialidades, com um corpo clínico multidisciplinar vasto e uma estrutura hospitalar moderna e arrojada que propicia qualidade e excelência do atendimento. Possui também serviço ambulatorial diversificado contando com 32 (trinta e duas) especialidades médicas, centro de fisioterapia, clínica odontológica, exames de apoio diagnóstico e toda uma estrutura voltada para a qualidade e eficácia no atendimento.

O HMTJ é uma instituição Acreditada pela Organização Nacional de Acreditação – ONA Nível III.

O HMTJ, para fortalecer seu vínculo acadêmico, possui 09 salas equipadas com Datashow, conectados à internet via business link, possibilitando ao aluno aulas interativas com DVD e CD-ROM.

3 - CAPACIDADE INSTALADA

A capacidade instalada da Contratada é apresentada nos quadros a seguir, que detalham quantitativamente o conjunto de ambientes que compõe as unidades de produção de serviço, os

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

leitos hospitalares totais e aqueles disponíveis para o SUS, a carga horária semanal de total dos profissionais de saúde por categoria e carga horária semanal de total dos profissionais médicos por especialidade, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Informações Gerais
Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
Ambulatorial		
Clínicas Especializadas	34	0
Sala de Cirurgia Ambulatorial	1	0
Hospitalar		
Leitos de Alojamento Conjunto	30	0
Leitos RN Normal	5	0
Leitos RN Patológico	2	6
Sala de Cirurgia	1	0
Sala de Cirurgia	6	0
Sala de Cirurgia Ambulatorial	1	0
Sala de Curetagem	1	0
Sala de Parto Normal	1	0
Sala de Pré-Parto	10	10
Sala de Recuperação	2	11
Urgência e Emergência		
Consultórios Médicos	3	0
Sala de Atendimento Indiferenciado	1	3
Sala de Atendimento a Paciente Crítico/Sala de Estabilização	3	0

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em Uso	SUS
Equipamentos de Audiologia			
Emissões Otoacústicas Evocadas por Produto de Distorção	1	1	SIM
Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes	1	1	SIM
Equipamentos de Diagnostico por Imagem			
Raios X Dentário	2	2	SIM
Tomógrafo Computadorizado	1	1	SIM
Ultrasson Doppler Colorido	3	3	SIM
Ultrasson Ecógrafo	1	1	SIM
Equipamentos de Infra-Estrutura			
Grupo Gerador	1	1	SIM
Equipamentos de Odontologia			
Amalgamador	1	1	SIM
Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	6	6	SIM
Caneta de Alta Rotação	31	31	SIM

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ALEXANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Equipamento	Existente	Em Uso	SUS
Caneta de Baixa Rotação	31	31	SIM
Compressor Odontológico	1	1	SIM
Equipo Odontológico	30	30	SIM
Fotopolimerizador	30	26	SIM
Equipamentos para Manutenção da Vida			
Berço Aquecido	11	11	SIM
Bomba de Infusão	290	290	SIM
Desfibrilador	15	15	SIM
Equipamento de Fototerapia	16	16	SIM
Incubadora	18	16	SIM
Marcapasso Temporário	6	6	SIM
Monitor de ECG	80	80	SIM
Monitor de Pressão Invasiva	29	29	SIM
Monitor de Pressão Não-Invasiva	80	80	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	120	120	SIM
Respirador/Ventilador	61	61	SIM
Equipamentos por Métodos Gráficos			
Eletrocardiógrafo	5	5	SIM
Equipamentos por Métodos Ópticos			
Endoscópio Digestivo	8	8	SIM
Endoscópio das Vias Respiratórias	1	1	SIM
Endoscópio das Vias Urinárias	1	1	SIM
Laparoscópio/Vídeo	4	4	SIM
Oftalmoscópio	3	3	SIM

Hospitalar – Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
75 - UTI ADULTO - TIPO II	40	40
85 - UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II*	10	10
81 - UTI NEONATAL - TIPO II	8	8
78 - UTI PEDIATRICA - TIPO II	2	2
ESPEC - CIRURGICO		
02 - CARDIOLOGIA	1	1
03 - CIRURGIA GERAL	29	29
06 - GINECOLOGIA	10	10
09 - NEUROCIRURGIA	4	4
13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	8	8
ESPEC - CLINICO		
33 - CLINICA GERAL	97	97
42 - NEUROLOGIA	30	30
OBSTETRICO		
10 - OBSTETRICIA CIRÚRGICA	30	30
43 - OBSTETRICIA CLINICA	5	5
PEDIÁTRICO		

Assinado por 1 pessoa: MARCIO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
68 - PEDIATRIA CIRURGICA	3	3
45 - PEDIATRIA CLINICA	13	13

* UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Clínica Escola de Fisioterapia

A Clínica Escola de Fisioterapia da FCMS/JF tem suas atividades desenvolvidas no ambulatório construído nas dependências do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus em Juiz de Fora, composta de recepção, consultório, boxes para atendimento termoterápico e eletroterápico, sala ampla de cinesioterapia com aparelhagem moderna e específica para a prática em estágio supervisionado do curso, tais como: estadiômetro infravermelho com pedestal e rodízio; aparelho de estimulação elétrica (TENS e FES juntos); infravermelho de mesa; óculos laser terapia 904nm e 660nm (terapeuta e paciente); caneta para laser 904 nm e 660 nm; aparelho ultrasson contínuo e pulsado; eletrodos de silicone; aparelho laser; lâmpada infravermelho; dispositivos de elástico exercícios resistidos (fixação); Sensyball relax; megascópios; sistema de fortalecimento muscular com polias; bicicleta ergométrica, dentre outros. A clínica escola oferece ainda aos alunos estágio em reabilitação hospitalar: leito e UTI.

Clínica Escola de Odontologia

A Clínica Escola de Odontologia situa-se no espaço do Hospital, o que favorece a formação multiprofissional e contribui para o atendimento a pacientes especiais. É o cenário próprio para que o estudante possa treinar as competências e desenvolver as habilidades necessárias para ser um profissional diferenciado. Num ambiente agradável e projetado para ser uma clínica odontológica de ponta, o aluno se depara com um universo de pacientes oriundos do SUS e referenciados por eles no Programa Integrador. A clínica oferece os melhores materiais de consumo para os alunos, que têm a oportunidade de atenderem os pacientes em diferentes níveis de complexidade.

Centro de Estudos e Biblioteca Virtual

O centro de estudos HMTJ tem a função de fornecer suporte bibliográfico e documentário a professores, alunos e demais segmentos do âmbito acadêmico ou dos serviços envolvidos nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, projetada com o objetivo de proporcionar conforto e funcionalidade durante os estudos e pesquisas, o centro de estudos conta com uma área de 60 m², assim distribuída:

- acervo semi restrito; o aluno tem acesso direto ao livro podendo consultar o seu conteúdo.
- balcão de atendimento; onde é feito o atendimento ao usuário, empréstimos, devolução, reservas e orientações de pesquisa.
- laboratório de trabalho acadêmico contendo 8 (oito) computadores com acesso à internet, utilizado para pesquisa acadêmica onde os alunos têm acesso às bases de dados nacionais e internacionais.
- salão para leitura contendo 3 mesas para estudo e 7 cabines para estudo individual;

Além de uma equipe treinada para esclarecer dúvidas e efetuar os serviços de empréstimo/devolução e reserva do material bibliográfico.

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

III - Do Quantitativo e Valor Estimado

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	MENSAL	ANUAL
PRÉ-FIXADO		
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Ambulatorial)	R$ 220.790,04	R$ 2.649.480,48
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Hospitalar)	R$ 2.048.923,00	R$ 24.587.076,00
INCENTIVO IAC	R$ 616.727,50	R$ 7.400.730,00
INTEGRA SUS	R$ 6.635,35	R$ 79.624,20
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO	R$ 68.062,76	R$ 816.753,12
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	R$ 32.000,00	R$ 384.000,00
INCENTIVO 100% SUS	R$ 154.715,80	R$ 1.856.589,60
INCENTIVO DE HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HMTJ CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.	R$ 449.862,50	R$ 5.398.350,00
INCENTIVO REDE CEGONHA – RECURSOS FEDERAIS	R$ 70.360,32	R$ 844.323,84
INCENTIVO AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.	R$ 272.085,88	R$ 3.265.030,56
INCENTIVO RELATIVO AOS 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 438.000,00	R$ 5.256.000,00
INCENTIVO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA RUE, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 240.720,64	R$ 2.888.647,68
INCENTIVO CONTRATO DE GESTÃO PARA RUE INFANTIL 100%SUS - RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL	R$ 966.869,35	R$ 11.602.432,20
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO +INCENTIVOS ESPECÍFICOS	**R$ 5.585.753,14**	**R$ 67.029.037,68**
PÓS-FIXADO	**MENSAL**	**ANUAL**
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R$ 37.162,40	R$ 445.948,80
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R$ 368.133,40	R$ 4.417.600,80
PÓS-FIXADO FAEC	R$ 205.000,00	R$ 2.460.000,00
TRIAGEM AUDITIVA RECURSO RETROATIVO 2019/2020 E 2021 SES MG		R$ 125.674,83
REPASSE SES/MG CONFORME A RESOLUÇÃO 7775/2021 SES MG (CARDIO OPME)	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00
REPASSE SES/MG CONFORME RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.860, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021, QUE	R$ 3.762,00	R$ 45.144,00

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

ALTERA A RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.814/19 MEDIANTE APURAÇÃO E REPASSE DE RECURSO AO FMS PELA SES/MG.		
SUBTOTAL PÓS-FIXADO	**R$ 644.057,80**	**R$ 7.854.368,43**
TOTAL GERAL	**R$ 6.229.810,94**	**R$ 74.883.406,11**

4 – RECURSOS HUMANOS

PROFISSIONAIS MÉDICOS – HMTJ	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA
Médico - Anestesiologia	14	24H
Médico - Cancerologia Cirúrgica	-	24H
Médico - Cancerologia Clínica	-	24H
Médico - Cardiologia	-	24H
Médico - Cardiologia - Eletrofisiologia Clínica Invasiva	-	24H
Médico - Cardiologia Pediátrica	-	24H
Médico - Cirurgia Cardiovascular	-	24H
Médico - Cirurgia Crânio - Maxilo - Facial	-	24H
Médico - Cirurgia da Mão	-	24H
Médico - Cirurgia de Cabeça e Pescoço	-	24H
Médico - Cirurgia do Aparelho Digestivo	-	24H
Médico - Cirurgia Geral	02	24H
Médico - Cirurgia Pediátrica	01	24H
Médico - Cirurgia Plástica	-	24H
Médico - Cirurgia Torácica	-	24H
Médico - Cirurgia Vascular	-	24H
Médico - Clínica Médica	04	24H
Médico - Coloproctologia	-	24H
Médico - Dermatologia	-	24H
Médico - Ecocardiografia	-	24H
Médico - Endocrinologia e Metabologia	-	24H
Médico - Endoscopia Digestiva	-	24H
Médico - Gastroenterologia	-	24H
Médico - Gastroenterologia Pediátrica	-	24H
Médico - Genética Médica	-	24H
Médico - Geriatria	-	24H
Médico - Ginecologia e Obstetrícia	02	24H
Médico - Hematologia e Hemoterapia	-	24H
Médico - Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	-	24H
Médico - Hepatologia	-	24H
Médico - Infectologia	-	24H
Médico - Medicina do Trabalho	-	24H
Médico - Medicina do Trabalho (PSS) - Temporário	-	24H
Médico - Medicina Intensiva	04	24H
Médico - Medicina Paliativa	-	24H

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Médico - Nefrologia	-	24H
Médico - Neonatologia	02	24H
Médico - Neurocirurgia	-	24H
Médico - Neurologia	01	24H
Médico - Neurologia Pediátrica	-	24H
Médico - Nutrologia	-	24H
Médico - Oftalmologia	-	24H
Médico - Ortopedia e Traumatologia	04	24H
Médico - Otorrinolaringologia	-	24H
Médico - Patologia	-	24H
Médico - Pediatria	02	24H
Médico - Pneumologia	-	24H
Médico - Psiquiatria	-	24H
Médico - Psiquiatria da Infância e Adolescência	-	24H
Médico - Radiologia e Diagnóstico por Imagem	-	24H
Médico - Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia	-	24H
Médico - Radioterapia	-	24H
Médico - Reumatologia	-	24H
Médico - Transplante de Medula Óssea	-	24H
Médico - Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia	-	24H
Médico - Urologia	-	24H
Total	**36**	

Fonte: HMTJ (09/2022).

5 - COMPROMISSOS DA CONTRATADA

Eixo Assistencial

1. Assumir os seguintes compromissos de qualidade e resolubilidade da assistência:
   - Acolhimento dos pacientes, familiares e acompanhantes;
   - Estabelecimento de Plano Terapêutico Singular;
   - Desenvolvimento de abordagem multiprofissional;
   - Cuidado interdisciplinar;
   - Assistência psicossocial;
   - Adoção progressiva de linhas de cuidados multidisciplinares;
   - Fornecimento de medicamento e material médico-hospitalar;
   - Garantia de estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico;
   - Manutenção e atualização do prontuário do paciente;
   - Oferta de suporte nutricional;
   - Participação da Central de notificação, captação e distribuição de órgãos – MG Transplantes;
   - Implementação de ações previstas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Cumprir nos limites do Documento Descritivo e considerando o encontro de contas de alta complexidade da SES/MG os requisitos assistenciais e parâmetros definidos pelas portarias específicas de cada serviço no que tange às ofertas de consultas, exames, leitos e procedimentos cirúrgicos de média complexidade;

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

2. Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores, integrando o hospital à Rede de Atenção à Saúde conforme pactuação loco regional;
3. Manter sob regulação da SS/JF a totalidade dos serviços prestados observadas as normas, rotinas operacionais e fluxos de acesso vigentes;
4. Garantir nos limites do Documento Descritivo e considerando o encontro de contas de alta complexidade da SES/MG o acolhimento e atendimento 24 horas por dia, 07 dias por semana, aos pacientes encaminhados pelas centrais de regulação, bem como aqueles pacientes vinculados ao hospital;
5. Realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas a sua otimização, informando diariamente a disponibilidade de vagas à Central de Regulação de Vagas Hospitalares;
6. Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP, contemplando:
   - Orientação verbal e formal aos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento registrada no relatório de alta hospitalar;
   - Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, em particular com a Atenção Básica, com agendamento do atendimento no ponto de atenção específico de acordo com a vulnerabilidade e complexidade do cuidado demanda do pós-alta;
   - Preparação do usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para a continuidade dos cuidados, promoção a sua autonomia e reintegração familiar e social, articulando ações com o Serviço de Atenção Domiciliar do Município;
   - Inclusão da cópia do relatório de alta do atendimento prestado ao paciente no prontuário.

7. Implantar e/ou implementar as ações previstas no Título I, Capítulo VIII, Seção I da Portaria de Consolidação nº. 5 de 28/09/2017 (Origem: Portaria MS/GM nº. 529 de 01/04/2013), que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Pacientes, contemplando, principalmente, as seguintes ações:
   - Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente
   - Elaboração de planos de para Segurança do Paciente
   - Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente

8. Garantir que o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas neste Documento Descritivo;
9. Manter a visita ampliada para os usuários internados, inclusive nas unidades de terapia intensiva;
10. Garantir a presença do acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas de acordo com as legislações vigentes;
11. Prestar atendimento aos indígenas, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena;
12. Disponibilizar informações aos usuários ou responsável legal sobre as intervenções a serem realizadas, solicitando seu consentimento formal, livre e esclarecido para a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com as legislações específicas;
13. Notificar casos suspeitos ou confirmados de doenças e agravos componentes da lista de doenças e agravos de notificação compulsória, incluindo violência e negligência, de acordo com a legislação específica;
14. Disponibilizar à autoridade sanitária, aos representantes da SS/JF formalmente designados, bem como ao usuário ou seu responsável legal, o acesso aos prontuários;
15. Diversificar as tecnologias de cuidado utilizadas no processo assistencial, incluindo aquelas centradas no usuário e sua família e que levem à redução do tempo de internação hospitalar, tais como hospital dia e cirurgia ambulatorial;
16. Proceder a prescrição de medicamentos, em consonância com a Relação de Medicamentos da SS/JF e/ou adotar o uso de medicamentos genéricos de acordo com o padrão da RENAME ou de normas e diretrizes específicas do Ministério da Saúde;

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

17. Promover a adesão do corpo clínico da instituição às normatizações, aos protocolos, às diretrizes clínicas e aos procedimentos vigentes no Sistema de Gerenciamento da Tabelado SUS(SIGTAP), responsabilizando-se pelo ônus financeiro decorrente do descumprimento;
18. Garantir a realização da consulta de retorno pós-alta hospitalar, quando está se fizer necessária;
19. Garantir o encaminhamento aos serviços complementares necessários aos pacientes internados sob sua responsabilidade;
20. Arquivar o prontuário dos pacientes pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, observando as normatizações vigentes;
21. Submeter-se às normas definidas pela SS/JF quanto ao fluxo de atendimento, sua comprovação, a realização de internações subseqüentes, o local de revisão de contas hospitalares e outros procedimentos necessários.

Eixo Hospitalar

1. Informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;
2. Garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico;
3. Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica;
4. Disponibilizar brinquedoteca quando oferecer serviço de pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local;
5. Dispor de Ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;
6. Garantir em permanente funcionamento e de forma integrada, as seguintes comissões assessoras técnicas, conforme legislação vigente:
   - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
   - Comissão de Revisão de Prontuários
   - Comissão de Análise e Revisão de Óbitos
   - Comissão de Farmácia e Terapêutica
   - Núcleo de Segurança do Paciente
   - Comissão de Ética Profissional
7. Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;
8. Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores;
9. Dispor de Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma;
10. Alimentar os sistemas de notificação compulsória conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;
11. Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo Gestor Local;
12. Disponibilizar aos gestores públicos de saúde dados qualificados necessários para a alimentação de sistemas de monitoramento em saúde;
13. Indicar 02 (dois) representantes do Hospital para compor a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que deverá monitorar a execução das ações e serviços de saúde pactuados;
14. Aplicar ferramentas gerenciais que induzam a horizontalização da gestão, qualificação gerencial e enfrentamento das questões corporativas, incluindo rotinas técnicas e operacionais, gestão de risco, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação dos trabalhadores e usuários;
15. Desenvolver ações que garantam, ao longo do ano, a continuidade e regularidade da oferta de serviços de atenção à saúde, independentemente do desenvolvimento das atividades de ensino;

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

16. Comunicar formalmente em até 05 (cinco) dias úteis à SS/JF eventual alteração do Representante da Diretoria Técnica do Hospital e dos representantes do Hospital na Comissão de Acompanhamento da Contratualização;

17. Informar ao Departamento de Regulação de Internações Hospitalares a referência hospitalar para responder pela instituição durante horários não comerciais, incluindo plantão noturno, fins de semana e feriados, encaminhando mensalmente as mudanças da escala para o e-mail: crvh@pjf.mg.gov.br;

18. Atender prontamente às demandas da SS/JF com esclarecimentos pertinentes aos assuntos que envolvem o hospital;

19. Permitir acesso dos supervisores, auditores, membros das comissões institucionais e outros profissionais eventualmente ou permanentemente designados pela SS/JF para avaliar, supervisionar e acompanhar a execução dos serviços pactuados.

Eixo Ensino e Pesquisa

1. Disponibilizar ensino integrado à assistência;
2. Oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional;
3. Garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário;
4. Ser campo de educação permanente para profissionais da RAS, conforme pactuado com a SS/JF;
5. Constituir equipe de referência matricial para apoiar o trabalho da rede de serviços de acordo com seu perfil de especialização conforme pactuado com a SS/JF;
6. Desenvolver atividades de pesquisa e de gestão de tecnologias em saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída mediante pactuação com a SS/JF;
7. Cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos caso o estabelecimento seja certificado como hospital de ensino:

- Abrigar formalmente as atividades curriculares de internato da totalidade dos estudantes de pelo menos um curso de medicina e atividades curriculares de um outro curso de graduação superior na área da saúde, excetuando-se as instituições hospitalares universitárias especializadas, que disponham de curso de pós-graduação stricto sensu devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e qualificado com o grau mínimo exigido para a concessão de bolsas;
- Abrigar programas de Residência Médica, regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), contemplando, nomínimo,10 (dez) vagas de R1 entre as áreas de atenção básica, excetuando-se os hospitais especializados que disporão de programa específico e credenciado de Residência com no mínimo 10 (dez) vagas de ingresso anual;
- Garantir por iniciativa própria ou da instituição de ensino superior acompanhamento docente para os estudantes de graduação e preceptoria para os residentes, de acordo, com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;
- Abrigar atividades regulares de pesquisa no hospital de ensino, realizadas por iniciativa própria e por meio de convênio firmado com a Instituição de Ensino Superior, e ainda, apresentar projeto institucional para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa para a obtenção ou não de carta de anuência do Gestor Municipal, quando envolver custos adicionais ao sistema;
- Possuir instalações adequadas ao ensino, com salas de aula e recursos audiovisuais, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;
- Possuir ou ter acesso a biblioteca atualizada e especializada na área da saúde, com número de títulos e periódicos compatível com as atividades de ensino e pesquisa universitária, com instalações adequadas para estudo individual e em grupo interligada à Bireme

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

e às Bibliotecas Virtuais em Saúde, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica.

Eixo de Avaliação

1. Acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;
2. Avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;
3. Avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;
4. Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;
5. Realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e
6. Monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização.

6 - METAS QUANTITATIVAS

A definição das metas quantitativas mensais considerou, além dos parâmetros assistenciais definidos de acordo com a capacidade instalada, operacional e série histórica, as necessidades identificadas e acordadas entre o HMTJ e a SS/PJF.

A estrutura do quadro resumo apresentado no item 6.1 observou o formato e códigos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Tabela SUS).
Considerando as necessidades de prestação de serviços de média e alta complexidade para procedimentos específicos, foi incorporado no custo dos seguintes grupos de média complexidade os respectivos valores mencionados:

- No caso de necessidade de utilização de OPME não padronizadas na Tabela SUS, fica a cargo da Contratante a aquisição e disponibilização ao Contratado.

Nos subitens subseqüentes ao item 6.1 serão apresentados os quantitativos de referência mensal para procedimentos cujo detalhamento foi acordado entre as partes. Mediante acordo entre as partes a distribuição destes quantitativos pode sofrer variações, desde que não seja alterado o quantitativo total previsto.

6.1 - Metas Quantitativas Mensais

AMBULATORIAL MÉDIA COMPLEXIDADE		
Grupo 03.01 - CONSULTAS ESPECIALIZADAS	**Quant. Físico**	**Valor Total**
Cardiologia	**4.667**	**R$ 56.004,00**
Cardiopedíatra		
Cirurgia geral		
Cirurgia pediátrica		
Cirurgia plástica		
Cirurgia tórax/ Tireóide		
Cirurgia Traumato-ortopédica		
Consulta Urgência/Emergência (ginecologia e obstetrícia)		

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Dermatologia		
Endocrinologia		
Ortopedia Pé Torto Congênito		
Gastroenterologia infantil		
Gastroenterologia		
Geriatria		
Ginecologia e Obstetrícia		
Hematologia		
Hepatologia		
Infectologia		
Nefrologia		
Nefro-pediatria		
Neurologia		
Neuropediatria		
Ortopedia		
Pediatria		
Pneumologia		
Proctologia		
Psiquiatria		
Reumatologia		
Consulta cirurgia ambulatorial		
Urologia		
Total consulta especializada	**4.667**	**R$ 56.004,00**
Grupo 03.02 - FISIOTERAPIA		
Sessões	2.000	R$ 23.000,00
Total Fisioterapia	**2.000**	**R$ 23.000,00**
Grupo 02.04 - RADIOLOGIA		
Raio – x simples (pós operatório trauma)	400	R$ 6.000,00
Total Raio-x	**400**	**R$ 6.000,00**
Grupo 02.05 - ULTRASSON		
Obstétrico		
Obstétrico com doppler colorido e pulsado		
Pélvico		
Mamas		
Transvaginal		
Abdome total	445	R$ 18.356,25
Morfológico		
Doppler colorido de vasos		
Parede inguinal		
Tireóide		
Renal Ap. Urinário		

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ALEXANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Bolsa Escrotal		
Próstata Abdominal		
Próstata Transretal		
Articulações		
TOTAL	**445**	**R$ 18.356,25**
Grupo 02.05 - ECOCARDIOGRAMA		
Ecocardiografia Transtorácica	70	R$ 7.588,60
Eco de carótida (cada exame equivale a 04 vasos - 30 exames x 04 vasos)*	120	
TOTAL	**190**	**R$ 7.588,60**
Grupo 02.09 - ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA		
Endoscopia	240	R$ 47.317,20
Colonoscopia	180	
TOTAL	**420**	**R$ 47.317,20**
Grupo 02.11 - EXAMES AMBULATORIAIS		
Teste de Esforço / Teste Ergométrico	25	R$ 13.387,50
Colposcopia	80	
Eletroneuromiograma (ENMG)	20	
Histeroscopia	70	
TOTAL	**195**	**R$ 13.387,50**
TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL		
02.11.07.027-0 - Potencial Evocado Auditivo p/ Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha) e 02.11.07.014-9 – Emissões Otoacústicas Evocadas p/ Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha)	178	**R$ 2.405,90**
TOTAL	**178**	**R$2.405,90**
Grupo 04.09- PEQUENAS CIRURGIAS		
0409 Vasectomia	40	R$ 36.776,40
0401 Outras pequenas cirurgias pele, subcutânea, mucosa e aparelho geniturinário	80	
Total	**120**	**R$ 36.776,40**
Grupo 04.17 – ANESTESIOLOGIA		
Sedação	56	**R$ 9.954,19**
Anestesia regional	70	
TOTAL	**126**	**R$ 9.954,19**
TOTAL DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS MÉDIA COMPLEXIDADE	**8.621**	**R$ 220.790,04**

Assinado por 1 pessoa: MARCIA ALVES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

HOSPITALAR MÉDIA COMPLEXIDADE		
LEITOS ESPECIALIDADES	**Quant. Físico**	**Valor Unitário**
CIRÚRGICO	370	R$ 613.643,00
CLÍNICO	320	R$ 728.000,00
OBSTÉTRICO	210	R$ 234.000,00
PEDIÁTRICO	100	R$ 35.775,10
TOTAL GERAL INTERNAÇÕES	**1.000**	**R$ 1.611.418,10**
UTI Adulto 20 x 28 diárias	560	R$ 268.083,20
UTI Pediátrica 02 x 30 diárias	60	R$ 28.723,20
UTI Neonatal 08 x 30 diárias	240	R$ 114.892,80
Nutrição Enteral - Portaria nº 1.845 de 27/08/13		R$ 25.805,70
TOTAL DIÁRIAS DE UTI + NUTRIÇÃO ENTERAL		**R$ 437.504,90**
TOTAL INTERNAÇÃO	**1.000**	**R$ 2.048.923,00**
TOTAL PRÉ-FIXADO	**9.621**	**R$ 2.269.713,04**
ALTA COMPLEXIDADE		
Alta Complexidade Ambulatorial	**Quant. Físico**	**Valor Unitário**
Cateterismo	20	R$ 13.074,40
Litotripsia	160	R$ 24.088,00
Total Alta Complexidade Ambulatorial	**180**	**R$ 37.162,40**
Alta Complexidade Hospitalar	**Quant. Físico**	**Valor Unitário**
Cirurgia Cardiovascular	20	R$ 140.000,00
Cirurgia Ortopédicas de AC	96	R$ 228.133,40
Total Alta Complexidade Hospitalar	**116**	**R$ 368.133,40**
TOTAL PÓS-FIXADO AC HOSPITALAR	**296**	**R$ 405.295,80**
FINANCIAMENTO FAEC – PÓS FIXADO		
FAEC Cirurgia Cardiologia Pediátrica	10	R$ 125.000,00
FAEC Hospitalar (Bariátrica)	8	R$ 80.000,00
TOTAL FAEC (PÓS-FIXADO)	**18**	**R$ 205.000,00**

INCENTIVOS - PRÉ-FIXADO	Quant. Físico	Valor Unitário
INCENTIVO IAC		R$ 616.727,50
INTEGRA SUS		R$ 6.635,35
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO		R$ 68.062,76
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA		R$ 32.000,00
INCENTIVO 100% SUS RECURSO FEDERAL		R$ 154.715,80
INCENTIVO DE HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HMTJ CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.		R$ 449.862,50

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

INCENTIVO REDE CEGONHA – RECURSOS FEDERAIS		R$ 70.360,32
INCENTIVO AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.		R$ 272.085,88
INCENTIVO RELATIVO AOS 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.		R$ 438.000,00
INCENTIVO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA RUE, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100% SUS		R$ 240.720,64
INCENTIVO CONTRATO DE GESTÃO PARA RUE INFANTIL 100%SUS - RECURSOS DO TESOURO MUNICIPALRECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS		R$ 966.869,35
TOTAL INCENTIVOS MENSAL		**R$ 3.316.040,10**

7 – METODOLOGIA PARA ANÁLISE DE DESEMPENHO DAS METAS QUANTITATIVAS PARA REPASSE DOS RECURSOS

Para fins de remuneração de 60% do valor pré-fixado, será realizada a análise de desempenho das metas quantitativas, constituído pela produção de média complexidade ambulatorial e hospitalar, e os incentivos que observarão regramento próprio.

A Alta Complexidade e o FAEC não serão submetidos à análise de desempenho, com vistas ao repasse de recursos, posto que serão remunerados pelo que for produzido e autorizado pelo gestor do SUS.

A análise de desempenho das metas quantitativas considerará os dados de produção apresentada, oriundos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), devendo considerar, se devidamente comprovado e oficializado: ocorrência de perda primária (não agendamento pelo gestor do SUS); o absenteísmo de usuários aos serviços ofertados pelo HMTJ; outros fatores que possam impactar a prestação de serviços ofertados pelo HMTJ para fins de estabelecimento da pontuação obtida.

As metas pactuadas deverão ser analisadas por grupos de programação, calculando-se o percentual de execução pela média quadrimestral, para a Média Complexidade Ambulatorial e Média Complexidade Hospitalar.

Para cálculo de desempenho das metas quantitativas, a planilha a seguir deverá ser utilizada como modelo. A Ficha de Indicadores, Anexo I deste Documento Descritivo, contém a memória de cálculo para levantamento dos indicadores. Na planilha a seguir, excluem-se os valores da Terapia Nutricional.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS (60%)

Grupo	Meta	Valor mensal	Percentual	Produção	Apuração	Apuração –

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

	mensal - Proced. (A)	pactuado (R$) (B)	do valor mensal (C)	média mensal - Proced. (D)	– Física (E)	Financeira (R$) (F)
Proced. Ambulatoriais de média complexidade	8.601	220.790,04	9,73%			
Clínica Cirúrgica	370	2.048.923,00	90,27%			
Clínica Médica	320					
Clínica Pediátrica	100					
Clínica Obstétrica	210					
UTI Adulto 20 x 28 diárias						
UTI Pediátrica 2 x 30 diárias						
UTI Neonatal 8 x 30 diárias						
NUTRIÇÃO ENTERAL- PORTARIA Nº 1.845 de 27/08/13						
TOTAL DIÁRIAS DE UTI + NUTRIÇÃO ENTERAL	1.000	2.048.923,00	90,27%			
TOTAL AMB + HOSP	**9.601**	**2.269.713,04**	**100,00%**			

Após o cálculo do desempenho geral da Média Complexidade Ambulatorial e de Internação, por meio do campo Apuração(F), deverá ser aplicado o quadro Remuneração – Metas Quantitativas, apresentado a seguir, para definição do valor mensal a ser repassado ao HMTJ, relativo ao desempenho da meta quantitativa referente a cada período:

REMUNERAÇÃO – METAS QUANTITATIVAS			
Cenários	Faixa (Conforme Avaliação)	Percentual a repassar	Valor mensal (R$)
1°	90% a 100%	100% dos 60% Pré-fixado	1.888.712,67
2°	80% a 89%	90% dos 60% Pré-fixado	1.699.841,40
3°	70% a 79%	80% dos 60% Pré-fixado	1.510.970,14
4°	60% a 69%	70% dos 60% Pré-fixado	1.322.098,87
6°	< 70%	PRODUÇÃO	

No caso de cumprimento inferior a 70% das metas quantitativas pactuadas, o pagamento deverá ser por produção processada e aprovada no sistema SIA e SIH.

8 - METAS QUALITATIVAS

Para análise das metas qualitativas serão considerados os indicadores abaixo, que estão relacionados à qualidade da atenção hospitalar nas dimensões – assistencial, gestão, ensino/pesquisa e avaliação:

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

8.1 – Metas qualitativas

Nº	Indicador	Meta	Pontuação Previsto
8.1	**Metas assistenciais e políticas prioritárias**		**50**
8.1.1	Tempo médio de permanência - Geral	06 dias	≤ 6=6 >6≥7,5=4 >7,5=0
8.1.2	Tempo médio de permanência UTI Adulto	13 dias	≤13 = 7 >13<15 = 4 >15 = 0
8.1.3	Taxa mortalidade institucional	4,50 %	≤4,5 = 7 >4,5<9 = 4 >9 = 0
8.1.4	Mensurar nº de procedimentos ambulatoriais processados por subgrupo (totalizam 9.621 procedimentos/mês)	100,00 %	>100 = 8 <90>75 = 4 <75 = 0
8.1.5	Taxa de cesárea	35,00 %	≤35=7 >35≥40=4 >40=0
8.1.6	Taxa de ocupação de leitos de UTI	90,00 %	>90 = 8 <90>75 = 4 <75 = 0
8.1.7	Taxa de ocupação de leitos	85,00 %	>85 = 7 <85 >65 = 4 <65 = 0
8.2	**Metas de gestão**		**15**
8.2.1	Investigação das causas de mortalidade materna	100%	5
8.2.2	Revisão de prontuários pela CCIH	100 %	5
8.2.3	Notificar suspeita de violência, de acordo com legislação específica	100 %	5
8.3	**Metas de Ensino e Pesquisa**		**20**
8.3.1	Número de capacitação e/ou treinamentos desenvolvidos e implementados para os trabalhadores do hospital através do plano semestral de atividades	40 por quadrimestre	7
8.3.2	Número de Pesquisas Científicas que compreendem trabalhos realizados na instituição: Iniciação Científica, artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais e trabalhos de Pesquisa Clínica coordenados pelo CEPEC (Centro de Pesquisa Clínica) do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF	10 por quadrimestre	7
8.3.3	Taxa de registro de óbitos com causa básica definida	80%	6
8.4	**Metas de Avaliação**		**15**
8.4.1	Índice de Satisfação do Usuário	90 %	5

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

8.4.2	Avaliar a assistência e controlar os riscos através da notificação de incidentes e eventos adversos classificados como grave e moderado, aferida através de planos de ação e/ou ações corretivas para minimizar riscos e assegurar os processos de trabalho	100 %	5
8.4.3	Retorno aos usuários das reclamações feitas nos canais de captação da ouvidoria	80 %	5
TOTAL			**100**

9 - METODOLOGIA PARA ANÁLISE DE DESEMPENHO DAS METAS QUALITATIVAS PARA REPASSE DOS RECURSOS

Quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado, estará condicionado ao percentual de cumprimento das metas de qualidade discriminadas neste Documento Descritivo. Excetua-se deste valor os incentivos que observarão regramento próprio.

As metas pactuadas terão pontuação para cada um dos eixos assistencial, gestão, ensino/pesquisa e avaliação, e conforme a pontuação obtida, após a análise de desempenho, deverá ser realizado o repasse considerando o quadro a seguir. A Ficha de Indicadores, Anexo I deste Documento Descritivo, contém a memória de cálculo para levantamento dos indicadores.

REMUNERAÇÃO MENSAL – METAS QUALITATIVAS		
Desempenho geral das Metas Qualitativas	Percentual a repassar	Valor mensal (R$)
90 pontos ou mais	100% dos 40% Pré-fixado	1.259.141,78
80 a 89 pontos	90% dos 40% Pré-fixado	1.133.227,60
65 a 79 pontos	80% dos 40% Pré-fixado	1.007.313,42
59 a 64 pontos	70% dos 40% Pré-fixado	881.399,25
41 a 58 pontos	60% dos 40% Pré-fixado	755.485,07
Até 40 pontos	50% dos 40% Pré-fixado	629.570,89

10 - PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Para a execução do presente Contrato, o HMTJ receberá mensalmente recursos financeiros da Secretaria de Saúde, de acordo com o estabelecido no presente Documento Descritivo, sob a modalidade de orçamentação parcial, subdividido da forma a seguir:

I. Valor Pré-Fixado, composto pelo valor de remuneração das ações e serviços de média complexidade (ambulatorial e hospitalar) e incentivos financeiros, que fazem parte do teto MAC do Município e Tesouro Municipal, que remontam mensalmente em **R$ 3.147.854,45 (três milhões, cento e quarenta e sete mil, oitocentos e cinqüenta e quatro reais e quarenta e cinco centavos)**, com detalhamento de tipo e valor, sendo o repasse vinculado ao alcance de metas qualitativas e quantitativas, conforme detalhado no Documento Descritivo e considerando a seguinte composição:

a) sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado que remonta mensalmente o valor **R$ 1.888.712,67 (um milhão, oitocentos e oitenta e oito mil, setecentos e doze reais e sessenta e sete centavos)** vinculado ao cumprimento das Metas Quantitativas.

b) quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado que remonta mensalmente em **R$ 1.259.141,78 (um milhão, duzentos e cinqüenta e nove mil, cento e quarenta e um reais**

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

e setenta e oito centavos) vinculando ao cumprimento das Metas Qualitativas.

II. Valor Pós-Fixado, composto pelo valor de remuneração das ações e serviços de Alta Complexidade (ambulatorial e hospitalar), estimando-se um valor médio mensal de **R$ 644.057,80 (seiscentos e quarenta e quatro mil, cinqüenta e sete reais e oitenta centavos)**, pelos procedimentos pagos pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), Tesouro Municipal e Recursos da SES/MG.

No quadro a seguir é apresentada a Programação Orçamentária:

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA **PRÉ-FIXADO**	**MENSAL**	**ANUAL**
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Ambulatorial)	R$ 220.790,04	R$ 2.649.480,48
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Hospitalar)	R$ 2.048.923,00	R$ 24.587.076,00
INCENTIVO IAC	R$ 616.727,50	R$ 7.400.730,00
INTEGRA SUS	R$ 6.635,35	R$ 79.624,20
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO	R$ 68.062,76	R$ 816.753,12
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	R$ 32.000,00	R$ 384.000,00
INCENTIVO 100% SUS	R$ 154.715,80	R$ 1.856.589,60
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO MÉDIA COMPLEXIDADE + INCENTIVOS DE CONTRATUALIZAÇÃO	**R$ 3.147.854,45**	**R$ 37.774.253,40**
REPASSE FINANCEIRO REFERENTE A HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS, PREVISTOS NO PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.	R$ 449.862,50	R$ 5.398.350,00
EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS REFERENTES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS PELO MUNICÍPIO, POR INTERMÉDIO DO CUMPRIMENTO DE METAS NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA	R$ 70.360,32	R$ 844.323,84
REPASSE DE INCENTIVO REFERENTE AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.	R$ 272.085,88	R$ 3.265.030,56
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E DISPONIBILIZA CUSTEIO PARA A PORTA DE ENTRADA	R$ 438.000,00	R$ 5.256.000,00

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO GOMES BARONE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

HOSPITAL GERAL PARA O HMTJ PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.		
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 240.720,64	R$ 2.888.647,68
RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS	R$ 966.869,35	R$ 11.602.432,20
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO +INCENTIVOS ESPECÍFICOS	**R$ 5.585.753,14**	**R$ 67.029.037,68**
PÓS-FIXADO	**MENSAL**	**ANUAL**
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R$ 37.162,40	R$ 445.948,80
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R$ 368.133,40	R$ 4.417.600,80
PÓS-FIXADO FAEC	R$ 205.000,00	R$ 2.460.000,00
TRIAGEM AUDITIVA RECURSO RETROATIVO 2019/2020 E 2021 SES MG		R$ 125.674,83
RESOLUÇÃO 7775 SES MG (CARDIO OPME)-ESTIMATIVA Repasse referente ao recurso da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.556, de 15 de outubro de 2021, que aprova em caráter excepcional e temporário o repasse de incentivo financeiro complementar para execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Minas Gerais, que **ocorrerá trimestralmente**, considerando os critérios e Cronograma de Pagamento Detalhado no Anexo IV da Resolução SES nº 7.775/2021.	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00
Repasse referente ao financiamento Estadual para incentivo financeiro complementar da SES/MG pelos Serviços de Referência em Triagem Auditiva Neonatal – SRTAN credenciados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.980/19, conforme Resolução SES/MG 6814, de 21 de agosto de 2019 e RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.860, de 17 de novembro de 2021, que altera a Resolução SES/MG nº 6.814/19 mediante apuração e repasse de recurso ao FMS pela SES/MG.	R$ 3.762,00	R$ 45.144,00
SUBTOTAL PÓS-FIXADO	**R$ 644.057,80**	**R$ 7.854.368,43**
TOTAL GERAL	**R$ 6.229.810,94**	**R$ 74.883.406,11**

10.1. Considerando a programação orçamentária apresentada, o presente contrato tem, portanto, valor anual estimado equivalente a **R$ 74.883.406,11**(setenta e quatro milhões oitocentos e oitenta e três

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

mil, quatrocentos e seis reais e onze centavos).

