

3. CRITÉRIO C - TÉCNICA

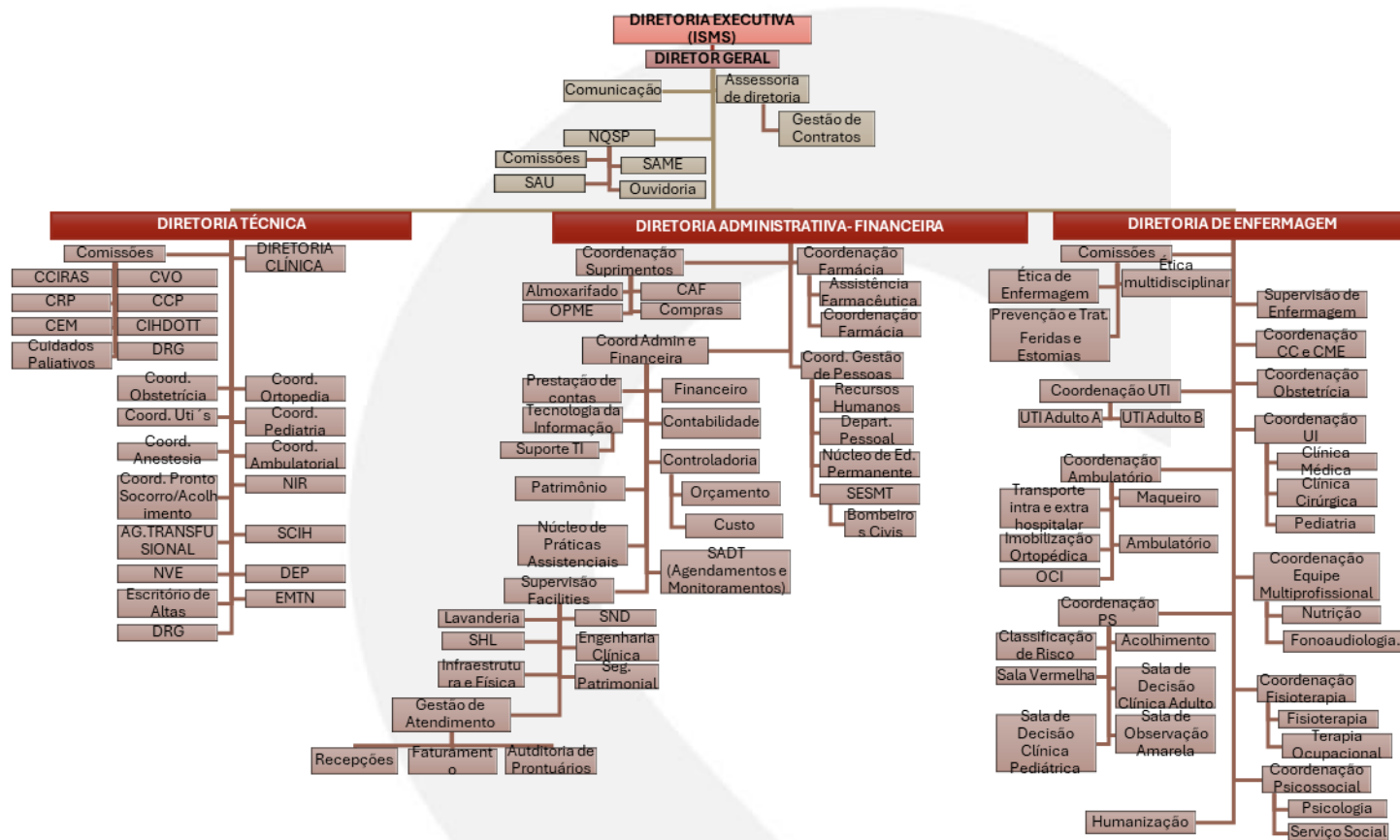
3.1. Estrutura diretiva do Hospital

3.1.1. Apresentação de organograma indicando os profissionais que ocuparão os dois primeiros níveis, com as suas devidas qualificações e a definição das competências de cada cargo.

Em observância ao disposto no Edital de Convocação Pública Nº 001/2025/SES, encontra-se descrito organograma com a estrutura diretiva proposta para Gerenciar, administrar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, onde a estrutura mais elevada desempenha a função de Diretor Geral, apoiado por diretores a saber: **Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa-Financeira, diretoria de Enfermagem**, onde cada Diretoria está estruturada a fim de melhor atender as necessidades específicas de cada uma, apoiada pelas Coordenações.

O **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** de acordo com o dimensionamento de Recursos Humanos apresenta Organograma, buscando sinergia nas áreas compatíveis e estruturando as áreas específicas de forma que melhor atenda a demanda de cada hospital abarcado no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**:

3.1.1.1. *Organograma*



3.1.1.2. Definição das Competências da Estrutura Diretiva

DIRETOR GERAL – COMPETÊNCIAS

- Autoridade maior na unidade que desempenha a função de Direção Hospitalar
- Organizar e dirigir os setores sob sua responsabilidade, participando efetivamente da elaboração do planejamento estratégico da Instituição,
- Administrar as gestões e manter atualizada a documentação da instituição
- Garantir a eficiência dos serviços prestados.
- Assegurar a satisfação dos pacientes.
- Gerenciar recursos humanos, financeiros e materiais.
- Garantir a conformidade com as normas de saúde e segurança.
- Manter a instituição atualizada com as melhores práticas médicas.
- Promover a educação contínua dos profissionais de saúde.
- Promover a pesquisa clínica.
- Implementar o plano estratégico da empresa;
- Liderar e orientar as equipes de diversas áreas na UNIDADE, direcionando os times para o cumprimento e atingimento das metas;
- Cuidar do controle de qualidade dos produtos e serviços;
- Trabalhar para o atingimento de metas de resultados operacionais;
- Analisar o mercado constantemente, buscando identificar novos planos de desenvolvimento para o negócio;
- Tomar decisões sobre atividades de comunicação, operação e/ou negócios;
- Analisar relatórios e indicadores, visando o atingimento das metas corporativas;
- Gerir recursos disponíveis e ajustar orçamentos operacionais para cumprimento dos contratos;
- Monitorar o controle de qualidade de produtos e serviços;
- Orientar o RH sobre contratações e demissões;
- Sugerir programas de treinamento e de capacitação;
- Gerir processos de solicitar e verificar necessidades de materiais e recursos;

- Avaliar o desempenho dos funcionários e dar feedbacks construtivos
- Analisar informações financeiras visando identificar oportunidades de melhoria no desempenho das atividades de operações;
- Estabelecer metas e objetivos estratégicos identificando nossos planos de desenvolvimento a fim de otimizar o tempo e reduzir custos nas operações dos serviços prestados;
- Assegurar que a organização trabalhe em conformidade com os regulamentos e a lei.
- Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores, gerenciando os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados;
- Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Código de Integridade, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;
- Analisar criticamente os indicadores gerenciais, os de gestão de pessoas (rotatividade e absenteísmo) e os custos do setor, cumprindo as metas definidas pela instituição.
- 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 inerentes à sua função e/ou quando solicitadas pelo superior imediato, de acordo com a necessidade da instituição.

DIRETOR TÉCNICO – COMPETÊNCIAS

- Assegurar as condições para a excelência da assistência médica, contribuindo com a continuidade do plano terapêutico;
- Estabelecer e difundir os protocolos técnicos, éticos e administrativos e estabelecer estratégias;
- Prestar assistência aos pacientes do Hospital através da avaliação clínica, levantamento do diagnóstico, prescrição de procedimentos, medicações ou exames, visando a recuperação da saúde;
- Estabelecer e fazer cumprir a escala de serviços médicos;
- Acompanhar permanentemente os dados estatísticos, clínicos e plano terapêutico dos pacientes, intervindo sempre que necessário;
- Definir os critérios clínicos de admissão e alta dos pacientes;

- Assegurar o pleno funcionamento das Comissões de Ética Médica;
- Representar a Instituição em suas relações com autoridades sanitárias e outras;
- Identificar e realizar visita aos melhores benchmarks disponíveis no mercado;
- Desenvolver e motivar os líderes médicos e respectivas equipes;
- Realizar outras tarefas correlatas. Atuar dentro das diretrizes estratégicas e operacionais estabelecidas em conjunto com a contratante;
- Garantir com que a Instituição obtenha o resultado econômico-financeiro projetado;
- Reportar ao Diretor Operacional sobre as questões a serem resolvidas, as ações executadas na unidade, com o objetivo de mantê-lo atualizado;
- Prestar contas e apresentar resultados mensais;
- Realizar outras tarefas correlatas.

DIRETOR ADMINISTRATIVO FINANCEIRO – COMPETÊNCIAS

- Planejar, organizar, controlar e dirigir todas as áreas administrativas, econômicas e financeiras da Instituição;
- Planejar, acompanhar e executar o orçamento financeiro da unidade;
- Participar da elaboração do planejamento estratégico da Instituição;
- Administrar os serviços, de modo a assegurar a regularidade de seu funcionamento;
- Zelar pela exatidão das informações que são levantadas para composição da prestação de contas mensal;
- Manter atualizados os registros e alvarás dos serviços que exigirem essa providência;
- Estabelecer sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;
- Programar o orçamento do exercício seguinte;
- Manter sistemas de avaliação contínua;
- Autorizar a emissão de cheques e ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira;
- Preencher os relatórios mensais;
- Realizar outras tarefas correlatas.

DIRETOR DE ENFERMAGEM – COMPETÊNCIAS

- Avaliar estrutura física das Unidades, identificar fluxos e processos, seguindo roteiro pré-elaborado, objetivando a realização de relatórios diagnósticos;
- Atuar de forma humanizada visando sempre a melhoria dos procedimentos assim como a qualidade do serviço prestado;
- Avaliar o dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem e equipe multiprofissional, visando realizar a avaliação financeira e elaboração de relatórios de diagnóstico e estudos de viabilidade;
- Realizar pesquisas de procedimentos e novas práticas de enfermagem e equipe multiprofissional, com o objetivo de manter as referências e atender a legislação;
- Atualizar e rever os processos do departamento, de acordo com o padrão de qualidade Institucional;
- Participar do programa de qualidade e segurança do paciente da Instituição, através de reuniões e discussões do programa;
- Elaborar e controlar cronogramas integrados aos projetos;
- Elaborar, apresentar e acompanhar relatórios de indicadores das Unidades;
- Organizar material levantado e disponibilizar nas pastas de rede para públicos específicos, mantendo comunicação efetiva e regular com as Unidades;
- Executar outras tarefas correlatas à área.

3.1.1.3. Indicação dos profissionais que ocuparão os dois primeiros níveis com as suas devidas qualificações

DIRETOR GERAL	ALEX MARQUES CRUZ
DIRETOR TÉCNICO	LUCAS VERGANI
DIRETOR ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	MATHEUS IAGO COUTINHO GOMES
DIRETOR DE ENFERMAGEM	MONICA BIANCA BRASIL XAVIER BARROS

A documentação comprobatória está disponibilizada no Item 4.1.2 – Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação.

APRESENTAÇÃO DO PROFISSIONAL

ALEX MARQUES CRUZ

Alex Marques Cruz é um gestor experiente, com mais de 18 (dezoito) anos dedicados à administração de serviços públicos de saúde. Especialista em Gestão Hospitalar, com diversas pós-graduações, incluindo Gestão Pública, Gestão em Saúde e Direito Sanitário, Alex possui ampla vivência na gestão técnica, assistencial e operacional de hospitais de diferentes portes, sempre com foco na qualidade, eficiência e sustentabilidade dos serviços prestados.

Atualmente, desde agosto de 2025, Alex exerce a função de Diretor Geral do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, unidade referência em média e alta complexidade na região de Ponta Porã-MS, com 117 leitos.

Em sua atuação, lidera a execução do planejamento estratégico, a reestruturação de processos internos, a gestão de equipes multiprofissionais e a integração das redes estadual e municipal de saúde. Também é responsável pela governança financeira da instituição, que conta com um orçamento mensal superior a R\$ 7,8 milhões, além da coordenação dos processos de acreditação e segurança do paciente.

Entre julho de 2021 e julho de 2025, atuou como Diretor Geral do Hospital Regional de Cirurgia da Grande Dourados (HRCGD), unidade de média complexidade com 32 leitos, consolidando a unidade como referência regional em atendimento humanizado e gestão por resultados. Implementou metodologias de controle de custos, planos de metas e indicadores assistenciais, sempre em consonância com os contratos de gestão pactuados com o poder público.

Entre agosto de 2019 e março de 2021, foi Diretor Geral do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRAS), com 340 leitos, onde liderou projetos de expansão, reestruturação de serviços e implementação de práticas alinhadas à certificação ONA. Sua gestão foi marcada pelo aumento da resolutividade assistencial e pela eficiência na alocação de recursos.

Em 2021, também assumiu a função de Diretor Administrativo e Financeiro do Hospital Municipal de Santarém Dr. Alberto Tolentino Sotelo, onde foi responsável pela gestão integrada do hospital e da UPA vinculada, coordenando orçamento superior a R\$ 5 milhões mensais.

De janeiro de 2017 a junho de 2019, ocupou o cargo de Gestor Municipal de Saúde de Glicério (SP), sendo também membro titular do CIR e do Grupo Técnico de Judicialização do DRS de Araçatuba. Nesse período, desenvolveu políticas públicas e estratégias de regionalização, alinhando as práticas locais às diretrizes nacionais do SUS.

Alex também possui expertise em planejamento orçamentário, implantação de processos de controladoria e estruturação de unidades hospitalares. Domina ferramentas como Tasy, ApuraSUS, Interact, PR Sistemas e Senior, sendo reconhecido por sua habilidade em liderar equipes, monitorar indicadores e implantar projetos de melhoria contínua.

Sua trajetória é marcada pela consistência em entregar resultados, otimizar recursos e fortalecer a gestão pública em saúde, sendo referência em liderança técnica e institucional no setor hospitalar brasileiro.