11 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e avaliação da execução do Contrato será realizado pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), podendo contar eventualmente com outros órgãos e setores competentes da gestão do SUS, conforme descrito na cláusula sétima deste Contrato, observada ainda, a metodologia de análise de desempenho das metas qualitativas e quantitativas, disposta nos itens nº 7 e 9 deste Documento Descritivo.

12 – TERMO DE ADESÃO À REDE 100% SUS

12.1. O hospital se compromete a expandir a oferta de serviços de acordo com as necessidades assistenciais estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora, conforme planilha abaixo:

Procedimento	Capacidade Produção Atual	Novo Serviço	Total com expansão
Expansão do número de leitos de ortopedia	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	84 cirurgias ortopédicas	16 cirurgias ortopédicas	100 cirurgias ortopédicas
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	4 cirurgias	4 cirurgias	8 cirurgias
Expansão leitos de UTI Neonatais	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Expansão leitos de UTI Pediátricas	2 leitos	6 leitos	8 leitos
Expansão do número de leitos de pediatria (enfermaria)	16 leitos	4 leitos	20 leitos
Cirurgias Pediátricas	30	Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS
Ampliação das internações Hospitalares de média complexidade	830	170	1.000
Atendimento cirúrgico à criança com pé torto congênito	Inativo	Atendimento da demanda da SS	100% da demanda da SS
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	Inexistente	20	20

12.2. O Contratado se compromete a:

12.2.1 - Garantir 100% de Aceitação das solicitações do Departamento de Regulação das Internações Hospitalares para os atendimentos pediátricos e internação pediátricas, durante vinte quatro horas/dia.

12.2.2 - Incrementar a produção de internações hospitalares SUS, para o atendimento da urgência e emergência de ortopedia e pediatria, de acordo com o perfil definido para o hospital, atendendo a conformação da rede de urgência/emergência da região;

12.2.3 - Garantir comunicação em tempo real de 100% das altas e evolução clínica preconizado no Sistema SUS Fácil.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

12.2.4 - Garantir a regulação da totalidade dos leitos pela Central de Regulação SUS-JF, para a correta avaliação referente a data de emissão da AIH e alta do paciente em conformidade com o SUS Fácil.

12.2.5 - Responder no máximo em 30 minutos no SUSFácil as solicitações feitas pelo Departamento de Regulação das Internações Hospitalares, no que tange à reserva de leitos;

12.2.6 - Sujeição à avaliação e controle pela Comissão de Acompanhamento do Contrato e da Auditoria;

12.2.7 - O desempenho será avaliado mensalmente condicionado ao cumprimento das metas descritas nos quadros abaixo:

TAXA DE OCUPAÇÃO – MENSAL		**Pontuação**
Unidade de internação	**Meta**	**Previsto**
Geral	85%	>85 = 10 <85>65 = 5 <65 = 0
Clínica cirúrgica – ortopedia	90%	>90 = 10 <90>75 = 5 <75 = 0
UTI (adulto, neonatal e pediátrica)	90%	>90 = 15 <90>75 = 10 <75 = 0

OFERTA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES - MENSAL	**Meta**	**Pontuação** **Previsto**
Consultas crianças com pé torto congênito no SSREG	≥20 consultas	>20 = 10 <10>75 = 5 <10 = 0
Internações Hospitalares de média complexidade	≥ 1.000 internações	>1.000 = 15 <1.000>850 = 10 <850 = 0
Procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 100 cirurgias	>100 = 10 <100>85 = 5 <85 = 0
Procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 8	>8 = 10 < 8 >5 = 5 < 5 = 0
Cirurgias Pediátricas	≥30 cirurgias	>30 = 10 < 30 >5 = 5 < 5 = 0
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	≥20 procedimentos	>20 = 10 < 20 >15 = 5 < 15 = 0
TOTAL		**100**

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

12.3. A qualificação do processo de assistência e de gestão hospitalar pela instituição será promovida pela articulação interna entre as diversas especialidades, visando à estruturação dos serviços, a criação, atualização e implantação de protocolos assistenciais; estímulo à gestão da clínica e ao trabalho multidisciplinar, conforme normatizações do Ministério da Saúde.

12.4. A adoção de normas e regras do Complexo Regulador SUS-JF pela instituição, observará:
10.4.1. Atualização diária e em tempo real da grade de leitos junto ao Departamento de Regulação de internações Hospitalar da Subsecretaria de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora;
12.4.2. Avaliação "in loco" das internações, altas e disponibilização de leitos;
12.4.3. Acompanhamento, pela supervisão hospitalar, das internações, visando atuar junto às equipes clínicas, adequar o tempo de permanência e qualificar o tratamento (estímulo à gestão da clínica, atendimento multiprofissional, estabelecimento e atualização de protocolos assistenciais, dentre outros);
12.4.4. Utilização de sistema de informação adotado pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora que permita o monitoramento da ocupação dos leitos hospitalares e a regulação das consultas médicas especializadas.

12.5. A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital envolverá pactuação prévia com o gestor municipal do SUS-JF, principalmente no que diz respeito à provisão de recursos financeiros de custeio das ações/atividades, que deverão ser incorporadas ao instrumento jurídico competente mediante termo aditivo;

12.5.1. O valor total estimado do incentivo perfaz o montante mensal de **R$ 966.869,35 (novecentos e sessenta e seis mil, oitocentos e sessenta e nove reais e trinta e cinco centavos)** a ser ressarcido com recurso do Tesouro Municipal e condicionado às seguintes regras:

Cenários	Faixa (Conforme Avaliação)	Percentual a repassar
1°	90% a 100%	100% do valor incentivo adesão
2°	80% a 89%	90% do valor incentivo adesão
3°	70% a 79%	80% do valor incentivo adesão
4°	60% a 69%	70% do valor incentivo adesão
5°	<70%	Sem pagamento do incentivo

12.5.2. Em caso de cumprimento inferior a 70% das metas físicas pactuadas, não haverá o pagamento de incentivo.

O Diretor Clínico da CONTRATADA deverá assumir compromisso com a Secretaria de Saúde, garantir a aquiescência por parte de seu corpo clínico para execução de todas as metas físicas e orçamentárias pactuadas no contrato, podendo, em caso de descumprimento do atendimento ao paciente do SUS, por qualquer médico que atue na Instituição, a direção responder por infração ética e/ou penalidades previstas no Termo.

Juiz de Fora, __ de _____ de 2022.

Processo Eletrônico13.365/2022.

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIDA
DIRETOR PRESIDENTE DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
SECRETÁRIO DE SAÚDE / PJF

MARGARIDA SALOMÃO
PREFEITA DE JUIZ DE FORA

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 6F08-011C-0448-8C6A

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA (CPF 485.XXX.XXX-34) em 04/10/2022 16:47:49 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Autoridade Certificadora SERPRORFBv5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/6F08-011C-0448-8C6A

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/6F08-011C-0448-8C6A e informe o código 6F08-011C-0448-8C6A

Juiz de Fora
Prefeitura

TERMO DE ADESÃO À REDE 100% SUS-JF

O **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS (HMTJ)**, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, CNES: 2153084, situado na rua Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, CEP 36025-330, Juiz de Fora/MG, representado neste ato por seu diretor-presidente Marco Antônio Guimarães de Almeida, RG nº M3.040.499 SSP/MG, inscrito junto ao CPF nº 485.399.966-34, firma o presente Termo de Adesão à Rede 100% SUS-JF assumindo com o **MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA**, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ nº 18.338.178/0001-02, com sede na Avenida Brasil, nº 2001, centro, CEP 36.060-010, neste ato representado pela Prefeita, Sra. Maria Margarida Salomão, brasileira, inscrita no CPF nº 135.210.396-68 e pelo Secretário Ivan Charles Fonseca Chebli, brasileiro, inscrito no CPF nº 536.396.776-68, os seguintes compromissos:

Adesão à Rede 100% SUS pelo CONVÊNIO, nos termos do Decreto Municipal nº 10.758, de 18 de maio de 2011, que objetiva o aumento da oferta de leitos e serviços de saúde aos usuários do SUS-JF, mediante aporte de recursos financeiros adicionais do Tesouro Municipal, para os seguintes compromissos:

1. O hospital se compromete a expandir a oferta de serviços de acordo com as necessidades assistenciais estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora, conforme planilha abaixo:

Procedimento	Capacidade/produção atual	Novo serviço	Total com expansão
Expansão do número de leitos de ortopedia	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	84 cirurgias ortopédicas	16 cirurgias ortopédicas	100 cirurgias
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	4 cirurgias	4 cirurgias	8 cirurgias
Expansão leitos de UTI Neonatais	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Expansão leitos de UTI Pediátricas	2 leitos	6 leitos	8 leitos
Expansão do número de leitos de pediatria (enfermaria)	16 leitos	4 leitos	20 leitos
Cirurgias Pediátricas	30	Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS
Ampliação das internações	830	170	1.000

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Hospitalares de média complexidade			
Atendimento cirúrgico à criança com pé torto congênito	Inativo	Atendimento da demanda da SS	100% da demanda da SS
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	Inexistente	20	20

2. O CONVENIADO SE COMPROMETE A:

2.1 - Garantir 100% de Aceitação das solicitações do Departamento de Regulação das Internações Hospitalares para os atendimentos pediátricos e internação pediátricas, durante vinte quatro horas/dia.

2.2 - Incrementar a produção de internações hospitalares SUS, para o atendimento da urgência e emergência de ortopedia e pediatria, de acordo com o perfil definido para o hospital, atendendo a conformação da rede de urgência/emergência da região;

2.3 - Garantir comunicação em tempo real de 100% das altas e evolução clínica preconizado no Sistema SUS Fácil.

2.4 - Garantir a regulação da totalidade dos leitos pela Central de Regulação SUS-JF, para a correta avaliação referente a data de emissão da AIH e alta do paciente em conformidade dom o Sus Fácil.

2.5 - Responder no máximo em 30 minutos no Sus Fácil as solicitações feitas pelo Departamento de Regulação das Internações Hospitalares, no que tange à reserva de leitos;

2.6 - Sujeição à avaliação e controle pela Comissão de Acompanhamento do Convênio e da Auditoria;

2.7 - O desempenho será avaliado mensalmente condicionado ao cumprimento das metas descritas nos quadros abaixo:

TAXA DE OCUPAÇÃO – MENSAL		**Pontuação**
Unidade de internação	**Meta**	**Previsto**
Geral	85%	>85 = 10 <85>65 = 5 <65 = 0
Clínica cirúrgica – ortopedia	90%	>90 = 10 <90>75 = 5 <75 = 0
UTI (adulto, neonatal e pediátrica)	90%	>90 = 15 <90>75 = 10 <75 = 0

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

OFERTA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES - MENSAL	Meta	Pontuação Previsto
Consultas crianças com pé torto congênito no SSREG	≥20 consultas	>20 = 10 <10>75 = 5 <10 = 0
Internações Hospitalares de média complexidade	≥ 1.000 internações	>1.000 = 15 <1.000>850 = 10 <850 = 0
Procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 100 cirurgias	>100 = 10 <100>85 = 5 <85 = 0
Procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 8	>8 = 10 < 8 >5 = 5 < 5 = 0
Cirurgias Pediátricas	≥30 cirurgias	>30 = 10 < 30 >5 = 5 < 5 = 0
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	≥20 procedimentos	>20 = 10 < 20 >15 = 5 < 15 = 0
TOTAL		**100**

3. A qualificação do processo de assistência e de gestão hospitalar pela instituição será promovida pela articulação interna entre as diversas especialidades, visando à estruturação dos serviços, a criação, atualização e implantação de protocolos assistenciais; estímulo à gestão da clínica e ao trabalho multidisciplinar, conforme normatizações do Ministério da Saúde.

4. A adoção de normas e regras do Complexo Regulador SUS-JF pela instituição, observará:
4.1. Atualização diária e em tempo real da grade de leitos junto ao Departamento de Regulação de internações Hospitalar da Subsecretaria de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora;
4.2. Avaliação "in loco" das internações, altas e disponibilização de leitos;
4.3. Acompanhamento, pela supervisão hospitalar, das internações, visando atuar junto às equipes clínicas, adequar o tempo de permanência e qualificar o tratamento (estímulo à gestão da clínica, atendimento multiprofissional, estabelecimento e atualização de protocolos assistenciais, dentre outros);
4.4. Utilização de sistema de informação adotado pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora que permita o monitoramento da ocupação dos leitos hospitalares e a regulação das consultas médicas especializadas.

5. A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital envolverá pactuação prévia com o gestor municipal do SUS-JF, principalmente no que diz respeito à provisão de recursos financeiros de custeio das ações/atividades, que deverão ser incorporadas ao instrumento jurídico competente mediante termo aditivo;
5.1. O valor total estimado do incentivo perfaz o montante mensal de **R$ 966.869,35 (novecentos e sessenta e seis mil oitocentos e sessenta e nove reais e trinta e cinco centavos)** a ser ressarcido com

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

recurso do Tesouro Municipal e condicionado às seguintes regras:

Cenários	Faixa (Conforme Avaliação)	Percentual a repassar
1°	90% a 100%	100% do valor incentivo adesão
2°	80% a 89%	90% do valor incentivo adesão
3°	70% a 79%	80% do valor incentivo adesão
4°	60% a 69%	70% do valor incentivo adesão
5°	<70%	Sem pagamento do incentivo

5.2. Em caso de cumprimento inferior a 70% das metas físicas pactuadas, não haverá o pagamento de incentivo.

6. O não cumprimento das metas definidas neste Termo de Adesão, sem justificativa aceita por esta Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora por prazo superior a 120 (cento e vinte) dias, caracteriza desistência da adesão à Rede 100% SUS, e implicará na suspensão do repasse pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora do incentivo de adesão à Rede 100% SUS, ficando, no entanto, ressalvado ao aderente o direito ao recebimento de repasses referentes aos serviços realizados até a data de eventual rescisão.

Por ser verdade, firma-se o presente Termo, que segue assinado pelas partes interessadas.

Juiz de Fora, ... de ..... de 2022.

_____

MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIDA
DIRETOR PRESIDENTE DO HOSPITAL E
MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

_____

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
SECRETÁRIO DE SAÚDE / PJF

_____

MARGARIDA SALOMÃO
PREFEITA DE JUIZ DE FORA

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/ e informe o código

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 21D7-B8F2-CD3E-B873

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA (CPF 485.XXX.XXX-34) em 04/10/2022 16:44:28 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Autoridade Certificadora SERPRORFBv5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/21D7-B8F2-CD3E-B873

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/21D7-B8F2-CD3E-B873 e informe o código 21D7-B8F2-CD3E-B873

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: ADBE-0669-9FF7-0A2C

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI (CPF 536.XXX.XXX-68) em 04/10/2022 18:21:03 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/ADBE-0669-9FF7-0A2C

Assinado por 1 pessoa: MARGARIDA SALOMÃO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/2FCA-40EC-F784-C58B e informe o código 2FCA-40EC-F784-C58B

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 2FCA-40EC-F784-C58B

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARGARIDA SALOMÃO (CPF 135.XXX.XXX-68) em 04/10/2022 23:29:00 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/2FCA-40EC-F784-C58B

Juiz de Fora
Prefeitura

Nº 08.2022.032/01

TERMO ADITIVO AO CONVENIO N° 08.2022.032 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, COM INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE/SS, DE UM LADO E, DE OUTRO, O HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o n° 18.338.178/0001-02, com sede na Av. Brasil, n° 2001, denominado **MUNICÍPIO** neste ato representado por sua prefeita, Sra. Maria Margarida Salomão, brasileira, inscrita no CPF nº 135.210.396-68, com interveniência da Secretaria de Saúde, neste ato representada por seu Secretário de Saúde, Sr. Ivan Charles Fonseca Chebli, brasileiro, inscrito no CPF nº 536.396.776-68, doravante denominada **CONVENENTE** e o HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, CNES: 2153084, situado na rua Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, CEP 36025-330, Juiz de Fora/MG, representado neste ato por Marco Antônio Guimarães de Almeida, RG nº M3.040.499 SSP/MG, inscrito junto ao CPF nº 485.399.966-34 doravante denominado CONVENIADO, resolvem de comum acordo e considerando os documentos anexados ao processo administrativo eletrônico nº 13.365/2022, obedecidas as disposições da Constituição Federal, art. 196 e ss., na Lei nº 8.080/90, e a Lei nº 8.666/93, celebrar o presente **TERMO ADITIVO**, mediantes as cláusulas e condições abaixo especificadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

1.1. Em decorrência da necessidade de prestação dos respectivos serviços, fica prorrogado, pelo período de 04 (quatro) meses, a partir d**e 04 de outubro de 2023.**

CLÁUSULA SEGUNDA
DA JUSTIFICATIVA

2.1 Justificam este aditivo os expedientes afins contidos no processo administrativo 13.365/2022, permanecendo em vigor as demais cláusulas e condições do CONVÊNIO institucional constante do mesmo processo, correm por conta das seguintes dotações orçamentárias:

PTRES: 10.302.0003.2279.6050	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6049	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6051	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6052	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES:10.302.0003.2279.6050	Nat.despesas: 339039	Fonte: 2.500.009918
PTRES: 10.302.0003.2279.6052	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.621.000000
PTRES: 10.302.0003.2279.6049	Nat. Despesas: 339039	Fonte: 1.621.000000

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

PTRES: 10.302.0003.2284.5800 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2281.4029 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.600.009626

CLÁUSULA TERCEIRA
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

3.1 Permanecem vigentes e inalteradas todas as demais cláusulas do CONVÊNIO originário.

E, para firmeza e validade de tudo quanto ficou estipulado, é o presente instrumento assinado pelas partes interessadas e testemunhas presentes ao ato.

Juiz de Fora, de outubro de 2023

MARIA MARGARIDA SALOMÃO
PREFEITA DE JUIZ DE FORA

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
SECRETÁRIA DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CONVENIADA

Testemunhas:
1)_____
2)_____

Processo 13.365/2022

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

TERMO DE ADESÃO À REDE
100% SUS-JF

O **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS (HMTJ)**, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, CNES: 2153084, situado na rua Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, CEP 36025-330, Juiz de Fora/MG, representado neste ato por seu diretor-presidente Marco Antônio Guimarães de Almeida, RG nº M3.040.499 SSP/MG, inscrito junto ao CPF nº 485.399.966-34, firma o presente Termo de Adesão à Rede 100% SUS-JF assumindo com o **MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA**, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ nº 18.338.178/0001-02, com sede na Avenida Brasil, nº 2001, centro, CEP 36.060-010, neste ato representado pela Prefeita, Sra. Maria Margarida Salomão, brasileira, inscrita no CPF nº 135.210.396-68 e pelo Secretário Ivan Charles Fonseca Chebli, brasileiro, inscrito no CPF nº 536.396.776-68, os seguintes compromissos:

Adesão à Rede 100% SUS pelo CONVÊNIO, nos termos do Decreto Municipal nº 10.758, de 18 de maio de 2011, que objetiva o aumento da oferta de leitos e serviços de saúde aos usuários do SUS-JF, mediante aporte de recursos financeiros adicionais do Tesouro Municipal, para os seguintes compromissos:

1. O hospital se compromete a expandir a oferta de serviços de acordo com as necessidades assistenciais estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora, conforme planilha abaixo:

Procedimento	**Capacidade/ produção atual**	**Novo serviço**	**Total com expansão**
Expansão do número de leitos de ortopedia	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	84 cirurgias ortopédicas	16 cirurgias ortopédicas	100 cirurgias
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	4 cirurgias	4 cirurgias	8 cirurgias
Expansão leitos de UTI Neonatais	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Plantão de pediatria clínica de porta	não existente	manter escala de plantão	escala de plantão de pediatria
Expansão do número de leitos de pediatria (enfermaria)	16 leitos	4 leitos	20 leitos
Cirurgias Pediátricas	30	Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS
Ampliação das internações	830	170	1.000
Hospitalares de média complexidade			

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Atendimento cirúrgico à criança com pé torto congênito	Inativo	Atendimento da demanda da SS	100% da demanda da SS
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	Inexistente	20	20

2. O CONVENIADO SE COMPROMETE A:

2.1 - Garantir 100% de Aceitação das solicitações do Departamento de Regulação das Internações Hospitalares para os atendimentos pediátricos e internação pediátricas, durante vinte quatro horas/dia.

2.2- Incrementar a produção de internações hospitalares SUS, para o atendimento da urgência e emergência de ortopedia e pediatria, de acordo com o perfil definido para o hospital, atendendo a conformação da rede de urgência/emergência da região;

2.3- Garantir comunicação em tempo real de 100% das altas e evolução clínica preconizado no Sistema SUS Fácil.

2.4 - Garantir a regulação da totalidade dos leitos pela Central de Regulação SUS-JF, para a correta avaliação referente a data de emissão da AIH e alta do paciente em conformidade dom o Sus Fácil.

2.5 - Responder no máximo em 30 minutos no Sus Fácil as solicitações feitas pelo Departamento de Regulação das Internações Hospitalares, no que tange à reserva de leitos;

2.6 - Sujeição à avaliação e controle pela Comissão de Acompanhamento do Convênio e da Auditoria;

2.7 - O desempenho será avaliado mensalmente condicionado ao cumprimento das metas descritas nos quadros abaixo:

TAXA DE OCUPAÇÃO – MENSAL		**Pontuação**
Unidade de internação	**Meta**	**Previsto**
Geral	85%	>85 = 10
		<85>65 = 5
		<65 = 0
Clínica cirúrgica – ortopedia	90%	>90 = 10
		<90>75 = 5
		<75 = 0
UTI (adulto, neonatal e pediátrica)	90%	>90 = 15
		<90>75 = 10
		<75 = 0

OFERTA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES - MENSAL	**Meta**	**Pontuação Previsto**
Consultas crianças com pé torto congênito	≥20 consultas	>20 = 10
no SSREG		<10>75 = 5 <10 = 0

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Internações Hospitalares de média complexidade	≥ 1.000 internações	>1.000 = 15 <1.000>850 = 10 <850 = 0
Procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 100 cirurgias	>100 = 10 <100>85 = 5 <85 = 0
Procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 8	>8 = 10 < 8 >5 = 5 < 5 = 0
Cirurgias Pediátricas	≥30 cirurgias	>30 = 10 < 30 >5 = 5 < 5 = 0
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	≥20 procedimentos	>20 = 10 < 20 >15 = 5 < 15 = 0
TOTAL		**100**

3. A qualificação do processo de assistência e de gestão hospitalar pela instituição será promovida pela articulação interna entre as diversas especialidades, visando à estruturação dos serviços, a criação, atualização e implantação de protocolos assistenciais; estimulo à gestão da clínica e ao trabalho multidisciplinar, conforme normatizações do Ministério da Saúde.

4. A adoção de normas e regras do Complexo Regulador SUS-JF pela instituição, observará:
4.1. Atualização diária e em tempo real da grade de leitos junto ao Departamento de Regulação de internações Hospitalar da Subsecretaria de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora;
4.2. Avaliação "in loco" das internações, altas e disponibilização de leitos;
4.3. Acompanhamento, pela supervisão hospitalar, das internações, visando atuar junto às equipes clínicas, adequar o tempo de permanência e qualificar o tratamento (estimulo à gestão da clínica, atendimento multiprofissional, estabelecimento e atualização de protocolos assistenciais, dentre outros);
4.4. Utilização de sistema de informação adotado pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora que permita o monitoramento da ocupação dos leitos hospitalares e a regulação das consultas médicas especializadas.

5. A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital envolverá pactuação prévia com o gestor municipal do SUS-JF, principalmente no que diz respeito à provisão de recursos financeiros de custeio das ações/atividades, que deverão ser incorporadas ao instrumento jurídico competente mediante termo aditivo;
5.1. O valor total estimado do incentivo perfaz o montante mensal de **R$ 966.869,35 (novecentos e sessenta e seis mil oitocentos e sessenta e nove reais e trinta e cinco centavos)** a ser ressarcido com recurso do Tesouro Municipal e condicionado às seguintes regras:

Cenários	**Faixa (Conforme Avaliação)**	**Percentual a repassar**
1°	90% a 100%	100% do valor incentivo adesão
2°	80% a 89%	90% do valor incentivo adesão

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE SOUZA ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

3°	70% a 79%	80% do valor incentivo adesão
4°	60% a 69%	70% do valor incentivo adesão
5°	<70%	Sem pagamento do incentivo

5.2. Em caso de cumprimento inferior a 70% das metas físicas pactuadas, não haverá o pagamento de incentivo.

6. O não cumprimento das metas definidas neste Termo de Adesão, sem justificativa aceita por esta Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora por prazo superior a 120 (cento e vinte) dias, caracteriza desistência da adesão à Rede 100% SUS, e implicará na suspensão do repasse pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora do incentivo de adesão à Rede 100% SUS, ficando, no entanto, ressalvado ao aderente o direito ao recebimento de repasses referentes aos serviços realizados até a data de eventual rescisão.

Por ser verdade, firma-se o presente Termo, que segue assinado pelas partes interessadas.

Juiz de Fora, de outubro de 2023.

MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIDA
DIRETOR PRESIDENTE DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
SECRETÁRIO DE SAÚDE / PJF

MARGARIDA SALOMÃO
PREFEITA DE JUIZ DE FORA

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Assinado por 1 pessoa: MARCOS PAULO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 1491-509A-1AD6-96FC

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA (CPF 485.XXX.XXX-34) em 03/10/2023 17:01:01 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Autoridade Certificadora SERPRORFBv5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/1491-509A-1AD6-96FC

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/5ADE-7252-3B06-DC91 e informe o código 5ADE-7252-3B06-DC91

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 77DE-CB2D-B651-8C01

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI (CPF 536.XXX.XXX-68) em 04/10/2023 08:51:41 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/77DE-CB2D-B651-8C01

Assinado por 1 pessoa: MARGARIDA SALOMÃO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/5A5A-725A-3ED6-DF96 e informe o código 5A5A-725A-3ED6-DF96

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 5A5A-725A-3ED6-DF96

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARGARIDA SALOMÃO (CPF 135.XXX.XXX-68) em 04/10/2023 17:40:33 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/5A5A-725A-3ED6-DF96

Nº 08.2022.032/02

TERMO ADITIVO AO CONVENIO N° 08.2022.032 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, COM INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE/SS, DE UM LADO E, DE OUTRO, O HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o n° 18.338.178/0001-02, com sede na Av. Brasil, n° 2001, denominado **MUNICÍPIO** neste ato representado por sua prefeita, Sra. Maria Margarida Salomão, brasileira, inscrita no CPF nº 135.210.396-68, com interveniência da Secretaria de Saúde, neste ato representada por seu Secretário de Saúde, Sr. Ivan Charles Fonseca Chebli, brasileiro, inscrito no CPF nº 536.396.776-68, doravante denominada **CONVENENTE** e o HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, CNES: 2153084, situado na rua Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, CEP 36025-330, Juiz de Fora/MG, representado neste ato por Marco Antônio Guimarães de Almeida, RG nº M3.040.499 SSP/MG, inscrito junto ao CPF nº 485.399.966-34 doravante denominado CONVENIADO, resolvem de comum acordo e considerando os documentos anexados ao processo administrativo eletrônico nº 13.365/2022, obedecidas as disposições da Constituição Federal, art. 196 e ss., na Lei nº 8.080/90, e a Lei nº 8.666/93, celebrar o presente **TERMO ADITIVO**, mediantes as cláusulas e condições abaixo especificadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

1.1. Em decorrência da necessidade de prestação dos respectivos serviços, fica prorrogado, pelo período de 04 (quatro) meses, a partir de **04 de fevereiro de 2024.**

1.2. A cláusula nona item 9.2 passa a vigorar conforme abaixo:
Os valores Pré e Pós-fixados deste Convênio estão discriminados na Programação Orçamentária constante no quadro a seguir, sendo o valor global anual de R$ 77.629.104,00 (setenta e sete milhões, seiscentos e vinte e nove mil e cento e quatro reais) e valor global mensal de R$ 6.469.092,00(seis milhões, quatrocentos e sessenta e nove mil e noventa e dois reais).

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PRÉ-FIXADO	MENSAL	ANUAL
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Ambulatorial)	R$ 220.790,04	R$ 2.649.480,48
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Hospitalar)	R$ 2.048.923,00	R$ 24.587.076,00
INCENTIVO IAC	R$ 616.727,50	R$ 7.400.730,00
INTEGRA SUS	R$ 6.635,35	R$ 79.624,20
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO	R$ 68.062,76	R$ 816.753,12
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	R$ 32.000,00	R$ 384.000,00
INCENTIVO 100% SUS	R$ 340.571,86	R$ 4.086.862,32

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

SUBTOTAL PRÉ-FIXADO MÉDIA COMPLEXIDADE + INCENTIVOS DE CONTRATUALIZAÇÃO	**R$ 3.333.710,51**	**R$ 40.004.526,12**
REPASSE FINANCEIRO REFERENTE A HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS, PREVISTOS NO PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.	R$ 449.862,50	R$ 5.398.350,00
EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS REFERENTES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS PELO MUNICÍPIO, POR INTERMÉDIO DO CUMPRIMENTO DE METAS NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA	R$ 70.360,32	R$ 844.323,84
REPASSE DE INCENTIVO REFERENTE AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.	R$ 272.085,88	R$ 3.265.030,56
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E DISPONIBILIZA CUSTEIO PARA A PORTA DE ENTRADA HOSPITAL GERAL PARA O HMTJ PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 438.000,00	R$ 5.256.000,00
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 240.720,64	R$ 2.888.647,68
RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS	R$ 966.869,35	R$ 11.602.432,20
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO +INCENTIVOS ESPECÍFICOS	**R$ 5.771.609,20**	**R$ 69.259.310,40**
PÓS-FIXADO	**MENSAL**	**ANUAL**
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R$ 90.587,40	R$ 1.087.048,80
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R$ 368.133,40	R$ 4.417.600,80
PÓS-FIXADO FAEC	R$ 205.000,00	R$ 2.460.000,00
RESOLUÇÃO 7775 SES MG (CARDIO OPME)- ESTIMATIVA Repasse referente ao recurso da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.556, de 15 de outubro de 2021, que aprova em caráter excepcional e temporário o repasse de incentivo financeiro complementar para execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Minas Gerais, que ocorrerá trimestralmente, considerando os critérios e Cronograma de Pagamento detalhado no Anexo IV da Resolução SES nº 7.775/2021.	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00
Repasse referente ao financiamento Estadual para incentivo financeiro complementar da SES/MG pelos Serviços de	R$ 3.762,00	R$ 45.144,00

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Referência em Triagem Auditiva Neonatal – SRTAN credenciados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.980/19, conforme Resolução SES/MG 6814, de 21 de agosto de 2019 e RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.860, de 17 de novembro de 2021, que altera a Resolução SES/MG nº 6.814/19 mediante apuração e repasse de recurso ao FMS pela SES/MG.		
SUBTOTAL PÓS-FIXADO	**R$ 697.482,80**	**R$ 8.369.793,60**
TOTAL GERAL	**R$ 6.469.092,00**	**R$ 77.629.104,00**

1.2.1. O valor total Pré-Fixado considerou a atualização do valor do Incentivo Financeiro 100% SUS, que será repassado mediante ingresso do recurso conforme Portaria GM/MG nº 961 de 17 de julho de 2023 que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as regras para novas adesões e para solicitação de atualização do valor do Incentivo Financeiro 100% SUS destinado a unidades hospitalares que se caracterizem como entidades privadas sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde - SUS.

1.3. A cláusula décima item 10.2 passa a vigorar conforme planilha abaixo:

Procedimento	**Capacidade/ produção atual**	**Novo serviço**	**Total com expansão**
Expansão do número de leitos de ortopedia	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	84 cirurgias ortopédicas	16 cirurgias ortopédicas	100 cirurgias
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	4 cirurgias	4 cirurgias	8 cirurgias
Expansão do número de leitos de pediatria (enfermar	16 leitos	4 leitos	20 leitos
Cirurgias Pediátricas	30	Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS
Ampliação das internações Hospitalares de média complexidade	830	170	1000
Atendimento cirúrgico à criança com pé torto congênito	Inativo	Atendimento da demanda da SS	100% da demanda da SS
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	Inexistente	20	20
Disponibilização de pediatra 24h para atuar em conjunto com os demais especialistas no		Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

atendimento ao trauma infantil.			
Complemento das 860 diárias de UTI (Adulto, Pediátrica e Neonatal), considerando o valor da Tabela conforme Portaria GM/MS nº 160/2022		Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS

1.5. A cláusula décima item 10.3, passa a vigorar conforme planilha abaixo:

TAXA DE OCUPAÇÃO – MENSAL		**Pontuação**
Unidade de internação	**Meta**	**Previsto**
Geral	85%	>85 = 10 <85>65 = 5 <65 = 0
Clínica cirúrgica – ortopedia	90%	>90 = 10 <90>75 = 5 <75 = 0
UTI (adulto, neonatal e pediátrica)	90%	>90 = 10 <90>75 = 5 <75 = 0
OFERTA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES - MENSAL	Meta	**Pontuação Previsto**
Consultas crianças com pé torto congênito no SSREG	≥20 consultas	>20 = 10 <10>75 = 5 <10 = 0
Internações Hospitalares de média complexidade	≥ 1.000 internações	>1.000 = 15 <1.000>850 = 10 <850 = 0
Procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 100 cirurgias	>100 = 10 <100>85 = 5 <85 = 0
Procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 8	>8 = 10 < 8 >5 = 5 < 5 = 0
Cirurgias Pediátricas	≥30 cirurgias	>30 = 10 < 30 >5 = 5 < 5 = 0
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	≥20 procedimentos	>20 = 10 < 20 >15 = 5 < 15 = 0
Apresentação da escala mensal para atendimento de porta trauma infantil		Cumpriu = 5 Cumpriu parcialmente= 2,5 Não cumpriu = 0
TOTAL		**100**

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

1.4. O valor global anual do CONVÊNIO passará a ser R$77.629.104,00 (setenta e sete milhões, seiscentos e vinte e nove mil, cento e quatro reais)

1.5. Justificam este aditivo os expedientes afins contidos no processo administrativo 13.365/2022, permanecendo em vigor as demais cláusulas e condições do CONVÊNIO institucional constante do mesmo processo, correm por conta das seguintes dotações orçamentárias:

PTRES: 10.302.0003.2279.6050	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6049	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6051	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6052	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES:10.302.0003.2279.6050	Nat.despesas: 339039	Fonte: 1.500.009918
PTRES:10.302.0003.2279.6050	Nat.despesas: 339039	Fonte: 2.500.009918
PTRES: 10.302.0003.2279.6052	Nat. despesas: 339039	Fonte: 1.621.009606
PTRES: 10.302.0003.2279.6049	Nat. Despesas: 339039	Fonte: 1.621.009606
PTRES: 10.302.0003.2284.0000	Nat. Despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2281.0000	Nat. Despesas: 339039	Fonte: 1.600.009626

CLÁUSULA TERCEIRA
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

3.1 Permanecem vigentes e inalteradas todas as demais cláusulas do CONVÊNIO originário.

E, para firmeza e validade de tudo quanto ficou estipulado, é o presente instrumento assinado pelas partes interessadas e testemunhas presentes ao ato.

Juiz de Fora, de janeiro de 2024.

MARIA MARGARIDA SALOMÃO
PREFEITA DE JUIZ DE FORA

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
SECRETÁRIA DE SAÚDE

MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIDA
DIRETOR PRESIDENTE DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Testemunhas:
1)_____
2)_____
Processo Administrativo: 13.365/2022

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

DOCUMENTO DESCRITIVO – ANO 2024

Parte integrante do Convênio nº **08.2022.032** (SS/PJF/HMTJ), Processo Eletrônico 13.365/2022, que contém:

I. A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no presente instrumento formal de contratualização;

II. As ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa e avaliação, a serem prestados pelo hospital;

III. As metas quantitativas e qualitativas relativas à prestação das ações e serviços contratados;

IV. Os indicadores, parâmetros e metodologia para avaliação das metas, assim como os percentuais de repasses de recursos financeiros que estiverem vinculados ao cumprimento de metas; e

V. Os recursos financeiros, mensal e anual, e respectivas fontes envolvidas na contratualização.

Em obediência à **cláusula terceira** do referido Contrato, os partícipes – Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e Secretaria de Saúde de Juiz de Fora decidem estabelecer o presente Documento Descritivo.

1 - IDENTIFICAÇÃO

<table>
<tr><td colspan="3">Entidade
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus</td><td colspan="2">CNPJ
21.583.042-0001/72</td></tr>
<tr><td colspan="3">Endereço
R. Dr. Dirceu de Andrade, 33 – São Mateus.</td><td>UF
MG</td><td>GRS
Juiz de Fora</td></tr>
<tr><td>Microrregião
Juiz de Fora / MG</td><td colspan="2">e-mail
controladoria@hmtj.org.br;
leandrobonoto@hmtj.org.br</td><td colspan="2">CNES
2153084</td></tr>
<tr><td colspan="3">Telefone
(32) 4009-2370 / 4009-2256 / 4009-2336</td><td colspan="2">CEP
36.025-330</td></tr>
<tr><td colspan="2">Nome do responsável
Marco Antônio Guimarães de Almeida</td><td colspan="3">Função
Diretor-Presidente</td></tr>
<tr><td>CPF
485.399.966-34</td><td colspan="2">CI
M3040499</td><td colspan="2">Órgão expedidor
SSPMG</td></tr>
<tr><td>Banco
Caixa Econômica Federal - CEF</td><td>Conta Corrente
501701-0</td><td>Agência
1641</td><td colspan="2">Praça
Juiz de Fora</td></tr>
</table>

2 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este Documento Descritivo é parte integrante do CONVÊNIO e tem por objeto instrumentalizar as ações e serviços de saúde da conveniada, definindo os compromissos e metas assistenciais, gerenciais e de qualidade, em conformidade com as diretrizes organizacionais do SUS, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e com as diretrizes da contratualização no âmbito do SUS, estabelecidos no Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº. 2 de 29 de setembro de 2017 (Origem: Portarias MS/GM nº 3.390 e 3.410 de 30/12/2013).

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

São eixos orientadores deste Documento Descritivo:

I. A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização;
II. A definição dos compromissos nas áreas de assistência, gestão, ensino/pesquisa e avaliação em saúde que serão prestados pelo hospital;
III. O perfil de produção com os quantitativos estimados da prestação dos serviços e ações contratualizadas;
IV. Definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados;
V. A definição de indicadores para avaliação das metas de desempenho institucional; e
VI. A definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização.

A conveniada, conforme previsto no Art. 45 da Lei nº 8.080/90, garantirá acesso aos serviços pactuados de forma regular e contínua, segundo a programação específica para cada uma de suas áreas de atuação, em consonância com a proposta organizacional da saúde para o Município e região, submetendo-se ainda às penalidades previstas em lei no caso de descumprimento.

As atividades assistenciais desenvolvidas e ofertadas pela conveniada serão reguladas pela Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (SS/JF), a partir da demanda referenciada e/ou espontânea, conforme as normas instituídas pela Política Nacional de Regulação, aprovada por meio do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº. 2 de 28/09/2017, assegurando equidade, transparência e priorização de acesso por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.