APRESENTAÇÃO DO PROFISSIONAL

LUCAS VERGANI

Lucas Vergani é um médico especializado em gestão de qualidade e segurança do paciente, com uma sólida formação acadêmica que inclui especializações em Gestão de Qualidade e Segurança do Paciente pelo Hospital Sírio-Libanês e em Lean na Saúde pelo Lean Institute Brasil. Além disso, ele possui dois MBAs, um em Perícia, Auditoria e Qualidade em Sistemas de Saúde e outro em Gestão em Organizações de Saúde, Hospitais e Clínicas, ambos pela DALMASS.

Atualmente, Lucas atua como Diretor Técnico do Hospital Regional Público do Tapajós, que conta com 157 (cento e cinquenta e sete) leitos. Nesta função, ele é responsável pela gestão do corpo clínico médico-assistencial, gerenciando escalas e contratos médicos, desenvolvendo e implementando protocolos assistenciais, e atuando ativamente na capacitação das equipes multiprofissionais. Ele também acompanha as rotinas assistenciais nos diferentes setores da unidade, gerencia a alta governança assistencial e desenvolve projetos estratégicos de melhoria contínua, sempre com foco na alta performance e no uso racional dos recursos. Seu trabalho é pautado na entrega de resultados operacionais favoráveis, com foco no cuidado centrado no paciente e na qualidade e satisfação dos usuários do SUS.

Anteriormente, Lucas ocupou diversos cargos de destaque, incluindo Head Assistencial e Diretor de Qualidade em Gestão e Saúde na Gestão Onsaúde, onde desenvolveu estratégias para melhorar a eficiência operacional e a qualidade dos serviços assistenciais, além de garantir a integração eficaz dos serviços de saúde e gerenciar equipes multidisciplinares. Sua trajetória também inclui experiência como Diretor Técnico em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e como Médico Plantonista em diversas unidades de saúde, onde atuou no manejo de pacientes críticos, incluindo aqueles diagnosticados com COVID-19.

Lucas é reconhecido por sua visão sistêmica e humanizada, resiliência e foco em resultados. Seu perfil é marcado pela capacidade de gerenciar processos, desenvolver lideranças e garantir a conformidade com regulamentações e padrões de prática clínica, sempre visando a excelência na assistência à saúde.

APRESENTAÇÃO DO PROFISSIONAL

MATHEUS IAGO COUTINHO GOMES

Matheus Iago Coutinho Gomes é um advogado e gestor hospitalar com sólida formação acadêmica e vasta experiência em administração de saúde. Graduado em Direito pela Universidade da Amazônia (UNAMA), ele possui diversas especializações, incluindo Gestão Hospitalar, Direito Público, Direito da Seguridade Social, e Direito Sanitário. Matheus também está aprimorando suas competências com um MBA em Finanças Corporativas e a certificação Lean Six Sigma Black Belt.

Atualmente, Matheus ocupa o cargo de Diretor Geral no Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA), uma instituição de alta complexidade que conta com 153 (cento e cinquenta e três) leitos. Em sua função, ele é responsável pela elaboração e execução do planejamento estratégico da organização, gestão de custos operacionais e assistenciais, e pela implementação de processos de qualidade e sustentabilidade, alinhados às exigências da Acreditação ONA. Sua atuação é marcada pela liderança em negociações institucionais, pela gestão eficiente de serviços de terceiros e pela representação da instituição junto a órgãos de controle e à sociedade.

Antes de sua atual posição, Matheus também foi Diretor Geral no Hospital Regional Público do Tapajós, que possui 157 (cento e cinquenta e sete) leitos, onde liderou a reestruturação e implementação de projetos estratégicos, destacando-se na gestão de indicadores e no controle de contratos, sempre com foco na melhoria contínua dos processos e na segurança do paciente.

Matheus é reconhecido por sua capacidade de identificar e analisar dados para o aprimoramento dos processos e resultados em instituições de saúde. Com ampla experiência em gestão hospitalar e conhecimento profundo dos sistemas de saúde, ele tem contribuído significativamente para o desenvolvimento e a excelência das instituições em que atua, sempre buscando a ampliação de serviços e a eficiência na utilização dos recursos.

APRESENTAÇÃO DO PROFISSIONAL

MONICA BIANCA BRASIL XAVIER BARROS

Monica Bianca Brasil Xavier Barros é uma enfermeira graduada com seis anos de experiência, especialmente focada na área de gestão hospitalar. Ao longo de sua carreira, Monica se especializou em processos de qualidade e segurança do paciente, adquirindo qualificações em instituições renomadas como o Hospital Sírio-Libanês, onde está atualmente cursando um Mestrado Profissional em Gestão.

Atualmente, Monica atua no Hospital Regional do Baixo Amazonas, que conta com 153 (cento e cinquenta e três) leitos, onde desempenha o papel de Gerente Assistencial. Nesta função, ela é responsável pelo gerenciamento das áreas sob sua responsabilidade, com foco no mapeamento, organização e mitigação de riscos. Monica trabalha para garantir o cumprimento das metas contratuais e do planejamento estratégico, sempre contribuindo para uma gestão eficiente e eficaz, assegurando a segurança do paciente.

Sua trajetória profissional inclui uma sólida experiência em coordenação de equipes de enfermagem e multiprofissionais, desenvolvimento de processos de melhoria contínua, capacitação de equipes, e controle de qualidade de processos. Monica também participou de auditorias de Acreditação com a metodologia ONA 3 e é conhecida por sua habilidade em desenvolver ações de mitigação de riscos e gerenciamento dentro das unidades sob sua supervisão.

Além de sua experiência prática, Monica possui um forte *background* acadêmico, incluindo um mestrado em Ciências Políticas pela UFOPA e diversas certificações em áreas como gestão em saúde, oncologia clínica, e UTI neonatal. Suas competências incluem o uso de ferramentas de gerenciamento de projetos, expertise em controle de qualidade, comunicação assertiva, e gestão de pessoas.

Monica Bianca Brasil Xavier Barros é uma profissional dedicada, com uma visão ampla e eficiente da gestão hospitalar, sempre em busca de novas oportunidades de crescimento e disposta a somar ao serviço com seu conhecimento e experiência.

3.2. Implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar

3.2.1. Apresentação quadro de pessoal médico compatível com as atividades propostas no Plano de Trabalho, constando forma de vínculo, horário e, quando for o caso, título de especialista dos responsáveis pelos serviços (observar a legislação para cada caso).

Em atendimento ao **Item 3.2.1**, o **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** apresenta o **quadro de pessoal médico compatível com as atividades propostas no Plano de Trabalho**, devidamente estruturado por **área de atividade**, com a devida **separação por ambiente assistencial**.

A composição da equipe médica foi dimensionada com base nas metas assistenciais e operacionais pactuadas, no perfil epidemiológico da população atendida, e nos indicadores de desempenho e qualidade definidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.

Perfil Epidemiológico e Assistencial

O Hospital Regional Dr. José de Simone Netto é referência para uma população que demanda atenção especializada em média e alta complexidade, com foco em:

- Urgência e emergência (PA adulto, pediatria, sala vermelha).
- Internações clínicas e cirúrgicas.
- Centro cirúrgico com múltiplas especialidades.
- Maternidade e obstetrícia.
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
- Ambulatório de especialidades e Ofertas de Cuidado Integrado (OCI).
- Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT).

O nosso corpo clínico e toda condução dos serviços médicos está sob a gestão da diretoria técnica, sendo o diretor técnico graduado em medicina, com especialização em gestão de saúde e processos de gestão hospitalar

Para as áreas assistenciais contamos com coordenação com especialistas nas áreas clínica e cirúrgicas, representando a responsabilidade técnica e a linearidade clínica.

Os especialistas das áreas de hematologia e hemoterapia, infectologia e Nefrologia, desenvolvem a parte assistencial de suas especialidades, com também a gestão das áreas de:

Agência transfusional, SCIH e Terapia Renal Substitutiva em nosso serviço

A estrutura assistencial está organizada para atender demandas reguladas, com foco em linhas de cuidado prioritárias, como ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia, cardiologia e urologia.

O **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** informa que os profissionais médicos estão vinculados preferencialmente por meio de **Pessoa Jurídica (PJ)**, e atuam em **horários compatíveis com a dinâmica assistencial de cada serviço**, incluindo escalas diurnas, noturnas e plantões de 6h, 12h, 24h diário, interconsultas, visitas, procedimentos cirúrgicos e consultas ambulatoriais.

Além disso, o **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** reafirma seu **compromisso com a excelência na prestação dos serviços médicos**, garantindo que todos os profissionais responsáveis pelos serviços possuem **título de especialista com Registro de Qualificação de Especialista (RQE)**, quando exigido, conforme as **normas e diretrizes do Conselho Federal de Medicina (CFM)** e demais legislações aplicáveis.

O dimensionamento contempla:

- A **adequação da titulação** dos profissionais às especialidades ofertadas.
- A **compatibilidade entre o número de profissionais e a carga horária necessária** para cada serviço.
- A **organização por ambiente assistencial**, como ambulatório, pronto atendimento, centro cirúrgico, maternidade, pediatria, internação (Adulto e Pediátrica), terapia intensiva e SADT.
- A **estruturação de indicadores de serviços médicos (ISMS)** para monitoramento contínuo da cobertura, titulação, cumprimento de plantões e distribuição por especialidade, monitoramento dos indicadores de serviços médicos nos quesitos qualidade e desfecho clínico.

Os profissionais deverão apresentar documentação que comprove sua especialização e área de atuação, bem como todas as demais certificações e registros exigidos pela legislação vigente.

Nesse modelo de contratação, o quantitativo de profissionais será definido conforme a demanda específica de cada ambiente assistencial:

- Pronto Atendimento
- Clínica Médica
- Centro Cirúrgico
- Maternidade
- Pediatria
- Internação – Sobreaviso (diarismo, plantão e interconsulta)
- UTI
- SADT / Laboratório
- Anestesiologia

3.2.1.1. Descrição Técnica dos Ambientes Assistenciais

O **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** apresenta a estrutura médica organizada por **ambientes assistenciais**, cada um com funções específicas dentro da lógica de cuidado integral e contínuo. A seguir, detalha-se o funcionamento técnico de cada ambiente:

1. Ambulatório

O ambulatório é o ambiente destinado à **atenção especializada eletiva**, com foco em consultas médicas e multiprofissionais, exames diagnósticos e acompanhamento clínico. Atende especialidades como cardiologia, ortopedia (com radiologia, ultrassonografia e tomografia), otorrinolaringologia, oftalmologia e urologia.

- Especialidades: Cardiologia, Ortopedia (com radiologia, US, tomografia), Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Urologia, Ginecologia, Cirurgia Geral, Vascular).
- Vínculo: Pessoa Jurídica (PJ).
- Horário: Segunda a Sexta.
- Titulação: Todos com título de especialista e RQE correspondente.
- Grade disponibilizada à Central de Regulação do Estado.

2. Pronto Atendimento (PA)

O PA é voltado para **atendimentos de urgência e emergência**, funcionando em regime **ininterrupto (24h)**. Está dividido em PA adulto (diurno e noturno), sala vermelha (alta complexidade), pediatria e médico diarista. Os profissionais possuem formação em medicina com especialização em urgência, clínica médica ou pediatria, conforme o serviço, e atuam em **plantões de 12h ou 24h**.

O Hospital Regional Dr. José de Simone Netto possui a porta acessível a população por livre demanda, e atende aos encaminhamentos pelo CORE além dos egressos da hospitalização

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados e que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** a pessoas por demanda espontânea ou reguladas pelo CORE.

- Serviços: PA adulto (diurno e noturno), Sala Vermelha, Pediatria, Médico Diarista.
- Vínculo: PJ.
- Titulação: Especialistas em Clínica Médica, Pediatria, Urgência.

3. Clínica Médica

Compreende os serviços de **enfermaria clínica e UTI**, voltados à internação de pacientes clínicos. O funcionamento é dividido entre turnos diurnos e noturnos, com médicos diaristas e coordenadores técnicos.

- Serviços: Enfermaria: diarista, plantonistas, TRR, com especialização em clínica médica.
 - Titulação: titulação em clínica médica (especialização).
- Serviços: UTI: plantonistas, diarista, coordenadores, com RQE em medicina intensiva.
 - Titulação: RQE em medicina intensiva.

4. Centro Cirúrgico

Ambiente destinado à realização de **procedimentos cirúrgicos eletivos e de urgência**, incluindo especialidades como cirurgia geral, ortopedia, urologia, ginecologia, vascular, otorrino e oftalmologia. Os profissionais atuam em regime de plantão e escala, com **titulação específica**

por especialidade e vínculo PJ. O centro cirúrgico também conta com equipe de anestesiologia especializada.

- O quantitativo de médicos por especialidades, será definido de acordo com as programações cirúrgicas pactuadas com a Central de Regulação do Estado, além das escalas de cirurgia geral e ortopedia 24 h para cobertura da urgência e internação, visita diária de cirurgia vascular e urologia e sobreaviso de cirurgia tórax.
- Escalas 24 horas de cirurgia geral e ortopedia.
- Cobertura de urgência e emergência e visita de urologia ginecologia e vascular.
- Interconsultas e pareceres de cirurgia tórax.
- Especialidades: Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia, Ginecologia, Vascular, Otorrino, Oftalmologia.
- Titulação: Todos com título de especialista e RQE.

5. Maternidade

Responsável pelos atendimentos obstétricos, incluindo **partos normais e cesáreas**, em regime diurno e noturno. Os profissionais são especialistas em ginecologia e obstetrícia, com RQE, atuando em plantões e escalas conforme demanda.

- Serviços: Obstetrícia (diurno e noturno).
- Titulação: Especialistas em Ginecologia Obstetrícia.

6. Pediatria

Abrange os serviços de **atenção à criança e adolescente**, incluindo enfermaria pediátrica e atendimento especializado (Alcon). Os profissionais possuem titulação em pediatria com RQE e atuam em regime de plantão.

- As unidades de internação pediátrica, funcionarão 24h por dia, atendendo os pacientes internados via PS e ou regulados.
- Serviços: Alcon, Enfermaria.
- Titulação: Especialistas em Pediatria com RQE.