A conveniada também se compromete a desenvolver seus serviços de forma humanizada, buscando sempre desenvolver ações centradas nos usuários e em seus familiares, incorporando as diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização do SUS, bem como as definidas nas normativas que regulamentam este instrumento.

2.1 - Caracterização Geral dos Serviços e Atividades Pactuadas e Conveniadas

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, instituição filantrópica, inserida na Rede 100% SUS e contratualizada com o MS, através da Portaria 2.356 de 10 de outubro de 2013, obedece aos preceitos do Sistema Único de Saúde no atendimento aos pacientes com universalidade, equidade, integralidade, oferecendo 100% de seu atendimento aos pacientes do SUS.

Possui 290 (duzentos e noventa) leitos cadastrados no banco de dados do CNES, atendendo as mais diversas especialidades, com um corpo clínico multidisciplinar vasto e uma estrutura hospitalar moderna e arrojada que propicia qualidade e excelência do atendimento. Possui também serviço ambulatorial diversificado contando com 32 (trinta e duas) especialidades médicas, centro de fisioterapia, clínica odontológica, exames de apoio diagnóstico e toda uma estrutura voltada para a qualidade e eficácia no atendimento.

O HMTJ é uma instituição Acreditada pela Organização Nacional de Acreditação – ONA Nível III.

O HMTJ, para fortalecer seu vínculo acadêmico, possui 09 salas equipadas com Datashow, conectados à internet via business link, possibilitando ao aluno aulas interativas com DVD e CD-ROM.

3 - CAPACIDADE INSTALADA

A capacidade instalada da Conveniada é apresentada nos quadros a seguir, que detalham quantitativamente o conjunto de ambientes que compõe as unidades de produção de serviço, os

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

leitos hospitalares totais e aqueles disponíveis para o SUS, a carga horária semanal de total dos profissionais de saúde por categoria e carga horária semanal de total dos profissionais médicos por especialidade, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Informações Gerais
Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
Ambulatorial		
Clínicas Especializadas	34	0
Sala de Cirurgia Ambulatorial	1	0
Hospitalar		
Leitos de Alojamento Conjunto	30	0
Leitos RN Normal	5	0
Leitos RN Patológico	2	6
Sala de Cirurgia	1	0
Sala de Cirurgia	6	0
Sala de Cirurgia Ambulatorial	1	0
Sala de Curetagem	1	0
Sala de Parto Normal	1	0
Sala de Pré-Parto	10	10
Sala de Recuperação	2	11
Urgência e Emergência		
Consultórios Médicos	3	0
Sala de Atendimento Indiferenciado	1	3
Sala de Atendimento a Paciente Crítico/Sala de Estabilização	3	0

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em Uso	SUS
Equipamentos de Audiologia			
Emissões Otoacústicas Evocadas por Produto de Distorção	1	1	SIM
Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes	1	1	SIM
Equipamentos de Diagnostico por Imagem			
Raios X Dentário	2	2	SIM
Tomógrafo Computadorizado	1	1	SIM
Ultrasson Doppler Colorido	3	3	SIM
Ultrasson Ecógrafo	1	1	SIM
Equipamentos de Infra-Estrutura			
Grupo Gerador	1	1	SIM
Equipamentos de Odontologia			
Amalgamador	1	1	SIM
Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	6	6	SIM
Caneta de Alta Rotação	31	31	SIM

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Equipamento	Existente	Em Uso	SUS
Caneta de Baixa Rotação	31	31	SIM
Compressor Odontológico	1	1	SIM
Equipo Odontológico	30	30	SIM
Fotopolimerizador	30	26	SIM
Equipamentos para Manutenção da Vida			
Berço Aquecido	11	11	SIM
Bomba de Infusão	290	290	SIM
Desfibrilador	15	15	SIM
Equipamento de Fototerapia	16	16	SIM
Incubadora	18	16	SIM
Marcapasso Temporário	6	6	SIM
Monitor de ECG	80	80	SIM
Monitor de Pressão Invasiva	29	29	SIM
Monitor de Pressão Não-Invasiva	80	80	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	120	120	SIM
Respirador/Ventilador	61	61	SIM
Equipamentos por Métodos Gráficos			
Eletrocardiógrafo	5	5	SIM
Equipamentos por Métodos Ópticos			
Endoscópio Digestivo	8	8	SIM
Endoscópio das Vias Respiratórias	1	1	SIM
Endoscópio das Vias Urinárias	1	1	SIM
Laparoscópio/Vídeo	4	4	SIM
Oftalmoscópio	3	3	SIM

Hospitalar – Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
75 - UTI ADULTO - TIPO II	40	40
85 - UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II*	10	10
81 - UTI NEONATAL - TIPO II	8	8
78 - UTI PEDIATRICA - TIPO II	2	2
ESPEC - CIRURGICO		
02 - CARDIOLOGIA	1	1
03 - CIRURGIA GERAL	29	29
06 - GINECOLOGIA	10	10
09 - NEUROCIRURGIA	4	4
13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	8	8
ESPEC - CLINICO		
33 - CLINICA GERAL	97	97
42 - NEUROLOGIA	30	30
OBSTETRICO		
10 - OBSTETRICIA CIRÚRGICA	30	30
43 - OBSTETRICIA CLINICA	5	5
PEDIÁTRICO		

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
68 - PEDIATRIA CIRURGICA	3	3
45 - PEDIATRIA CLINICA	13	13

* UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Clínica Escola de Fisioterapia

A Clínica Escola de Fisioterapia da FCMS/JF tem suas atividades desenvolvidas no ambulatório construído nas dependências do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus em Juiz de Fora, composta de recepção, consultório, boxes para atendimento termoterápico e eletroterápico, sala ampla de cinesioterapia com aparelhagem moderna e específica para a prática em estágio supervisionado do curso, tais como: estadiômetro infravermelho com pedestal e rodízio; aparelho de estimulação elétrica (TENS e FES juntos); infravermelho de mesa; óculos laser terapia 904nm e 660nm (terapeuta e paciente); caneta para laser 904 nm e 660 nm; aparelho ultrasson contínuo e pulsado; eletrodos de silicone; aparelho laser; lâmpada infravermelho; dispositivos de elástico exercícios resistidos (fixação); Sensyball relax; megascópios; sistema de fortalecimento muscular com polias; bicicleta ergométrica, dentre outros. A clínica escola oferece ainda aos alunos estágio em reabilitação hospitalar: leito e UTI.

Clínica Escola de Odontologia

A Clínica Escola de Odontologia situa-se no espaço do Hospital, o que favorece a formação multiprofissional e contribui para o atendimento a pacientes especiais. É o cenário próprio para que o estudante possa treinar as competências e desenvolver as habilidades necessárias para ser um profissional diferenciado. Num ambiente agradável e projetado para ser uma clínica odontológica de ponta, o aluno se depara com um universo de pacientes oriundos do SUS e referenciados por eles no Programa Integrador. A clínica oferece os melhores materiais de consumo para os alunos, que têm a oportunidade de atenderem os pacientes em diferentes níveis de complexidade.

Centro de Estudos e Biblioteca Virtual

O centro de estudos HMTJ tem a função de fornecer suporte bibliográfico e documentário a professores, alunos e demais segmentos do âmbito acadêmico ou dos serviços envolvidos nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, projetada com o objetivo de proporcionar conforto e funcionalidade durante os estudos e pesquisas, o centro de estudos conta com uma área de 60 m², assim distribuída:

- acervo semi restrito; o aluno tem acesso direto ao livro podendo consultar o seu conteúdo.
- balcão de atendimento; onde é feito o atendimento ao usuário, empréstimos, devolução, reservas e orientações de pesquisa.
- laboratório de trabalho acadêmico contendo 8 (oito) computadores com acesso à internet, utilizado para pesquisa acadêmica onde os alunos têm acesso às bases de dados nacionais e internacionais.
- salão para leitura contendo 3 mesas para estudo e 7 cabines para estudo individual;

Além de uma equipe treinada para esclarecer dúvidas e efetuar os serviços de empréstimo/devolução e reserva do material bibliográfico.

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

III - Do Quantitativo e Valor Estimado

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PRÉ-FIXADO	MENSAL	ANUAL
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Ambulatorial)	R$ 220.790,04	R$ 2.649.480,48
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Hospitalar)	R$ 2.048.923,00	R$ 24.587.076,00
INCENTIVO IAC	R$ 616.727,50	R$ 7.400.730,00
INTEGRA SUS	R$ 6.635,35	R$ 79.624,20
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO	R$ 68.062,76	R$ 816.753,12
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	R$ 32.000,00	R$ 384.000,00
INCENTIVO 100% SUS	R$ 340.571,86	R$ 4.086.862,32
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO MÉDIA COMPLEXIDADE + INCENTIVOS DE CONTRATUALIZAÇÃO	**R$ 3.333.710,51**	**R$ 40.004.526,12**
REPASSE FINANCEIRO REFERENTE A HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS, PREVISTOS NO PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.	R$ 449.862,50	R$ 5.398.350,00
EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS REFERENTES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS PELO MUNICÍPIO, POR INTERMÉDIO DO CUMPRIMENTO DE METAS NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA	R$ 70.360,32	R$ 844.323,84
REPASSE DE INCENTIVO REFERENTE AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.	R$ 272.085,88	R$ 3.265.030,56
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E DISPONIBILIZA CUSTEIO PARA A PORTA DE ENTRADA HOSPITAL GERAL PARA O HMTJ PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 438.000,00	R$ 5.256.000,00
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E	R$ 240.720,64	R$ 2.888.647,68

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.		
RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS	R$ 966.869,35	R$ 11.602.432,20
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO +INCENTIVOS ESPECÍFICOS	**R$ 5.771.609,20**	**R$ 69.259.310,40**
PÓS-FIXADO	**MENSAL**	**ANUAL**
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R$ 90.587,40	R$ 1.087.048,80
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R$ 368.133,40	R$ 4.417.600,80
PÓS-FIXADO FAEC	R$ 205.000,00	R$ 2.460.000,00
RESOLUÇÃO 7775 SES MG (CARDIO OPME)- ESTIMATIVA Repasse referente ao recurso da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.556, de 15 de outubro de 2021, que aprova em caráter excepcional e temporário o repasse de incentivo financeiro complementar para execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Minas Gerais, que ocorrerá trimestralmente, considerando os critérios e Cronograma de Pagamento detalhado no Anexo IV da Resolução SES nº 7.775/2021.	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00
Repasse referente ao financiamento Estadual para incentivo financeiro complementar da SES/MG pelos Serviços de Referência em Triagem Auditiva Neonatal – SRTAN credenciados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.980/19, conforme Resolução SES/MG 6814, de 21 de agosto de 2019 e RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.860, de 17 de novembro de 2021, que altera a Resolução SES/MG nº 6.814/19 mediante apuração e repasse de recurso ao FMS pela SES/MG.	R$ 3.762,00	R$ 45.144,00
SUBTOTAL PÓS-FIXADO	**R$ 697.482,80**	**R$ 8.369.793,60**
TOTAL GERAL	**R$ 6.469.092,00**	**R$ 77.629.104,00**

4 – RECURSOS HUMANOS

PROFISSIONAIS MÉDICOS – HMTJ	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA
Médico - Anestesiologia	14	24H
Médico - Cancerologia Cirúrgica	-	24H
Médico - Cancerologia Clínica	-	24H
Médico - Cardiologia	-	24H
Médico - Cardiologia - Eletrofisiologia Clínica Invasiva	-	24H
Médico - Cardiologia Pediátrica	-	24H
Médico - Cirurgia Cardiovascular	-	24H

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Médico - Cirurgia Crânio - Maxilo - Facial	-	24H
Médico - Cirurgia da Mão	-	24H
Médico - Cirurgia de Cabeça e Pescoço	-	24H
Médico - Cirurgia do Aparelho Digestivo	-	24H
Médico - Cirurgia Geral	02	24H
Médico - Cirurgia Pediátrica	01	24H
Médico - Cirurgia Plástica	-	24H
Médico - Cirurgia Torácica	-	24H
Médico - Cirurgia Vascular	-	24H
Médico - Clínica Médica	04	24H
Médico - Coloproctologia	-	24H
Médico - Dermatologia	-	24H
Médico - Ecocardiografia	-	24H
Médico - Endocrinologia e Metabologia	-	24H
Médico - Endoscopia Digestiva	-	24H
Médico - Gastroenterologia	-	24H
Médico - Gastroenterologia Pediátrica	-	24H
Médico - Genética Médica	-	24H
Médico - Geriatria	-	24H
Médico - Ginecologia e Obstetrícia	02	24H
Médico - Hematologia e Hemoterapia	-	24H
Médico - Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	-	24H
Médico - Hepatologia	-	24H
Médico - Infectologia	-	24H
Médico - Medicina do Trabalho	-	24H
Médico - Medicina do Trabalho (PSS) - Temporário	-	24H
Médico - Medicina Intensiva	04	24H
Médico - Medicina Paliativa	-	24H
Médico - Nefrologia	-	24H
Médico - Neonatologia	02	24H
Médico - Neurocirurgia	-	24H
Médico - Neurologia	01	24H
Médico - Neurologia Pediátrica	-	24H
Médico - Nutrologia	-	24H
Médico - Oftalmologia	-	24H
Médico - Ortopedia e Traumatologia	04	24H
Médico - Otorrinolaringologia	-	24H
Médico - Patologia	-	24H
Médico - Pediatria	02	24H
Médico - Pneumologia	-	24H
Médico - Psiquiatria	-	24H
Médico - Psiquiatria da Infância e Adolescência	-	24H
Médico - Radiologia e Diagnóstico por Imagem	-	24H
Médico - Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia	-	24H
Médico - Radioterapia	-	24H

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ALEXANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Médico - Reumatologia	-	24H
Médico - Transplante de Medula Óssea	-	24H
Médico - Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia	-	24H
Médico - Urologia	-	24H
Total	**36**	

Fonte: HMTJ (09/2022).

5 - COMPROMISSOS DA CONTRATADA

Eixo Assistencial

1. Assumir os seguintes compromissos de qualidade e resolubilidade da assistência:
   - Acolhimento dos pacientes, familiares e acompanhantes;
   - Estabelecimento de Plano Terapêutico Singular;
   - Desenvolvimento de abordagem multiprofissional;
   - Cuidado interdisciplinar;
   - Assistência psicossocial;
   - Adoção progressiva de linhas de cuidados multidisciplinares;
   - Fornecimento de medicamento e material médico-hospitalar;
   - Garantia de estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico;
   - Manutenção e atualização do prontuário do paciente;
   - Oferta de suporte nutricional;
   - Participação da Central de notificação, captação e distribuição de órgãos – MG Transplantes;
   - Implementação de ações previstas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Cumprir nos limites do Documento Descritivo e considerando o encontro de contas de alta complexidade da SES/MG os requisitos assistenciais e parâmetros definidos pelas portarias específicas de cada serviço no que tange às ofertas de consultas, exames, leitos e procedimentos cirúrgicos de média complexidade;

2. Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores, integrando o hospital à Rede de Atenção à Saúde conforme pactuação loco regional;
3. Manter sob regulação da SS/JF a totalidade dos serviços prestados observadas as normas, rotinas operacionais e fluxos de acesso vigentes;
4. Garantir nos limites do Documento Descritivo e considerando o encontro de contas de alta complexidade da SES/MG o acolhimento e atendimento 24 horas por dia, 07 dias por semana, aos pacientes encaminhados pelas centrais de regulação, bem como aqueles pacientes vinculados ao hospital;
5. Realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas a sua otimização, informando diariamente a disponibilidade de vagas à Central de Regulação de Vagas Hospitalares;
6. Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP, contemplando:
   - Orientação verbal e formal aos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento registrada no relatório de alta hospitalar;
   - Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, em particular com a Atenção Básica, com agendamento do atendimento no ponto de atenção específico de acordo com a vulnerabilidade e complexidade do cuidado demanda do pós-alta;

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

- Preparação do usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para a continuidade dos cuidados, promoção a sua autonomia e reintegração familiar e social, articulando ações com o Serviço de Atenção Domiciliar do Município;
- Inclusão da cópia do relatório de alta do atendimento prestado ao paciente no prontuário.

7. Implantar e/ou implementar as ações previstas no Título I, Capítulo VIII, Seção I da Portaria de Consolidação nº. 5 de 28/09/2017 (Origem: Portaria MS/GM nº. 529 de 01/04/2013), que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Pacientes, contemplando, principalmente, as seguintes ações:
   - Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente
   - Elaboração de planos de para Segurança do Paciente
   - Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente
8. Garantir que o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas neste Documento Descritivo;
9. Manter a visita ampliada para os usuários internados, inclusive nas unidades de terapia intensiva;
10. Garantir a presença do acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas de acordo com as legislações vigentes;
11. Prestar atendimento aos indígenas, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena;
12. Disponibilizar informações aos usuários ou responsável legal sobre as intervenções a serem realizadas, solicitando seu consentimento formal, livre e esclarecido para a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com as legislações específicas;
13. Notificar casos suspeitos ou confirmados de doenças e agravos componentes da lista de doenças e agravos de notificação compulsória, incluindo violência e negligência, de acordo com a legislação específica;
14. Disponibilizar à autoridade sanitária, aos representantes da SS/JF formalmente designados, bem como ao usuário ou seu responsável legal, o acesso aos prontuários;
15. Diversificar as tecnologias de cuidado utilizadas no processo assistencial, incluindo aquelas centradas no usuário e sua família e que levem à redução do tempo de internação hospitalar, tais como hospital dia e cirurgia ambulatorial;
16. Proceder a prescrição de medicamentos, em consonância com a Relação de Medicamentos da SS/JF e/ou adotar o uso de medicamentos genéricos de acordo com o padrão da RENAME ou de normas e diretrizes específicas do Ministério da Saúde;
17. Promover a adesão do corpo clínico da instituição às normatizações, aos protocolos, às diretrizes clínicas e aos procedimentos vigentes no Sistema de Gerenciamento da Tabelado SUS(SIGTAP), responsabilizando-se pelo ônus financeiro decorrente do descumprimento;
18. Garantir a realização da consulta de retorno pós-alta hospitalar, quando está se fizer necessária;
19. Garantir o encaminhamento aos serviços complementares necessários aos pacientes internados sob sua responsabilidade;
20. Arquivar o prontuário dos pacientes pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, observando as normatizações vigentes;
21. Submeter-se às normas definidas pela SS/JF quanto ao fluxo de atendimento, sua comprovação, a realização de internações subseqüentes, o local de revisão de contas hospitalares e outros procedimentos necessários.

Eixo Hospitalar

1. Informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;
2. Garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico;

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO CONSOLIM DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

3. Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica;
4. Disponibilizar brinquedoteca quando oferecer serviço de pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local;
5. Dispor de Ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;
6. Garantir em permanente funcionamento e de forma integrada, as seguintes comissões assessoras técnicas, conforme legislação vigente:

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- Comissão de Revisão de Prontuários
- Comissão de Análise e Revisão de Óbitos
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Núcleo de Segurança do Paciente
- Comissão de Ética Profissional

7. Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;
8. Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores;
9. Dispor de Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma;
10. Alimentar os sistemas de notificação compulsória conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;
11. Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo Gestor Local;
12. Disponibilizar aos gestores públicos de saúde dados qualificados necessários para a alimentação de sistemas de monitoramento em saúde;
13. Indicar 02 (dois) representantes do Hospital para compor a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que deverá monitorar a execução das ações e serviços de saúde pactuados;
14. Aplicar ferramentas gerenciais que induzam a horizontalização da gestão, qualificação gerencial e enfrentamento das questões corporativas, incluindo rotinas técnicas e operacionais, gestão de risco, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação dos trabalhadores e usuários;
15. Desenvolver ações que garantam, ao longo do ano, a continuidade e regularidade da oferta de serviços de atenção à saúde, independentemente do desenvolvimento das atividades de ensino;
16. Comunicar formalmente em até 05 (cinco) dias úteis à SS/JF eventual alteração do Representante da Diretoria Técnica do Hospital e dos representantes do Hospital na Comissão de Acompanhamento da Contratualização;
17. Informar ao Departamento de Regulação de Internações Hospitalares a referência hospitalar para responder pela instituição durante horários não comerciais, incluindo plantão noturno, fins de semana e feriados, encaminhando mensalmente as mudanças da escala para o e-mail: crvh@pjf.mg.gov.br;
18. Atender prontamente às demandas da SS/JF com esclarecimentos pertinentes aos assuntos que envolvem o hospital;
19. Permitir acesso dos supervisores, auditores, membros das comissões institucionais e outros profissionais eventualmente ou permanentemente designados pela SS/JF para avaliar, supervisionar e acompanhar a execução dos serviços pactuados.

Eixo Ensino e Pesquisa

1. Disponibilizar ensino integrado à assistência;
2. Oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional;
3. Garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário;

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

4. Ser campo de educação permanente para profissionais da RAS, conforme pactuado com a SS/JF;
5. Constituir equipe de referência matricial para apoiar o trabalho da rede de serviços de acordo com seu perfil de especialização conforme pactuado com a SS/JF;
6. Desenvolver atividades de pesquisa e de gestão de tecnologias em saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída mediante pactuação com a SS/JF;
7. Cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos caso o estabelecimento seja certificado como hospital de ensino:

- Abrigar formalmente as atividades curriculares de internato da totalidade dos estudantes de pelo menos um curso de medicina e atividades curriculares de um outro curso de graduação superior na área da saúde, excetuando-se as instituições hospitalares universitárias especializadas, que disponham de curso de pós-graduação stricto sensu devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e qualificado com o grau mínimo exigido para a concessão de bolsas;
- Abrigar programas de Residência Médica, regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), contemplando, nomínimo,10 (dez) vagas de R1 entre as áreas de atenção básica, excetuando-se os hospitais especializados que disporão de programa específico e credenciado de Residência com no mínimo 10 (dez) vagas de ingresso anual;
- Garantir por iniciativa própria ou da instituição de ensino superior acompanhamento docente para os estudantes de graduação e preceptoria para os residentes, de acordo, com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;
- Abrigar atividades regulares de pesquisa no hospital de ensino, realizadas por iniciativa própria e por meio de convênio firmado com a Instituição de Ensino Superior, e ainda, apresentar projeto institucional para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa para a obtenção ou não de carta de anuência do Gestor Municipal, quando envolver custos adicionais ao sistema;
- Possuir instalações adequadas ao ensino, com salas de aula e recursos audiovisuais, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;
- Possuir ou ter acesso a biblioteca atualizada e especializada na área da saúde, com número de títulos e periódicos compatível com as atividades de ensino e pesquisa universitária, com instalações adequadas para estudo individual e em grupo interligada à Bireme e às Bibliotecas Virtuais em Saúde, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica.

Eixo de Avaliação

1. Acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;
2. Avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;
3. Avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;
4. Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;
5. Realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e
6. Monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização.

6 - METAS QUANTITATIVAS

A definição das metas quantitativas mensais considerou, além dos parâmetros assistenciais definidos

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

de acordo com a capacidade instalada, operacional e série histórica, as necessidades identificadas e acordadas entre o HMTJ e a SS/PJF.

A estrutura do quadro resumo apresentado no item 6.1 observou o formato e códigos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Tabela SUS).
Considerando as necessidades de prestação de serviços de média e alta complexidade para procedimentos específicos, foi incorporado no custo dos seguintes grupos de média complexidade os respectivos valores mencionados:

- No caso de necessidade de utilização de OPME não padronizadas na Tabela SUS, fica a cargo da Contratante a aquisição e disponibilização ao Contratado.

Nos subitens subseqüentes ao item 6.1 serão apresentados os quantitativos de referência mensal para procedimentos cujo detalhamento foi acordado entre as partes. Mediante acordo entre as partes a distribuição destes quantitativos pode sofrer variações, desde que não seja alterado o quantitativo total previsto.

6.1 - Metas Quantitativas Mensais

AMBULATORIAL MÉDIA COMPLEXIDADE		
Grupo 03.01 - CONSULTAS ESPECIALIZADAS	**Quant. Físico**	**Valor Total**
Cardiologia	**4.667**	**R$ 56.004,00**
Cardiopediatra		
Cirurgia geral		
Cirurgia pediátrica		
Cirurgia plástica		
Cirurgia tórax/ Tireóide		
Cirurgia Traumato-ortopédica		
Consulta Urgência/Emergência (ginecologia e obstetrícia)		
Dermatologia		
Endocrinologia		
Ortopedia Pé Torto Congênito		
Gastroenterologia infantil		
Gastroenterologia		
Geriatria		
Ginecologia e Obstetrícia		
Hematologia		
Hepatologia		
Infectologia		
Nefrologia		
Nefro-pediatria		
Neurologia		
Neuropediatria		
Ortopedia		
Pediatria		

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Pneumologia		
Proctologia		
Psiquiatria		
Reumatologia		
Consulta cirurgia ambulatorial		
Urologia		
Total consulta especializada	**4.667**	**R$ 56.004,00**
Grupo 03.02 - FISIOTERAPIA		
Sessões	2.000	R$ 23.000,00
Total Fisioterapia	**2.000**	**R$ 23.000,00**
Grupo 02.04 - RADIOLOGIA		
Raio – x simples (pós operatório trauma)	400	R$ 6.000,00
Total Raio-x	**400**	**R$ 6.000,00**
Grupo 02.05 - ULTRASSON		
Obstétrico		
Obstétrico com doppler colorido e pulsado		
Pélvico		
Mamas		
Transvaginal		
Abdome total		
Morfológico		
Doppler colorido de vasos	445	R$ 18.356,25
Parede inguinal		
Tireóide		
Renal Ap. Urinário		
Bolsa Escrotal		
Próstata Abdominal		
Próstata Transretal		
Articulações		
TOTAL	**445**	**R$ 18.356,25**
Grupo 02.05 - ECOCARDIOGRAMA		
Ecocardiografia Transtorácica	70	R$ 7.588,60
Eco de carótida (cada exame equivale a 04 vasos - 30 exames x 04 vasos)*	120	
TOTAL	**190**	**R$ 7.588,60**
Grupo 02.09 - ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA		
Endoscopia	240	R$ 47.317,20
Colonoscopia	180	
TOTAL	**420**	**R$ 47.317,20**

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

Grupo 02.11 - EXAMES AMBULATORIAIS		
Teste de Esforço / Teste Ergométrico	25	R$ 13.387,50
Colposcopia	80	
Eletroneuromiograma (ENMG)	20	
Histeroscopia	70	
TOTAL	**195**	**R$ 13.387,50**
TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL		
02.11.07.027-0 - Potencial Evocado Auditivo p/ Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha) e 02.11.07.014-9 – Emissões Otoacústicas Evocadas p/ Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha)	178	**R$ 2.405,90**
TOTAL	**178**	**R$2.405,90**
Grupo 04.09- PEQUENAS CIRURGIAS		
0409 Vasectomia	40	R$ 36.776,40
0401 Outras pequenas cirurgias pele, subcutânea, mucosa e aparelho geniturinário	80	
Total	**120**	**R$ 36.776,40**
Grupo 04.17 – ANESTESIOLOGIA		
Sedação	56	**R$ 9.954,19**
Anestesia regional	70	
TOTAL	**126**	**R$ 9.954,19**
TOTAL DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS MÉDIA COMPLEXIDADE	**8.621**	**R$ 220.790,04**
HOSPITALAR MÉDIA COMPLEXIDADE		
LEITOS ESPECIALIDADES	**Quant. Físico**	**Valor Unitário**
CIRÚRGICO	370	R$ 613.643,00
CLÍNICO	320	R$ 728.000,00
OBSTÉTRICO	210	R$ 234.000,00
PEDIÁTRICO	100	R$ 35.775,10
TOTAL GERAL INTERNAÇÕES	**1.000**	**R$ 1.611.418,10**
UTI Adulto 20 x 28 diárias	560	R$ 268.083,20
UTI Pediátrica 02 x 30 diárias	60	R$ 28.723,20
UTI Neonatal 08 x 30 diárias	240	R$ 114.892,80
Nutrição Enteral - Portaria nº 1.845 de 27/08/13		R$ 25.805,70
TOTAL DIÁRIAS DE UTI + NUTRIÇÃO ENTERAL		**R$ 437.504,90**
TOTAL INTERNAÇÃO	**1.000**	**R$ 2.048.923,00**
TOTAL PRÉ-FIXADO	**9.621**	**R$ 2.269.713,04**

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

ALTA COMPLEXIDADE		
Alta Complexidade Ambulatorial	**Quant. Físico**	**Valor Unitário**
Cateterismo	20	R$ 13.074,40
Litotripsia	160	R$ 24.088,00
Tomografia Computadorizada	100	R$10.425,00
Ressonância Magnética	160	R$43.000,00
Total Alta Complexidade Ambulatorial	**180**	**R$ 90.587,40**
Alta Complexidade Hospitalar	**Quant. Físico**	**Valor Unitário**
Cirurgia Cardiovascular	20	R$ 140.000,00
Cirurgia Ortopédicas de AC	96	R$ 228.133,40
Total Alta Complexidade Hospitalar	**116**	**R$ 368.133,40**
TOTAL PÓS-FIXADO AC HOSPITALAR	**296**	**R$ 405.295,80**
FINANCIAMENTO FAEC – PÓS FIXADO		
FAEC Cirurgia Cardiologia Pediátrica	10	R$ 125.000,00
FAEC Hospitalar (Bariátrica)	8	R$ 80.000,00
TOTAL FAEC (PÓS-FIXADO)	**18**	**R$ 205.000,00**

INCENTIVOS - PRÉ-FIXADO	**Quant. Físico**	**Valor Unitário**
INCENTIVO IAC		R$ 616.727,50
INTEGRA SUS		R$ 6.635,35
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO		R$ 68.062,76
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA		R$ 32.000,00
INCENTIVO 100% SUS RECURSO FEDERAL		R$ 340.571,86
INCENTIVO DE HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HMTJ CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.		R$ 449.862,50
INCENTIVO REDE CEGONHA – RECURSOS FEDERAIS		R$ 70.360,32
INCENTIVO AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.		R$ 272.085,88
INCENTIVO RELATIVO AOS 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.		R$ 438.000,00
INCENTIVO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA RUE, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100% SUS		R$ 240.720,64

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

INCENTIVO CONTRATO DE GESTÃO PARA RUE INFANTIL 100%SUS - RECURSOS DO TESOURO MUNICIPALRECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS		R$ 966.869,35
TOTAL INCENTIVOS MENSAL		**R$ 3.501.896,16**

7 – METODOLOGIA PARA ANÁLISE DE DESEMPENHO DAS METAS QUANTITATIVAS PARA REPASSE DOS RECURSOS

Para fins de remuneração de 60% do valor pré-fixado, será realizada a análise de desempenho das metas quantitativas, constituído pela produção de média complexidade ambulatorial e hospitalar, e os incentivos que observarão regramento próprio.

A Alta Complexidade e o FAEC não serão submetidos à análise de desempenho, com vistas ao repasse de recursos, posto que serão remunerados pelo que for produzido e autorizado pelo gestor do SUS.

A análise de desempenho das metas quantitativas considerará os dados de produção apresentada, oriundos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), devendo considerar, se devidamente comprovado e oficializado: ocorrência de perda primária (não agendamento pelo gestor do SUS); o absenteísmo de usuários aos serviços ofertados pelo HMTJ; outros fatores que possam impactar a prestação de serviços ofertados pelo HMTJ para fins de estabelecimento da pontuação obtida.

As metas pactuadas deverão ser analisadas por grupos de programação, calculando-se o percentual de execução pela média quadrimestral, para a Média Complexidade Ambulatorial e Média Complexidade Hospitalar.

Para cálculo de desempenho das metas quantitativas, a planilha a seguir deverá ser utilizada como modelo. A Ficha de Indicadores, Anexo I deste Documento Descritivo, contém a memória de cálculo para levantamento dos indicadores. Na planilha a seguir, excluem-se os valores da Terapia Nutricional.

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS (60%)

Grupo	Meta mensal - Proced. (A)	Valor mensal pactuado (R$) (B)	Percentual do valor mensal (C)	Produção média mensal - Proced. (D)	Apuração – Física (E)	Apuração – Financeira (R$) (F)
Proced. Ambulatoriais de média complexidade	8.601	220.790,04	9,73%			
Clínica Cirúrgica	370	2.048.923,00	90,27%			
Clínica Médica	320					
Clínica Pediátrica	100					
Clínica Obstétrica	210					
UTI Adulto 20 x 28 diárias						
UTI Pediátrica 2 x 30 diárias						
UTI Neonatal 8 x 30						

Assinado por 1 pessoa: MARCIA [illegible] DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/[illegible] e informe o código [illegible]

diárias						
NUTRIÇÃO ENTERAL- PORTARIA Nº 1.845 de 27/08/13						
TOTAL DIÁRIAS DE UTI + NUTRIÇÃO ENTERAL	1.000	2.048.923,00	90,27%			
TOTAL AMB + HOSP	**9.601**	**2.269.713,04**	**100,00%**			

Após o cálculo do desempenho geral da Média Complexidade Ambulatorial e de Internação, por meio do campo Apuração(F), deverá ser aplicado o quadro Remuneração – Metas Quantitativas, apresentado a seguir, para definição do valor mensal a ser repassado ao HMTJ, relativo ao desempenho da meta quantitativa referente a cada período:

REMUNERAÇÃO – METAS QUANTITATIVAS			
Cenários	Faixa (Conforme Avaliação)	Percentual a repassar	Valor mensal (R$)
1°	90% a 100%	100% dos 60% Pré-fixado	1.888.712,67
2°	80% a 89%	90% dos 60% Pré-fixado	1.699.841,40
3°	70% a 79%	80% dos 60% Pré-fixado	1.510.970,14
4°	60% a 69%	70% dos 60% Pré-fixado	1.322.098,87
6°	< 70%	PRODUÇÃO	

No caso de cumprimento inferior a 70% das metas quantitativas pactuadas, o pagamento deverá ser por produção processada e aprovada no sistema SIA e SIH.

8 - METAS QUALITATIVAS

Para análise das metas qualitativas serão considerados os indicadores abaixo, que estão relacionados à qualidade da atenção hospitalar nas dimensões – assistencial, gestão, ensino/pesquisa e avaliação:

8.1 – Metas qualitativas

Nº	**Indicador**	**Meta**	**Pontuação Previsto**
8.1	**Metas assistenciais e políticas prioritárias**		**50**
8.1.1	Tempo médio de permanência - Geral	06 dias	≤ 6=6 >6≥7,5=4 >7,5=0
8.1.2	Tempo médio de permanência UTI Adulto	13 dias	≤13 = 7 >13<15 = 4 >15 = 0
8.1.3	Taxa mortalidade institucional	4,50 %	≤4,5 = 7 >4,5<9 = 4 >9 = 0
8.1.4	Mensurar nº de procedimentos ambulatoriais processados	100,00 %	>100 = 8

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

	por subgrupo (totalizam 9.621 procedimentos/mês)		<90>75 = 4 <75 = 0
8.1.5	Taxa de cesárea	35,00 %	≤35=7 >35≥40=4 >40=0
8.1.6	Taxa de ocupação de leitos de UTI	90,00 %	>90 = 8 <90>75 = 4 <75 = 0
8.1.7	Taxa de ocupação de leitos	85,00 %	>85 = 7 <85 >65 = 4 <65 = 0
8.2	**Metas de gestão**		**15**
8.2.1	Investigação das causas de mortalidade materna	100%	5
8.2.2	Revisão de prontuários pela CCIH	100 %	5
8.2.3	Notificar suspeita de violência, de acordo com legislação específica	100 %	5
8.3	**Metas de Ensino e Pesquisa**		**20**
8.3.1	Número de capacitação e/ou treinamentos desenvolvidos e implementados para os trabalhadores do hospital através do plano semestral de atividades	40 por quadrimestre	7
8.3.2	Número de Pesquisas Científicas que compreendem trabalhos realizados na instituição: Iniciação Científica, artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais e trabalhos de Pesquisa Clínica coordenados pelo CEPEC (Centro de Pesquisa Clínica) do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF	10 por quadrimestre	7
8.3.3	Taxa de registro de óbitos com causa básica definida	80%	6
8.4	**Metas de Avaliação**		**15**
8.4.1	Índice de Satisfação do Usuário	90 %	5
8.4.2	Avaliar a assistência e controlar os riscos através da notificação de incidentes e eventos adversos classificados como grave e moderado, aferida através de planos de ação e/ou ações corretivas para minimizar riscos e assegurar os processos de trabalho	100 %	5
8.4.3	Retorno aos usuários das reclamações feitas nos canais de captação da ouvidoria	80 %	5
TOTAL			**100**

9 - METODOLOGIA PARA ANÁLISE DE DESEMPENHO DAS METAS QUALITATIVAS PARA REPASSE DOS RECURSOS

Quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado, estará condicionado ao percentual de cumprimento das metas de qualidade discriminadas neste Documento Descritivo. Excetua-se deste valor os incentivos que observarão regramento próprio.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

As metas pactuadas terão pontuação para cada um dos eixos assistencial, gestão, ensino/pesquisa e avaliação, e conforme a pontuação obtida, após a análise de desempenho, deverá ser realizado o repasse considerando o quadro a seguir. A Ficha de Indicadores, Anexo I deste Documento Descritivo, contém a memória de cálculo para levantamento dos indicadores.

REMUNERAÇÃO MENSAL – METAS QUALITATIVAS		
Desempenho geral das Metas Qualitativas	Percentual a repassar	Valor mensal (R$)
90 pontos ou mais	100% dos 40% Pré-fixado	1.259.141,78
80 a 89 pontos	90% dos 40% Pré-fixado	1.133.227,60
65 a 79 pontos	80% dos 40% Pré-fixado	1.007.313,42
59 a 64 pontos	70% dos 40% Pré-fixado	881.399,25
41 a 58 pontos	60% dos 40% Pré-fixado	755.485,07
Até 40 pontos	50% dos 40% Pré-fixado	629.570,89

10 - PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Para a execução do presente Convênio, o HMTJ receberá mensalmente recursos financeiros da Secretaria de Saúde, de acordo com o estabelecido no presente Documento Descritivo, sob a modalidade de orçamentação parcial, subdividido da forma a seguir:

I. Valor Pré-Fixado, composto pelo valor de remuneração das ações e serviços de média complexidade (ambulatorial e hospitalar) e incentivos financeiros, que fazem parte do teto MAC do Município, que remontam mensalmente em **R$ 3.147.854,45 (três milhões, cento e quarenta e sete mil, oitocentos e cinqüenta e quatro reais e quarenta e cinco centavos)**, com detalhamento de tipo e valor, sendo o repasse vinculado ao alcance de metas qualitativas e quantitativas, conforme detalhado no Documento Descritivo e considerando a seguinte composição:
a) sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado que remonta mensalmente o valor **R$ 1.888.712,67 (um milhão, oitocentos e oitenta e oito mil, setecentos e doze reais e sessenta e sete centavos)** vinculado ao cumprimento das Metas Quantitativas.
b) quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado que remonta mensalmente em **R$ 1.259.141,78 (um milhão, duzentos e cinqüenta e nove mil, cento e quarenta e um reais e setenta e oito centavos)** vinculando ao cumprimento das Metas Qualitativas.
c) O valor total Pré-Fixado poderá ser alterado para R$3.333.710,51 mediante ingresso do recurso conforme Portaria GM/MG nº 961 de 17 de julho de 2023 que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as regras para novas adesões e para solicitação de atualização do valor do Incentivo Financeiro 100% SUS destinado a unidades hospitalares que se caracterizem como entidades privadas sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde - SUS.

II. Valor Pós-Fixado, composto pelo valor de remuneração das ações e serviços de Alta Complexidade (ambulatorial e hospitalar), estimando-se um valor médio mensal de **R$ 697.482,80 (seiscentos e noventa e sete mil, quatrocentos e oitenta e dois reais e oitenta centavos)**, pelos procedimentos pagos pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), Tesouro Municipal e Recursos da SES/MG.