7. Unidades de Internação – Sobreaviso

Compreende especialidades médicas que atuam em **regime de sobreaviso**, sendo acionadas conforme necessidade clínica dos pacientes internados. Inclui nefrologia, infectologia, hematologia, nutrologia, psiquiatria e cirurgia torácica. Todos os profissionais possuem titulação de especialista com RQE.

- As unidades de internação adulta e pediátrica, UTI adulto, funcionarão 24h por dia, atendendo os pacientes internados via regulação e ou provenientes do pronto atendimento.
- Especialidades: Nefrologia, Infectologia, Hematologia, Nutrologia, Psiquiatria, Cirurgia Torácica.
- Titulação: Todos com título de especialista e RQE.

8. SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico)

Ambiente técnico destinado à realização de **exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos**, como endoscopia, colonoscopia, ultrassonografia, cistoscopia, videolaringoscopia, CPRE, biópsia de próstata (**CFM nº 2174/2027**), exames e procedimentos oftalmológicos e otorrinolaringológicos. Os profissionais atuam em horário comercial (segunda a sexta), com titulação específica conforme o procedimento.

- O Laboratório de urgências funcionará de segunda a domingo, 24 horas por dia,
- SADT eletivas de segunda a sexta, das 7h às 19h,
- Procedimentos: Endoscopia, Colonoscopia, Ultrassonografia, Cistoscopia, Videolaringoscopia, CPRE, Biópsia de Próstata, exames oftalmológicos e otorrinolaringológicos.
- Titulação: Especialistas nas respectivas áreas ou com formação complementar.

9. Anestesiologia

Serviço transversal ao centro cirúrgico e maternidade, com atuação em **plantões diurnos e noturnos**. Os profissionais são especialistas em anestesiologia com RQE, garantindo segurança e qualidade nos procedimentos cirúrgicos, conforme RDC nº 36/2023 e CFM nº 2174/2027.

- Serviços: Diurno e Noturno.
- Titulação: Especialistas em Anestesiologia com RQE.

10. OCI (Ofertas de Cuidado Integrado)

As **OCI** representam uma estratégia de organização da atenção especializada ambulatorial, voltada para o **acesso resolutivo e integrado** às especialidades médicas e multiprofissionais, com foco na **linha de cuidado**, na **redução de filas e tempos de espera** e na **qualificação da atenção à saúde**.

No Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, as OCI estão estruturadas dentro do **Ambulatório de Especialidades**, com funcionamento de **segunda a sexta-feira, das 7h às 19h**, e grade disponibilizada à **Central de Regulação do Estado**.

Objetivo das OCI

- Garantir **atendimento especializado articulado** com a atenção primária.
- Promover **diagnóstico precoce, tratamento oportuno e encaminhamento adequado**.
- Reduzir a fragmentação do cuidado por meio de **linhas clínicas integradas**.

Funcionamento Técnico

Cada OCI é composta por equipe médica especializada e, quando necessário, suporte multiprofissional e exames complementares no mesmo turno, permitindo **resolução clínica em menor tempo**.

As OCI implantadas incluem:

- **OCI Ortopedia com Radiologia**
 - Atendimento conjunto com realização de exames de imagem no mesmo turno (raios-X), permitindo diagnóstico e conduta imediata.
- **OCI Ortopedia com Ultrassonografia (US)**
 - Avaliação ortopédica com suporte de US musculoesquelética para casos de dor, trauma ou lesões articulares.
- **OCI Ortopedia com Tomografia**
 - Indicado para casos de maior complexidade, com acesso à tomografia no mesmo dia da consulta.
- **OCI Otorrinolaringologia**
 - Atendimento especializado com possibilidade de exames como videolaringoscopia, audiometria e nasofibroscopia.

- **OCI Oftalmologia**
- Avaliação oftalmológica com exames complementares como mapeamento de retina, tonometria e campimetria.

Equipe e Vínculo

- Profissionais com **título de especialista e RQE** nas respectivas áreas.
- Vínculo por **Pessoa Jurídica (PJ)**.
- Atuação em **turnos de 6h ou 12h**, conforme demanda e programação da regulação.

Integração com o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)

As OCI fazem parte da estratégia do **Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)**, contribuindo para:

- **Descentralização da atenção especializada.**
- **Melhoria da resolutividade ambulatorial.**
- **Acompanhamento por indicadores de acesso, qualidade e efetividade.**

3.2.1.2. Descrição Técnica do Dimensionamento Médico

Cada especialidade está dimensionada com:

- **Número de profissionais** por serviço.
- **Plantões** de 6h, 12h e 24h conforme necessidade do ambiente.
- **Horário de atuação** (diurno, noturno, segunda a sexta).
- **Titulação exigida** conforme legislação vigente (especialista com RQE ou graduação com curso de especialização).

3.2.1.3. Demonstração dos Indicadores de Serviços Médicos

A estrutura permite a construção dos seguintes **Indicadores de Serviços Médicos**

Indicador	Descrição	Fonte	Frequência
Cobertura Médica por Ambiente	% de ambientes com médicos dimensionados conforme escopo	Quadro de pessoal	Mensal
Adequação de Titulação	% de médicos com título de especialista e RQE	Cadastro profissional	Mensal
Cumprimento de Plantões	% de plantões realizados conforme escala	Escala médica	Semanal
Distribuição por Especialidade	Nº de médicos por especialidade	Quadro de pessoal	Mensal

3.2.1.4. Observações Técnicas e Legais

- Todos os profissionais serão vinculados preferencialmente via **Pessoa Jurídica (PJ)**.
- A **titulação** está descrita com base na **legislação vigente** para cada especialidade (exigência de RQE).
- A **escala horária** está compatível com os serviços propostos no Plano de Trabalho.
- O dimensionamento contempla **coordenação médica** com especialistas em áreas estratégicas (anestesiologia, cardiologia, medicina intensiva, obstetrícia, ortopedia, pediatria).

3.2.1.5. Quadro de Dimensionamento de Serviço Médico

O quadro de Dimensionamento de Serviço Médico foi elaborado com base em critérios de qualidade, segurança assistencial e conformidade legal, assegurando que o **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**, está plenamente capacitado para executar as atividades previstas no Plano de Trabalho com responsabilidade, ética e eficiência.