No quadro a seguir é apresentada a Programação Orçamentária:

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PRÉ-FIXADO	MENSAL	ANUAL
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Ambulatorial)	R$ 220.790,04	R$ 2.649.480,48
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Hospitalar)	R$ 2.048.923,00	R$ 24.587.076,00
INCENTIVO IAC	R$ 616.727,50	R$ 7.400.730,00
INTEGRA SUS	R$ 6.635,35	R$ 79.624,20
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO	R$ 68.062,76	R$ 816.753,12
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	R$ 32.000,00	R$ 384.000,00
INCENTIVO 100% SUS	R$ 340.571,86	R$ 4.086.862,32
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO MÉDIA COMPLEXIDADE + INCENTIVOS DE CONTRATUALIZAÇÃO	**R$ 3.333.710,51**	**R$ 40.004.526,12**
REPASSE FINANCEIRO REFERENTE A HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS, PREVISTOS NO PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.	R$ 449.862,50	R$ 5.398.350,00
EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS REFERENTES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS PELO MUNICÍPIO, POR INTERMÉDIO DO CUMPRIMENTO DE METAS NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA	R$ 70.360,32	R$ 844.323,84
REPASSE DE INCENTIVO REFERENTE AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.	R$ 272.085,88	R$ 3.265.030,56
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E DISPONIBILIZA CUSTEIO PARA A PORTA DE ENTRADA HOSPITAL GERAL PARA O HMTJ PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 438.000,00	R$ 5.256.000,00
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG,	R$ 240.720,64	R$ 2.888.647,68

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.		
RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS	R$ 966.869,35	R$ 11.602.432,20
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO +INCENTIVOS ESPECÍFICOS	**R$ 5.771.609,20**	**R$ 69.259.310,40**
PÓS-FIXADO	**MENSAL**	**ANUAL**
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R$ 90.587,40	R$ 1.087.048,80
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R$ 368.133,40	R$ 4.417.600,80
PÓS-FIXADO FAEC	R$ 205.000,00	R$ 2.460.000,00
RESOLUÇÃO 7775 SES MG (CARDIO OPME)- ESTIMATIVA Repasse referente ao recurso da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.556, de 15 de outubro de 2021, que aprova em caráter excepcional e temporário o repasse de incentivo financeiro complementar para execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Minas Gerais, que ocorrerá trimestralmente, considerando os critérios e Cronograma de Pagamento detalhado no Anexo IV da Resolução SES nº 7.775/2021.	R$ 30.000,00	R$ 360.000,00
Repasse referente ao financiamento Estadual para incentivo financeiro complementar da SES/MG pelos Serviços de Referência em Triagem Auditiva Neonatal – SRTAN credenciados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.980/19, conforme Resolução SES/MG 6814, de 21 de agosto de 2019 e RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.860, de 17 de novembro de 2021, que altera a Resolução SES/MG nº 6.814/19 mediante apuração e repasse de recurso ao FMS pela SES/MG.	R$ 3.762,00	R$ 45.144,00
SUBTOTAL PÓS-FIXADO	**R$ 697.482,80**	**R$ 8.369.793,60**
TOTAL GERAL	**R$ 6.469.092,00**	**R$ 77.629.104,00**

10.1. Considerando a programação orçamentária apresentada, o presente contrato tem, portanto, valor anual estimado equivalente a **R$ 77.629.104,00** (setenta e sete milhões, seiscentos e vinte e nove mil, cento e quatro reais).

11 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e avaliação da execução do Contrato será realizado pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), podendo contar eventualmente com outros órgãos e setores competentes da gestão do SUS, conforme descrito na cláusula sétima deste Contrato, observada ainda, a metodologia de análise de desempenho das metas qualitativas e quantitativas, disposta nos itens nº 7 e 9 deste Documento Descritivo.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

12 – TERMO DE ADESÃO À REDE 100% SUS

12.1. O hospital se compromete a expandir a oferta de serviços de acordo com as necessidades assistenciais estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora, conforme planilha abaixo:

Procedimento	Capacidade Produção Atual	Novo Serviço	Total com expansão
Expansão do número de leitos de ortopedia	8 leitos	4 leitos	12 leitos
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	84 cirurgias ortopédicas	16 cirurgias ortopédicas	100 cirurgias ortopédicas
Atendimentos aos procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	4 cirurgias	4 cirurgias	8 cirurgias
Expansão do número de leitos de pediatria (enfermaria)	16 leitos	4 leitos	20 leitos
Cirurgias Pediátricas	30	Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS
Ampliação das internações Hospitalares de média complexidade	830	170	1.000
Atendimento cirúrgico à criança com pé torto congênito	Inativo	Atendimento da demanda da SS	100% da demanda da SS
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	Inexistente	20	20
Disponibilização de pediatra 24h para atuar em conjunto com os demais especialistas no atendimento ao trauma infantil.		Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS
Complemento das 860 diárias de UTI (Adulto, Pediátrica e Neonatal), considerando o valor da Tabela conforme Portaria GM/MS nº 160/2022		Atendimento da demanda da SS	Atender demanda da SS

12.2. O Conveniado se compromete a:

12.2.1 - Garantir 100% de Aceitação das solicitações do Departamento de Regulação das Internações Hospitalares para os atendimentos pediátricos e internação pediátricas, durante vinte quatro horas/dia.

12.2.2 - Incrementar a produção de internações hospitalares SUS, para o atendimento da urgência e emergência de ortopedia e pediatria, de acordo com o perfil definido para o hospital, atendendo a conformação da rede de urgência/emergência da região;

12.2.3 - Garantir comunicação em tempo real de 100% das altas e evolução clínica preconizado no Sistema SUS Fácil.

12.2.4 - Garantir a regulação da totalidade dos leitos pela Central de Regulação SUS-JF, para a correta avaliação referente a data de emissão da AIH e alta do paciente em conformidade com o SUS Fácil.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

12.2.5 - Responder no máximo em 30 minutos no SUSFácil as solicitações feitas pelo Departamento de Regulação das Internações Hospitalares, no que tange à reserva de leitos;

12.2.6 - Sujeição à avaliação e controle pela Comissão de Acompanhamento do Contrato e da Auditoria;

12.2.7 - O desempenho será avaliado mensalmente condicionado ao cumprimento das metas descritas nos quadros abaixo:

TAXA DE OCUPAÇÃO – MENSAL		**Pontuação**
Unidade de internação	**Meta**	**Previsto**
Geral	85%	>85 = 10 <85>65 = 5 <65 = 0
Clínica cirúrgica – ortopedia	90%	>90 = 10 <90>75 = 5 <75 = 0
UTI (adulto, neonatal e pediátrica)	90%	>90 = 10 <90>75 = 5 <75 = 0
OFERTA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES - MENSAL	Meta	**Pontuação Previsto**
Consultas crianças com pé torto congênito no SSREG	≥20 consultas	>20 = 10 <10>75 = 5 <10 = 0
Internações Hospitalares de média complexidade	≥ 1.000 internações	>1.000 = 15 <1.000>850 = 10 <850 = 0
Procedimentos de ortopédicos de média complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 100 cirurgias	>100 = 10 <100>85 = 5 <85 = 0
Procedimentos de ortopédicos de alta complexidade, incluindo os que necessitarem de placas bloqueadas	≥ 8	>8 = 10 < 8 >5 = 5 < 5 = 0
Cirurgias Pediátricas	≥30 cirurgias	>30 = 10 < 30 >5 = 5 < 5 = 0
Ofertar 20 procedimentos eletroneuromiograma (ENMG)	≥20 procedimentos	>20 = 10 < 20 >15 = 5 < 15 = 0
Apresentação da escala mensal para atendimento de porta trauma infantil		Cumpriu = 5 Cumpriu parcialmente= 2,5 Não cumpriu = 0
TOTAL		**100**

12.2.8 - Disponibilização de pediatra 24h para atuar em conjunto com os demais especialistas no atendimento de 100% ao trauma infantil.

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ALEXANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

12.3. A qualificação do processo de assistência e de gestão hospitalar pela instituição será promovida pela articulação interna entre as diversas especialidades, visando à estruturação dos serviços, a criação, atualização e implantação de protocolos assistenciais; estímulo à gestão da clínica e ao trabalho multidisciplinar, conforme normatizações do Ministério da Saúde.

12.4. A adoção de normas e regras do Complexo Regulador SUS-JF pela instituição, observará:
10.4.1. Atualização diária e em tempo real da grade de leitos junto ao Departamento de Regulação de internações Hospitalar da Subsecretaria de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora;
12.4.2. Avaliação "in loco" das internações, altas e disponibilização de leitos;
12.4.3. Acompanhamento, pela supervisão hospitalar, das internações, visando atuar junto às equipes clínicas, adequar o tempo de permanência e qualificar o tratamento (estímulo à gestão da clínica, atendimento multiprofissional, estabelecimento e atualização de protocolos assistenciais, dentre outros);
12.4.4. Utilização de sistema de informação adotado pela Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora que permita o monitoramento da ocupação dos leitos hospitalares e a regulação das consultas médicas especializadas.

12.5. A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital envolverá pactuação prévia com o gestor municipal do SUS-JF, principalmente no que diz respeito à provisão de recursos financeiros de custeio das ações/atividades, que deverão ser incorporadas ao instrumento jurídico competente mediante termo aditivo;

12.5.1. O Complemento de R$ 121,28 das 860 diárias de UTI (Adulto, Pediátrica e Neonatal), totalizando R$104.300,80 considerando o valor da Tabela conforme Portaria GM/MS nº 160/2022, fica incluído no valor total estimado do incentivo que perfaz o montante mensal de R$ 966.869,35 (novecentos e sessenta e seis mil, oitocentos e sessenta e nove reais e trinta e cinco centavos) a ser ressarcido com recurso do Tesouro Municipal e condicionado às seguintes regras:

Cenários	Faixa (Conforme Avaliação)	Percentual a repassar
1°	90% a 100%	100% do valor incentivo adesão
2°	80% a 89%	90% do valor incentivo adesão
3°	70% a 79%	80% do valor incentivo adesão
4°	60% a 69%	70% do valor incentivo adesão
5°	<70%	Sem pagamento do incentivo

12.5.2. Em caso de cumprimento inferior a 70% das metas físicas pactuadas, não haverá o pagamento de incentivo.

O Diretor Clínico da CONVENIADA deverá assumir compromisso com a Secretaria de Saúde, garantir a aquiescência por parte de seu corpo clínico para execução de todas as metas físicas e orçamentárias pactuadas no contrato, podendo, em caso de descumprimento do atendimento ao paciente do SUS, por qualquer médico que atue na Instituição, a direção responder por infração ética e/ou penalidades previstas no Termo.

Juiz de Fora, de de 2024

Assinado por 1 pessoa: MARCOS ANDRE DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES DE ALMEIDA
DIRETOR PRESIDENTE DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
SECRETÁRIO DE SAÚDE / PJF

MARGARIDA SALOMÃO
PREFEITA DE JUIZ DE FORA

Processo Eletrônico: 13.365/2022.

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: DFA5-44BA-D25C-F895

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA (CPF 485.XXX.XXX-34) em 02/02/2024 15:52:39 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Autoridade Certificadora SERPRORFBv5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/DFA5-44BA-D25C-F895

Assinado por 1 pessoa: MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/DFA5-44BA-D25C-F895 e informe o código DFA5-44BA-D25C-F895

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: F472-E0AC-8D88-EAED

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI (CPF 536.XXX.XXX-68) em 02/02/2024 17:38:54 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/F472-E0AC-8D88-EAED

Assinado por 1 pessoa: MARGARIDA SALOMÃO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/4628-CB6A-5FC9-D7C6 e informe o código 4628-CB6A-5FC9-D7C6

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 4628-CB6A-5FC9-D7C6

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARGARIDA SALOMÃO (CPF 135.XXX.XXX-68) em 02/02/2024 17:58:37 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://juizdefora.1doc.com.br/verificacao/4628-CB6A-5FC9-D7C6

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO N° 08.2022.032 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, COM INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE/SS, DE UM LADO E, DE OUTRO, O HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS .

MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o n° 18.338.178/0001-02, com sede na Av. Brasil, n° 2001, denominado MUNICÍPIO neste ato representado por sua prefeita, Sra. Maria Margarida Salomão, brasileira, inscrita no CPF nº 135.210.396-68, com interveniência da Secretaria de Saúde, neste ato representada por sua Secretária de Saúde em Substituição, Sra. Mirelly Vasconcelos Cardoso, brasileira, inscrito no CPF nº 064.854.716-77, doravante denominada CONVENENTE e o HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, CNES: 2153084, situado na rua Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, CEP 36025-330, Juiz de Fora/MG, representado neste ato por Marco Antônio Guimarães de Almeida, RG nº M3.040.499 SSP/MG, inscrito junto ao CPF nº 485.399.966-34 doravante denominado CONVENIADO, resolvem de comum acordo e considerando os documentos anexados ao processo administrativo eletrônico nº 13.365/2022, obedecidas as disposições da Constituição Federal, art. 196 e ss., na Lei nº 8.080/90, e a Lei nº 8.666/93, celebrar o presente TERMO ADITIVO, mediantes as cláusulas e condições abaixo especificadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Em decorrência da necessidade de prestação dos respectivos serviços, fica prorrogado, pelo período de 01 (um) mês**,** a partir de **4 de junho de 2024.**

1.2. Incorporação, ao instrumento originário formalizado entre as partes signatárias (Convênio 08.2022.032), dos recursos de que tratam a Resolução SES/MG N° 8.467, de 17 de novembro de 2022, para fomentar o funcionamento do Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH), de maneira a promover, proteger, apoiar e incentivar o aleitamento materno, bem como realizar coleta, processamento e controle de qualidade do leite humano, destinado a recém-nascidos prematuros e de baixo peso, como fator de sobrevivência.

1.3. Repasse de recurso referente a Portaria GM/MS Nº 3.174/24, de 16 de fevereiro de 2024, referente ao valor atualizado do **Incentivo Financeiro 100% SUS** incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do município, considerando a diferença entre o valor atualizado e o valor recebido.

1.4. Repasse de recurso da Resoluɜro SES/MG Nº 7.725, de 22 de setembro de 2021, que estabelece as regras gerais para a concessão do incentivo financeiro estadual, em caráter excepcional, destinado a qualificação da assistência ao parto e nascimento, conforme diretrizes do Programa Rede Cegonha .

1.5. Acrescimo dos paragrafos 7o, 8o e 9o , no item 5.1 da CLAUSULA QUINTA – DAS RESPONSABILIDADES DA CONVENIADA :

“§ 7º Atendendo a Cláusula Quinta do Termo de Acordo do Processo nº 1080.01.0071886/2019-85, o hospital deve garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Documento Descritivo de que trata o art. 23, II; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XI).”

“§ 8º Garantir a correta operacionalização do sistema de regulação assistencial em âmbito macrorregional (SUSfácil) ou outro que venha substituí-lo, dentro dos prazos limites para respostaàs reservas de leitos/pendências, bem como a atualização do Mapa de Leitos em tempo real, conforme preconizado em normatização estadual.”

“§ 9º Obrigatoriedade de envio mensal das agendas referentes as consultas e apoio diagnóstico pactuados no contrato para serem disponibilidade no SISREG ou outro sistema que venha substituí-lo, visando a regulação dos encaminhamentos dos pacientes, considerando a demanda existente e metas contratadas.”

1.6. Acrescimo na CLAUSULA DECIMA QUARTA - DAS SANCOES E PENALIDADES dos itens 14.9 e 14.10:

“*14.9. É vedado ao profissional de saúde que componha equipe de instituição privada de assistência à saúde contratada ou conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS) deixar de prestar ao usuário assistência gratuita e integral contratualizada com o SUS, em situação de urgência ou emergência, até a completa resolução do evento, inclusive as sequelas dele resultante.”*

“*14.10. Será imputável penalidade decorrente do desatendimento específico aos compromissos firmados nas cláusulas contratuais, considerando as metas quantitativas e qualitativas pactuadasno Documento Descritivo, conforme apuração que incide sobre os valores dos 60% e 40% do componente pré-fixado.”*

CLÁUSULA SEGUNDA - DOS VALORES INCORPORADOS

2.1. Em decorrência do presente aditivo, o instrumento originário passa a prever:

I - O incentivo financeiro estadual destinado para custeio dos dispositivos do PCLH, no valor mensal de **R$ 1.550,00 (hum mil, quinhentos e cinquenta reais)**, perfazendo anualmente o valor de **R$ 18.600,00 (Dezoito mil e seiscentos reais)** para Postos de Coleta de Leite Humano, de acordo com a Resolução SES/MG N° 8.467 de 17 de novembro de 2022.

§1º O repasse dos recursos está condicionado ao cumprimento do indicador previsto no Anexo II desta Resolução 8.467/23, de acordo com as respectivas faixas estabelecidas.

II – Incentivo Fedral 100% SUS no valor de , **parcela única**, no valor de R$953.681,94 (novecentos e cinquenta e tres mil, seissentos e oitenta e um reais e noventa e quatro centavos)) relativo a diferença entre o valor atualizado e o valor recebido do período compreendido entre janeiro/24 à 04 de junho/24.

III – Repasse no valor de R$ 229.863,84 (duzentos e vinte e nove mil, oitocentos e sessenta e três reais e oitenta e quatro centavos), **parcela única**, referente a Resolução SES/MG Nº 7.725/21.

III – Alteração do item 9.2 da cláusula nona que passa a vigorar conforme abaixo:

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA **PRÉ-FIXADO**	**MENSAL**	**VALOR PARA 01 MÊS**
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Ambulatorial)	R$ 220.790,04	R$ 220.790,04
PRÉ-FIXADO – MÉDIA COMPLEXIDADE (Hospitalar)	R$ 2.048.923,00	R$ 2.048.923,00
INCENTIVO IAC	R$ 616.727,50	R$ 616.727,50
INTEGRA SUS	R$ 6.635,35	R$ 6.635,35
INCENTIVO HOSPITAL DE ENSINO	R$ 68.062,76	R$ 68.062,76
INCENTIVO RESIDÊNCIA MÉDICA	R$ 32.000,00	R$ 32.000,00
INCENTIVO 100% SUS	R$ 453.942,61	R$ 453.942,61
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO MÉDIA COMPLEXIDADE + INCENTIVOS DE CONTRATUALIZAÇÃO	**R$ 3.447.081,26**	**R$ 3.447.081,26**
REPASSE FINANCEIRO REFERENTE A HABILITAÇÃO E À QUALIFICAÇÃO DE 67 LEITOS DE ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS, PREVISTOS NO PLANO DE AÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CONFORME PORTARIA Nº 1.790/GM/MS, DE 25/08/2014.	R$ 449.862,50	R$ 449.862,50
EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS REFERENTES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS PELO MUNICÍPIO, POR INTERMÉDIO DO CUMPRIMENTO DE METAS NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA	R$ 70.360,32	R$ 70.360,32

REPASSE DE INCENTIVO REFERENTE AO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC, E 30 LEITOS DE CUIDADO INTEGRAL AVC, CONFORME PORTARIA SAS Nº 772 DE 21 DE AGOSTO DE 2020.	R$ 272.085,88	R$ 272.085,88
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 20 LEITOS DE UTI ADULTO TIPO II E DISPONIBILIZA CUSTEIO PARA A PORTA DE ENTRADA HOSPITAL GERAL PARA O HMTJ PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013 E PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 438.000,00	R$ 438.000,00
REPASSE FINANCEIRO RELATIVO A 16 LEITOS CLÍNICOS DE UTI ADULTO TIPO II PARA ATENDIMENTO DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE SUDESTE NO ÂMBITO DO SUS/MG, CONFORME DELIBERAÇÃO 1634 CIB/SUS DE 18/11/2013. PORTARIA 1790 DE 25/08/2014.	R$ 240.720,64	R$ 240.720,64
RECURSOS DO TESOURO MUNICIPAL - INCENTIVO 100%SUS	R$ 966.869,35	R$ 966.869,35
SUBTOTAL PRÉ-FIXADO + INCENTIVOS ESPECÍFICOS	**R$ 5.884.979,95**	**R$ 5.884.979,95**
PÓS-FIXADO	**MENSAL**	**VALOR PARA 01 MÊS**
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R$ 90.587,40	R$ 90.587,40
PÓS-FIXADO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R$ 368.133,40	R$ 368.133,40
PÓS-FIXADO FAEC	R$ 205.000,00	R$ 205.000,00
RESOLUÇÃO 7775 SES MG (CARDIO OPME)- ESTIMATIVA Repasse referente ao recurso da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.556, de 15 de outubro de 2021, que aprova em caráter excepcional e temporário o repasse de incentivo financeiro complementar para execução dos procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Minas Gerais, que ocorrerá trimestralmente, considerando os critérios e Cronograma de Pagamento detalhado no Anexo IV da Resolução SES nº 7.775/2021.	R$ 30.000,00	R$ 30.000,00
Repasse referente ao financiamento Estadual para	R$ 3.762,00	R$ 3.762,00

incentivo financeiro complementar da SES/MG pelos Serviços de Referência em Triagem Auditiva Neonatal – SRTAN credenciados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.980/19, conforme Resolução SES/MG 6814, de 21 de agosto de 2019 e RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.860, de 17 de novembro de 2021, que altera a Resolução SES/MG nº 6.814/19 mediante apuração e repasse de recurso ao FMS pela SES/MG.		
Diferença entre o valor atualizado e o valor recebido do período compreendido entre janeiro/2024 à 04 de junho/24, conforme Portaria GM 3.174/24		R$ 953.681,94
Resolução SES/MG N° 8.467 de 17 de novembro de 2022 para Postos de Coleta de Leite Humano	R$ 1.550,00	R$ 1.550,00
Resolução SES/MG N° 8.467 de 17 de novembro de 2022 para Postos de Coleta de Leite Humano referente ao ano de 2023		R$ 18.600,00
Resolução SES/MG Nº 7.725, de 22 de setembro de 2021, que estabelece as regras gerais para a concessão do incentivo financeiro estadual, em caráter excepcional, destinado à qualificação da assistência ao parto e nascimento, conforme diretrizes do Programa Rede Cegonha		R$ 229.863,84
SUBTOTAL PÓS-FIXADO	**R$ 699.032,80**	**R$ 1.901.178,58**
TOTAL GERAL	**R$ 6.584.012,75**	**R$ 7.786.158,53**

2.1.1. O valor total Pré-Fixado considerou a atualização do valor do Incentivo Financeiro 100% SUS, conforme Portaria GM/MS Nº 3.174/24, de 16 de fevereiro de 2024, que incorporou ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do município o recurso atualizado.

CLÁUSULA TERCEIRA.

3.1 Justificam este aditivo os expedientes afins contidos no processo n º 13.365/2022, e as despesas oriundas do presente aditamento ficará a cargo da seguinte dotação orçamentária:

PTRES: 10.302.0003.2279.6050 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6049 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2279.6051 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.600.009626
PTRES:10.302.0003.2279.6052 Nat. Despesas:339039 Fonte: 1.600.009626
PTRES:10.302.0003.2279.6050 Nat .Despesas:339039 Fonte: 1.500.009918

PTRES: 10.302.0003.2279.6052 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.621.009606
PTRES: 10.302.0003.2279.6049 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.621.009606
PTRES: 10.302.0003.2284.0000 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2281.0000 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 1.600.009626
PTRES: 10.302.0003.2281.0000 Nat. Despesas: 339039 Fonte: 2.621.009606

CLÁUSULA QUARTA

4.1 Permanecem em vigor as demais cláusulas e condições do Contrato, constantes no processo administrativo nº 13.365/2022.

E, por firmeza e validade de tudo quanto ficou estipulado, é o presente instrumento assinado pelas partes interessadas e testemunhas presentes ao ato.

Juiz de Fora, de de 2024.

Marco Antônio Guimarães de Almeida
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Mirelly Vasconcelos Cardoso
Secretária de Saúde em Substituição

Maria Margarida Martins Salomão
Prefeita de Juiz de Fora

Processo nº 13.365/2022

Assinado digitalmente por MARCO ANTONIO GUIMARAES DE ALMEIDA (emitido pelo CPF 485.399.966-34)
Data: 04/06/2024 17:25:38 -03:00

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Considerando que o Contrato de Gestão n° 032/2012, celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde e Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, possui por objeto a gestão e operacionalização dos serviços de saúde no **Hospital da Mulher Heloneida Studart**;

Considerando que a referida Unidade Hospitalar apresenta perfil de atendimento voltado para gestante de risco, neonatal de médio e alto risco, sendo ainda referência em leitos de Unidade Intermediária – UI, Unidade de Tratamento Intensivo – UTI neonatal e Unidade Materna de Tratamento Intensivo para o Estado do Rio de Janeiro, além de atender a pequena e média complexidade na especialidade de ginecologia;

Seguem dados de produção realizada no período de Fevereiro a Julho/2017 (06 meses), atestados pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão n° 032/2012:

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITAL	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Saídas Hospitalares obstétricas e ginecológicas	460	572

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

PRODUÇÃO AMBULATORIAL	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Consultas eletivas	3.000	3.166

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL SADT	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Ultrassonografia	1.020	1.027
Videohisteroscopia	72	22
Proc. Diagnósticos guiados por US	108	0
Mamografia	1.440	252

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2° OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Isto posto, atesto para os devidos fins que a **Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus,** sediada na Rua da Assembleia, n° 10, sala 1422 – Centro – Rio de Janeiro/RJ, presta serviços de administração, gestão, operacionalização e gerenciamento hospitalar das ações e serviços no **Hospital da Mulher Heloneida Studart,** localizado na Avenida Automóvel Clube, s/n – Lote 1745 - Jardim Jose Bonifácio, São João de Meriti/RJ.

Rio de Janeiro, 17 de outubro de 2017

LUIZ ANTONIO DE SOUZA TEIXEIRA JUNIOR
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2° OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

GOVERNO DO Rio de Janeiro SECRETARIA DE SAÚDE

CONTRATO DE GESTÃO Nº 032 / 2012, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO RIO DE JANEIRO ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E O HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DE ATUAÇÃO EM MATERNIDADE PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART.

Pelo presente instrumento particular, de um lado, o

ESTADO DO RIO DE JANEIRO, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES**, com sede nesta cidade, na Av. Graça Aranha n° 182, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, representada por seu Secretário de Estado, Ilmo. Sr. Dr. Sérgio Luiz Côrtes da Silveira, portador da carteira de identidade nº 52 – 51210-6, expedida pelo CREMERJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 817.161.767-00, (doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**), e, de outro lado, a

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, inscrito no CNPJ sob o nº. 21.583.042/0009-20, com endereço à Rua Siqueira Campos, nº 129, Copacabana, Rio de Janeiro – RJ, neste ato representado por José Mariano Soares de Moraes na qualidade de Presidente do Conselho de Gestão Delegada, portador da Cédula de Identidade nº. 591.447/SSP-MG, CPF nº 209.721.726-53 doravante denominada **CONTRATADA**, realizada através do Processo Administrativo nº. E-08/**7430**/2012 tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº 6.043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, considerando o Edital de Seleção nº 010/2012 e o correspondente ato de Homologação publicado no D.O.E., 28 de dezembro de 2012 inserido nos autos do Processo nº E-08/**7430**/2012, em conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no Hospital da Mulher Heloneida Studart, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente Contrato de Gestão, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela **CONTRATADA** no Hospital da Mulher Heloneida Studart localizado à Avenida Automóvel Clube, sem número, São João de Meriti – RJ, CNES 6518893 em tempo integral, que assegure assistência universal e gratuita à população;

1.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** dar-se-á pela **CONTRATADA**, desde que observadas todas as condições propostas pela **CONTRATADA** no Programa de Trabalho, no Edital e demais diplomas legais.

1.3 Fazem parte integrante deste **CONTRATO DE GESTÃO** o Edital de Seleção e todos seus Anexos, principalmente:

(i) Anexo I – Termo de Referência
(ii) Anexo VII – Termo de Permissão de Uso
(iii) Anexo XI – Transferência de Recursos Orçamentários

CLÁUSULA SEGUNDA – DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS

Conforme Termo de Permissão de Uso (Anexo VII) os imóveis de propriedade do Estado do Rio de Janeiro referentes ao Hospital da Mulher Heloneida Studart e os bens móveis têm o seu uso permitido pela **CONTRATADA** durante a vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos Lei Complementar nº. 8, de 25 de outubro de 1977, Lei nº 6.243/11 e do Decreto 43.261/2011.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Compromete-se a **CONTRATADA**:

3.1 Prover os serviços ora contratados, com pessoal adequado e capacitado em todos os níveis de trabalho;

3.2 Comunicar à fiscalização do **CONTRATO DE GESTÃO**, por escrito e tão logo constatado problema ou a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual, para a adoção das providências cabíveis;

3.3 Responder pelos serviços que executar, na forma do ato convocatório e da legislação aplicável;

3.4 Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens ou prestações objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do emprego ou fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações;

3.5 Manter em estoque um mínimo de materiais, peças e componentes de reposição regular e necessários à execução do objeto do contrato;

3.6 Manter, durante toda a duração deste contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, as condições de habilitação e qualificação exigidas para participação na seleção pública;

3.7 Assegurar a organização, administração e gerenciamento do Hospital da Mulher Heloneida Studart, objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através de técnicas adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida Unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento;

3.8 Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexo I do Edital, de acordo com o estabelecido neste **CONTRATO DE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei nº. 8080, de 19

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

(i) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

(ii) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de usuários ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

(iii) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

(iv) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

(v) Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

(vi) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

(vii) Fomento dos meios para participação da comunidade;

(viii) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

3.9 Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

(i) Respeito aos direitos dos usuários, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

(ii) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

(iii) Respeito à decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

(iv) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos usuários;

(v) Esclarecimento dos direitos aos usuários, quanto aos serviços oferecidos.

(vi) Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

(vii) Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;

3.10 Apoiar e integrar o complexo regulador da SES/RJ;

3.11 Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos e inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

3.12 Selecionar seu pessoal de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado pela **CONTRATADA**.

3.13 Contratar serviços de terceiros para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes;

3.14 Responsabilizar-se exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes ao **CONTRATANTE** ou à terceiros na execução do contrato, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração. A **CONTRATADA** também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços.

3.15 A **CONTRATADA** é responsável por encargos trabalhistas, inclusive decorrentes de acordos, dissídios e convenções coletivas, previdenciários, fiscais e comerciais oriundos da execução do contrato, podendo o **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, exigir a comprovação do cumprimento de tais encargos, como condição do pagamento dos créditos da **CONTRATADA**.

3.16 Quando demandada pela SES / RJ, e de comum acordo entre as partes, colocar em operação serviços ou unidades assistenciais, inclusive o hospital de campanha (Decreto nº 43.408 de 9 de janeiro de 2012, para atendimento nas situações de urgência ou emergência, não previstos no Anexo I do Edital. Visando a prestação dos serviços mencionados neste item, o **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditivado em valor e prazo a serem acordados entre as partes.

3.17 Providenciar seguro contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil para o prédio

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

e bens móveis cedidos. A contratação do seguro deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados;

3.18 Adotar o símbolo e o nome designativo da Unidade de saúde cujo uso lhe for permitido;

3.19 Administrar os imóveis e os bens móveis que tiverem o uso permitido em conformidade com o disposto no Termo de Permissão de Uso – Anexo VII do Edital que deverá definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até sua restituição ao Poder Público;

3.20 O Termo especificará os bens, o estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção;

3.21 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio estadual, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público;

3.22 Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

3.23 Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou recebidos em doação para instalação nesta Unidade, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Estado do Rio de Janeiro devendo a **CONTRATADA** entregar a **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo regularização da incorporação dos referidos bens;

3.23.1 As aquisições de materiais e equipamentos permanentes serão efetuadas através da transferência de recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, estimadas no item Investimento da Planilha de Despesas de Custeio e Investimento, item 8.4 do Anexo I. As aquisições deverão ser incorporadas e patrimoniadas pela SES/RJ, devendo a **CONTRATADA** apresentar os documentos e informações pertinentes tão logo realize a aquisição.

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.23.2 Deverá ser realizada a atualização cadastral do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática, através de um inventário de todos os equipamentos existentes, informando sua localização, o nome e tipo do equipamento, assim como seu número de patrimônio. O Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática adquiridos com recursos do **CONTRATO DE GESTÃO** também deverão ser objeto de patrimônio pelo Órgão designado pelo Estado do Rio de Janeiro.

3.23.3 Deverá ser mantida na Unidade de Saúde uma ficha histórica com as intervenções sofridas nos equipamentos ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

3.23.4 Deverão ser informados à SES/RJ todos e quaisquer deslocamento do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática para outros setores, assim como deverá ser atualizada sua localização na ficha cadastral.

3.24 Deverão ser enviadas à SES / RJ cópias de todos os contratos de prestação de serviços firmados pela Organização Social, devidamente assinados, já na prestação de contas referente ao primeiro trimestre do **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.25 Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de rescisão do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.26 No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido.

3.27 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público, inclusive os seguintes comprovantes:

a) Pagamento de salários a empregados, incluídas as horas extras devidas e outras verbas que, em razão da percepção com habitualidade, devam integrar os salários; ou a repartição das cotas, em se tratando de cooperativas, até o quinto dia útil de cada mês seguinte ao vencimento ou na

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

forma estabelecida no Estatuto, no último caso;

b) Pagamento de vale-transporte e o auxílio-alimentação de seus empregados;

c) Anotações em Carteiras de Trabalho e Previdência Social de seus empregados; e

d) Recolhimentos dos tributos, contribuições e encargos, incluindo aqueles relativos aos empregados vinculados ao Contrato.

3.27.1 É vedada a contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra. Qualquer intenção de contratação pela **CONTRATADA** de cooperativa de serviços voltados às atividades médicas será submetida previamente ao **CONTRATANTE.**

3.28 A **CONTRATADA** será obrigada a reapresentar a Certidão Negativa de Débito junto ao INSS (CND) e a Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, Certificado de Regularidade do FGTS (CRF) e Certidão Negativa de Débitos perante a Justiça do Trabalho nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, sempre que expirados os respectivos prazos de validade.

3.29 Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da **CONTRATADA**, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes. Caso o referido cronograma não tenha sido obedecido, o descumprimento só acarretará a responsabilidade da **CONTRATANTE**, se for causa direta ao não pagamento dos encargos sociais e das obrigações trabalhistas.

3.30 Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Estado do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, a **CONTRATANTE** poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente ao montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.31 A retenção prevista no item 3.30 será realizada na data do conhecimento pela **CONTRATANTE** da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados da **CONTRATADA** para consecução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.32 A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela **CONTRATADA.**

3.33 Ocorrendo o término do **CONTRATO DE GESTÃO** sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

3.34 Abrir conta corrente bancária específica no banco indicado pela Secretaria de Estado de Saúde para movimentação dos recursos provenientes do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.35 Manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do **CONTRATO DE GESTÃO**, e disponibilizar extrato mensalmente à **CONTRATANTE**.

3.36 Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor.

3.37 Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

3.38 Encaminhar à **CONTRATANTE** para publicação no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços, obras e aquisições necessários à execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, de acordo com o que prescreve a Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011, de forma atender aos princípios constitucionais do caput do art.37 da CRFB, especialmente aos da publicidade, impessoalidade,

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

moralidade e eficiência;

3.39 Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.40 Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital da Mulher Heloneida Studart, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas de atendimento dos usuários, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no Hospital da Mulher Heloneida Studart.

3.41 Apresentar a **CONTRATANTE** até o 5º dia do mês seguinte, Relatórios Gerenciais e comprovantes, na forma que lhe for indicada pela **CONTRATANTE**.

3.42 Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.44 Consolidar a imagem do Hospital da Mulher Heloneida Studart como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela qualidade da assistência;

3.45 Devolver à **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO**, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação;

3.46 Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização do **CONTRATANTE**;

3.47 Implantar, após prévia aprovação da SES/RJ, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.48 Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis;

3.49 Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do Hospital da Mulher Heloneida Studart, sem prévia ciência e aprovação da SES/RJ;

3.50 O balanço e os demonstrativos financeiros anuais da **CONTRATADA** devem ser elaborados de acordo com as regras de contabilidade privada, obedecido o disposto na Lei nº 6.043/2011;

3.51 Ao final de cada exercício financeiro, a **CONTRATADA** apresentará ao órgão supervisor a prestação de contas, contendo, em especial, relatório de gestão, balanço e demonstrativos financeiros correspondentes, devendo ser elaborada em conformidade com o **CONTRATO DE GESTÃO** e demais disposições normativas sobre a matéria.

3.52 Encaminhar, semestralmente, a relação de processos judiciais em que a **CONTRATADA** figure como ré e que contenham pretensões indenizatórias, bem como as decisões que lhes foram desfavoráveis e os valores das condenações.

CLAUSULA QUARTA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

4.1 Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e em seus anexos;

4.2 Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** nos termos do Anexo I do Edital, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;

4.3 Programar no orçamento, para os exercícios subsequentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

contratual;

4.4 Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos do artigo 28 da Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011 mediante Termo de Permissão de Uso;

4.5 Para a formalização do Termo, a **CONTRATANTE** deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;

4.6 Promover a cessão de servidores públicos para a **CONTRATADA**, nos termos do art. 14 da Lei nº 6.043/2011, desde que haja requerimento desta, autorização do Poder Público para a cessão e a concordância do funcionário;

4.7 Reter repasse de recursos à **CONTRATADA** quando a **CONTRATANTE** for demandada em nome próprio, primariamente, por condutas ilícitas e danosas praticadas por agentes da **CONTRATADA**, a exemplo dos itens 3.15 e 3.30 deste **CONTRATO DE GESTÃO.**

CLAUSULA QUINTA – VIGÊNCIA

O **CONTRATO DE GESTÃO** vigorará pelo prazo de 1 (um) ano, a contar de sua respectiva celebração, podendo ser mediante termo aditivo objeto de sucessivas renovações, pelo mesmo prazo, até o limite máximo de 5 (cinco) anos.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1 Os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas do **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a sua administração.

6.2 Os recursos financeiros repassados pela Secretaria de Estado de Saúde provenientes do **CONTRATO DE GESTÃO** deverão ser aplicados, em até 02 (dois) dias úteis, contados a partir do crédito na conta bancária da **CONTRATADA**, exclusivamente em caderneta de poupança de instituição financeira oficial.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

6.3 Os excedentes financeiros deverão ser restituídos à **CONTRATANTE** ou aplicados nas atividades objeto **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que com prévia aprovação da Secretaria de Estado de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REPASSE DE RECURSOS

O detalhamento da Transferência de Recursos Orçamentários está regulado no Anexo I do Edital.

CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste **CONTRATO DE GESTÃO** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde

Fonte de Recurso: 00/22

Programa de Trabalho: 2961.10.302.0319.2745

Natureza da Despesa: 3390.39.30

CLÁUSULA NONA – VALOR DO CONTRATO

Dá–se a este **CONTRATO DE GESTÃO** o valor total de R$ **98.899.358,56** (noventa e oito milhões oitocentos e noventa e nove mil trezentos e cinquenta e oito reais e cinquenta e seis centavos).

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS

O detalhamento do Sistema de Transferência de Recursos está descrito no Anexo I do Edital.

Cada parcela mensal da Transferência de Recursos terá o valor de R$ **7.365.429,92 (sete milhões trezentos e sessenta e cinco mil quatrocentos e vinte e nove reais e noventa e dois centavos**) e cada parcela de Investimento terá o valor de R$ **5.257.099,75 (cinco milhões duzentos e cinquenta e sete mil noventa e nove reais e setenta e cinco centavos**) será

1203
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.118-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
976

depositada na conta corrente nº **46900-9**, agência **3033-3**, de titularidade da **CONTRATADA**, junto à instituição financeira contratada pelo Estado.

PARÁGRAFO ÚNICO

No caso de a **CONTRATADA** estar estabelecida em localidade que não possua agência da instituição financeira contratada pelo Estado ou caso verificada pelo **CONTRATANTE** a impossibilidade de a **CONTRATADA**, em razão de negativa expressa da instituição financeira contratada pelo Estado, abrir ou manter conta corrente naquela instituição financeira, a transferência poderá ser feita mediante crédito em conta corrente de outra instituição financeira. Nesse caso, eventuais ônus financeiros e/ou contratuais adicionais serão suportados exclusivamente pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REPACTUAÇÃO

Decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data da apresentação da proposta ou do orçamento a que essa proposta se referir, poderá a **CONTRATADA** fazer jus a repactuação do valor contratual, mediante avaliação da variação efetiva do custo de produção ou dos insumos utilizados na consecução do objeto contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

12.1 O acompanhamento e a fiscalização da execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, sem prejuízo da ação institucional dos órgãos de controle interno e externo do Estado, serão efetuados pela Secretaria de Estado de Saúde;

12.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será efetuada por intermédio da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização nomeada pelo Secretário de Estado de Saúde;

12.3 Nos termos do Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, os resultados e metas alcançados com a

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

execução do **CONTRATO DE GESTÃO** serão avaliados, semestralmente pela Comissão de Avaliação, formalmente designada pela **CONTRATANTE**;

12.4 A síntese do relatório de gestão e do balanço da Organização Social deverão ser publicados pela SES/RJ no Diário Oficial do Estado e, de forma completa, pela Organização Social no seu sítio eletrônico, bem como após 5 dias úteis serem encaminhados pela SES/RJ à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro;

12.5 A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar a prestação de contas anual, mencionada no Art. 22, § 1º, da Lei nº 6.043/2011 ao Conselho Estadual de Saúde, Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

12.6 A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as condições, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela fiscalização, obrigando-se a lhes fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

12.7 A instituição e a atuação da fiscalização do serviço objeto do contrato não excluem ou atenuam a responsabilidade da **CONTRATADA**, nem a exime de manter fiscalização própria.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO, RENEGOCIAÇÃO TOTAL E PARCIAL

13.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser alterado, mediante revisão das metas e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificado, com a aceitação de ambas as partes e a autorização por escrito do Secretário de Saúde, devendo, nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos.

13.2 Poderá também ser alterado para assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do **CONTRATO DE GESTÃO**, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

14.1 A prestação de contas está regulada no Anexo I do Edital.

14.2 A **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE** mensalmente:

14.2.1 Relação dos valores financeiros repassados, com indicação da Fonte de Recursos,

14.2.2 Relatório Consolidado da Produção Contratada X Produção Realizada,

14.2.3 Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores).

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA SANÇÃO, RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

A rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser efetivada:

15.1 Por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO**, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

15.2 Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

15.3 Por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados;

15.4 Na hipótese da cláusula 15.3, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE**.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

15.5 Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, o **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento.

15.6 A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**, conforme disposto no Art.10, inciso VI, da Lei nº 6.043/11.

15.7 Configurará infração contratual a inexecução dos serviços, total ou parcial, execução imperfeita, mora ou inadimplemento na execução, inobservância do Decreto Nº 43.261, na Lei nº 6.043/2011 e, especialmente, se a **CONTRATADA**:

15.7.1 Utilizar de forma irregular os recursos públicos que lhe forem destinados;

15.7.2 Incorrer em irregularidade fiscal ou trabalhista;

15.7.3 Deixar de promover a manutenção dos bens públicos permitidos ou promover desvio de sua finalidade;

15.7.4 Violar os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

15.7.5 A ocorrência de infração contratual sujeita a **CONTRATADA**, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa, as seguintes penalidades:

a) advertência;

b) multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do **CONTRATO DE GESTÃO**, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas. Nas reincidências específicas, a multa corresponderá ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 20% (vinte por cento);

c) Desqualificação da entidade como organização social.

15.8 A rescisão contratual será formalmente motivada nos autos do processo administrativo, assegurado a **CONTRATADA** o direito ao contraditório e a prévia e ampla defesa.

15.9 A declaração de rescisão deste contrato, independentemente da prévia notificação judicial ou extrajudicial, operará seus efeitos a partir da publicação em Diário Oficial.

1207
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
980

15.10 Na hipótese de rescisão administrativa, além das demais sanções cabíveis, o Estado poderá:

a) reter, a título de compensação, os créditos devidos à contratada e cobrar as importâncias por ela recebidas indevidamente;

b) cobrar da contratada multa de 10% (dez por cento), calculada sobre o saldo reajustado dos serviços não executados e;

c) cobrar indenização suplementar se o prejuízo for superior ao da multa.

15.11 O **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser rescindido ou resolvido quando do advento de circunstância superveniente que comprometa o fundamento de validade do mesmo e a sua regular execução.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A imposição das penalidades é de competência exclusiva do **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A sanção prevista na alínea b desta Cláusula poderá ser aplicada cumulativamente a qualquer outra.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A aplicação de sanção não exclui a possibilidade de rescisão administrativa do Contrato, garantido o contraditório e a defesa prévia.

PARÁGRAFO QUARTO – A multa administrativa prevista na alínea b não tem caráter compensatório, não eximindo o seu pagamento a **CONTRATADA** por perdas e danos das infrações cometidas.

PARÁGRAFO QUINTO – O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a contratada à multa de mora de até 1% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do art.412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo **CONTRATANTE** ou da aplicação das sanções administrativas.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PARÁGRAFO SEXTO - No exercício de sua função decisória, poderá a **CONTRATANTE** firmar acordos com a **CONTRATADA**, a fim de estabelecer o conteúdo discricionário do ato sancionatório, salvo impedimento legal ou decorrente da natureza e das circunstâncias da relação jurídica envolvida, observados os princípios da transparência, legalidade, finalidade, motivação, razoabilidade, proporcionalidade, moralidade, ampla defesa, contraditório, segurança jurídica, impessoalidade, eficiência, celeridade, oficialidade, publicidade, participação, proteção da confiança legítima e interesse público, desde que a opção pela solução consensual, devidamente motivada, seja compatível com o interesse público.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA – FISCALIZAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A **CONTRATANTE** providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao da sua assinatura, o encaminhamento de cópia autêntica do presente **CONTRATO DE GESTÃO** e dos seus Anexos ao Tribunal de Contas e à Contadoria Geral do Estado, junto à Secretaria de Estado de Fazenda.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO RECURSO AO JUDICIÁRIO

As importâncias decorrentes de quaisquer penalidades impostas à **CONTRATADA**, inclusive as perdas e danos ou prejuízos que a execução do contrato tenha acarretado, quando superiores à garantia prestada ou aos créditos que a **CONTRATADA** tenha em face da **CONTRATANTE**, que não comportarem cobrança amigável, serão cobrados judicialmente.

PARÁGRAFO ÚNICO – Caso a **CONTRATANTE** tenha de recorrer ou comparecer a juízo para haver o que lhe for devido, a **CONTRATADA** ficará sujeita ao pagamento, além do principal do débito, da pena convencional de 10% (dez por cento) sobre o valor do litígio, dos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, despesas de processo e honorários de advogado, estes fixados, desde logo, em 20% (vinte por cento) sobre o valor em litígio.

CLÁUSULA DECIMA OITAVA – PUBLICAÇÃO

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** deverá ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias contados de sua assinatura, por conta do **CONTRATANTE**, ficando condicionada a essa publicação a plena eficácia do mesmo.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - FORO

19.1 Fica eleito o Foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro para dirimir qualquer questão oriunda do presente **CONTRATO DE GESTÃO** ou de sua execução, exceto quanto à propositura de ações possessórias, caso em que prevalecerá o foro da situação dos imóveis, renunciando a **CONTRATADA** a qualquer outro foro que tenha ou venha a ter, por mais privilegiado que seja. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em quatro vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:

Rio de Janeiro, 29 de dezembro de 2012.

Ana Lucia Neves
Subsecretária
Subsecretaria de Unidades Próprias
Mat.: 944.042-1

SÉRGIO LUIZ CÔRTES DA SILVEIRA
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Testemunha

Testemunha

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº **032/2012**, QUE ENTRE SI CELEBRAM O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO** ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E O **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, PARA A PRORROGAÇÃO DO PRAZO E A REPACTUAÇÃO, NA FORMA ABAIXO:

O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, neste ato representado pelo Excelentíssimo Sr. **Dr. SÉRGIO LUIZ CÔRTES DA SILVEIRA**, portador da Identidade nº 52.51210-6, emitida pelo CREMERJ e inscrito no CPF sob o nº 817.161.767-00, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55 e o **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, situado na Av. Automóvel Clube, s/nº., Lote 1745, Jardim José Bonifácio, São João de Meriti – RJ, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0011-44, daqui por diante denominado **CONTRATADO**, representado neste ato pelo **SR. IOMAR PINHEIRO CANGUSSU**, na qualidade de Conselheiro, portador da Cédula de Identidade nº. MG-412.451 PCE/MG, portador da carteira de identidade nº. 10381, expedida pelo CREMEMG e CPF nº. 282.239.426-15, procurador regularmente constituído conforme instrumento de mandato outorgado pelo Sr. José Mariano Soares de Moraes, na qualidade de Presidente do Conselho de Gestão Delegada, portador da Cédula de Identidade nº. 591.447 SSP/MG e CPF nº. 209.721.726-53, têm entre si justo e avençado, e celebram, por força do presente instrumento e em conformidade com Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº. 6.043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº. 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº. 43.303 de 24 de novembro de 2011 e Decreto nº. 43.710 de 06 de agosto de 2012, o **PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 013/2012**, conforme autorizado no Processo Administrativo nº **E-08/7841/2012**, especificados sob as cláusulas a seguir:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por finalidade a **PRORROGAÇÃO** do prazo contratual por mais **24 (vinte e quatro) meses**, a contar de **28/12/2013 a 27/12/2015**, a **REPACTUAÇÃO** do valor do Contrato firmado entre as partes, nos termos previstos em sua Cláusula Nona, bem como inclusão do serviço da Rede Integrada de Transporte Inter Hospitalar conforme CI.SES/SUB/SUP nº. 565/2013 e a **ALTERAÇÃO** das Cláusulas 6.2.5, 6.2.6 encontradas no Termo de Referência, e do item 3, alínea b, constante na Transferência de Recursos Orçamentários, anexo XI, ambos do Edital de Seleção nº. 010/2012.

CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR DO TERMO ADITIVO

O valor total estimado do presente Termo Aditivo para cobrir as despesas relativas à repactuação do contrato, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses é de R$ 196.411.070,09 (cento e noventa e seis milhões, quatrocentos e onze mil, setenta reais e nove centavos), correspondendo o valor da parcela de custeio mensal R$ 8.142.127,92 (oito milhões, cento e quarenta e dois mil, cento e vinte e sete reais e noventa dois centavos) e parcela única de investimento no valor de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais).

CLÁUSULA TERCEIRA – DA REPACTUAÇÃO

O valor da parcela de custeio mensal passa a ser de R$ 8.142.127,92 (oito milhões, cento e quarenta e dois mil, cento e vinte e sete reais e noventa dois centavos).

Sendo certo que os efeitos financeiros decorrentes do acréscimo (ou supressão) vigoram a partir de 28/12/2013.

CLÁUSULA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES NO TERMO DE REFERÊNCIA (ANEXO I) NA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS (ANEXO XI)

Tendo em vista o Termo de Referência, anexo I e Transferência de Recursos Orçamentários, anexo XI, ambos do Edital de Seleção nº. 010/2012, os quais deram causa a assinatura do presente

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TERMO ADITIVO AO CONTRATO nº. 032/2012, serão realizadas alterações das cláusulas 6.2.5 e 6.2.6, bem como o item 3, alínea b, constantes no Termo de Referência e Transferência de Recursos e Orçamentários, respectivamente, na forma abaixo:

ONDE SE LIA:

6.2.5 - O Conceito Semestral de Desempenho pelo HMHS será obtido pela média aritmética dos pontos alcançados no período de seis meses, podendo situar-se em 3 faixas, conforme o Quadro 6:

Quadro 6. Conceitos de Desempenho

Média de Pontos Semestral	Conceito Semestral
0 – 69	C
70 – 89	B
90 – 100	A

6.2.6 - O Conceito Semestral de Desempenho obtido pelo HMHS será calculado pela média aritmética das pontuações mensais e ensejará as seguintes decorrências:

- Conceito Semestral A: O HMHS recebe o valor equivalente a 50% da folha de pagamentos (com encargos pertinentes a bônus) mensal, para ser repassado a título de bonificação aos colaboradores que estejam vinculados há 6 meses, pelo menos;
- Conceito Semestral B: O HMHS não fará jus ao recebimento de bônus;
- Conceito Semestral C: O HMHS será notificado, de acordo com os itens 6.2.3 e 6.2.4.

DEVERÁ SER LIDO:

6.2.5 - O Conceito Semestral de Desempenho pelo HMHS será obtido pela média aritmética dos pontos alcançados no período de seis meses, podendo situar-se em 2 faixas, conforme o Quadro 6:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Média de Pontos Semestral	Conceito Semestral
70 - 100	A
0 – 69	B

6.2.6 - O Conceito Semestral de Desempenho obtido pelo HMHS será calculado pela média aritmética das pontuações mensais e ensejará as seguintes decorrências:

• Conceito Semestral A: A unidade hospitalar encontra-se dentro dos parâmetros esperados;

• Conceito Semestral B: A unidade hospitalar será notificada, de acordo com o item 6.2.3.

ONDE SE LIA:

3 - b. O relatório de Prestação de Contas deverá ser entregue à CONTRATANTE, até o quinto dia útil de cada mês subsequente ao mês de referência;

DEVERÁ SER LIDO:

3 - b. O Relatório de Prestação de Contas deverá ser entregue à CONTRATANTE, em até 15 (quinze) dias úteis do mês subsequente ao mês de referência;

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES DO CNPJ E DE CONTA CORRENTE PRÓPRIOS

Foram realizadas alterações no CNPJ e Conta Corrente próprios do **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, ora **CONTRATADA**, qualificada como Organização Social na área de apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART**, na forma abaixo:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ONDE SE LIA:

- **Agência: 3033-3**
- **Conta corrente: 46900-9**
- **Favorecido: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**
- **Endereço:** Rua da Assembleia, nº. 10, Sala 1422, Centro, Rio de Janeiro – RJ
- **CNPJ: 21.583.042/0009-20**

DEVERÁ SER LIDO:

- **Agência: 3033-3**
- **Conta Corrente: 44702-1**
- **Favorecido: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**
- **Endereço:** Av. Automóvel Clube, s/nº., Lote 1745, Jardim José Bonifácio, São João de Meriti – RJ
- **CNPJ: 21.583.042/0011-44**

CLÁUSULA SEXTA – EMPENHO

Para fazer face aos pagamentos referidos neste Termo Aditivo ao Contrato, a Secretaria de Estado de Saúde, oportunamente.

CLÁUSULA SÉTIMA – RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

Ficam ratificadas as demais disposições contidas no Contrato ora aditado.

CLÁUSULA OITAVA – PUBLICAÇÃO

Dentro do prazo de 20 (vinte) dias, contado da assinatura, deverá o presente Termo Aditivo ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Parte I, correndo os respectivos encargos por conta da **CONTRATADA.**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, número do empenho, fundamento do ato e número do processo administrativo.

CLÁUSULA NONA – FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

O Estado providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao do prazo de sua publicação, o encaminhamento de cópia do presente instrumento ao seu Tribunal de Contas e o Órgão de Controle Interno.

E, por se acharem justos e acordados, depois de lido e achado conforme, é assinado o presente instrumento pelas partes supra e testemunhas abaixo, dele sendo extraídas 03 (três) vias de igual teor e forma, para um único efeito.

Rio de Janeiro, 28 de dezembro de 2013.

Ana Lucia Neves
Subsecretária
Subsecretaria de Unidades Próprias
Mat.: 944.042-1

SÉRGIO CÔRTES
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

IOMAR PINHEIRO CANGUSSU
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Testemunha_____

Testemunha_____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
1216
989

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

QUARTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº **032/2012**, QUE ENTRE SI CELEBRAM O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO** ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E O **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, PARA **PRORROGAÇÃO E ALTERAÇÃO CONTRATUAL**, NA FORMA ABAIXO:

O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, neste ato representado pelo Excelentíssimo Sr. **CHARBEL KHOURI DUARTE**, Subsecretário de Unidades de Saúde, portador da carteira de identidade nº 06745332-4, emitida pelo IFP e inscrito no CPF sob nº 723.378.697-68, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55 e o **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, situado na Av. Automóvel Clube, s/nº., Lote 1745, Jardim José Bonifácio, São João de Meriti – RJ, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0011-44, daqui por diante denominado **CONTRATADO**, representado neste ato pelo **SR. IOMAR PINHEIRO CANGUSSU**, na qualidade de Conselheiro, portador da Cédula de Identidade nº. MG-412.451 PCE/MG, portador da carteira de identidade nº. 10381, expedida pelo CREMEMG e CPF nº. 282.239.426-15, procurador regularmente constituído conforme instrumento de mandato outorgado pelo Sr. José Mariano Soares de Moraes, portador da Cédula de Identidade nº. 591.447 SSP/MG e CPF nº. 209.721.726-53, têm entre si justo e avençado, e celebram, por força do presente instrumento e em conformidade com Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº 6043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011 e Decreto nº 43.710 de 06 de agosto de 201, o **QUARTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 032/2012** – HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART - conforme autorizado no Processo Administrativo nº **E-08/7841/2012**, especificados sob as cláusulas a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 - a PRORROGAÇÃO DO PRAZO CONTRATUAL pelo período de **12 (doze) meses**, a contar de **28/12/2016 a 27/12/2017**, nos termos do despacho da CI OP CCOS nº 661/2016 proferido pela Subsecretaria de Unidades de Saúde;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

1.2 – a ALTERAÇÃO DA CLÁUSULA TERCEIRA, ITEM 3.12 DO CONTRATO DE GESTÃO N° 032/2012;

1.3 – das ALTERAÇÕES NO TERMO DE REFERÊNCIA ANEXO AO EDITAL DE SELEÇÃO N° 010/2012.

PARÁGRAFO ÚNICO – A presente prorrogação, objeto deste termo aditivo, está condicionada à conclusão do Processo de Seleção, conforme despacho da CI OP/CCOS n° 661/2016 proferido pela Subsecretaria de Unidades de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR DO TERMO ADITIVO

O valor total estimado do presente Termo Aditivo para cobrir as despesas relativas à prorrogação do contrato pelo período de 12 (doze) meses é de R$96.000.000,00 (noventa e seis milhões de reais), correspondendo o valor da parcela de custeio mensal R$8.000.000,00 (oito milhões de reais).

CLÁUSULA TERCEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste **Termo Aditivo** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde
Fonte de Recurso: 100/222/225
Programa de Trabalho: 2961.10.302.0151.8341
Natureza da Despesa: 3390.39.30

CLÁUSULA QUARTA – DA ALTERAÇÃO DA CLÁUSULA TERCEIRA, ITEM 3.12 DO CONTRATO DE GESTÃO N° 032/2012

A Cláusula Terceira, item 3.12 do Contrato de Gestão n° 032/2012 passa a vigorar com a seguinte redação:

CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA
*Compromete-se a **CONTRATADA**:*

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

*3.12 Selecionar seu pessoal de forma pública, objetiva, transparente e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado pela **CONTRATADA**, devendo o mesmo constar no sítio eletrônico da ora **CONTRATADA**, assim como a prévia divulgação das vagas, critérios e formas de avaliação.*

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES NO TERMO DE REFERÊNCIA ANEXO AO EDITAL DE SELEÇÃO N° 010/2012

Tendo em vista o Termo de Referência, o qual deu causa à assinatura do presente TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO N° 032/2012 será alterada a Cláusula 4.1.30, na forma abaixo, bem como excluídos os itens 3.8.9; 4.3.2 (itens "p" e "q") e 4.3.3 do Termo de Referência, anexo ao Edital de Seleção n° 010/2012, consoante despacho proferido pela Subsecretaria de Unidades de Saúde:

4. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

***4.1.30** Fornecer aos usuários todos os medicamentos que sejam necessários para a continuação em domicílio do tratamento do agravo em acompanhamento durante a internação hospitalar, por um período máximo de 03 (três) dias. A prescrição realizada pelos profissionais da unidade quanto aos medicamentos e insumos destinados ao usuário ambulatorial deverá estar contida nas listas padronizadas pelo SUS e nos protocolos clínicos preconizados. Se não for observado o trâmite acima descrito e a SES/RJ vier a ser compelida judicialmente a fornecer o medicamento/insumo não padronizado, poderá descontar a quantia paga do valor repassado mensalmente à Unidade.*

CLÁUSULA SEXTA - EMPENHO

Para fazer face aos pagamentos referidos neste Termo Aditivo ao Contrato de Gestão n° 032/2012, a Secretaria de Estado de Saúde empenhará oportunamente.

CLÁUSULA SÉTIMA – RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

Ficam ratificadas as demais disposições contidas no Contrato de Gestão, ora aditado.

CLÁUSULA OITAVA – PUBLICAÇÃO

Dentro do prazo de 20 (vinte) dias, contado da assinatura, deverá o presente Termo Aditivo ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Parte I, correndo os respectivos encargos por conta da **CONTRATANTE.**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, fundamento do ato e número do processo administrativo.

CLÁUSULA NONA – FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

O Estado providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao do prazo de sua publicação, o encaminhamento de cópia do presente instrumento ao seu Tribunal de Contas e o Órgão de Controle Interno.

E, por se acharem justos e acordados, depois de lido e achado conforme, é assinado o presente instrumento pelas partes supra e testemunhas abaixo, dele sendo extraídas 03 (três) vias de igual teor e forma, para um único efeito.

Rio de Janeiro, 28 de dezembro de 2016

CHARBEL KHOURI DUARTE
SUBSECRETÁRIO DE UNIDADES DE SAÚDE

IOMAR PINHEIRO CANGUSSU
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Testemunha_____

Testemunha_____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 05/09/2023

CNES: 6518893 Nome Fantasia: SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART CNPJ: 42.498.717/0106-22

Nome Empresarial: SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE RIO DE Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: AV AUTOMOVEL CLUBE Número: S/N Complemento: LT 1745

Bairro: JD JOSE BONIFACIO Município: 330510 - SAO JOAO DE MERITI UF: RJ

CEP: 25565-171 Telefone: (21)2651-9600 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: --

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL ESPECIALIZADO Subtipo: MATERNIDADE Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: FERNANDA APARECIDA DA SILVA DE OLIVEIRA 08/12/2022

Cadastrado em: 05/06/2010 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 14/02/2013

Horário de Funcionamento: NÃO INFORMADO

Infraestrutura

INTERNET

Conexão a internet	Tipo de conexão
SIM	LINK DEDICADO

TELEFONIA

Telefonia fixa	Telefonia móvel
SIM	SIM

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão

Este documento foi assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.11... CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deve ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA			
AUDIOMETRO DE DOIS CANAIS	1	1	SIM
AUDIOMETRO DE UM CANAL	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			

O presente documento digital foi c... com o original e assin... digitalmente por AIDÊ MARIA ... NIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-0... CNS: 04.116-0 - CARTÓ... O 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG ... rmos da medida provisória N. 2.20... de 24 de agosto de 2001. Sua a... dade deverá ser confirm... o endereço eletrônico www.c... rg.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Mamografo com Comando Simples	1	1	SIM
Mamografo com Estereotaxia	1	1	SIM
PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1	1	SIM
Raio X Dentario	1	1	SIM
Raio X ate 100 mA	2	2	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
Ultrassom Doppler Colorido	2	2	SIM
Ultrassom Ecografo	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	3	3	SIM
Grupo Gerador	2	2	SIM
Usina de Oxigenio	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA			
Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	1	1	SIM
Caneta de Alta Rotacao	1	1	SIM
Caneta de Baixa Rotacao	1	1	SIM
Compressor Odontologico	1	1	SIM
Equipo Odontologico	1	1	SIM
Fotopolimerizador	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	33	33	SIM

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Bomba de Infusao	145	145	SIM
Desfibrilador	8	8	SIM
Equipamento de Fototerapia	40	40	SIM
Incubadora	20	20	SIM
Marcapasso Temporario	2	2	SIM
Monitor de ECG	35	35	SIM
Monitor de Pressao Invasivo	35	35	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	35	35	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	100	100	SIM
Respirador/Ventilador	24	24	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	11	11	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Endoscopio Digestivo	1	1	SIM
Endoscopio das Vias Respiratorias	1	1	SIM
Endoscopio das Vias Urinarias	1	1	SIM
Laparoscopio/Vídeo	2	2	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS

O presente documento original foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04116-0- CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REJEITOS RADIOATIVOS
RESIDUOS COMUNS

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	29	0
UNIDADE ISOLAMENTO	3	3
UTI ADULTO - TIPO II	10	10
UTI NEONATAL - TIPO II	20	0
ESPEC - CIRURGICO		
GINECOLOGIA	6	6
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	6	6
NEONATOLOGIA	48	48
HOSPITAL DIA		
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	7	7
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	11	11
OBSTETRICIA CLINICA	48	48

Data desativação: -- Motivo desativação: --

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em terça-feira, 5 de setembro de 2023 10:56:54 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenapl.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 LEITOS E INFERIOR A 100.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Considerando que o Contrato de Gestão nº 002/2012, celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde e Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, possui por objeto a gestão e operacionalização dos serviços de saúde no **Complexo Regional de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher**;

Considerando que a referida Unidade Hospitalar estrutura-se com perfil de atendimento voltado para gestante de baixo e médio risco e seus recém-nascidos;

Seguem dados de produção realizada no período de Novembro/2016 a Abril/2017 (06 meses), atestados pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão nº 002/2012:

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITAL	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Procedimentos cirúrgicos, ginecológicos, obstétricos e partos (Saídas).	620	726
UTI Neonatal Cuidados Intensivos (Saídas)	40	25
Outras Internações (pacientes para obstetrícia e ginecologia) Saídas	100	176

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Pré-Natal, Puerpério e Ginecologia	3.000	4.122
Multiprofissional	1.800	1.274
Planejamento Familiar	600	297

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL SADT	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Ultrassonografia	1.020	1.027

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Isto posto, atesto para os devidos fins que a **Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus,** sediada na Rua da Assembleia, n° 10, sala 1422 – Centro – Rio de Janeiro/RJ, presta serviços de administração, gestão, operacionalização e gerenciamento hospitalar das ações e serviços no **Complexo Regional de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher,** localizado na Avenida Doutor Carvalhães, n° 400 – Rocha Sobrinho – Mesquita/RJ.

Rio de Janeiro, 17 de outubro de 2017

LUIZ ANTONIO DE SOUZA TEIXEIRA JUNIOR
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2° OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 09/08/2023

CNES: 7011857 Nome Fantasia: SES RJ COMPLEXO REG DE MESQUITA MATERNID E CLINICA DA CNPJ: --

Nome Empresarial: SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RUA DOUTOR CARVALHAES Número: 400 Complemento: --

Bairro: ROCHA SOBRINHO Município: 330285 - MESQUITA UF: RJ

CEP: 26574-461 Telefone: 27976700 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: --

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL ESPECIALIZADO Subtipo: MATERNIDADE Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: RICARDO IANNARELLA 30/07/2015

Cadastrado em: 02/06/2012 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 10/01/2016

Horário de Funcionamento: NÃO INFORMADO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1023 - ORGAO PUBLICO DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL OU DO DISTRITO FEDERAL

Infraestrutura

INTERNET

Conexão a internet	Tipo de conexão
SIM	CABO MODEM

TELEFONIA

Telefonia fixa	Telefonia móvel

SIM	SIM

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	1
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	1
SALA DE HIGIENIZACAO	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		

CLINICAS BASICAS	8	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	9	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	6	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	35	2
LEITOS RN NORMAL	1	8
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE PRE-PARTO	12	1
SALA DE RECUPERACAO	1	3

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO

SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
103	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
PADRONIZACAO DE MEDICAMENTOS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
103 - 001	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRANSPORTE	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067

131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	1
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	1
SALA DE HIGIENIZACAO	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		

CLINICAS BASICAS	8	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	9	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	6	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	35	2
LEITOS RN NORMAL	1	8
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE PRE-PARTO	12	1
SALA DE RECUPERACAO	1	3

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO

SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
103	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
PADRONIZACAO DE MEDICAMENTOS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
103 - 001	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRANSPORTE	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067

131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	1
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	1
SALA DE HIGIENIZACAO	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		

CLINICAS BASICAS	8	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	9	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	6	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	35	2
LEITOS RN NORMAL	1	8
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE PRE-PARTO	12	1
SALA DE RECUPERACAO	1	3

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO

SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
103	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
PADRONIZACAO DE MEDICAMENTOS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
103 - 001	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRANSPORTE	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067

131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	1
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	1
SALA DE HIGIENIZACAO	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		

CLINICAS BASICAS	8	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	9	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	6	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	35	2
LEITOS RN NORMAL	1	8
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE PRE-PARTO	12	1
SALA DE RECUPERACAO	1	3

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO

SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
103	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
PADRONIZACAO DE MEDICAMENTOS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
103 - 001	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRANSPORTE	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067

131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
Ultrassom Doppler Colorido	4	4	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	1	1	SIM
Grupo Gerador	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	20	20	SIM
Bomba de Infusao	15	15	SIM
Desfibrilador	4	4	SIM
Equipamento de Fototerapia	1	1	SIM
Incubadora	6	6	SIM
Monitor de ECG	13	13	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	11	11	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	8	8	SIM
Respirador/Ventilador	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS
REJEITOS RADIOATIVOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	8 8	
ESPEC - CIRURGICO		
GINECOLOGIA	1 1	
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	66 66	
OBSTETRICIA CLINICA	2 2	
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	1 1	

Data desativação: -- Motivo desativação: --

GOVERNO DO Rio de Janeiro SECRETARIA DE SAÚDE

CONTRATO DE GESTÃO Nº002/2012, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO RIO DE JANEIRO ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E O HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL COM ÁREA DE ATUAÇÃO EM MATERNIDADE, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO COMPLEXO REGIONAL DE MESQUITA – MATERNIDADE E CLÍNICA DA MULHER.

Pelo presente instrumento particular, de um lado, a

O ESTADO DO RIO DE JANEIRO, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES**, com sede nesta cidade, na Av. Graça Aranha n° 182, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, representada por seu Secretário de Estado, Ilmo. Sr. Dr. Sérgio Luiz Côrtes da Silveira, portador da carteira de identidade nº 52 - 512106, expedida pelo CREMERJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 817.161.767-00, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, e, de outro lado, o

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, inscrita no CNPJ sob o nº. 21.583.042/0003-34, com endereço à Rua Manoel Duarte, nº 140, sala 310 Centro – Três Rios - Rio de Janeiro, neste ato representado por José Mariano Soares de Moraes na qualidade de Presidente do Conselho de Gestão Delegada, portador da Cédula de Identidade nº. 591.447/SSP-MG, CPF nº 209.721.726-53, doravante denominada **CONTRATADA**, realizada através do processo administrativo nº.E-08/831/2012 tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº 6043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, considerando o Edital de Seleção Nº 002/2012 e o correspondente ato de Homologação publicado no D.O.E., de 03 de abril de 2012, inserido nos autos do Processo nº E-08/831/2012em conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente Contrato de Gestão, mediante as seguintes cláusulas e condições:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela **CONTRATADA** no Complexo Regional de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, localizado à Rua Doutor Carvalhães, Rocha Sobrinho - Mesquita – RJ, CNES nº 7011857, em tempo integral, que assegure assistência universal e gratuita à população;

1.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** dar-se-á pela **CONTRATADA**, desde que observadas todas as condições propostas pela **CONTRATADA** no Programa de Trabalho, no Edital e demais diplomas legais.

1.3 Fazem parte integrante deste **CONTRATO DE GESTÃO** o Edital de Seleção e todos seus Anexos, principalmente:

(i) Anexo I – Termo de Referência
(ii) Anexo VI – Termo de Permissão de Uso
(iii) Anexo IX – Transferência de Recursos Orçamentários

CLÁUSULA SEGUNDA – DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS

Conforme Termo de Permissão de Uso (Anexo VI) o imóvel de propriedade do Estado do Rio de Janeiro referente ao Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher e os bens móveis têm o seu uso permitido pela **CONTRATADA** durante a vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos Lei Complementar nº. 8, de 25 de outubro de 1977, Lei nº 6243/11 e do Decreto 43.261/2011.

CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Compromete-se a **CONTRATADA**:

3.1 Prover os serviços ora contratados, com pessoal adequado e capacitado em todos os níveis de trabalho;

3.2 Comunicar à fiscalização do **CONTRATO DE GESTÃO**, por escrito e tão logo constatado problema ou a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual, para a adoção das providências cabíveis;

3.3 Responder pelos serviços que executar, na forma do ato convocatório e da legislação

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

aplicável;

3.4 Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens ou prestações objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do emprego ou fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações;

3.5 Manter em estoque um mínimo de materiais, peças e componentes de reposição regular e necessários à execução do objeto do contrato;

3.6 Manter, durante toda a duração deste contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, as condições de habilitação e qualificação exigidas para participação na seleção pública;

3.7 Assegurar a organização, administração e gerenciamento do Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher, objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através de técnicas adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento;

3.8 Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexo I do Edital, de acordo com o estabelecido neste **CONTRATO DE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

(i) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

(ii) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

(iii) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

(iv) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

(v) Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

(vi) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

(vii) Fomento dos meios para participação da comunidade;

(viii) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

1255
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.9 Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

(i) Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

(ii) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

(iii) Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

(iv) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

(v) Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.

(vi) Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

(vii) Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;

3.10 Apoiar e integrar o complexo regulador da SES/RJ;

3.11 Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos e inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

3.12 Selecionar seu pessoal de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado pela **CONTRATADA**.

3.13 Contratar serviços de terceiros para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes;

3.14 Responsabilizar-se exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes ao CONTRATANTE ou a terceiros na execução do contrato, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração. A CONTRATADA também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços.

3.15 A **CONTRATADA** é responsável por encargos trabalhistas, inclusive decorrentes de acordos, dissídios e convenções coletivas, previdenciários, fiscais e comerciais oriundos da execução do contrato, podendo o **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, exigir a comprovação do cumprimento de tais encargos, como condição do pagamento dos créditos da **CONTRATADA**.

3.16 Quando demandada pela SES / RJ, e de comum acordo entre as partes, colocar em operação serviços ou unidades assistenciais, inclusive o hospital de campanha (Decreto nº

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

43.408 de 9 de janeiro de 2012, para atendimento nas situações de urgência ou emergência, não previstos no Anexo I do Edital. Visando a prestação dos serviços mencionados neste item, o **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditivado em valor e prazo a serem acordados entre as partes.

3.17 Providenciar seguro contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil para o prédio e bens móveis indispensáveis ao funcionamento do bem imóvel cedido. A contratação do seguro deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados;

3.18 Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido;

3.19 Administrar o imóvel e os bens móveis que tiverem o uso permitido em conformidade com o disposto no Termo de Permissão de Uso – Anexo VI do Edital que deverá definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até sua restituição ao Poder Público;

3.20 O Termo especificará os bens, o estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção;

3.21 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio estadual, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público;

3.22 Os equipamentos e instrumental necessário para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

3.23 Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou recebidos em doação para instalação nesta unidade, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Estado do Rio de Janeiro devendo a **CONTRATADA** entregar a **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo regularização da incorporação dos referidos bens;

3.23.1 As aquisições de materiais e equipamentos permanentes serão efetuadas através da transferência de recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, estimadas no item Investimento da Planilha de Despesas de Custeio e Investimento, item 11 do Anexo I. As aquisições deverão ser incorporadas e patrimoniadas pela SES/RJ, devendo a **CONTRATADA** apresentar os documentos e informações pertinentes tão logo realize a aquisição.

3.23.2 Deverá ser realizada a atualização cadastral do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática, através de um inventário de todos os equipamentos existentes, informando sua localização, o nome e tipo do equipamento, assim como seu número de patrimônio. O Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Informática adquiridos com recursos do **CONTRATO DE GESTÃO** também deverão ser objeto de patrimônio pelo Órgão designado pelo Estado do Rio de Janeiro.

3.23.3 Deverá ser mantida na Unidade de Saúde uma ficha histórica com as intervenções sofridas nos equipamentos ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

3.23.4 Deverão ser informados à SES/RJ todos e quaisquer deslocamento do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática para outros setores, assim como deverá ser atualizada sua localização na ficha cadastral.

3.24 Deverão ser enviadas à SES / RJ cópias de todos os contratos de prestação de serviços firmados pela Organização Social, devidamente assinados, já na prestação de contas referente ao primeiro trimestre do **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.25 Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de rescisão do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.26 No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido.

3.27 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público, inclusive os seguintes comprovantes:

a) Pagamento de salários a empregados, incluídas as horas extras devidas e outras verbas que, em razão da percepção com habitualidade, devam integrar os salários; ou a repartição das cotas, em se tratando de cooperativas, até o quinto dia útil de cada mês seguinte ao vencimento ou na forma estabelecida no Estatuto, no último caso;

b) Pagamento de vale-transporte e o auxílio-alimentação de seus empregados;

c) Anotações em Carteiras de Trabalho e Previdência Social de seus empregados; e

d) Recolhimentos dos tributos, contribuições e encargos, incluindo aqueles relativos aos empregados vinculados ao Contrato.

3.27.1 - É vedada a contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra. Qualquer intenção de contratação pela **CONTRATADA** de cooperativa de serviços voltados às atividades médicas será submetida previamente ao **CONTRATANTE**.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.28 A **CONTRATADA** será obrigada a reapresentar a Certidão Negativa de Débito junto ao INSS (CND) e a Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, Certificado de Regularidade do FGTS (CRF) e Certidão Negativa de Débitos perante a Justiça do Trabalho, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, sempre que expirados os respectivos prazos de validade.

3.29 Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da **CONTRATADA**, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes. Caso o referido cronograma não tenha sido obedecido, o descumprimento só acarretará a responsabilidade da **CONTRATANTE** se for causa direta ao não pagamento dos encargos sociais e das obrigações trabalhistas.

3.30 Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Estado do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, a **CONTRATANTE** poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente ao montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência. A previsão de retenção engloba também qualquer ação que o Poder Público figure como réu por condutas ilícitas ou danosas praticadas pelos agentes da **CONTRATADA**.

3.31 A retenção prevista no item 3.30 será realizada na data do conhecimento pela **CONTRATANTE** da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados da **CONTRATADA** para consecução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.32 A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela **CONTRATADA.**

3.33 Ocorrendo o término do **CONTRATO DE GESTÃO** sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

3.34 Abrir conta corrente bancária específica no banco indicado pela Secretaria de Estado de Saúde para movimentação dos recursos provenientes do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

O presente documento digital foi conferido com o original assinado digitalmente por ADEMARIA GUARNIERI GAELL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.35 Manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do **CONTRATO DE GESTÃO**, e disponibilizar extrato mensalmente à **CONTRATANTE**.

3.36 Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor.

3.37 Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

3.38 Encaminhar à **CONTRATANTE** para publicação no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços, obras e aquisições necessários à execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, de acordo com o que prescreve a Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011, de forma atender aos princípios constitucionais do caput do art.37 da CRFB, especialmente aos da publicidade, impessoalidade, moralidade e eficiência;

3.39 Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.40 Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas de atendimento dos usuários, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher.

3.41 Apresentar a **CONTRATANTE** até o 5º dia do mês seguinte, Relatórios Gerenciais e comprovantes, na forma que lhe for indicada pela **CONTRATANTE**.

3.42 Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.43 Consolidar a imagem do Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela qualidade da assistência;

3.44 Devolver à **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO**, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

recuperação;

3.45 Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização do **CONTRATANTE**;

3.46 Implantar, após prévia aprovação da SES/RJ, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento;

3.47 Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis;

3.48 Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher, sem prévia ciência e aprovação da SES/RJ;

3.49 O balanço e os demonstrativos financeiros anuais da **CONTRATADA** devem ser elaborados de acordo com as regras de contabilidade privada, obedecido o disposto na Lei nº 6.043/2011;

3.50 Ao final de cada exercício financeiro, a **CONTRATADA** apresentará ao órgão supervisor a prestação de contas, contendo, em especial, relatório de gestão, balanço e demonstrativos financeiros correspondentes, devendo ser elaborada em conformidade com o **CONTRATO DE GESTÃO** e demais disposições normativas sobre a matéria.

3.51 Encaminhar, semestralmente, a relação de processos judiciais em que a **CONTRATADA** figure como ré e que contenham pretensões indenizatórias, bem como as decisões que lhes foram desfavoráveis e os valores das condenações.