QUADRO DE DIMENSIONAMENTO DE SERVIÇO MÉDICO

Grupo Despesa Edital	Ambiente	Especialidade	Profissionais	Plantões 6 horas	Plantões 12 horas	Plantões 24 horas	Horário	Titulação	Observação
Coordenações médicas			7				7 1 2	título de especialista RQE anestesiologia, cardiologia, medicina intensiva, obstetrícia, ortopedia, pediatria	Segunda a Sexta
Ambulatório, serviços profissionais médicos e outras especialidades	Ambulatório	Cardiologia	1				7 1 9	título de especialista RQE cardiologia clínica	

Grupo Despesa Edital	Ambiente	Especialidade	Profissionais	Plantões 6 horas	Plantões 12 horas	Plantões 24 horas	Horário	Titulação	Observação
Ambulatório, serviços profissionais médicos e outras especialidades	Ambulatório	OCI ortopedia com radiologia	1				7 1 9	título de especialista RQE ortopedia e radiologia	
Ambulatório, serviços profissionais médicos e outras especialidades	Ambulatório	OCI ortopedia com US	1				7 1 9	título de especialista RQE ortopedia e radiologia	
Ambulatório, serviços profissionais médicos e outras especialidades	Ambulatório	OCI ortopedia com Tomografia	1				7 1 9	título de especialista RQE ortopedia e radiologia	
Ambulatório, serviços profissionais médicos e outras especialidades	Ambulatório	OCI otorrino	1				7 1 9	título de especialista RQE otorrinolaringologia	
Ambulatório, serviços profissionais médicos e outras especialidades	Ambulatório	OCI oftalmologistas	1				7 1 9	título de especialista RQE oftalmologia	
Ambulatório, serviços profissionais	Ambulatório	Urologia	1				7 1 9	título especialista RQE em urologia	

Grupo Despesa Edital	Ambiente	Especialidade	Profissionais	Plantões 6 horas	Plantões 12 horas	Plantões 24 horas	Horário	Titulação	Observação
médicos e outras especialidades									
Ambulatório, serviços profissionais médicos e outras especialidades	Ambulatório	Otorrinolaringologia	1				7 1 9	titulo de especialista RQE em oftalmologia	
Ambulatório, serviços profissionais médicos e outras especialidades	Ambulatório	Oftalmologia	1				7 1 9	titulo de especialista RQE em otorrinolaringologia	
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Pronto Atendimento	PA adulto diurno	3		3		7 1 9	gruação em emdicina , curso de especialização em urgencias medicas	
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Pronto Atendimento	PA adulto noturno	2		2		- - 1 9	gruação em emdicina , curso de especialização em urgencias medicas	
Pronto atendimento - serviços profissionais e	Pronto Atendimento	Médico diarista	1				7 1 2	titulo de especialista em CM com RQE	Segunda a Sexta

Grupo Despesa Edital	Ambiente	Especialidade	Profissionais	Plantões 6 horas	Plantões 12 horas	Plantões 24 horas	Horário	Titulação	Observação
outras especialidades									
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Pronto Atendimento	Sala vermelha	1			1	7 1 1 7 9 9	titulo de especialista em CM com RQE	
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Pronto Atendimento	Pediatra	1			1	7 1 1 7 9 9	titulo especilista em pediatria com RQE	
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Clinica	Enfermaria diurno	1		1		7 1 - - 9	graduação em medicina	
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Clinica	Enfermaria noturno	1		1		- - 1 7 9	graduação em medicina	
Pronto atendimento -	Clinica	UTI	2		2		7 1 1 7 9 9	titulo de especialista em uti	

Grupo Despesa Edital	Ambiente	Especialidade	Profissionais	Plantões 6 horas	Plantões 12 horas	Plantões 24 horas	Horário	Titulação	Observação
serviços profissionais e outras especialidades									
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Clinica	Diarista Coord. RT (híbrido)	2				7 1 2	- - titulo de especialista em uti	Segunda a Sexta
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Centro Cirúrgico	Cirurgia Geral diurno	3		3		7 1 9	- - titulo especialista em cir geral	
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Centro Cirúrgico	Cirurgia Geral noturno	1		1		- - 1 7 9	titulo especialista em cir geral	
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Centro Cirúrgico	Ortopedia diurno	3		3		7 1 9	- - titulo de especialista RQE ortopedia	

Grupo Despesa Edital	Ambiente	Especialidade	Profissionais	Plantões 6 horas	Plantões 12 horas	Plantões 24 horas	Horário	Titulação	Observação
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Centro Cirúrgico	Ortopedia noturno	1		1		- - 1 7 9	titulo de especialista RQE ortopedia	
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Centro Cirúrgico	Urologia	1		1		7 1 9	titulo especilista em urologia	
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Centro Cirúrgico	Ginecologia	1	1			7 1 3	titulo especialista em ginecologia	
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Centro Cirúrgico	Vascular	1	1			7 1 3	titulo de especialista em cir vascular	
Pronto atendimento - serviços profissionais e	Centro Cirúrgico	Otorrino	1	1			7 1 3	titulo especialista em otorrino	

Grupo Despesa Edital	Ambiente	Especialidade	Profissionais	Plantões 6 horas	Plantões 12 horas	Plantões 24 horas	Horário	Titulação	Observação
outras especialidades									
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Centro Cirúrgico	Oftalmologista	1	1			7 1 3	titulo de especialista RQE em oftalmologia	
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Maternidade	Obstetrícia diurno	2		2		7 1 9	titulo especialista em ginecologia obstetricia	
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Maternidade	Obstetrícia noturno	2		2		- - 1 9	titulo especialista em ginecologia obstetricia	
Pronto atendimento - serviços profissionais e outras especialidades	Pediatria	Alcon	1		1		7 1 9 1 9	titulo especilista em pediatria com RQE	
Pronto atendimento -	Pediatria	Enfermaria	1		1		7 1 9	titulo especilista em pediatria com RQE	

Grupo Despesa Edital	Ambiente	Especialidade	Profissionais	Plantões 6 horas	Plantões 12 horas	Plantões 24 horas	Horário	Titulação	Observação
serviços profissionais e outras especialidades									
Internação - serviço de especialidades	Sobreaviso	Nefrologista	1		1		7 1 9	titulo especialista em enefrologia	
Internação - serviço de especialidades	Sobreaviso	Infectologista	1		1		7 1 9	titulo especialista em infectologia	
Internação - serviço de especialidades	Sobreaviso	Hematologista	1		1		7 1 9	titulo de especialista em hematologia e hemoterapia	
Internação - serviço de especialidades	Sobreaviso	Nutrólogo	1		1		7 1 9	titulo de especialista em nutrologia	
Internação - serviço de especialidades	Sobreaviso	Psiquiatra	1		1		7 1 9	titulo de especialista em psiquiatria	
Internação - serviço de especialidades	Sobreaviso	Cirurgião Torácico	1		1		7 1 9	titulo de especialista em cir toracica	
Internação - serviço de especialidades	NIR	Nir	1		1		7 1 9	graduação em medicina	
Internação - serviço de especialidades	Geral	Médico de transporte	1			1	7 1 1 7 9 9	graduação em medicina	

Grupo Despesa Edital	Ambiente	Especialidade	Profissionais	Plantões 6 horas	Plantões 12 horas	Plantões 24 horas	Horário	Titulação	Observação
Laboratório, SADT, serviços profissionais e outras especialidades	SADT	Eda	1				8 1 8	titulo de especialista em endoscopia e ou cir geral com métodos endoscópicos	Segunda a Sexta
Laboratório, SADT, serviços profissionais e outras especialidades	SADT	Colonoscopia	1				8 1 8	titulo de especialista em endoscopia e ou cir geral com métodos endoscópicos	Segunda a Sexta
Laboratório, SADT, serviços profissionais e outras especialidades	SADT	Ultrassonografia	1				8 1 8	titulo de especialista em ultrassonografia	Segunda a Sexta
Laboratório, SADT, serviços profissionais e outras especialidades	SADT	Cistoscopia	1				8 1 8	titulo de especialista em urologia	Segunda a Sexta
Laboratório, SADT, serviços profissionais e outras especialidades	SADT	Videolaringoscopia	1				8 1 8	especialização em videolaringoscopia	Segunda a Sexta
Laboratório, SADT, serviços profissionais e	SADT	CPRE	1				8 1 8	especialização em CPRE	Segunda a Sexta

Grupo Despesa Edital	Ambiente	Especialidade	Profissionais	Plantões 6 horas	Plantões 12 horas	Plantões 24 horas	Horário	Titulação	Observação
outras especialidades									
Laboratório, SADT, serviços profissionais e outras especialidades	SADT	Bx próstata	1				8 1 8	titulo especialista em urologia ou radiologia intervencionista	Segunda a Sexta
Anestesiologia	Centro Cirúrgico	Anestesista diurno	3		3		7 1 9	- -	titulo especialista em anestesiologia
Anestesiologia	Centro Cirúrgico	Anestesista noturno	2		2		- - 1 9	7	titulo de especialista em anestesiologia

3.2.1.6. Descrição dos Cargos Médicos

Para garantir a compatibilidade entre o quadro de pessoal médico e as atividades propostas no Plano de Trabalho, o **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**, apresenta a descrição técnica dos cargos médicos, com foco na missão e nas responsabilidades específicas de cada função, observando a legislação vigente e as diretrizes do CFM.

1. Diretoria Técnica

- **Missão do Cargo:** Responsável médico da Instituição, perante o conselho e autoridades sanitárias; responsável pela qualidade assistencial prestada e pela regularidade da unidade de saúde, responsável pelo corpo clínico e desfechos assistenciais, responsável pelo ambiente de trabalho para os profissionais de saúde.
- **Principais Responsabilidades:**
 - Implantar e monitorar, sistemicamente, os protocolos assistenciais de práticas médicas, de acordo com as diretrizes corporativas;
 - Garantir o ambiente de trabalho ao corpo clínico, monitorando suas instalações e equipamentos;
 - Garantir a conformidade regulatória com as leis de saúde, locais, estaduais, federais e internacionais;
 - Acompanhar a regularidade das comissões obrigatórias;
 - Acompanhar as ações da qualidade, se responsabilizando (junto com a equipe da qualidade) pela difusão e treinamento das equipes assistenciais;
 - Liderar as equipes médicas;

2. Médico Especialista Ambulatorial

- **Missão do Cargo:** Realizar atendimento clínico especializado eletivo, promovendo diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes conforme protocolos assistenciais.
- **Principais Responsabilidades:**
 - Executar consultas médicas em sua especialidade.
 - Solicitar e interpretar exames complementares.

- Elaborar plano terapêutico e encaminhamentos.
- Registrar informações em prontuário eletrônico.
- Participar das OCI e da articulação com a atenção primária.

3. Médico de Pronto Atendimento

- **Missão do Cargo:** Prestar atendimento imediato a pacientes em situação de urgência e emergência, garantindo estabilização clínica e encaminhamento adequado.
- **Principais Responsabilidades:**
 - Realizar triagem e atendimento clínico em situações agudas.
 - Atuar na Sala Vermelha e em protocolos de emergência.
 - Integrar equipe multiprofissional em regime de plantão.
 - Garantir registro e comunicação com a regulação.

4. Médico Hospitalista / Diarista

- **Missão do Cargo:** Acompanhar pacientes internados em enfermarias clínicas, garantindo continuidade do cuidado e articulação com especialistas.
- **Principais Responsabilidades:**
 - Realizar visitas clínicas diárias.
 - Coordenar plano terapêutico e evolução hospitalar.
 - Comunicar intercorrências à equipe e familiares.
 - Participar de reuniões clínicas e discussões de caso.

5. Médico Intensivista (UTI)

- **Missão do Cargo:** Prestar assistência especializada a pacientes críticos em Unidade de Terapia Intensiva, com foco em segurança e recuperação.
- **Principais Responsabilidades:**
 - Monitorar parâmetros clínicos e laboratoriais.
 - Realizar intervenções terapêuticas complexas.
 - Participar de protocolos de segurança do paciente.
 - Atuar em equipe interdisciplinar com foco em desfecho clínico.

6. Médico Cirurgião

- **Missão do Cargo:** Executar procedimentos cirúrgicos eletivos e de urgência, conforme programação pactuada com a regulação.
- **Principais Responsabilidades:**
 - Realizar avaliação pré-operatória.
 - Executar cirurgias conforme especialidade.
 - Garantir cuidados pós-operatórios imediatos.
 - Participar de reuniões de programação cirúrgica.

7. Médico Obstetra

- **Missão do Cargo:** Prestar assistência obstétrica integral, incluindo partos normais e cesáreas, com foco em segurança materno-fetal.
- **Principais Responsabilidades:**
 - Realizar atendimentos em pré-parto, parto e puerpério.
 - Atuar em conjunto com equipe de enfermagem obstétrica.
 - Garantir cumprimento de protocolos de boas práticas.
 - Registrar evolução clínica e intercorrências.

8. Médico Pediatra

- **Missão do Cargo:** Prestar assistência integral à criança e ao adolescente em ambiente ambulatorial, hospitalar e de urgência.
- **Principais Responsabilidades:**
 - Realizar atendimentos clínicos e emergenciais.
 - Acompanhar pacientes internados em enfermaria e UTI pediátrica.
 - Participar de ações de promoção da saúde infantil.
 - Atuar em articulação com equipe multiprofissional.

9. Médico de SADT

- **Missão do Cargo:** Realizar exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos com precisão técnica e segurança.
- **Principais Responsabilidades:**

- Executar exames conforme especialidade (US, endoscopia, etc.).
- Garantir laudos e registros clínicos.
- Atuar em conformidade com normas técnicas e biossegurança.
- Participar de auditorias e controle de qualidade.

10. Médico de Sobreaviso

- **Missão do Cargo:** Prestar assistência especializada sob demanda, em regime de sobreaviso, para pacientes internados ou em avaliação.
- **Principais Responsabilidades:**
 - Atender chamados conforme necessidade clínica.
 - Realizar pareceres e intervenções especializadas.
 - Integrar equipe de internação e UTI.
 - Garantir disponibilidade e resposta rápida.

11. Médico Coordenador Técnico

- **Missão do Cargo:** Coordenar tecnicamente os serviços médicos, garantindo qualidade assistencial, conformidade legal e integração das equipes.
- **Principais Responsabilidades:**
 - Supervisionar escalas e desempenho médico.
 - Participar da gestão clínica e dos indicadores assistenciais.
 - Promover educação permanente e protocolos clínicos.
 - Representar a equipe médica junto à direção técnica.