CLAUSULA QUARTA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

4.1 Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e em seus anexos;

4.2 Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** nos termos do Anexo I do Edital, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4.3 Programar no orçamento, para os exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;

4.4 Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos do artigo 28 da Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011 mediante Termo de Permissão de Uso;

4.5 Para a formalização do Termo, a **CONTRATANTE** deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;

4.6 Promover a cessão de servidores públicos para a **CONTRATADA**, nos termos do art. 14 da Lei nº 6.043/2011, desde que haja requerimento desta, autorização do Poder Público para a cessão e a concordância do funcionário;

4.7 Reter repasse de recursos à **CONTRATADA** quando a **CONTRATANTE** for demandada em nome próprio, primariamente, por condutas ilícitas e danosas praticadas por agentes da **CONTRATADA**, a exemplo dos itens 3.15 e 3.10 deste **CONTRATO DE GESTÃO.**

CLAUSULA QUINTA – VIGÊNCIA

O CONTRATO DE GESTÃO vigorará pelo prazo de 1 (um) ano, a contar de sua respectiva celebração, podendo ser mediante termo aditivo objeto de sucessivas renovações, até o limite máximo de 5 (cinco) anos.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1 Os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas do **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a sua administração.

6.2 Os recursos financeiros repassados pela Secretaria de Estado de Saúde provenientes do **CONTRATO DE GESTÃO** deverão ser aplicados, em até 02 (dois) dias úteis, contados a partir do crédito na conta bancária da **CONTRATADA**, exclusivamente em caderneta de poupança de instituição financeira oficial.

6.3 Os excedentes financeiros deverão ser restituídos à **CONTRATANTE** ou aplicados nas atividades objeto **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que com prévia aprovação da Secretaria de Estado de Saúde.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REPASSE DE RECURSOS

O detalhamento da Transferência de Recursos Orçamentários está regulado no Anexo I do Edital.

CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste **CONTRATO DE GESTÃO** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde

Fonte de Recurso: 00

Programa de Trabalho: 2961.10.302.0319.2745

Natureza da Despesa: 3390.39.30

CLÁUSULA NONA – VALOR DO CONTRATO

Dá–se a este **CONTRATO DE GESTÃO** o valor total de **R$53.826.575,59** (cinquenta e três milhões, oitocentos e vinte e seis mil, quinhentos e setenta e cinco reais e cinquenta e nove centavos).

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS

O detalhamento do Sistema de Transferência de Recursos está descrito no Anexo I do Edital.

Cada parcela mensal da Transferência de Recursos terá o valor de **R$ 4.249.057,78** (quatro milhões, duzentos e quarenta e nove mil cinquenta e sete reais e setenta e oito centavos) e cada parcela de Investimento terá o valor de R$ **2.837.882,18** (dois milhões, oitocentos e trinta e sete

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

mil, oitocentos e oitenta e dois reais) será depositada na conta corrente nº 42536-2, agência 3033-3, de titularidade da **CONTRATADA**, junto à instituição financeira contratada pelo Estado.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - No caso de a **CONTRATADA** estar estabelecida em localidade que não possua agência da instituição financeira contratada pelo Estado ou caso verificada pelo **CONTRATANTE** a impossibilidade de a **CONTRATADA**, em razão de negativa expressa da instituição financeira contratada pelo Estado, abrir ou manter conta corrente naquela instituição financeira, a transferência poderá ser feita mediante crédito em conta corrente de outra instituição financeira. Nesse caso, eventuais ônus financeiros e/ou contratuais adicionais serão suportados exclusivamente pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

Decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data da apresentação da proposta ou do orçamento a que essa proposta se referir, poderá a **CONTRATADA** fazer jus ao reajuste do valor contratual pelo IPCA acumulado no período, que deverá retratar a variação efetiva do custo de produção ou dos insumos utilizados na consecução do objeto contratual.

PARAGRAFO ÚNICO - O reajuste deverá ser requerido expressamente pela **CONTRATADA** até a data da renovação contratual, sob pena de preclusão, acompanhado da variação efetiva do custo de produção ou dos insumos utilizados na consecução do objeto contratual. Após a celebração da renovação prevista na **CLÁUSULA QUINTA**, presumir-se-á de modo absoluto a aceitação do valor do contrato, sem o reajuste requerido, para o respectivo período renovado.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

12.1 O acompanhamento e a fiscalização da execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, sem prejuízo da ação institucional dos órgãos de controle interno e externo do Estado, serão

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

efetuados pela Secretaria de Estado de Saúde;

12.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será efetuada por intermédio da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização nomeada pelo Secretário de Estado de Saúde;

12.3 Nos termos do Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, os resultados e metas alcançados com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO** serão avaliados, semestralmente pela Comissão de Avaliação, formalmente designada pela **CONTRATANTE**;

12.4 A síntese do relatório de gestão e do balanço da Organização Social deverão ser publicados pela SES/RJ no Diário Oficial do Estado e, de forma completa, pela Organização Social no seu sítio eletrônico, bem como após 5 dias úteis serem encaminhados pela SES/RJ à Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro;

12.5 A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar a prestação de contas anual, mencionada no Art. 22, § 1º, da Lei nº 6.043/2011 ao Conselho Estadual de Saúde, Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

12.6 A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as condições, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela fiscalização, obrigando-se a lhes fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

12.7 A instituição e a atuação da fiscalização do serviço objeto do contrato não excluem ou atenuam a responsabilidade da **CONTRATADA**, nem a exime de manter fiscalização própria.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO, RENEGOCIAÇÃO TOTAL E PARCIAL

13.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser alterado, mediante revisão das metas e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificado, com a aceitação de ambas as partes e a autorização por escrito do Secretário de Saúde, devendo,

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos.

13.2 Poderá também ser alterado para assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do **CONTRATO DE GESTÃO**, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de conseqüências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

14.1 A prestação de contas está regulada no Anexo I do Edital.

14.2 A **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE** mensalmente:

14.2.1 Relação dos valores financeiros repassados, com indicação da Fonte de Recursos,

14.2.2 Relatório Consolidado da Produção Contratada X Produção Realizada,

14.2.3 Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores)

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA SANÇÃO, RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

A rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser efetivada:

15.1 Por ato unilateral da CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

15.2 Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

15.3 Por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados.

15.4 Na hipótese da cláusula 13.3, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE**.

15.5 Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, o **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento.

15.6 A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**, conforme disposto no Art.10, inciso VI, da Lei nº 6.043/11.

15.7 Configurará infração contratual a inexecução dos serviços, total ou parcial, execução imperfeita, mora ou inadimplemento na execução, inobservância do Decreto Nº 43.261, na Lei nº 6.043/2011 e, especialmente, se a **CONTRATADA**:

15.7.1 Utilizar de forma irregular os recursos públicos que lhe forem destinados;

15.7.2 Incorrer em irregularidade fiscal ou trabalhista;

15.7.3 Deixar de promover a manutenção dos bens públicos permitidos ou promover desvio de sua finalidade;

15.7.4 Violar os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

15.7.5 A ocorrência de infração contratual sujeita a **CONTRATADA**, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa, as seguintes penalidades:

a) advertência;

b) multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do **CONTRATO DE GESTÃO**, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas. Nas reincidências específicas, a multa corresponderá ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 20% (vinte por cento);

c) Desqualificação da entidade como organização social.

15.8 A rescisão contratual será formalmente motivada nos autos do processo administrativo, assegurado a **CONTRATADA** o direito ao contraditório e a prévia e ampla defesa.

15.9 A declaração de rescisão deste contrato, independentemente da prévia notificação judicial ou extrajudicial, operará seus efeitos a partir da publicação em Diário Oficial.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

15.10 Na hipótese de rescisão administrativa, além das demais sanções cabíveis, o Estado poderá:

a) reter, a título de compensação, os créditos devidos à contratada e cobrar as importâncias por ela recebidas indevidamente;

b) cobrar da contratada multa de 10% (dez por cento), calculada sobre o saldo reajustado dos serviços não executados e;

c) cobrar indenização suplementar se o prejuízo for superior ao da multa.

15.11 O **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser rescindido quando do advento de circunstância superveniente que comprometa o fundamento de validade do mesmo e a sua regular execução.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A imposição das penalidades é de competência exclusiva do **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A sanção prevista na alínea b desta Cláusula poderá ser aplicada cumulativamente a qualquer outra.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A aplicação de sanção não exclui a possibilidade de rescisão administrativa do Contrato, garantido o contraditório e a defesa prévia.

PARÁGRAFO QUARTO – A multa administrativa prevista na alínea b não tem caráter compensatório, não eximindo o seu pagamento a **CONTRATADA** por perdas e danos das infrações cometidas.

PARÁGRAFO QUINTO – O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a contratada à multa de mora de até 1% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do art.412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo **CONTRATANTE** ou da aplicação das sanções administrativas.

PARAGRAFO SEXTO - No exercício de sua função decisória, poderá a **CONTRATANTE** firmar acordos com a **CONTRATADA**, a fim de estabelecer o conteúdo discricionário do ato sancionatório, salvo impedimento legal ou decorrente da natureza e das circunstâncias da relação jurídica envolvida, observados os princípios da transparência, legalidade, finalidade, motivação, razoabilidade, proporcionalidade, moralidade, ampla defesa, contraditório, segurança jurídica, impessoalidade, eficiência, celeridade, oficialidade, publicidade, participação, proteção da confiança legítima e interesse público, desde que a opção pela solução consensual, devidamente motivada, seja compatível com o interesse público.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA – FISCALIZAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A **CONTRATANTE** providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao da sua assinatura, o encaminhamento de cópia autêntica do presente **CONTRATO DE GESTÃO** e dos seus Anexos ao Tribunal de Contas e à Contadoria Geral do Estado, junto à Secretaria de Estado de Fazenda.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO RECURSO AO JUDICIÁRIO

As importâncias decorrentes de quaisquer penalidades impostas à **CONTRATADA**, inclusive as perdas e danos ou prejuízos que a execução do contrato tenha acarretado, quando superiores à garantia prestada ou aos créditos que a **CONTRATADA** tenha em face da **CONTRATANTE**, que não comportarem cobrança amigável, serão cobrados judicialmente.

PARÁGRAFO ÚNICO – Caso a **CONTRATANTE** tenha de recorrer ou comparecer a juízo para haver o que lhe for devido, a **CONTRATADA** ficará sujeita ao pagamento, além do principal do débito, da pena convencional de 10% (dez por cento) sobre o valor do litígio, dos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, despesas de processo e honorários de advogado, estes fixados, desde logo, em 20% (vinte por cento) sobre o valor em litígio.

CLÁUSULA DECIMA OITAVA – PUBLICAÇÃO

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** deverá ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias contados de sua assinatura, por conta do **CONTRATANTE**, ficando condicionada a essa publicação a plena eficácia do mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - FORO

19.1 Fica eleito o Foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro para dirimir qualquer questão oriunda do presente **CONTRATO DE GESTÃO** ou de sua execução, exceto quanto à propositura de ações possessórias, caso em que prevalecerá o foro da situação do imóvel, renunciando a **CONTRATADA** a qualquer outro foro que tenha ou venha a ter, por mais

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

privilegiado que seja. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em quatro vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:

Rio de Janeiro, 21 de maio de 2012.

SÉRGIO LUIZ CORTES DA SILVEIRA
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Testemunha MG12571803.

Testemunha LFP; 06103

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE UNIDADES PRÓPRIAS

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº **002/2012**, QUE ENTRE SI CELEBRAM O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO** ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E A **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ,** PARA A **PRORROGAÇÃO** DO PRAZO, NA FORMA ABAIXO:

O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, neste ato representado pelo Excelentíssimo Sr. **Dr. SÉRGIO LUIZ CÔRTES DA SILVEIRA**, portador da Identidade nº 52.51210-6, emitida pelo CREMERJ e inscrito no C.P.F. sob o nº 817.161.767-00, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55 e a **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ** , situada na Av. Doutor Carvalhaes , s/n, Rocha Sobrinho – Mesquita /RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0003-34, daqui por diante denominada CONTRATADA, representada neste ato pelo Sr. José Mariano Soares de Moraes, na qualidade de presidente do Conselho de Gestão Delegada, portador da cédula de identidade nº 591.447/SSP-MG e CPF nº 209.721.726-53, têm entre si justo e avençado, e celebram, por força do presente instrumento e em conformidade com Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº 6043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011 e Decreto nº 43.710 de 06 de agosto de 2012, o **PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 002/2012**, conforme autorizado no Processo Administrativo nº **E-08/0831/2012,** especificados sob as cláusulas a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por finalidade a prorrogação do prazo contratual por mais **24 (vinte e quatro) meses**, a contar de 21/05/2013 a 20/05/2015.

CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR DO CONTRATO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

O valor total estimado do presente termo aditivo é de R$ 103.030.945,80 (cinquenta e um milhões duzentos e oitenta e sete mil, seiscentos e cinquenta e dois reais e setenta e dois centavos), correspondendo mensalmente o valor da parcela de custeio o valor de R$ 4.272.956,07 (quatro milhões duzentos e trinta e três mil, novecentos e setenta e um reais e seis centavos) e parcela única de investimento de R$ 480.000,00 (quatrocentos e oitenta mil reais) conforme proposta econômica constante às fls___

CLÁUSULA TERCEIRA - EMPENHO

Para fazer face aos pagamentos referidos neste Termo Aditivo ao Contrato, a Secretaria de Estado de Saúde, oportunamente.

CLÁUSULA QUARTA – RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

Ficam ratificadas as demais disposições contidas no Contrato ora aditado.

CLÁUSULA QUINTA – PUBLICAÇÃO

Dentro do prazo de 20 (vinte) dias, contado da assinatura, deverá o presente Termo Aditivo ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Parte I, correndo os respectivos encargos por conta da **CONTRATADA.**

PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, número do empenho, fundamento do ato e número do processo administrativo.

CLÁUSULA SEXTA – FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE UNIDADES PRÓPRIAS

O Estado providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao do prazo de sua publicação, o encaminhamento de cópia do presente instrumento ao seu Tribunal de Contas e o Órgão de Controle Interno.

E, por se acharem justos e acordados, depois de lido e achado conforme, é assinado o presente instrumento pelas partes supra e testemunhas abaixo, dele sendo extraídas 03 (três) vias de igual teor e forma, para um único efeito.

Rio de Janeiro, 21 de maio de 2013.

Ana Lucia Neves
Subsecretária
Subsecretaria de Unidades Próprias
Mat.: 944.042-1

SÉRGIO CÔRTES
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ

Testemunha_____

Testemunha_____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde

TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº **002/2012**, QUE ENTRE SI CELEBRAM O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO** ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ,** PARA A **PRORROGAÇÃO DO PRAZO E REPACTUAÇÃO CONTRATUAL,** NA FORMA ABAIXO:

O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, neste ato representado pelo Excelentíssimo Sr. **SÉRGIO D'ABREU GAMA**, Subsecretário de Unidades de Saúde, portador da carteira de identidade nº 08167116-6, emitida pelo IFP e inscrito no CPF sob nº 023.297.217-65, doravante designada **CONTRATANTE**, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55 e **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, situado na Rua Dr. Carvalhães, nº 400, Rocha Sobrinho, Mesquita - RJ, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0003.34, daqui por diante denominado **CONTRATADO**, representado neste ato pelo Sr. Iomar Pinheiro Cangussu, portador da Cédula de Identidade nº. MG-412.451 PCE/MG e inscrito no CPF nº. 282.239.426-15, têm entre si justo e avençado, e celebram, por força do presente instrumento e em conformidade com Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº. 6.043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº. 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº. 43.303 de 24 de novembro de 2011 e Decreto nº. 43.710 de 06 de agosto de 2012, o **TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 002/2012** – HOSPITAL ESTADUAL DA MÃE - conforme autorizado no Processo Administrativo nº **E-08/831/2012,** especificados sob as cláusulas a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por finalidade a prorrogação do prazo contratual por mais **12 (doze) meses**, a contar de 21/05/2016 a 20/05/2017, nos termos do Despacho da CI LG/SACG Nº 208/2016 exarado pela Subsecretaria de Unidades de Saúde.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR DO CONTRATO

O valor total estimado do presente termo aditivo é de R$ 66.783.374,00 (sessenta e seis milhões setecentos e oitenta e três mil e trezentos e setenta e quatro reais), correspondendo mensalmente o valor da parcela de custeio o valor de R$5.333.332,00 (cinco milhões trezentos e trinta e três mil e trezentos e trinta e dois reais) e parcela de investimento no valor total de R$2.783.390,00 (dois milhões setecentos e oitenta e três mil e trezentos e noventa reais).

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS ALTERAÇÕES NO TERMO DE REFERÊNCIA ANEXO AO EDITAL DE SELEÇÃO N° 002/2012.

Tendo em vista o Termo de Referência, o qual deu causa à assinatura do presente TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO N° 002/2012 serão alteradas as metas contratuais constantes nas Cláusulas 6.2 e 6.3 do Termo de Referência, anexo ao Edital de Seleção n° 002/2012, consoante despacho proferido pela Subsecretaria de Unidades de Saúde, na forma abaixo:

6.2 Assistência Ambulatorial

O Hospital Estadual da Mãe deverá realizar o número de atendimentos ambulatoriais, conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 2. Produção Assistencial Ambulatorial

Especialidade	*Meta*
Pré-natal, Puerpério e Ginecologia	*3.000*
Multiprofissional	*1.800*
Planejamento Familiar	*600*

6.3 Produção Assistencial de Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT

O Hospital Estadual da Mãe deverá realizar os serviços de SADT ambulatorial, conforme apresentado no Quadro 3:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2° OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Quadro 3. Produção Assistencial no SADT Externo

SADT	*Meta*
Ultrassonografia	*1.020*

CLÁUSULA QUARTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste **Termo Aditivo** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde
Fonte de Recurso: 100/222/225
Programa de Trabalho: 2961.10.302.0151.8341
Natureza da Despesa: 3390.39.30

CLÁUSULA QUINTA - EMPENHO

Para fazer face aos pagamentos referidos neste Termo Aditivo ao Contrato de Gestão n° 002/2012, a Secretaria de Estado de Saúde empenhará oportunamente.

CLÁUSULA SEXTA – RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

Ficam ratificadas as demais disposições contidas no Contrato de Gestão, ora aditado.

CLÁUSULA SÉTIMA – PUBLICAÇÃO

Dentro do prazo de 20 (vinte) dias, contado da assinatura, deverá o presente Termo Aditivo ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Parte I, correndo os respectivos encargos por conta do **CONTRATANTE.**

PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, fundamento do ato e número do processo administrativo.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2° OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
1276

CLÁUSULA OITAVA – FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

O Estado providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao do prazo de sua publicação, o encaminhamento de cópia do presente instrumento ao seu Tribunal de Contas e o Órgão de Controle Interno.

E, por se acharem justos e acordados, depois de lido e achado conforme, é assinado o presente instrumento pelas partes supra e testemunhas abaixo, dele sendo extraídas 03 (três) vias de igual teor e forma, para um único efeito.

Rio de Janeiro, 21 de maio de 2016

SÉRGIO D'ABREU GAMA
SUBSECRETÁRIO DE UNIDADES DE SAÚDE

IOMAR PINHEIRO CANGUSSU
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ

Testemunha_____

Testemunha_____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

OFÍCIO GJurHMTJRJ Nº 689 / 2016

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016

Ref.: OF. OP/CCOS Nº 568
Assunto: prorrogação contrato Hospital Estadual da Mãe – Contrato de gestão 002/2012

À Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais

Ilma. Mary Virginian Northrup,

O **Hospital Maternidade Therezinha de Jesus**, em resposta ao oficio em referência, informa que há interesse na repactuação e encaminha os documentos solicitados em anexo.

Piétro Sidoti
Gerente Jurídico HMTJ- OSS RJ

Benedito Jendiroba
Diretor Financeiro HMTJ- OSS RJ

RECEBIDO CES / SAÚDE
Em: 31/10/16
às 10:43 hs.
Assinatura

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Data Atual	19/10/2016 12:35:25
Razão Social	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Nome Fantasia	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CNPJ/CPF	21.583.042/0003-34
N.º do Documento CRC	0007/2012- OSS UPA 24H/MAT.PUBL.
Data de Validade CRC	22/03/2017
Situação	Consta Ocorrência. Data de Documento ou Data de Validade CRC vencidas.

DOCUMENTOS DA EMPRESA

Documento	Vigência	Entregue	Data de Vigência
01 - Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ	Não	Sim	
02 - Registro Comercial, Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social, Decreto de Autorização	Não	Sim	
03 - Cédula de Identidade e CPF dos Diretores e/ou Sócios e Procuradores	Não	Sim	
04 - Certidão Negativa de Ilícitos Trabalhistas que Infringem a Legislação de Proteção à Criança e ao Adolescente	Sim	Sim	14/03/2017
05 - Certidão Negativa de Débito Trabalhista - CNDT	Sim	Sim	19/03/2017
06 - Declaração de atendimento NR 07 e NR 09 - Cap. V da CLT	Sim	Sim	30/08/2016
07 - Inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual e/ou Municipal	Não	Sim	
08 - Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União	Sim	Sim	11/12/2016
09 - Regularidade com a Fazenda Estadual - ICMS	Sim	Sim	05/02/2017
10 - Certidão Negativa de Débito em Dívida Ativa da Procuradoria Geral do Estado	Sim	Sim	15/01/2017
11 - Regularidade com a Fazenda Municipal - ISSQN	Sim	Sim	19/12/2016
12 - Certidão Negativa de Débito em Dívida Ativa da Procuradoria Geral do Município	Sim	Sim	19/12/2016
14 - Certificado de Regularidade do FGTS - CRF	Sim	Sim	28/10/2016
15 - Certidão Negativa de Falência e Concordata (Ofícios FORUM)	Sim	Sim	29/12/2016

Imprimir

PROTOCOLO

18 OUT 2016

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, CNPJ: 21.583.042/0001-72, sediada à Rua Dirceu de Andrade nº 33, São Mateus, Juiz de Fora / MG e filial na cidade do Rio de Janeiro/RJ, na Rua da Assembleia, 10 sala 1422, Centro, inscrita no CNPJ sob o número 21.583.042/0009-20, neste ato representada pelo seu diretor financeiro **BENEDITO ZULMIRO LADEIRA JENDIROBA,** portador da carteira de identidade M6649396SSPMG e inscrito no CPF sob o nº 261.429.297-49, **DECLARA**, pessoa jurídica acima nominada encontra-se em situação regular quanto ao cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal.

Por ser esta uma declaração da verdade, firmo o presente para os efeitos pretendidos.

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016

BENEDITO ZULMIRO LADEIRA JENDIROBA
Diretor Financeiro

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Proposta Orçamentaria - Ampliação Hospital da Mãe
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Descrição	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Total
PESSOAL								
Salários e Ordenados	1.529.088	1.529.088	1.529.088	1.529.088	1.529.088	1.529.088	1.529.088	10.703.615
Benefícios	21.500	21.500	21.500	21.500	21.500	21.500	21.500	150.500
Verbas Rescisórias - Provisões	326.888	326.888	326.888	326.888	326.888	326.888	326.888	2.288.219
Férias, 13º Salário, Encargos e Contribuições	140.095	140.095	140.095	140.095	140.095	140.095	140.095	980.655
Salários e Ordenados - Médicos	1.887.448	1.887.448	1.887.448	1.887.448	1.887.448	1.887.448	1.887.448	13.212.133
Verbas Rescisórias - Provisões Médicos	403.499	403.499	403.499	403.499	403.499	403.499	403.499	2.824.490
Férias, 13º Salário, Encargos e Contribuições Médicos	172.928	172.928	172.928	172.928	172.928	172.928	172.928	1.210.496
TOTAL	**4.481.445**	**4.481.445**	**4.481.445**	**4.481.445**	**4.481.445**	**4.481.445**	**4.481.445**	**31.370.118**
MATERIAIS								
Drogas e Medicamentos	98.311	98.311	98.311	98.311	98.311	98.311	98.311	688.179
Materiais de Consumo Hospitalar	203.035	203.035	203.035	203.035	203.035	203.035	203.035	1.421.243
Gases Medicinais	15.422	15.422	15.422	15.422	15.422	15.422	15.422	107.956
Dieta Enteral e Parenteral	32.686	32.686	32.686	32.686	32.686	32.686	32.686	228.802
Material de Escritório/Papéis em Geral/Impressos	46.260	46.260	46.260	46.260	46.260	46.260	46.260	323.823
Peças e Materiais Manutenção	29.671	29.671	29.671	29.671	29.671	29.671	29.671	207.688
Material de Limpeza	2.006	2.006	2.006	2.006	2.006	2.006	2.006	14.042
Enxoval	4.002	4.002	4.002	4.002	4.002	4.002	4.002	28.014
Outras Despesas de Consumo	535	535	535	535	535	535	535	3.745
TOTAL	**431.929**	**431.929**	**431.929**	**431.929**	**431.929**	**431.929**	**431.929**	**3.023.491**
[illegible]RAIS								
Serviços Prestados Pessoa Jurídica	450	450	450	450	450	450	450	3.150
Serviços Especializados	5.710	5.710	5.710	5.710	5.710	5.710	5.710	39.970
Serviços-Manutenção Predial	130.000	130.000	130.000	130.000	130.000	130.000	130.000	910.000
Serviços-Manutenção Equipamentos em Geral	19.348	19.348	19.348	19.348	19.348	19.348	19.348	135.436
Serviços-Manutenção Equipamentos Hospitalares	48.500	48.500	48.500	48.500	48.500	48.500	48.500	339.500
Serviços-Manutenção Equipamentos de Informática	42.592	42.592	42.592	42.592	42.592	42.592	42.592	298.144
Serviços Agência Transfusional	37.500	37.500	37.500	37.500	37.500	37.500	37.500	262.500
Serviços Laboratoriais	165.000	165.000	165.000	165.000	165.000	165.000	165.000	1.155.000
Locação de Equipamentos/Veículos/Ambulância	29.636	29.636	29.636	29.636	29.636	29.636	29.636	207.452
Locação Cilindros Gases Medicinais	6.016	6.016	6.016	6.016	6.016	6.016	6.016	42.112
Fornecimento de Alimentação	459.000	459.000	459.000	459.000	459.000	459.000	459.000	3.213.000
Serviços de Limpeza e Higienização	164.005	164.005	164.005	164.005	164.005	164.005	164.005	1.148.035
Serviços de Coleta de Resíduos Hospitalares	19.000	19.000	19.000	19.000	19.000	19.000	19.000	133.000
Segurança e Vigilância	75.000	75.000	75.000	75.000	75.000	75.000	75.000	525.000
Serviços de Esterilização	142.701	142.701	142.701	142.701	142.701	142.701	142.701	998.907
Serviços de Lavanderia	24.000	24.000	24.000	24.000	24.000	24.000	24.000	168.000
Cursos	5.797	5.797	5.797	5.797	5.797	5.797	5.797	40.577
Licenças de Software	10.914	10.914	10.914	10.914	10.914	10.914	10.914	76.398
Despesas com Hospedagem e Alimentação	2.400	2.400	2.400	2.400	2.400	2.400	2.400	16.800
Correio	200	200	200	200	200	200	200	1.400
Fretes, Carretos e Transportes	200	200	200	200	200	200	200	1.400
Rateio das Despesas da Sede da Contratada	100.529	100.529	100.529	100.529	100.529	100.529	100.529	703.703
[illegible]AL	**1.488.497**	**1.488.497**	**1.488.497**	**1.488.497**	**1.488.497**	**1.488.497**	**1.488.497**	**10.419.481**
INDIRETOS								
Água Ind.	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	112.000
Energia Elétrica Ind.	68.000	68.000	68.000	68.000	68.000	68.000	68.000	476.000
Telefonia Ind.	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	66.500
Seguros Ind.	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	17.500
Taxas/Impostos/Contribuições Ind.	4.600	4.600	4.600	4.600	4.600	4.600	4.600	32.200
TOTAL	**100.600**	**100.600**	**100.600**	**100.600**	**100.600**	**100.600**	**100.600**	**704.200**
TOTAL GERAL	**6.502.471**	**6.502.471**	**6.502.471**	**6.502.471**	**6.502.471**	**6.502.471**	**6.502.471**	**45.517.299**

O presente documento digital foi conferido com o original assinado digitalmente por MIDE MARIA GUARNIERI GALLI, em quinta-feira, 31/08/2023 16:15:28 GMT-03:00, CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Proposta Orçamentaria - Ampliação Hospital da Mãe
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

FUNÇÃO	QUANTIDADE
Assistente Administrativo Senior	5
Assistente Social	5
Auxiliar Administrativo	30
Auxiliar Farmácia	6
Coordenador	1
Coordenador Administrativo	1
Coordenador Médico Especialidade	3
Coordenador Radiologia (RT)	1
Coordenador Serviços	1
Coordenadora de Enfermagem	8
Coordenadora de Qualidade	1
Copeira	4
Diretor Clínico	1
Diretor Geral	1
Diretor Tecnico	1
Enfermeira	2
Enfermeiro	75
Enfermeiro Obstetras	24
Farmaceutico	4
Farmaceutico RT	1
Fisioterapia	11
Fonoaudiologia	2
Gerencia MultiProfissional	1
Manicure	1
Maqueiro	4
Médico 6Hrs Semanais	68
Médico 12Hrs Semanais	29
Médico 24Hrs Semanais	93
Médico 30Hrs Semanais	4
Nutricionista	3
Ouvidoria	1
icólogo	3
Recepcionista	14
Supervisor Administrativo	1
Supervisor de DP	1
Supervisor de Enfermagem	6
Supervisor de Recursos Humanos	1
Téc. Radiologia	7
Téc. Seg. Trabalho	2
Técnico Enfermagem	232
Total	662

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais

OF. OP/CCOS Nº 568 Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

AO HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ
Rua da Assembleia, 10 - sala 1422 – Centro.
Rio de Janeiro/RJ
CEP: 20.011-000. Tel/Fax.: (21) 3763-0960

Assunto: **Hospital Estadual da Mãe – Contrato de Gestão n° 002/2012**

Tendo em vista a CI OA/SUBUS N° 969, oriunda da Subsecretaria de Unidades de Saúde, na qual dispõe sobre a ampliação do número de leitos de Maternidade, UI Neonatal e UTI Neonatal no Hospital Estadual da Mãe (cópia a seguir).

Considerando o exposto pela Subsecretaria de Unidades de Saúde quanto à repactuação do valor contratual para R$6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil e quatrocentos e setenta e um reais) a contar de 01/11/2016, tendo em vista o aumento do número de leitos na referida Unidade de Saúde;

Solicitamos manifestação da Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus quanto ao exposto na CI OA/SUBUS N° 969 proferida pela Subsecretaria de Unidades de Saúde, bem como o encaminhamento dos documentos abaixo relacionados:

- CRC – Certificado de Registro Cadastral Atualizado e Válido;
- Declaração de observância do art. 7º, XXXIII da Constituição da República Federativa do Brasil;
- Proposta Econômica contendo Planilha de Despesas de Custeio (Período 01/11/2016 – 20/05/2017);
- Dimensionamento de Recursos Humanos.

Atenciosamente,

Luiz Claudio de Carvalho Gomes
Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão
ID: 5082846-0

Mary Virginia Northrup
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais
ID. 571721-3

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Unidades de Saúde

CI OA/SUBUS Nº 709 Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

Para: Controladoria de Contratos das Organizações Sociais/SES
De: Subsecretaria de Unidades de Saúde

Assunto: REPACTUAÇÃO HOSPITAL DA MÃE

Considerando a mudança de perfil do Hospital Estadual Vereador Melchíades Calazans, que encerrará as atividades da Maternidade, dos leitos de UTI Neonatal e dos leitos de UI Neonatal a contar de 31 de outubro de 2016.

Considerando que Hospital Estadual da Mãe, recebeu os leitos da maternidade do Hospital Estadual Vereador Melchíades Calazans, ampliando para 30(trinta) leitos de Maternidade, 07(sete) leitos de UI Neonatal e 10(dez) leitos de UTI Neonatal, a contar de 01 de novembro de 2016.

Solicitamos procedimentos administrativos junto a OSS Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Contrato de Gestão nº 002/2012, que tem como objeto a gestão e operacionalização dos serviços de saúde a ser executado no Hospital Estadual da Mãe, a repactuação no valor de custeio máximo por conta do aumento dos números de leitos de maternidade, UTI Neonatal e UI Neonatal, passando de R$ 5.333.332,00 (cinco milhões, trezentos e trinta e três mil, trezentos e trinta e dois reais) para R$ 6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil, quatrocentos e setenta e um reais) mensais.

Atenciosamente,

31/10/16
12:57

Charbel Khouri Duarte
Subsecretário de Unidades de Saúde
ID: 2664884-9

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais

OF. OP/CCOS Nº 568

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

AO HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ
Rua da Assembleia, 10 - sala 1422 – Centro.
Rio de Janeiro/RJ
CEP: 20.011-000. Tel/Fax.: (21) 3763-0960

Assunto: **Hospital Estadual da Mãe – Contrato de Gestão nº 002/2012**

Tendo em vista a CI OA/SUBUS N° 969, oriunda da Subsecretaria de Unidades de Saúde, na qual dispõe sobre a ampliação do número de leitos de Maternidade, UI Neonatal e UTI Neonatal no Hospital Estadual da Mãe (cópia a seguir).

Considerando o exposto pela Subsecretaria de Unidades de Saúde quanto à repactuação do valor contratual para R$6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil e quatrocentos e setenta e um reais) a contar de 01/11/2016, tendo em vista o aumento do número de leitos na referida Unidade de Saúde;

Solicitamos manifestação da Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus quanto ao exposto na CI OA/SUBUS N° 969 proferida pela Subsecretaria de Unidades de Saúde, bem como o encaminhamento dos documentos abaixo relacionados:

- CRC – Certificado de Registro Cadastral Atualizado e Válido;
- Declaração de observância do art. 7º, XXXIII da Constituição da República Federativa do Brasil;
- Proposta Econômica contendo Planilha de Despesas de Custeio (Período 01/11/2016 – 20/05/2017);
- Dimensionamento de Recursos Humanos.

Atenciosamente,

Luiz Claudio de Carvalho Gomes
Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão
ID: 5062246-0

Mary Virginia Northrup
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais
ID. 571721-3

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Recebido 24.01.17
Distribuído 24.01.17
Prazo

Luiz Cláudio de Carvalho Gomes
Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão
ID: 5082846-0

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais

OF. OP/CCOS Nº 568

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

AO HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ
Rua da Assembleia, 10 - sala 1422 – Centro.
Rio de Janeiro/RJ
CEP: 20.011-000. Tel/Fax.: (21) 3763-0960

Assunto: **Hospital Estadual da Mãe – Contrato de Gestão n° 002/2012**

Tendo em vista a CI OA/SUBUS N° 969, oriunda da Subsecretaria de Unidades de Saúde, na qual dispõe sobre a ampliação do número de leitos de Maternidade, UI Neonatal e UTI Neonatal no Hospital Estadual da Mãe (cópia a seguir).

Considerando o exposto pela Subsecretaria de Unidades de Saúde quanto à repactuação do valor contratual para R$6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil e quatrocentos e setenta e um reais) a contar de 01/11/2016, tendo em vista o aumento do número de leitos na referida Unidade de Saúde;

Solicitamos manifestação da Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus quanto ao exposto na CI OA/SUBUS N° 969 proferida pela Subsecretaria de Unidades de Saúde, bem como o encaminhamento dos documentos abaixo relacionados:

- CRC – Certificado de Registro Cadastral Atualizado e Válido;
- Declaração de observância do art. 7º, XXXIII da Constituição da República Federativa do Brasil;
- Proposta Econômica contendo Planilha de Despesas de Custeio (Período 01/11/2016 – 20/05/2017);
- Dimensionamento de Recursos Humanos.

Atenciosamente,

Luiz Cláudio de Carvalho Gomes
Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão
ID: 5082846-0

Mary Virginia Northrup
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais
ID. 571721-3

Barcelo 31/10

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Unidades de Saúde

CI OA/SUBUS Nº 969

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

Para: Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais
De: Subsecretaria de Unidades de Saúde/SES

Assunto: REPACTUAÇÃO HOSPITAL DA MÃE

Considerando a mudança de perfil do Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans, solicitamos procedimentos administrativos junto à OSS HMTJ para que encerre as atividades da Maternidade, dos leitos de UTI Neonatal e dos leitos de UI Neonatal no HEVMC a contar de 01 de novembro de 2016.

Considerando que o Hospital Estadual da Mãe recebeu os leitos da maternidade do Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans, ampliando para 30 (trinta) leitos de Maternidade, 07 (sete) leitos de UI Neonatal e 10 (dez) leitos de UTI Neonatal, a contar de 01 de novembro de 2016.

Solicitamos procedimentos administrativos junto a OSS Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, Contrato de Gestão nº 002/2012, que tem como objeto a gestão e operacionalização dos serviços de saúde a ser executado no Hospital Estadual da Mãe, a repactuação no valor de custeio máximo por conta do aumento dos números de leitos de maternidade, UTI Neonatal e UI Neonatal, passando de R$5.333.332,00 (cinco milhões, trezentos e trinta e três mil, trezentos e trinta e dois reais) para R$6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil, quatrocentos e setenta e um reais) mensais.

Atenciosamente,

Charbel Khouri Duarte.
Subsecretaria de Unidades de Saúde
ID. 2664884-9

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

OFÍCIO GJurHMTJRJ Nº 469 / 2017

Rio de Janeiro, 26 de junho de 2017

Ref.: OFÍCIO GJurHMTJRJ Nº 457 / 2017
Assunto: término do Contrato de Gestão nº 002/2012 – Hospital da Mãe de Mesquita

Ao Secretário Estadual de Saúde

Ilmo. Dr. Luiz Antônio de Souza Teixeira Júnior,

O **Hospital Maternidade e Therezinha de Jesus - HMTJ**, expõe o que segue.

Hoje, 26/6/2017, foi publicado o extrato de instrumento do Contrato de Gestão 002/2017, cujo objeto é a da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados no Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, com data de assinatura em 20/6/2017.

Considerando que o Contrato de Gestão 002/2012 encerrou-se em 20/5/2017, conforme consta na cláusula primeira do seu terceiro termo aditivo.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Considerando ainda que não houve interrupção da gestão da unidade por parte do Hospital Maternidade e Therezinha de Jesus entre o período de 20/5/2017 a 19/6/2017.

Considerando por fim que já expusemos a questão através do ofício GJurHMTJRJ Nº 457/2017 protocolado em 21/6/2017, sem termos qualquer resposta até o momento.

O HMTJ reitera o oficio em referência, requerendo posição da Pasta acerca do contrato referente ao período de 20/5/2016 a 19/6//2017.

Piétro Sìdoti
Gerente Jurídico HMTJ- OSS RJ

Benedito Jendiroba
Diretor Financeiro HMTJ- OSS RJ

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2017, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO RIO DE JANEIRO ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DE ATUAÇÃO EM HOSPITAL COM PERFIL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO COMPLEXO REGIONAL DA MÃE DE MESQUITA – MATERNIDADE E CLÍNICA DA MULHER

Pelo presente instrumento particular, de um lado, o **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES**, com sede nesta cidade, na Rua México n° 128, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, representada neste ato representado pelo Excelentíssimo Sr. Dr. **CHARBEL KHOURI DUARTE**, Subsecretário de Atenção à Saúde, portador da carteira de identidade n° 06745332-4, emitida pelo IFP e inscrito no CPF sob n° 723.378.697-68, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55 e de outro lado, após a conclusão do processo de seleção nº E-08/001/330/2017, a Organização Social de Saúde **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ**, situada na Av. Doutor Carvalhães, n° 400, Rocha Sobrinho – Mesquita/RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0003-34, daqui por diante denominada **CONTRATADA**, representada neste ato pelo Sr. **JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES**, na qualidade de Presidente, portador da cédula de identidade nº 591.447/SSP-MG e CPF nº 209.721.726-53, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº 6043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, considerando o Edital de Seleção nº 001/2017 e o

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

correspondente ato de Homologação publicado no D.O.E.R.J., de 08/06/2017, inserido nos autos do Processo de Acompanhamento nº E-08/001/3734/2017, em conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **COMPLEXO REGIONAL DA MÃE DE MESQUITA – MATERNIDADE E CLÍNICA DA MULHER**, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente Contrato de Gestão, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela **CONTRATADA** no Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, localizado à Av. Doutor Carvalhães, n° 400, Rocha Sobrinho – Mesquita/RJ, em tempo integral, que assegure assistência universal e gratuita à população;

1.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** dar-se-á pela **CONTRATADA**, desde que observadas todas as condições propostas pela **CONTRATADA** no Programa de Trabalho, no Edital e demais diplomas legais.

1.3 Fazem parte integrante deste CONTRATO DE GESTÃO o Edital de Seleção e todos seus Anexos, principalmente:

(i) Anexo I – Termo de Referência

(ii) Anexo VI – Termo de Permissão de Uso

(iii) Anexo X – Transferência de Recursos Orçamentários

CLÁUSULA SEGUNDA – DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS

Conforme Termo de Permissão de Uso (Anexo VI) o imóvel de propriedade do Estado do Rio de Janeiro referente Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher e os bens móveis têm o seu uso permitido pela **CONTRATADA** durante a vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, nos

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

termos Lei Complementar nº. 8, de 25 de outubro de 1977, Lei nº 6043/11 e do Decreto 43.261/2011.

CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Compromete-se a **CONTRATADA**:

3.1 Prover os serviços ora contratados, com pessoal adequado e capacitado em todos os níveis de trabalho;

3.2 Comunicar à fiscalização do **CONTRATO DE GESTÃO**, por escrito e tão logo constatado problema ou a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual, para a adoção das providências cabíveis;

3.3 Responder pelos serviços que executar, na forma do ato convocatório e da legislação aplicável;

3.4 Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens ou prestações objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do emprego ou fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações;

3.5 Manter em estoque um mínimo de materiais, peças e componentes de reposição regular e necessários à execução do objeto do contrato;

3.6 Manter, durante toda a duração deste contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, as condições de habilitação e qualificação exigidas para participação na seleção pública;

3.7 Assegurar a organização, administração e gerenciamento do Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através de técnicas adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento;

3.7.1 A aquisição de medicamentos deverá ser praticada respeitando até o valor máximo estabelecida na Tabela CEMED, com relação as órteses/próteses e insumos deverá seguir o disposto na Tabela SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.8 Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexo I do Edital, de acordo com o estabelecido neste **CONTRATO DE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

(i) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

(ii) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de usuários ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

(iii) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

(iv) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

(v) Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

(vi) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

(vii) Fomento dos meios para participação da comunidade;

(viii) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

3.9 Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

(i) Respeito aos direitos dos usuários, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

(ii) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

(iii) Respeito à decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

(iv) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos usuários;

(v) Esclarecimento dos direitos aos usuários, quanto aos serviços oferecidos.

(vi) Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

(vii) Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

dispensados nos protocolos terapêuticos indicados pelas SES/RJ;

3.10 Apoiar e integrar o complexo regulador da SES/RJ;

3.11 Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos e inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

3.12 Selecionar seu pessoal de forma pública, objetiva, transparente e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado pela **CONTRATADA,** devendo o mesmo constar no sítio eletrônico da ora **CONTRATADA**, assim como a prévia divulgação das vagas, critérios e formas de avaliação.

3.13 Contratar serviços de terceiros para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes;

3.14 A **CONTRATADA** será responsável exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes ao **CONTRATANTE** ou à terceiros na execução do contrato, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração. A **CONTRATADA** também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços.

3.15 A **CONTRATADA** é responsável por encargos trabalhistas, inclusive decorrentes de acordos, dissídios e convenções coletivas, previdenciários, fiscais e comerciais oriundos da execução do contrato, podendo o **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, exigir a comprovação do cumprimento de tais encargos, como condição do pagamento dos créditos da **CONTRATADA**.

3.16 Quando demandada pela SES / RJ, e de comum acordo entre as partes, colocar em operação serviços ou unidades assistenciais, inclusive o hospital de campanha (Decreto nº 43.408 de 9 de janeiro de 2012), para atendimento nas situações de urgência ou emergência, não previstos no Anexo I do Edital. Visando a prestação dos serviços mencionados neste item, o **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditivado em valor e prazo a serem acordados entre as partes.

3.17 Providenciar seguro contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil para o prédio e bens móveis cedidos. A contratação do seguro deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

total ou parcial dos bens sinistrados;

3.18 Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido;

3.19 Administrar o imóvel e os bens móveis que tiverem o uso permitido em conformidade com o disposto no Termo de Permissão de Uso – Anexo VI do Edital que deverá definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até sua restituição ao Poder Público;

3.20 O Termo especificará os bens, o estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção;

3.21 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio estadual, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público;

3.22 Os equipamentos e instrumental necessário para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

3.23 Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou recebidos em doação para instalação nesta unidade, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Estado do Rio de Janeiro devendo a **CONTRATADA** entregar a **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo regularização da incorporação dos referidos bens;

3.23.1 As aquisições de materiais e equipamentos permanentes serão efetuadas através da transferência de recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, estimadas no item Investimento da Planilha de Despesas de Custeio e Investimento, item 8.4 do Anexo I. As aquisições deverão ser incorporadas e patrimoniadas pela SES/RJ, devendo a **CONTRATADA** apresentar os documentos e informações pertinentes tão logo realize a aquisição.

3.23.2 Deverá ser realizada a atualização cadastral do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática, através de um inventário de todos os equipamentos existentes, informando sua localização, o nome e tipo do equipamento, assim como seu número de patrimônio. O Mobiliário, Materiais e

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Equipamentos Permanentes e de Informática adquiridos com recursos do **CONTRATO DE GESTÃO** também deverão ser objeto de patrimonialização pelo Órgão designado pelo Estado do Rio de Janeiro.

3.23.3 Deverá ser mantida na Unidade de Saúde uma ficha histórica com as intervenções sofridas nos equipamentos ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

3.23.4 Deverão ser informados à SES/RJ todos e quaisquer deslocamento do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática para outros setores, assim como deverá ser atualizada sua localização na ficha cadastral.

3.24 Deverão ser enviadas à SES / RJ cópias de todos os contratos de prestação de serviços firmados pela Organização Social, devidamente assinados, já na prestação de contas referente ao primeiro trimestre do **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.25 Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de rescisão do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.26 No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido.

3.27 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público, inclusive os seguintes comprovantes:

a) Pagamento de salários a empregados, incluídas as horas extras devidas e outras verbas que, em razão da percepção com habitualidade, devam integrar os salários; ou a repartição das cotas, em se tratando de cooperativas, até o quinto dia útil de cada mês seguinte ao vencimento ou na forma estabelecida no Estatuto, no último caso;

b) Pagamento de vale-transporte e o auxílio-alimentação de seus empregados;

c) Anotações em Carteiras de Trabalho e Previdência Social de seus empregados;

d) Recolhimentos dos tributos, contribuições e encargos, incluindo aqueles relativos aos empregados vinculados ao Contrato.

3.27.1 É vedada a contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra. Qualquer intenção de contratação pela **CONTRATADA** de cooperativa de serviços

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

voltados às atividades médicas será submetida previamente ao **CONTRATANTE.**

3.28 A **CONTRATADA** será obrigada a reapresentar a Certidão Negativa de Débito junto ao INSS (CND) e a Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, Certificado de Regularidade do FGTS (CRF) e Certidão Negativa de Débitos perante a Justiça do Trabalho nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, sempre que expirados os respectivos prazos de validade.

3.29 Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da **CONTRATADA**, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes. Caso o referido cronograma não tenha sido obedecido, o descumprimento só acarretará a responsabilidade da **CONTRATANTE**, se for causa direta ao não pagamento dos encargos sociais e das obrigações trabalhistas.

3.30 Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Estado do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, a **CONTRATANTE** poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente ao montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

3.31 A retenção prevista no item 3.30 será realizada na data do conhecimento pela **CONTRATANTE** da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados da **CONTRATADA** para consecução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.32 A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela **CONTRATADA.**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.33 Ocorrendo o término do **CONTRATO DE GESTÃO** sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

3.34 Abrir conta corrente bancária específica no banco indicado pela Secretaria de Estado de Saúde para movimentação dos recursos provenientes do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.35 Manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do **CONTRATO DE GESTÃO**, e disponibilizar extrato mensalmente à **CONTRATANTE**.

3.36 Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor.

3.37 Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

3.38 Encaminhar à **CONTRATANTE** para publicação no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços, obras e aquisições necessários à execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, de acordo com o que prescreve a Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011, de forma atender aos princípios constitucionais do caput do art.37 da CRFB, especialmente aos da publicidade, impessoalidade, moralidade e eficiência;

3.39 Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.40 Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas de atendimento dos usuários, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher.

3.41 Apresentar a **CONTRATANTE** até o 5º dia do mês seguinte, Relatórios

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Gerenciais e comprovantes, na forma que lhe for indicada pela **CONTRATANTE**.

3.42 Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.43 Consolidar a imagem do Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela qualidade da assistência;

3.44 Devolver à **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO**, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação;

3.45 Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização do **CONTRATANTE**;

3.46 Implantar, após prévia aprovação da SES/RJ, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento;

3.47 Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis;

3.48 Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, sem prévia ciência e aprovação da SES/RJ;

3.49 O balanço e os demonstrativos financeiros anuais da **CONTRATADA** devem ser elaborados de acordo com as regras de contabilidade privada, obedecido o disposto na Lei nº 6.043/2011;

3.50 Ao final de cada exercício financeiro, a **CONTRATADA** apresentará ao órgão supervisor a prestação de contas, contendo, em especial, relatório de gestão, balanço e demonstrativos financeiros correspondentes, devendo ser elaborada em

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

conformidade com o **CONTRATO DE GESTÃO** e demais disposições normativas sobre a matéria.

3.51 Encaminhar, semestralmente, a relação de processos judiciais em que a **CONTRATADA** figure como ré e que contenham pretensões indenizatórias, bem como as decisões que lhes foram desfavoráveis e os valores das condenações.

3.52 Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à **CONTRATANTE** e/ou a terceiros, em consequência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados.

CLAUSULA QUARTA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

4.1 Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e em seus anexos;

4.2 Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** nos termos do Anexo I do Edital, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;

4.3 Programar no orçamento, para os exercícios subsequentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;

4.4 Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos do artigo 28 da Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011 mediante Termo de Permissão de Uso;

4.5 Para a formalização do Termo, a **CONTRATANTE** deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;

4.6 Reter repasse de recursos à **CONTRATADA** quando a **CONTRATANTE** for demandada em nome próprio, primariamente, por condutas ilícitas e danosas praticadas por agentes da **CONTRATADA**, a exemplo dos itens 3.15 e 3.30 deste **CONTRATO DE GESTÃO.**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLAUSULA QUINTA – VIGÊNCIA

O **CONTRATO DE GESTÃO** vigorará pelo prazo de 01 (um) ano, a contar de sua respectiva celebração, podendo ser mediante termo aditivo objeto de sucessivas renovações, pelo mesmo prazo, até o limite máximo de 5 (cinco) anos.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1 Os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas do **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a sua administração.

6.2 Os recursos financeiros repassados pela Secretaria de Estado de Saúde provenientes do **CONTRATO DE GESTÃO** deverão ser aplicados, em até 02 (dois) dias úteis, contados a partir do crédito na conta bancária da **CONTRATADA**, exclusivamente em caderneta de poupança de instituição financeira oficial.

6.3 Os excedentes financeiros deverão ser restituídos à **CONTRATANTE** ou aplicados nas atividades objeto **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que com prévia aprovação da Secretaria de Estado de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REPASSE DE RECURSOS

O detalhamento da Transferência de Recursos Orçamentários está regulado no Anexo I do Edital.

CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste **CONTRATO DE GESTÃO** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde
Fonte de Recurso: 100/122/225
Programa de Trabalho: 2961.10.302.0149.8341
Natureza da Despesa: 3390.39.30

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde

Fonte de Recurso: 100/122/225

Programa de Trabalho: 2961.10.302.0149.8341

Natureza da Despesa: 3390.34.01

CLÁUSULA NONA – VALOR DO CONTRATO

Dá–se a este **CONTRATO DE GESTÃO** o valor total de **R$65.541.569,00** (sessenta e cinco milhões, quinhentos e quarenta e um mil e quinhentos e sessenta e nove reais).

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS

O detalhamento do Sistema de Transferência de Recursos está descrito no Anexo I do Edital.

As Transferências de Recursos referentes à parcela mensal de custeio terá o valor de **R$5.295.130,75** (cinco milhões, duzentos e noventa e cinco mil e cento e trinta reais e setenta e cinco centavos) e duas parcelas de investimento, cada uma no valor de R$1.000.000,00 (um milhão de reais), totalizando o valor de **R$2.000.000,00** (dois milhões de reais), nos termos da proposta orçamentária inserida nos autos do Processo de Seleção nº E-08/001/330/2017.

As Transferências de Recursos serão depositadas na **Conta-Corrente nº 26.456-3, agência 3033 de titularidade da** CONTRATADA, junto à instituição financeira contratada pelo Estado.

PARÁGRAFO ÚNICO

No caso de a **CONTRATADA** estar estabelecida em localidade que não possua agência da instituição financeira contratada pelo Estado ou caso verificada pelo **CONTRATANTE** a impossibilidade de a **CONTRATADA**, em razão de negativa expressa da instituição financeira contratada pelo Estado, abrir ou manter conta corrente naquela instituição financeira, a transferência poderá ser feita mediante crédito em conta

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

corrente de outra instituição financeira. Nesse caso, eventuais ônus financeiros e/ou contratuais adicionais serão suportados exclusivamente pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REPACTUAÇÃO

Decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data da apresentação da proposta ou do orçamento a que essa proposta se referir, poderá a **CONTRATADA** fazer jus a repactuação do valor contratual, mediante avaliação da variação efetiva do custo de produção ou dos insumos utilizados na consecução do objeto contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

12.1 O acompanhamento e a fiscalização da execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, sem prejuízo da ação institucional dos órgãos de controle interno e externo do Estado, serão efetuados pela Secretaria de Estado de Saúde;

12.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será efetuada por intermédio da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização nomeada pelo Secretário de Estado de Saúde;

12.3 Nos termos do Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, os resultados e metas alcançados com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO** serão avaliados, semestralmente pela Comissão de Avaliação, formalmente designada pela **CONTRATANTE**;

12.4 A síntese do relatório de gestão e do balanço da Organização Social deverão ser publicados pela SES/RJ no Diário Oficial do Estado e, de forma completa, pela Organização Social no seu sítio eletrônico, bem como após 5 dias úteis serem encaminhados pela SES/RJ à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro;

12.5 A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar a prestação de contas anual, mencionada no Art. 22, § 1º, da Lei nº 6.043/2011 ao Conselho Estadual de Saúde, Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

12.6 A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as condições, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela fiscalização, obrigando-se a lhes fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

12.7 A instituição e a atuação da fiscalização do serviço objeto do contrato não excluem ou atenuam a responsabilidade da **CONTRATADA**, nem a exime de manter fiscalização própria.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO, RENEGOCIAÇÃO TOTAL E PARCIAL

13.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser alterado, mediante revisão das metas e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificado, com a aceitação de ambas as partes e a autorização por escrito do Secretário de Saúde, devendo, nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos.

13.2 Poderá também ser alterado para assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do **CONTRATO DE GESTÃO**, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

14.1 A prestação de contas está regulada no Anexo I do Edital.

14.2 A **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE** mensalmente:

14.2.1 Relação dos valores financeiros repassados, com indicação da Fonte de Recursos,

14.2.2 Relatório Consolidado da Produção Contratada X Produção Realizada,

14.2.3 Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores).

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA SANÇÃO, RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

A rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser efetivada:

15.1 Por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO**, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

15.2 Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

15.3 Por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados;

15.4 Na hipótese da cláusula 15.3, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE**.

15.5 Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, o **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento.

15.6 Em caso de rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATADA**, no prazo de até 90 (noventa) dias, deverá prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE** quanto à incorporação do patrimônio, dos legados e doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, ao patrimônio do Estado ou ao de outra Organização Social qualificada, que vier a celebrar Contrato de Gestão com o Poder Público, ressalvados o patrimônio, bens e recursos pré-existentes ao Contrato de Gestão, conforme disposto no Artigo10, inciso IV, da Lei nº 6.043/11.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

15.7 Configurará infração contratual a inexecução dos serviços, total ou parcial, execução imperfeita, mora ou inadimplemento na execução, inobservância do Decreto Nº 43.261, na Lei nº 6.043/2011 e, especialmente, se a **CONTRATADA**:

15.7.1 Utilizar de forma irregular os recursos públicos que lhe forem destinados;

15.7.2 Incorrer em irregularidade fiscal ou trabalhista;

15.7.3 Deixar de promover a manutenção dos bens públicos permitidos ou promover desvio de sua finalidade;

15.7.4 Violar os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

15.7.5 A ocorrência de infração contratual sujeita a **CONTRATADA**, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa, as seguintes penalidades:

a) advertência;

b) multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do **CONTRATO DE GESTÃO**, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas. Nas reincidências específicas, a multa corresponderá ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 20% (vinte por cento);

c) Desqualificação da entidade como organização social.

PARÁGRAFO ÚNICO - Os diretores da CONTRATADA serão responsabilizados pessoalmente, no caso de eventual aplicação de penalidade de cunho pecuniário, incidindo as penas sobre o seu patrimônio, considerando que Organização Social é uma entidade sem fins lucrativos.

15.8 A rescisão contratual será formalmente motivada nos autos do processo administrativo, assegurado a **CONTRATADA** o direito ao contraditório e a prévia e ampla defesa.

15.9 A declaração de rescisão deste contrato, independentemente da prévia notificação judicial ou extrajudicial, operará seus efeitos a partir da publicação em Diário Oficial.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

15.10 Na hipótese de rescisão administrativa, além das demais sanções cabíveis, o Estado poderá:

a) reter, a título de compensação, os créditos devidos à contratada e cobrar as importâncias por ela recebidas indevidamente;

b) cobrar da contratada multa de 10% (dez por cento), calculada sobre o saldo reajustado dos serviços não executados e;

c) cobrar indenização suplementar se o prejuízo for superior ao da multa.

15.11 O CONTRATO DE GESTÃO poderá ser rescindido ou resolvido quando do advento de circunstância superveniente que comprometa o fundamento de validade do mesmo e a sua regular execução.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A imposição das penalidades é de competência exclusiva do **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A sanção prevista na alínea b desta Cláusula poderá ser aplicada cumulativamente a qualquer outra.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A aplicação de sanção não exclui a possibilidade de rescisão administrativa do Contrato, garantido o contraditório e a defesa prévia.

PARÁGRAFO QUARTO – A multa administrativa prevista na alínea b não tem caráter compensatório, não eximindo o seu pagamento a **CONTRATADA** por perdas e danos das infrações cometidas.

PARÁGRAFO QUINTO – O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a contratada à multa de mora de até 1% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do art.412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo **CONTRATANTE** ou da aplicação das sanções administrativas.

PARÁGRAFO SEXTO - No exercício de sua função decisória, poderá a **CONTRATANTE** firmar acordos com a **CONTRATADA**, a fim de estabelecer o

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

conteúdo discricionário do ato sancionatório, salvo impedimento legal ou decorrente da natureza e das circunstâncias da relação jurídica envolvida, observados os princípios da transparência, legalidade, finalidade, motivação, razoabilidade, proporcionalidade, moralidade, ampla defesa, contraditório, segurança jurídica, impessoalidade, eficiência, celeridade, oficialidade, publicidade, participação, proteção da confiança legítima e interesse público, desde que a opção pela solução consensual, devidamente motivada, seja compatível com o interesse público.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA – FISCALIZAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A **CONTRATANTE** providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao da sua assinatura, o encaminhamento de cópia autêntica do presente **CONTRATO DE GESTÃO** e dos seus Anexos ao Tribunal de Contas e à Contadoria Geral do Estado, junto à Secretaria de Estado de Fazenda.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO RECURSO AO JUDICIÁRIO

As importâncias decorrentes de quaisquer penalidades impostas à **CONTRATADA**, inclusive as perdas e danos ou prejuízos que a execução do contrato tenha acarretado, quando superiores à garantia prestada ou aos créditos que a **CONTRATADA** tenha em face da **CONTRATANTE**, que não comportarem cobrança amigável, serão cobrados judicialmente.

PARÁGRAFO ÚNICO – Caso a **CONTRATANTE** tenha de recorrer ou comparecer a juízo para haver o que lhe for devido, a **CONTRATADA** ficará sujeita ao pagamento, além do principal do débito, da pena convencional de 10% (dez por cento) sobre o valor do litígio, dos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, despesas de processo e honorários de advogado, estes fixados, desde logo, em 20% (vinte por cento) sobre o valor em litígio.

CLÁUSULA DECIMA OITAVA – PUBLICAÇÃO

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** deverá ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias contados de sua assinatura,

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

por conta do **CONTRATANTE**, ficando condicionada a essa publicação a plena eficácia do mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - FORO

19.1 Fica eleito o Foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro para dirimir qualquer questão oriunda do presente **CONTRATO DE GESTÃO** ou de sua execução, exceto quanto à propositura de ações possessórias, caso em que prevalecerá o foro da situação do imóvel, renunciando a **CONTRATADA** a qualquer outro foro que tenha ou venha a ter, por mais privilegiado que seja. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em quatro vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:

Rio de Janeiro, 20 de junho de 2017

CHARBEL KHOURI DUARTE
SUBSECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Testemunha_____

Testemunha_____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3. - FA3 – QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS) ATIVO E REGULAR NA ÁREA DA SAÚDE, COM PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO RECURSO NA UNIDADE HOSPITALAR, COM ANUÊNCIA POSTERIOR DA SES/GO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

24 de janeiro de 2016

Certificado

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

inscrita(o) no CNPJ Nº 21.583.042/0001-72, está certificada(o) como Entidade Beneficente de Assistência Social na área da Saúde e, como tal, presta serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Brasília-DF, 26 de Março de 2013

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR
SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
MINISTRO DA SAÚDE

* Conforme Portaria SAS/MS Nº 0060, publicada no DOU em 25 de janeiro de 2013

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TABELIONATO DO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Av. Barão do Rio Branco, 2380 - Centro - Juiz de Fora - MG - Tel.: 3215-3118

Declaro ser autentica a presente fotocopia cujo original me foi apresentado. Do que dou fe
Em testo_____ da verdade.

EMOL 3,68 TF 1,21 RECOMPE 0,22 TOTAL: R$ 8,11
Juiz de Fora - MG, 12/08/2024 - 14:54
FERNANDO A. MAIA - TABELIAO
SUBSTITUTOS
LUIZA D. R. MARTINS - MARCELO R. DE ANDRADE
CARLOS A. DE ALMEIDA - ARILDES MACEDO
TATIANA C. CAMPOS

Selo de Fiscalização
AUTENTICAÇÃO
CFO 07233

OF. DE NOTAS MG

CARTÓRIO ORMINDO MAIA
3º OFÍCIO DE NOTAS
Autenticação válida para o anverso. Verso em branco.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO
Publicado em: 24/08/2022 | Edição: 161 | Seção: 1 | Página: 69
Órgão: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

PORTARIA Nº 476, DE 22 DE AGOSTO DE 2022

Defere a Renovação do CEBAS do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, com sede em Juiz de Fora (MG).

A Secretária de Atenção Especializada à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e em seu § 2º do artigo 40, determina aos requerimentos de concessão ou de renovação de certificação, pendentes de decisão na data de publicação desta Lei Complementar, aplicar as regras e as condições vigentes à época de seu protocolo;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 208/2022 - CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.058568/2021-83, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes nas legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60%(sessenta por cento), do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, CNPJ nº 21.583.042/0001-72, com sede em Juiz de Fora (MG).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 25 de janeiro de 2022 a 24 de janeiro de 2025.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAÍRA BATISTA BOTELHO

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

Proposta de Aplicação do Recurso na Unidade Hospitalar

O **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus,** por força da PORTARIA Nº 476 publicada no Diário Oficial da União em 22 DE AGOSTO DE 2022, teve deferida pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde a renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na área da Saúde (CEBAS-SAÚDE), e, por conseguinte, é isento da contribuição patronal do INSS. Dessa forma, considerando que os recursos públicos obtidos através de contratos de gestão são de uso restrito para custeio e/ou investimento das atividades operacionais da unidade, o montante dos recursos provenientes da isenção da cota patronal do INSS usufruída durante o exercício será contabilizado em conta própria em balanço patrimonial, no fechamento contábil, em atendimento do Princípio de Transparência, demonstrando o valor economizado, sendo certo que a proposta financeira apresentada leva em consideração o valor economizado no custeio do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – HEJ.**

3. - FA3 – QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

CERTIFICADO DE ACREDITAÇÃO – ONA, JOINT COMISSION INTERNATIONAL, QMENTUM DA CANADÁ ACCREDITATION INTERNATIONAL OBTIDOS PELA UNIDADE HOSPITALAR DURANTE A GESTÃO DA OSC PROPONENTE.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA (CNPJ 18.338.178/0001-02), através da Secretaria Municipal de Saúde, com endereço na Av. Brasil 2001, 2º andar, Centro, Juiz de Fora/MG, e-mail secretariadesaude@pjf.mg.gov.br, ATESTA, para os devidos fins, que o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus localizado à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, Bairro São Mateus, nesta cidade, CEP: 36.025-330, CNPJ 21.583.042/0001-72, CNES 2153084, foi fundado em 1926, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais e desempenha seu papel social há mais de 90 anos, comprometido com fundamentos éticos e morais, contribuindo efetivamente para a diminuição do sofrimento humano, com qualidade, competência e excelência no atendimento prestado à população de Juiz de Fora e Região.

Tornou-se Hospital de Ensino através da Portaria 1120 de 12 de maio de 2011, servindo como referência para o ensino, pesquisa e extensão para os alunos do curso de saúde da Faculdade de Ciências Médicas de Juiz de Fora e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, oferecendo residência médica em várias especialidades como anestesiologia, cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia e ginecologia, medicina em família e comunidade, ortopedia e traumatologia, cardiologia, cirurgia plástica, neurologia, pediatria, radiologia e diagnóstico por imagem, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia torácica, endoscopia, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, mastologia, medicina intensiva e neonatologia.

Em 01/10/2005, com a posse da nova Diretoria, o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, empenhada em aumentar a oferta de serviços à comunidade, aumentou o número de leitos e tornou-se hospital geral, impactando positivamente o sistema de saúde local.

Com a ampliação e enquadramento como hospital geral de grande porte, passou para 290 leitos ativos, sendo 240 leitos de internação em enfermaria, 40 leitos de UTI Adulto, 08 leitos neonatal e 02 leitos de UTI Pediátrica, todos destinados ao SUS, através do Contrato de Prestação de Serviços 01.2011.162 firmado com esta municipalidade em 20/05/2011 e renovado posteriormente através dos contratos 01.2016.171, 01.2018.124, 01.2018.125, 01.2020.060, 01.2020.163 e 08.2022.032, **com plena e ininterrupta vigência até a presente data**, em caráter hospitalar, ambulatorial e apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários do SUS, de

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

caráter eletivo e urgência/emergência, garantindo atenção integral a saúde, o qual encontra-se vigente até a presente data.
Realiza atendimento de demanda espontânea de ginecologia, obstetrícia, AVC, sendo referência de internação e ambulatorial à população de Juiz de Fora e macrorregião sudeste.

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus é habilitado para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica e Adulto, Cardiologia Intervencionista (hemodinâmica) através da Portaria SAS MS Nº 291 de 08/04/2014, em Cirurgia Bariátrica, Traumato-Ortopedia e Oftalmologia e é Centro de Referência em Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Por ser verdade, atestamos que a referida instituição cumpre com o contrato até a presente data, prestando contas regularmente, não havendo nada que desabone sua conduta.

Juiz de Fora, 22 de junho de 2023.

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
Secretário de Saúde

Ivan Chebli
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2° OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

certificado

Certificado: N°611-006-280 | Validade: 03/2027

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

CNPJ: 21.583.042/0001-72

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada DNV BUSINESS ASSURANCE AVALIACOES E CERTIFICACOES BRASIL LTDA - DNV, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2022, Norma de Serviços Hospitalares sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO COM EXCELÊNCIA

São Paulo, 18 de Março de 2024

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

Entidades Fundadoras e Associadas

São Paulo, 18 de Março de 2024

DECLARAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO

A Organização Nacional de Acreditação – ONA, CNPJ: 03.243.617/0001-26 sito na Rua Bela Cintra, 986, 10º andar, conjunto 101, na cidade de São Paulo, Brasil, declara para fins de certificação que o Hospital E Maternidade Therezinha De Jesus, inscrito no CNPJ: 21.583.042/0001-72, foi certificado como ACREDITADO COM EXCELÊNCIA , com validade até 18/03/2027.

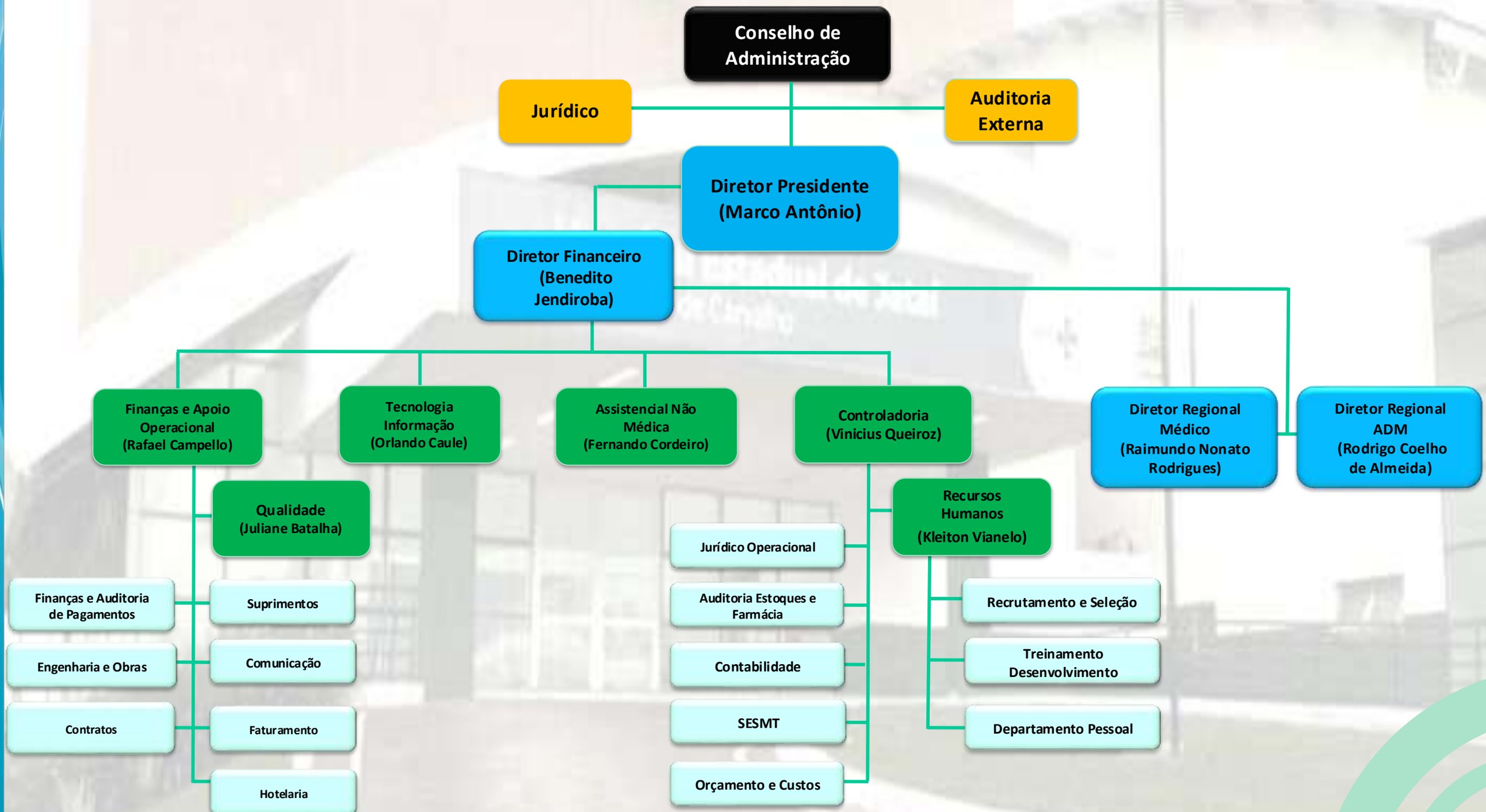
Fabio Gastal
Presidente

QUALIDADE TÉCNICA

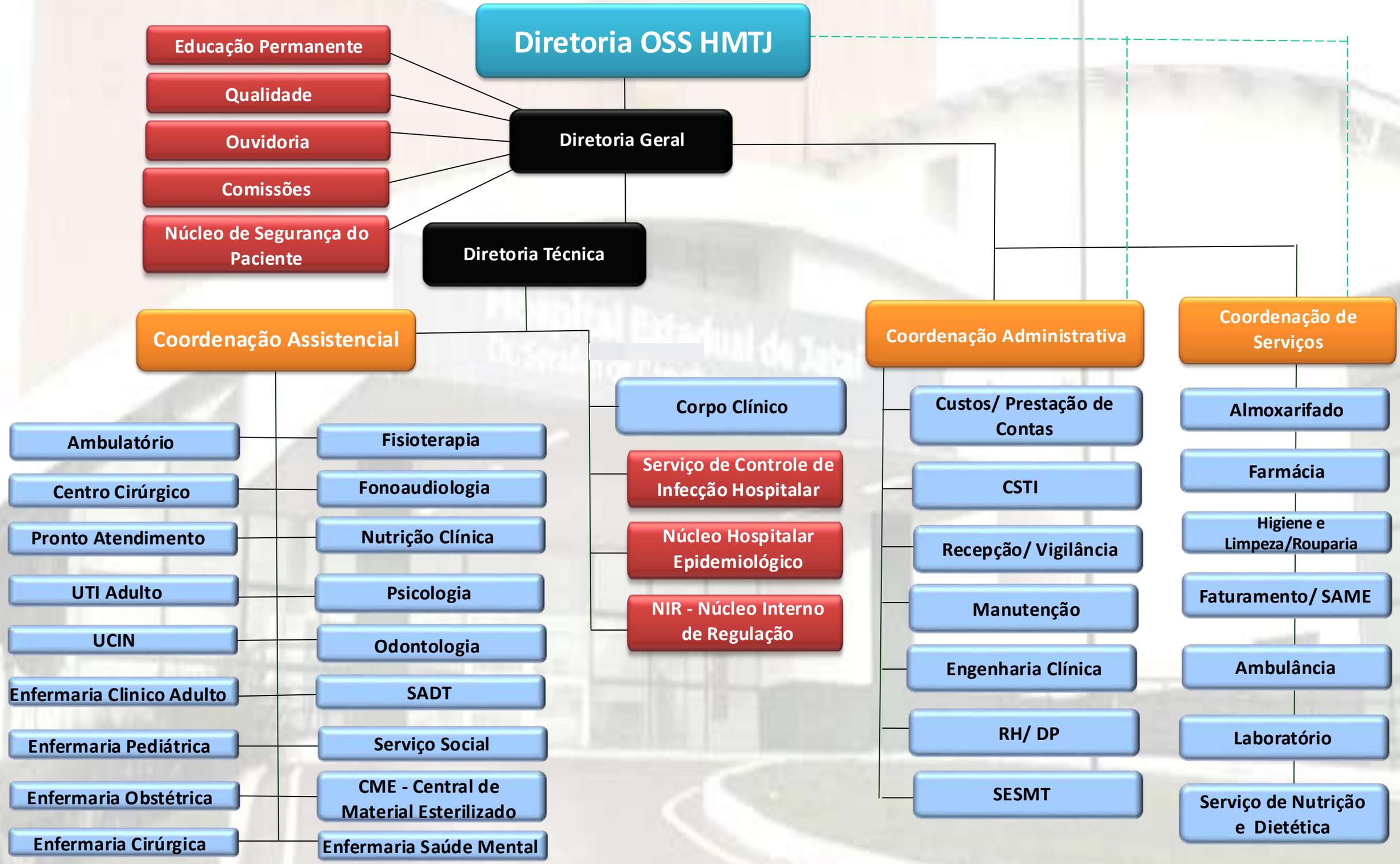
ESPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR

Apresentação de organograma da unidade com definição das competências de cada mebro do corpo diretivo

ORGANOGRAMA SEDE – OSSHMTJ



ORGANOGRAMA HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO



Observação: As competências do Corpo Diretivo estão descritas no PEC

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR GERAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO

DESCRIÇÃO DO CARGO

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Acompanhar o desenvolvimento da estrutura da instituição, verificando o funcionamento de suas unidades segundo regimentos e regulamentos vigentes, para propor e efetivar sugestões; acompanhar, avaliar e controlar o resultado, qualidade e execução dos serviços de gestão prestados;

2) Analisar as características e as necessidades da organização, os recursos disponíveis e a rotina dos serviços, colhendo informações em documentos, junto ao pessoal ou por outro meio, para avaliar, estabelecer ou alterar práticas administrativas/ assistenciais bem como providenciar e concluir procedimentos relativos à compra de materiais e equipamentos, utilizando os procedimentos necessários para determinação da opção mais adequada, a fim de conseguir suprir as necessidades da empresa com menor custo e melhor benefício;

3) Analisar os resultados de implantação de novos métodos, efetuando comparações entre as metas programadas e os resultados atingidos, para corrigir distorções, avaliar desempenhos e replanejar o serviço administrativo; avaliar os resultados de programas administrativos, consultando os colaboradores, para detectar falhas e determinar ou propor as modificações necessárias;

4) Assegurar a observância às políticas, planos, procedimentos, leis e regulamentações que possam ter um impacto significativo sobre as operações e informações, bem como verificando se a organização os segue;

5) Assessorar os dirigentes no desempenho efetivo do objeto social da instituição, suas funções e responsabilidades, fornecendo-lhes análises, apreciações, recomendações, pareceres e informações relativas às atividades examinadas, promovendo, assim, um controle efetivo a um custo razoável;

6) Buscar e fornecer informações, seja por meio de pesquisas internas ou externas que auxiliem os dirigentes da instituição na tomada de decisões, avaliando a integridade e confiabilidade das informações gerenciais e os meios utilizados para identificar, classificar e comunicar tais informações;

7) Contribuir efetivamente com orientações, devidamente fundamentadas, para a manutenção da regularidade das obrigações da instituição e de forma especial, junto às repartições públicas, vinculadas às suas atividades desenvolvidas;

8) Desenvolver sistemas de planejamento, organização, controle e a execução de atividades pertinentes à área sob sua responsabilidade técnica; desenvolver, influenciar e assessorar de forma consistente e articulada os clientes internos e externos;

9) Elaborar estudos, laudos técnicos, pareceres e relatórios na sua área de atuação; elaborar o plano de atividades de sua área gerencial, como os referentes aos serviços de informação, comunicação, organização e métodos, informática, utilização de equipamentos, compras, patrimônio e outros, baseando-se nos objetivos a serem alcançados, e na disponibilidade de recursos financeiros, materiais e humanos, para definir prioridades, sistemas e rotinas referentes a esses serviços;

10) Esclarecer e orientar a Direção da Organização Social de Saúde, objetos quanto à aplicação da legislação vigente, referente à sua área específica de atuação, relacionada com a responsabilidade técnica e, também, em relação ao provimento dos cargos da sua estrutura organizacional; esclarecer aos diretores da OSS quanto à eficiência, eficácia e a economia na utilização dos recursos humanos, financeiros e patrimoniais;

11) Gerir rotinas administrativas (execução orçamentária, controle de receitas, normas internas, contas a pagar, controle de contas contábeis e de custos, parceiros e fornecedores, departamento pessoal, contratos, conciliação de pagamentos e depósitos bancários, arquivos e acompanhamento de soluções de não conformidade);

12) Informar a Diretoria da OSS sobre a situação administrativa da organização, às medidas em andamento e resultados obtidos, elaborando relatórios e estatísticas, acompanhados de análises e comentários pertinentes, para possibilitar a avaliação geral das diretrizes aplicadas e sua articulação com a política geral da instituição, submetendo os programas administrativos à apreciação da direção geral da OSS, sempre que necessário, apresentando justificativas e documentações, para obter a aprovação dos mesmos ou determinações sobre emendas, quando necessário;

13) Conduzir a elaboração e execução dos planos estratégicos e operacionais, em todas as áreas da instituição, visando a assegurar o seu desenvolvimento, crescimento e continuidade;

14) Manter contatos com a direção de outras empresas, entidades de classe e órgãos governamentais, visando a harmonizar esforços que se traduzam em benefícios para os clientes, o mercado e a comunidade em geral além de identificar oportunidades de ampliação ou melhoria nos produtos / serviços prestados ou solução de eventuais problemas contratuais ou operacionais, visando a manter a satisfação do cliente e projetar uma imagem positiva da empresa no mercado.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Medicina, Ciências Contábeis, Administração, Direito ou cursos correlatos. DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão Hospitalar, Gestão de Custos Hospitalares, Governança corporativa e áreas afins	**Experiência**	Desejável de 01 ano a 02 anos no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 26	**Informática**	- Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - Conhecimento em TOTVS; - Conhecimento em SigQuali; - Domínio em Fluig; - Domínio em GCPEC.

Conhecimento Técnico Específico	- Domínio em Gestão Hospitalar; - Domínio em rotinas de contratualizações; - Conhecimento em análise de custos hospitalares; - Conhecimento em Gestão de Pessoas; - Conhecimento em ferramentas da Qualidade; - Domínio em indicadores gerenciais; - Domínio em Gestão do Corpo Clínico; - Noção de rotinas de contratos.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR GERAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR GERAL / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

Versão: 003/2024
Alterado em: 23/09/2024

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR TECNICO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 1312-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Garantir: O exercício ético da Medicina e o código de ética médica; O cumprimento das normas emanadas pelos conselhos médicos; O cumprimento da legislação vigente; O cumprimento do regimento interno do corpo clínico; O cumprimento de todas as normas da Unidade; A implementação efetiva das comissões assistenciais obrigatórias e as de apoio à gestão.

2) Representar a Unidade Hospitalar em suas relações com autoridades sanitárias e CFM, conforme legislação vigente.

3) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da comissão de ética médica e colaborar com as atividades da mesma.

4) Cientificar à Diretoria Geral de irregularidades que se observem em relação à ordem, ao desempenho ético-técnico e a disciplina nos diversos serviços.

5) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da Unidade.

6) Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas.

7) Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores.

8) Responsável por efetuar Avaliação de Desempenho de sua equipe, de acordo com o cronograma do RH.

9) Responsável por atender as determinações que constam nos PRS do RH.

10) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01. Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02. Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03. Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04. Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05. Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração, Medicina, Ciências Contábeis, Direito e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Urgência e Emergência, Gestão de Saúde,	**Experiência**	Desejável experiência de 06 meses a 01 ano na função

Gestão de Pessoas, Gestão Hospitalar ou Áreas Afins

Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 25	**Informática**	Pacote office intermediário e sistemas: TOTVS, SIGQUALI, FLUIG e GCPEC
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento de codigo de ética e condutas administrativas; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Conhecimento de atendimento de urgencia e emergencia adulto e pediatrico. - Noção da NR 32 - Tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. - Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - Noção do Manual de Acreditação ONA; - Conhecimento de Hotelaria Hospitalar; - Conhecimento de gerenciamento financeiro; - Conhecimento de Faturamento Hospitalar. - Conhecimento em processos de prestação de contas; - Conhecimento em processos regulação de vagas hospitalares; - Conhecimento em processos de contratos com gestão municipais; - Conhecimento em gestão de conflitos; - Conhecimento em gestão de mudanças.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR TECNICO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR TECNICO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAI DR. SERAFIM DE CARVALHO

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4101-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01) Coordenar e supervisionar rotinas administrativas; Delegar funções; Criar, implantar e programar rotinas administrativas; Orientar a execução das normas e rotinas administrativas; Analisar o funcionamento das rotinas administrativas; Supervisionar cronogramas; Propor medidas de simplificação e melhorias das rotinas administrativas;

02) Coordenar serviços admnistrativos gerais; serviço de malote;

03) Organizar documentos e correspondências; Receber, analisar, classificar, registrar e conferir documentos e correspondência; Encaminhar documentos e correspondências; Organizar registros;

04) Coordenar equipe; Requisitar pessoal; Definir e gerenciar escala de trabalho; Avaliar desempenho da equipe; Remanejar pessoal; Apurar frequência ao trabalho; Gerenciar benefícios;

05) Manter rotinas referente ao pequeno caixa; Controlar verbas; Monitorar metas; Controlar contas a pagar; Controlar fluxo de caixa; Prestar contas;

06) Triar informações; Divulgar informações; Esclarecer dúvidas; Intermediar equipes; Elaborar comunicados; Elaborar documentos e relatórios; Elaborar correspondência; Preencher formulários;

07) Desenvolver treinamentos do programa de educação continuada para manter atualizada a equipe de profissionais do setor;

08) Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;

10) Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores;

11) Atender e disseminar todas as determinações que constam nos PRS do RH;

12) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAI DR. SERAFIM DE CARVALHO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração, Ciências Contábeis, Direito e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Urgência e Emergência, Gestão de Saúde, Gestão Hospitalar ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável experiência de 06 meses a 01 ano na função
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - VIVER; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento das rotinas administrativas; - Conhecimento de Gestão Hospitalar; - Conhecimento de código de ética e condutas administrativas; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Conhecimento de atendimento de urgência e emergência adulto e pediátrico. - Noção da NR 32 - Tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. - Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - Noção do Manual de Acreditação ONA; - Conhecimento de Hotelaria Hospitalar; - Conhecimento de gerenciamento financeiro; - Conhecimento de Faturamento Hospitalar.	**Observações**	- Ter participado do Programa de Trainee da OSSHMTJ.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAI DR. SERAFIM DE CARVALHO

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAI DR. SERAFIM DE CARVALHO

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

Versão: 002/2024
Alterado em: 23/09/2024

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ASSISTENCIAL/ ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2235-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES: 1) Conhecer o código de ética dos profissionais de enfermagem e multiprofissional e divulgá-lo na equipe e fazer cumprir as normas do conselho federal e regional de enfermagem;

2) Coordenar e supervisionar de forma contínua e sistemática, o pessoal da equipe de enfermageme e multiprofissional, observando-o, entrevistando-o e realizando reuniões de orientação e avaliação, para manter os padrões desejáveis de assistência aos pacientes através da aplicação de diagnóstico situacional;

3) Acompanhar a fiscalização do oficio da classe COREN e demais conselhos multiprofissionais, e estabelecer o sistema de controle das equipes, fornecendo, sempre que necessário ou solicitado por órgãos competentes, a listagem completa do pessoal por categoria, número de inscrição no respectivo conselho e no caso dos atendentes, a autorização, endereço e filiação e/ou número de carteira de identidade anualmente;

4) Fazer estudos e previsão de pessoal e materiais necessários às atividades, elaborando escalas de serviço e atribuições especificando e controlando equipamentos, materiais permanentes e de consumo, para assegurar o desempenho adequado dos trabalhos de enfermagem;

5) Liderar a equipe de trabalho responsabilizando-se pela prestação dos cuidados de enfermagem e multiprofissional, através de seus coordenadores de áreas;

6) Organizar o serviço de enfermagem e multiprofissional de acordo com a especificidade da unidade, elaborando e/ou fazendo cumprir o regimento do respectivo serviço que deverá ter a seguinte estrutura básica: finalidade; posição; composição; competência; pessoal e seus requisitos; atribuições do pessoal; horário de trabalho; disposições gerais ou transitórias;

7) Participar do processo de seleção de pessoal observando o disposto na lei do exercício profissional 7.498/86 e decreto 94.406/87, definindo para o candidato os objetivos técnicos, seguido de avaliação durante o período de experiência;

8) Planejar, executar e avaliar os protocolos assistenciais e multiprofissionais;

9) Planejar, organizar e administrar o serviço na unidade, desenvolvendo atividades técnico-administrativas na elaboração de normas, instruções, roteiros e rotinas específicas, para padronizar procedimentos e racionalizar os trabalhos, no sentido de servirem de apoio a atividades afins, juntamente com seus coordenadores de áreas;

10) Elaborar relatórios baseados nos dados e nos documentos relacionados às respectivas áreas e setores sob sua coordenação; implementando melhorias nos processos de sua coordenação e da instituição;

11) Representar a unidade junto aos órgãos de classe da enfermagem e onde se fizer necessário; trabalhar de forma interconectada com as demais coordenações, gerências e direção da organização;

12) Realizar relatórios da gerência assistencial mensalmente e encaminhar para todas coordenações inclusive diretoria.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS: 1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Enfermagem DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão Hospitalar, Terapia Intensiva, Gestão de Pessoas e/ ou áreas afins	**Experiência**	Desejável 01 ano no exercício do próprio cargo;
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 26	**Informática**	Pacote Office (Word, Excel, Power Pont); TOTVS; Sigquali; Fluig; GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Domínio da lei nº 7498, 25 de junho de 1986 lei do exercício das atividades da enfermagem; - Domínio da utilização da Serviço Hospitalar de Enfermagem e dimencionamento nas áreas assistenciais; - Conhecimento de gestão hospitalar e a inserção da assistência; - Domínio dos indicadores gerenciais que envolve o processo assistencial; - Conhecimento das normas regulamentadoras dos orgãoes oficiais que padronizam e fundamentam a assistência como as RDC's e Anvisa; - Conhecimento nas ferramentas da qualidade; - Conhecimento de Infecção Hospitalar; - Domínio de segurança do paciente; - Conhecimento de tecnologias na área da saúde; - Conhecimento dos processos de gestão de pessoas.	**Observações**	REGISTRO NO CONSELHO DE CLASSE.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ASSISTENCIAL/ ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ASSISTENCIAL/ ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

Versão: 002/2024
Alterado em: 23/09/2024

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR DE SERVIÇOS / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4101-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01) Coordenar serviços gerais; serviço de malote; instalações; Coordenar serviço de higiene, limpeza e rouparia;

02) Coordenar e monitorar serviços terceiros;

03) Coordenar e supervisionar rotinas administrativas; Delegar funções; Orientar a execução das normas e rotinas; Analisar o funcionamento das rotinas; Supervisionar cronogramas; Propor medidas de simplificação e melhorias dos processos de trabalho;

04) Controlar abastecimento de estoque (Mat/Med);

05) Coordenar equipe; Requisitar pessoal; Definir e gerenciar escala de trabalho; Avaliar desempenho da equipe; Remanejar pessoal; Apurar frequência ao trabalho; Gerenciar benefícios;

06) Manter rotinas referente ao suprimentos; Controlar verbas; Monitorar metas;

07) Triar informações; Divulgar informações; Esclarecer dúvidas; Intermediar equipes; Elaborar documentos e relatórios; Preencher formulários;

08) Desenvolver treinamentos do programa de educação continuada para manter atualizada a equipe de profissionais do setor;

09) Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;

10) Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores;

11) Atender e disseminar todas as determinações que constam nos PRS do RH;

12) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR DE SERVIÇOS / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração, Ciências Contábeis, Direito e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Urgência e Emergência, Gestão de Saúde, Gestão Hospitalar ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável experiência de 06 meses a 01 ano na função
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - VIVER; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento das rotinas administrativas; - Conhecimento de Gestão Hospitalar; - Conhecimento de código de ética e condutas administrativas; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Conhecimento de atendimento de urgência e emergência adulto e pediátrico. - Noção da NR 32 - Tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. - Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - Noção do Manual de Acreditação ONA; - Conhecimento de Hotelaria Hospitalar; - Conhecimento de gerenciamento financeiro; - Conhecimento de Faturamento Hospitalar.	**Observações**	- Ter participado do Programa de Trainee da OSSHMTJ.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR DE SERVIÇOS / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(A180, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(A180, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(A180, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(A180, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(A180, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(A180, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(A180, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(A180, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(A180, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(A180, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(A180, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(A180, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto)

PÓS GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a

Mariana de Magalhães Barbosa Leite,

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente,** realizado no período de 30/08/2019 a 07/05/2022, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juiz de Fora, 5 de maio de 2023.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Registro: 52 Folha:2 Livro:20235001
Juiz de Fora, 5 de maio de 2023

Responsável pelo Registro:

Claudiléia Paiva
Gerente de Pós-Graduação

Assinam esse Certificado: Dr. Jorge Montessi – Diretor Geral, indicado pela Mantenedora, o Professor Djalma Rabelo Ricardo – Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA
Credenciada pela portaria Nº 3726, de 23 dezembro de 2002.
DOU – Diário Oficial da União.

Título do Trabalho Final: RECANTO DA SERRA - INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
Nota: 8

Assinado digitalmente por DJALMA RABELO RICARDO:80531334600 Data: 11/05/2023 09:28:00 -03:00

Assinado digitalmente por ANALICE ALVES ALMEIDA DE OLIVEIRA:79658148620 Data: 11/05/2023 09:37:19 -03:00

Assinado digitalmente por SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITARIA PARA O ENSINO MED:05079440000108 Data: 11/05/2023 09:39:47 -03:00

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Mariana de Magalhães Barbosa Leite, inscrita no CPF sob o número 067.482.636-11, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo - Jataí, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Mariana de Magalhães Barbosa Leite
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Mariana - HEJ
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 60-0F-50-16-A6-D1-3B-ED-71-9C-CC-69-18-6A-DA-2F-D5-53-78-5D
SHA256: 043bcbfcb0a430ed380734aa0f1f7348bc1cd2faf1b634a2896f0f9d1cfc725f

Assinaturas

Nome: Mariana de Magalhaes Barbosa Leite - **CPF/CNPJ:** 067.482.636-11 - **Cargo:** Coordenadora de Licitações
E-mail: marianabarbosa@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 15:21:15
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 15:21:10 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 15:21:12
IP: 201.55.120.193
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante



Assinatura



Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=60-0F-50-16-A6-D1-3B-ED-71-9C-CC-69-18-6A-DA-2F-D5-53-78-5D

HASH TOTVS: 60-0F-50-16-A6-D1-3B-ED-71-9C-CC-69-18-6A-DA-2F-D5-53-78-5D

Declaramos para os fins que fizerem necessário que **Carla Machado dos Santos**, matrícula **19/150222** concluiu nesta Faculdade o curso de Pós-Graduação "*lato-sensu*" **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente** que teve início no dia 30/08/2019 e término em 07/05/2022, com carga horária total de 440 h/a.

Aguardando somente a entrega do certificado de conclusão de curso, o mesmo já requerido com o protocolo de **nº15320**

Juiz de Fora, 13 de julho de 2023

Este documento foi gerado pelo sistema Acadêmico da Faculdade de Ciências Medicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
Para verificar a autenticidade desse documento, acesso o QR Code ao lado ou o site http://portal.suprema.edu.br/Corpore.Net/Source/Rpt-GeradorRelatoriosNet/RM.Rpt.Reports/Anonymous/RptFindReportByGuid.aspx
Identificador do relatório : e7a089e3-6a57-458d-931c-f5672a3709fa

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Carla Machado dos Santos, inscrita no CPF sob o número 023.420.807-43, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo - Jataí, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Carla Machado dos Santos
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Carla - HEJ
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 0A-6D-B2-EB-E4-68-B3-3C-D7-97-79-53-94-43-BE-72-B0-9B-1B-DF
SHA256: 376d29a2e252987d58c95f99645b2533caefda128050aad7065b3bd23cea086c

Assinaturas

Nome: Carla Machado - **CPF/CNPJ:** 023.420.807-43 - **Cargo:** Coordenadora Jurídica
E-mail: carlamachado@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 17:39:34
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 17:39:27 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 17:39:29
IP: 189.95.5.76 - **IPV6:** 2804:388:9041:87e7:b832:c830:85d0:7b42
Geolocalização: -22.906961081699727, -43.1064183616261



Assinatura



Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=0A-6D-B2-EB-E4-68-B3-3C-D7-97-79-53-94-43-BE-72-B0-9B-1B-DF

HASH TOTVS: 0A-6D-B2-EB-E4-68-B3-3C-D7-97-79-53-94-43-BE-72-B0-9B-1B-DF

PÓS GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a

Caroline Ferreira Pereira,

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente,** realizado no período de 30 de agosto de 2019 a 7 de maio de 2022, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juiz de Fora, 15 de julho de 2022.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Caroline Ferreira Pereira, inscrita no CPF sob o número 089.578.106-92, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo - Jataí, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Caroline Ferreira Pereira
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

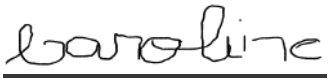
Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Caroline - HEJ
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 75-8E-27-B0-99-82-C9-93-5C-31-BF-13-5E-11-67-06-DB-51-41-6A
SHA256: a80645e51aff031613e52df196161c046dfa62d8a613b5989a6434c1bbc5a22f

Assinaturas

Nome: Caroline Ferreira Pereira - **CPF/CNPJ:** 089.578.106-92 - **Cargo:** Coordenadora do SESMT
E-mail: carolinepereira@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 14:31:12
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 14:30:32 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 14:30:41
IP: 191.56.253.242 - **IPV6:** 2804:389:a21f:c8e6:0:4e:ddbb:e201
Geolocalização: -18.415516, -49.1975623



Assinatura



Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=75-8E-27-B0-99-82-C9-93-5C-31-BF-13-5E-11-67-06-DB-51-41-6A

HASH TOTVS: 75-8E-27-B0-99-82-C9-93-5C-31-BF-13-5E-11-67-06-DB-51-41-6A

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Certificado

A Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a ***Felipe de Souza Rosa****, por haver concluído com freqüência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em* ***MBA - Gestão em Saúde e Segurança do Paciente – Turma 02****, em nível de especialização, realizado no período de 23 de setembro de 2016 a 22 de setembro de 2018, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES Nº1 de 8 de junho de 2007, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.*

Juiz de Fora, 23 de maio 2019.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Registro: 1476 Folha: 122 Livro: 001
Juiz de Fora, 03 de junho de 2019.

Responsável pelo Registro:

Claudiléia Paiva
Gerente de Pós-Graduação

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA

Credenciada pela portaria Nº 3726, de 23 dezembro de 2002.
DOU – Diário Oficial da União.

Assinam esse Certificado: Dr. Jorge Montessi – Diretor Geral Pró-têmpore, indicado pela Mantenedora, o Professor Djalma Rabelo Ricardo – Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão.

Título do Trabalho Final: CLÍNICA DE ULTRASSONOGRAFIA MÓVEL.
Nota: 10,0.

Coordenadores de Curso:

Professor Flirton Rigatini

Professor José Mariano Soares de Moraes

Professora Cassiana Gil Prates

Professor Luiz Carlos Marzano

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Felipe de Souza Rosa, inscrito no CPF sob o número 080.262.966-05, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo - Jataí, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Felipe de Souza Rosa
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

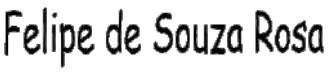
Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Felipe - HEJ
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 68-DA-51-4D-CD-09-BE-E6-CC-D1-27-19-C4-C5-5A-F9-17-92-DB-61
SHA256: d08d927daf9105eafd9a24920e0c5d20aff4d6183f354bf99216c87cad709719

Assinaturas

Nome: Felipe de Souza Rosa - **CPF/CNPJ:** 080.262.966-05 - **Cargo:** Coordenador de Comunicação e Marketing
E-mail: felipesouza@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 15:03:20
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 15:02:54 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 15:02:57
IP: 143.202.128.78
Geolocalização: -16.7051433, -49.2409122



Assinatura



Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=68-DA-51-4D-CD-09-BE-E6-CC-D1-27-19-C4-C5-5A-F9-17-92-DB-61

HASH TOTVS: 68-DA-51-4D-CD-09-BE-E6-CC-D1-27-19-C4-C5-5A-F9-17-92-DB-61

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

CERTIFICADO DE ESPECIALIZAÇÃO

O Reitor da Universidade Federal de Juiz de Fora, no uso de suas atribuições, certifica que **KLEITON OLIVEIRA VIANELO,** nascido em 29 de agosto de 1983, natural do estado de Minas Gerais, concluiu o **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CAPACITAÇÃO DE GERENTES HOSPITALARES - PROHOSP, aprovado pela Resolução nº 48/2008-CSPP,** ministrado no período de 28/08/2010 a 16/07/2011 com 540 horas/aula, outorgando-lhe o presente certificado para que possa gozar de todas as prerrogativas inerentes ao título.

Juiz de Fora, 12 de junho de 2013.

José Fonseca Marangon

Henrique Duque de Miranda Chaves Filho
Reitor

1360

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SUPREMA	**Título:** Declaração de Conclusão	Folha: 1 / 1

Declaramos para os fins que fizerem necessário que **Kleiton Oliveira Vianelo**, matrícula **12/150040** concluiu nesta Faculdade o curso de Pós-Graduação "*lato-sensu*" **Governança Clínica e Segurança da Assistência Hospitalar** que teve início no dia 10/08/2012 e término em 22/03/2014, com carga horária total de 380 h/a.
Aguardando somente a entrega do certificado de conclusão de curso, o mesmo já requerido com o protocolo de **nº15321**

Juiz de Fora, 13 de julho de 2023

Este documento foi gerado pelo sistema Acadêmico da Faculdade de Ciências Medicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
Para verificar a autenticidade desse documento, acesso o QR Code ao lado ou o site http://portal.suprema.edu.br/Corpore.Net/Source/Rpt-GeradorRelatoriosNet/RM.Rpt.Reports/Anonymous/RptFindReportByGuid.aspx
Identificador do relatório : 14d905fd-21ca-4929-9af6-5eceb5eecd53

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Kleiton Oliveira Vianelo, inscrita no CPF sob o número 058.731.106-11, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo - Jataí, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Kleiton Oliveira Vianelo
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Kleiton - HEJ
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 16-8F-91-B2-E6-F7-E3-92-7A-BB-75-A6-0B-4E-AB-06-0A-3C-DD-AA
SHA256: d555d890698735ff972d0f17e1fab00f01b3eeaa2b2a8e88733d32478b19fc8d

Assinaturas

Nome: Kleiton Oliveira Vianelo - **CPF/CNPJ:** 058.731.106-11 - **Cargo:** Gerente de Recursos Humanos
E-mail: kleitonvianelo@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 16:01:18
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 16:01:10 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 16:01:13
IP: 189.93.247.203 - **IPV6:** 2804:389:b180:7c6a:a8e0:f2ad:20a3:fd4f
Geolocalização: -21.804355711671274, -43.37226696020014



Assinatura



Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=16-8F-91-B2-E6-F7-E3-92-7A-BB-75-A6-0B-4E-AB-06-0A-3C-DD-AA

HASH TOTVS: 16-8F-91-B2-E6-F7-E3-92-7A-BB-75-A6-0B-4E-AB-06-0A-3C-DD-AA

PÓS GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a

Leandro Bonoto Marchito,

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente,** realizado no período de 30 de agosto de 2019 a 7 de maio de 2022, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juiz de Fora, 31 de maio de 2022.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Leandro Bonoto Marchito, inscrita no CPF sob o número 083.197.636-57, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo - Jataí, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Leandro Bonoto Marchito
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Leandro - HEJ
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: A2-E2-B3-11-30-57-E4-A8-72-CF-2A-82-40-67-AE-55-6E-50-BD-E9
SHA256: 1941aaf44620de67a20d19957099d765bfa62dbc35e506985016ac858872e714

Assinaturas

Nome: Leandro Bonoto Marchito - **CPF/CNPJ:** 083.197.636-57 - **Cargo:** Coordenador de Contratos
E-mail: leandrobonoto@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 14:31:38
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 14:31:31 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 14:31:33
IP: 186.233.41.213
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante



Assinatura



Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=A2-E2-B3-11-30-57-E4-A8-72-CF-2A-82-40-67-AE-55-6E-50-BD-E9

HASH TOTVS: A2-E2-B3-11-30-57-E4-A8-72-CF-2A-82-40-67-AE-55-6E-50-BD-E9

PÓS GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a

Jefferson Luiz da Silva Mendonça,

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente,** realizado no período de 30 de agosto de 2019 a 7 de maio de 2022, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juiz de Fora, 31 de maio de 2022.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 : CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Jefferson Luiz da Silva Mendonça, inscrita no CPF sob o número 090.054.946-70, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo - Jataí, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Jefferson Luiz da Silva Mendonça
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Jefferson - HEJ
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 78-7E-ED-2F-4C-B0-13-9E-E7-5F-8C-19-F1-BA-62-2E-1F-E5-8E-4F
SHA256: f44e214c3ab300122f66ba3d94d0b51ffd693d9dae9bee2ec25b1ecc47b4ae70

Assinaturas

Nome: Jefferson Luiz da Silva Mendonça - **CPF/CNPJ:** 090.054.946-70 - **Cargo:** Gerente de Suprimentos
E-mail: jeffersonmendonca@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 14:15:11
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 14:15:01 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 14:15:04
IP: 186.233.41.213
Geolocalização: -21.79072, -43.3586176



Assinatura



Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=78-7E-ED-2F-4C-B0-13-9E-E7-5F-8C-19-F1-BA-62-2E-1F-E5-8E-4F

HASH TOTVS: 78-7E-ED-2F-4C-B0-13-9E-E7-5F-8C-19-F1-BA-62-2E-1F-E5-8E-4F

PÓS GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a

Andreia Monteiro Baptista de Andrade,

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente,** realizado no período de 30/08/2019 a 07/05/2022, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juiz de Fora, 18 de agosto de 2023.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA

1370

Registro: 114 Folha:3 Livro:20235001
Juiz de Fora, 18 de agosto de 2023

Responsável pelo Registro:

Claudiléia Paiva
Gerente de Pós-Graduação

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA
Credenciada pela portaria Nº 3726, de 23 dezembro de 2002.
DOU – Diário Oficial da União.

Assinam esse Certificado: Dr. Jorge Montessi – Diretor Geral, indicado pela Mantenedora, o Professor Djalma Rabelo Ricardo – Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão.

Título do Trabalho Final: PLANO DE PREVENÇÃO DA SAÚDE
Nota: 9

Assinado digitalmente por DJALMA RABELO RICARDO:80531334600
Data: 18/08/2023 11:48:54 -03:00

Assinado digitalmente por ANALICE ALVES ALMEIDA DE OLIVEIRA:79658148620
Data: 18/08/2023 11:49:39 -03:00

Assinado digitalmente por SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITARIA PARA O ENSINO MED:05079440000108
Data: 18/08/2023 11:50:25 -03:00

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Andreia Monteiro Baptista de Andrade, inscrita no CPF sob o número 022.107.347-70, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo - Jataí, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Andreia Monteiro Baptista de Andrade
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Andreia - HEJ
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: D5-C8-83-B8-C3-4C-EB-1B-F5-39-C3-79-96-73-BF-DA-ED-7D-E7-E8
SHA256: 61b86fe46b53764c0e022843a6a2a671106d08dd78320c39a0a0510fa5d7d25a

Assinaturas

Nome: andreia monteiro baptista de andrade - **CPF/CNPJ:** 022.107.347-70 - **Cargo:** coordenadora financeira
E-mail: andreiamonteiro@hmtj.org.br - **Data:** 20/09/2024 18:51:02
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 18:50:54 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 18:50:55
IP: 152.255.122.79 - **IPV6:** 2804:18:4084:ab19:a17b:1a9e:9e9a:e0ac
Geolocalização: -21.77823873148617, -43.359150019490635



Assinatura **Rubrica**

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=D5-C8-83-B8-C3-4C-EB-1B-F5-39-C3-79-96-73-BF-DA-ED-7D-E7-E8

HASH TOTVS: D5-C8-83-B8-C3-4C-EB-1B-F5-39-C3-79-96-73-BF-DA-ED-7D-E7-E8

QUALIDADE TECNICA

Experiência Mínima de 1 ano da diretoria e gerência em gestão de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade com documento comprobatório de interesse

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o **Dr. Igor Vitoi Cangussu**, CRM MG 58375, é Diretor Clínico do **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus desde o ano de 2022 até a presente data**. Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência no gerenciamento e administração de Unidade Hospitalares, tendo por atribuição, dentre outras, dirigir e coordenar o Corpo Clinico da Instituição, supervisionar a execução das atividades de assistência médica, organização da escala de plantonistas, zelando para que não existam lacunas durante o período de funcionamento, estimulando e orientado os colaboradores para o atendimento humanizado aos usuários da Unidade.

Sendo o que se apresenta, subscrevemos.

Juiz de Fora, 06 de Setembro de 2024

Alfeu Gomes de Oliveira Júnior
Secretário de Saúde

Alfeu Gomes Oliveira Jr.
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 24 de setembro de 2024 10:44:00 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Dr. Igor Vitoi Cangussu, inscrito no CRM MG sob o número 58375, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo - Jataí, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Igor Vitoi Cangussu
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Igor - HEJ
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 22-98-11-11-EB-77-F1-E8-27-C1-46-09-2D-D6-70-C5-25-8B-17-74
SHA256: fd35db1f931f6b7db68911ca4498799d0e2bc1d883c22d44aadb1a94c16b2e1d

Assinaturas

Nome: Igor Vitoi Cangussu - **CPF/CNPJ:** 070.838.756-00 - **Cargo:** Diretor Clinico
E-mail: igorvitoi@gmail.com - **Data:** 23/09/2024 09:51:35
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
IP: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante
Geolocalização: -21,782012939453125,-43,36438670385677



Assinatura



Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=22-98-11-11-EB-77-F1-E8-27-C1-46-09-2D-D6-70-C5-25-8B-17-74

HASH TOTVS: 22-98-11-11-EB-77-F1-E8-27-C1-46-09-2D-D6-70-C5-25-8B-17-74

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o **Dr. Victor Vitoi Cangussu**, CRM MG 52702, é Diretor Técnico do **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus desde o ano de 2020 até a presente data**. Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência na área médica, administração e gestão, sendo responsável pelos processos assistenciais médicos e não médicos, assim como a garantia das condições técnicas de atendimento na Instituição.

Sendo o que se apresenta, subscrevemos.

Juiz de Fora, 06 de Setembro de 2024

Alfeu Gomes de Oliveira Júnior
Secretário de Saúde

Alfeu Gomes Oliveira Jr.
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 24 de setembro de 2024 10:44:00 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Dr. Victor Vitoi Cangussu, inscrita no CRM MG sob o número 52702, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo - Jataí, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Victor Vitoi Cangussu
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

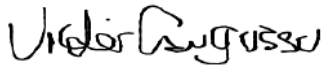
Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Victor - HEJ
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: E4-43-5E-12-F2-85-69-DF-67-66-4B-D5-39-F7-DF-EC-8F-45-4C-B5
SHA256: 075bb81f2332ae4f7ae0154d42fa8320afc2e575f2e7ba49154bc4126c1f811a

Assinaturas

Nome: Victor Vitoi Cangussu - **CPF/CNPJ:** 071.200.576-50 - **Cargo:** Diretor Técnico
E-mail: victorcangussu@hmtj.org.br - **Data:** 23/09/2024 12:09:11
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 23/09/2024 12:09:06 - **Leitura completa em:** 23/09/2024 12:09:10
IP: 152.255.122.96 - **IPV6:** 2804:18:408b:1038:a480:fa2b:fcf7:ae4c
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante



Assinatura



Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=E4-43-5E-12-F2-85-69-DF-67-66-4B-D5-39-F7-DF-EC-8F-45-4C-B5

HASH TOTVS: E4-43-5E-12-F2-85-69-DF-67-66-4B-D5-39-F7-DF-EC-8F-45-4C-B5

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o **Dr. Marco Antônio Guimarães de Almeida**, CPF 485.399.066-34, é Diretor Presidente do **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus desde o ano de 2021 até a presente data**. Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência e habilidade de organização e liderança para supervisionar funcionários e garantir a conformidade com as Políticas e com os Regulamentos.

Sendo o que se apresenta, subscrevemos.

Juiz de Fora, 06 de Setembro de 2024

Alfeu Gomes de Oliveira Júnior
Secretário de Saúde

Alfeu Gomes Oliveira Jr.
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 24 de setembro de 2024 10:44:00 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Marco Antônio Guimarães de Almeida, inscrita no CPF sob o número 485.399.966-34, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo - Jataí, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Marco Antônio Guimarães de Almeida
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Marco - HEJ
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 94-CD-F0-97-06-10-D0-B4-1F-E1-68-85-AA-DC-72-16-24-F7-B8-B2
SHA256: c8f7d4bf9f0720e10ac14496d7b7c8814be6faa58ccb7078316e97dbdec54532

Assinaturas

Nome: Marco Antônio Guimarães de Almeida -**CPF/CNPJ:** 21.583.042/0001-72 - **Cargo:** Diretor Presidente
E-mail: marcoantonio@hmtj.org.br - **Data:** 23/09/2024 09:32:14
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 23/09/2024 09:32:01 - **Leitura completa em:** 23/09/2024 09:32:07
IP: 186.233.41.210
Geolocalização: -21.7782292, -43.359307



Assinatura



Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=94-CD-F0-97-06-10-D0-B4-1F-E1-68-85-AA-DC-72-16-24-F7-B8-B2

HASH TOTVS: 94-CD-F0-97-06-10-D0-B4-1F-E1-68-85-AA-DC-72-16-24-F7-B8-B2

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o Dr. **Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba, CPF 261.429.297-49**, é Diretor Financeiro do **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus desde o ano de 2016 até a presente data**. Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência na administração e gestão financeira da Entidade, sendo responsável pelos processos e atividades de Controladoria, Orçamento e Custos, Contratos e Documentação, além da execução financeira, Tecnologia da Informação bem como os Sistemas de Apoio Operacional.

Sendo o que se apresenta, subscrevemos.

Juiz de Fora, 06 de Setembro de 2024

Alfeu Gomes de Oliveira Júnior
Secretário de Saúde

Alfeu Gomes Oliveira Jr.
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 24 de setembro de 2024 10:44:00 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba, inscrita no CPF sob o número 261.429.297-49, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo - Jataí, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Benedito - HEJ
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: F9-A6-2F-39-A3-2E-E3-1C-63-DF-96-B1-7F-CC-C3-1F-3A-C0-B2-CE
SHA256: 0743bf3d6e4a7c8c5473c08c5500defeaa51c06e5f07c1b7b68a4d6886f0611c

Assinaturas

Nome: Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba - **CPF/CNPJ:** 261.429.297-49 - **Cargo:** Diretor Financeiro
E-mail: jendiroba@hmtj.org.br - **Data:** 23/09/2024 10:05:27
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 23/09/2024 10:05:21 - **Leitura completa em:** 23/09/2024 10:05:22
IP: 186.233.41.210 - **IPV6:** 2804:2484:964e:101:7d58:a1b6:2b1f:16ac
Geolocalização: -21.784648089532325, -43.3596691503456



Assinatura



Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=F9-A6-2F-39-A3-2E-E3-1C-63-DF-96-B1-7F-CC-C3-1F-3A-C0-B2-CE

HASH TOTVS: F9-A6-2F-39-A3-2E-E3-1C-63-DF-96-B1-7F-CC-C3-1F-3A-C0-B2-CE

Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: **11/09/2023**

Nome Civil: **AGNALDO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR**
CPF: **867.386.901-34**
Data de Nascimento: **21/11/1980**
Sexo: **Masculino**
Nacionalidade: **Brasileiro**
Nome da Mãe: **MARIA DINAIR TAVARES RODRIGUES DA SILVA**

Contratos de Trabalho

- 03/01/2022 - 25/08/2023

Data da projeção do aviso prévio indenizado: **27/09/2023**
INSTITUTO GENNESIS GESTAO EM SAUDE, EDUCACAO E TECNOLOGIA
CNPJ RAIZ: 21.236.845
Endereço: **RUA 9 481 QUADRA25 LOTE 53 SALA**
Ocupação inicial: **131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE**
Tipo de contrato: **Prazo indeterminado**
Tipo de admissão: **Admissão**
Salário contratual: **R$ 20.000,00**
Remuneração inicial: **R$ 16.800,00**
Última remuneração informada: **R$ 17.997,88** (08/2023)
Relação de trabalho: **Empregado**
Fonte da informação: **ESOCIAL**
Anotações:

25/08/2023 - Rescisão Contratual

24/04/2023 - Férias de 15 dia(s) com previsão de encerramento em 08/05/2023

01/06/2022 - Salário definido para R$ 20.000,00

01/05/2022 - Salário definido para R$ 18.000,00

01/05/2022 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

03/01/2022 - Admissão

Observações:

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Agnaldo Rodrigues da Silva Júnior, inscrito no CPF sob o número 867.386.901-34, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo - Jataí, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001- 72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Agnaldo Rodrigues da Silva Júnior
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

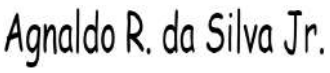
Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Agnaldo - HEJ
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: A5-F1-4F-35-66-11-6E-01-26-B4-D4-E0-69-38-0F-4A-0C-E0-C8-D5
SHA256: 72528674762b5a63e9e2f7995135c2bd71a28c82257a8a9094c3755a41f0509f

Assinaturas

Nome: Agnaldo Rodrigues da Silva Junior - **CPF/CNPJ:** 867.386.901-34 - **Cargo:** Diretoria técnica
E-mail: agnaldosilva@hmtjgo.org.br - **Data:** 20/09/2024 14:32:12
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 20/09/2024 14:31:56 - **Leitura completa em:** 20/09/2024 14:32:00
IP: 187.43.163.45 - **IPV6:** 2804:389:a289:c014:71eb:b8d1:ae77:562e
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante



Assinatura **Rubrica**

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=A5-F1-4F-35-66-11-6E-01-26-B4-D4-E0-69-38-0F-4A-0C-E0-C8-D5

HASH TOTVS: A5-F1-4F-35-66-11-6E-01-26-B4-D4-E0-69-38-0F-4A-0C-E0-C8-D5

Atestado

Hospital do Coração Anis Rassi, inscrita no CNPJ/MF n. 01.145.407/001-70, com sede na Rua 09 St. Oeste Goiânia/ Go | CEP: 74.110-020 atesta que o Dr. Raimundo Nonato Diniz Rodrigues Filho, inscrito no CRM GO sob o número 12140, é profissional eficiente e com vasta ampla experiência no gerenciamento e administração de Unidades hospitalares.

Atua como Diretor de práticas assistenciais, sem vínculo empregatício, do Hospital do Coração Anis Rassi, desde 01/07/2020 (até a presente data), tendo por atribuição, dentre outras, dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição, supervisionar a execução das atividades de assistência médica, organização da escala de plantonistas, zelando para que não existam lacunas durante o período de funcionamento, estimulando e orientando os colaborares para atendimento humanizado aos usuários da unidade.

Goiânia, 11 de setembro de 2024.

Hospital do Coração Anis Rassi
Dr. Antonio Fernando Carneiro
Diretor Técnico
CRM 5709

Dr Antonio Fernando Carneiro
Diretor técnico

Hospital do Coração
ANIS RASSI
Gilmar Pires
Diretor Executivo - CRA 5564

Sr. Gilmar Pires
Diretor Executivo

Dr. Antonio Fernando Carneiro | CRM 5709
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em terça-feira, 24 de setembro de 2024 10:44:00 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Raimundo Nonato Diniz Rodrigues Filho, inscrito no CPF sob o número 877.012.351-91, **MANIFESTO INTERESSE** em atuar na equipe de gerência (direção) do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ,** localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo - Jataí, no Estado de Goiás sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 19 de setembro de 2024

Raimundo Nonato Diniz Rodrigues Filho
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
(Assinatura eletrônica)

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Declaração Interesse Nonato - HEJ
Autor: Ana Carolina Duzzi - anacarolinasilva@hmtj.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: DA-5D-B7-38-2E-05-86-B1-8F-82-D2-2D-D4-31-1B-FC-80-A2-7E-FE
SHA256: bc869dd210595e8da2f11f27059535995bef4ee627eb70858b0de9d65d1ee70d

Assinaturas

Nome: RAIMUNDO NONATO DINIZ RODRIGUES FILHO -**CPF/CNPJ:** 877.012.351-91
E-mail: nonatofilho@yahoo.com.br - **Data:** 23/09/2024 09:15:13
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 23/09/2024 09:14:56 - **Leitura completa em:** 23/09/2024 09:14:58
IP: 172.225.83.40 - **IPV6:** 2a02:26f7:e514:5800:0:8566:4d9a:d7b8
Geolocalização: -12.950636848297208, -38.39081578246702



Assinatura



Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=DA-5D-B7-38-2E-05-86-B1-8F-82-D2-2D-D4-31-1B-FC-80-A2-7E-FE

HASH TOTVS: DA-5D-B7-38-2E-05-86-B1-8F-82-D2-2D-D4-31-1B-FC-80-A2-7E-FE