12. Médico Regulador/NIR

- **Missão do Cargo:** Responsável pelas análises, fluxos e processos envolvendo referência e contrarreferência, garantindo ao paciente do SUS o acesso correto conforme perfil e recursos disponíveis, no tempo oportuno e com segurança.
- **Principais Responsabilidades:**
 - Avaliar diariamente as necessidades dos centros de regulação, levando em conta o conhecimento do perfil da instituição atualizado, seus recursos disponíveis e equipes;

- Informar quando houver divergência de informações no fluxo regulatório, colocando em risco a segurança do paciente, às instâncias responsáveis;
- Levantar indicadores de eficiência, tempo de resposta da equipe, qualidade das informações para referência e contrarreferência.

13. Médico Transporte Inter Hospitalar

- **Missão do Cargo:** Realizar atendimento clínico especializado em pacientes submetidos a deslocamentos, promovendo suporte, monitoramento e tratamento de possíveis intercorrências e acompanhamento de pacientes conforme protocolos assistenciais, garantindo a continuidade do cuidado. Garantir a comunicação e segurança da informação nas transferências do cuidado
- **Principais Responsabilidades:**
 - Executar remoções e deslocamentos em veículo adequado, em sua especialidade.
 - Atender as necessidades clínicas dos pacientes durante o deslocamento, em todas as suas fases.
 - Solicitar e interpretar exames complementares.
 - Seguir e rever plano terapêutico e encaminhamentos.
 - Registrar informações em prontuário eletrônico.
 - Participar das discussões de casos clínicos.
 - Ter formação em urgências e emergências e medicina de atendimento avançado de suporte a vida.
 - Comunicação empática

3.2.1.7. Projeto: Implantação de Brinquedoteca e Espaço de Estudos no Serviço de Pediatria do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto

A criação do espaço brinquedoteca numa unidade de saúde reflete o respeito ao protagonismo da criança da instituição

1. Objetivo Geral

Disponibilizar uma brinquedoteca e infraestrutura adequada para estudo, garantindo acolhimento, lazer e continuidade escolar para crianças e adolescentes internados, em conformidade com a legislação vigente, no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**.

2. Objetivos Específicos

- Criar ambiente lúdico que contribua para o bem-estar emocional e psicológico.
- Oferecer espaço seguro e adaptado para atividades pedagógicas.
- Promover integração entre equipe multiprofissional, familiares e pacientes.
- Garantir acessibilidade e segurança conforme normas técnicas.

3. Metas

- Planejamento e aprovação do projeto **(0-3 meses)**:.
- Aquisição de mobiliário, brinquedos e equipamentos educacionais. **(4-6 meses)**:
- Implantação completa e início das atividades. **(7-12 meses)**:

4. Estratégias de Implantação

- **Diagnóstico inicial:** Levantamento de espaço físico disponível e necessidades específicas.
- **Parcerias:** Buscar apoio de órgãos públicos, ONGs e empresas para doações.
- **Realizar pareceria com equipe de humanização para desenvolvimento de projetos específicos, como estratégias de arteterapia, musicoterapia, contação de histórias**.
- **Equipe técnica:** Designar profissionais para acompanhamento pedagógico e recreativo.
- **Capacitação:** Treinamento da equipe para uso seguro dos recursos.
- **Comunicação:** Divulgação interna e externa sobre o projeto.

5. Cronograma de Execução

Etapa	Período
Levantamento e projeto	Mês 1
Aprovação e orçamento	Mês 2

Aquisição de materiais	Meses 3-4
Adequação do espaço	Meses 5-6
Implantação e testes	Meses 7-8
Início das atividades	Mês 9

6. Infraestrutura Necessária

- **Brinquedoteca:** Móveis infantis, brinquedos educativos, tapetes, livros infantis.
- **Espaço de estudos:** Mesas, cadeiras, computadores com acesso à internet, material escolar.
- **Segurança:** Piso antiderrapante, tomadas protegidas, monitoramento.
- **Acessibilidade:** Rampas, mobiliário adaptado.

7. Fundamentação Legal

- **Lei Federal nº 11.104/2005** – Obriga brinquedotecas em hospitais com internação pediátrica.
- **Portaria MS nº 2.261/2005** – Define diretrizes para funcionamento das brinquedotecas hospitalares.
- **Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990)** – Garante direito à educação, lazer e convivência familiar.
- **RDC ANVISA nº 50/2002** – Requisitos para projetos físicos em estabelecimentos de saúde.
- **RDC ANVISA nº 63/2011** – Boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde.
- **Normas do Ministério da Saúde** – Diretrizes de humanização e acolhimento pediátrico.
- **Legislação Estadual (MS)** – Decreto nº 16.399/2024 (FUNSAU) reforça diretrizes de humanização e acolhimento nas unidades hospitalares.

8. Resultados Esperados

- Melhoria na qualidade da internação pediátrica.
- Redução da média de permanência pediátrica.
- Redução de eventos relacionados a assistência em pediatria .

- Garantir a satisfação do paciente e sua família .
- Redução do estresse e ansiedade em crianças e adolescentes.
- Garantia do direito à educação durante o período de internação.
- Fortalecimento da imagem institucional do hospital.

3.2.2. Apresentação de quadro de pessoal técnico, por área de atividade do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo e horário.

O **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**, em atendimento ao Item 322, apresenta o quadro de pessoal técnico por área de atividade do Plano de Trabalho, com detalhamento da forma de vínculo (CLT e PJ), escala de trabalho, carga horária mensal, horário de atuação e quantitativo de profissionais, devidamente estruturado por diretoria e ambiente assistencial.

A composição da equipe técnica foi dimensionada com base nas **metas assistenciais e operacionais pactuadas**, no **perfil epidemiológico da população atendida**, e nos **indicadores de desempenho e qualidade** definidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.

Perfil Epidemiológico e Assistencial

O Hospital Regional Dr. José de Simone Netto é referência para uma população que demanda **atenção especializada em média e alta complexidade**, com foco em:

- **Urgência e emergência** (PA adulto, pediatria, sala vermelha).
- Internações clínicas e cirúrgicas.
- Centro cirúrgico com múltiplas especialidades.
- Maternidade e obstetrícia.
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
- Ambulatório de especialidades e Ofertas de Cuidado Integrado (OCI).
- Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT).

A estrutura assistencial está organizada para atender demandas reguladas, com foco em **linhas de cuidado prioritárias**, como ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia, cardiologia e urologia.

3.2.2.1. Quadro de Dimensionamento de Pessoal Técnico

O Instituto Social Mais Saúde (ISMS) apresenta um quadro técnico composto por:

- **533 profissionais com vínculo CLT**, distribuídos entre áreas assistenciais, administrativas, técnicas e multiprofissionais.
- **137 profissionais com vínculo PJ**, atuando em serviços terceirizados, apoio técnico, engenharia clínica e hospitalar, laboratório, lavanderia, nutrição, controle de acesso e limpeza.

A estrutura contempla:

- Diretorias e coordenações técnicas e administrativas.
 - **Diretoria Geral**
 - **Diretoria Administrativa e Financeira**
 - **Diretoria de Enfermagem**
 - **Diretoria Técnica**
- **Equipes multiprofissionais** (enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, assistência social, farmácia, engenharia, TI).
- **Cobertura 24h em áreas críticas**, com escalas 12x36, 6x1 e 5x2.
- **Distribuição por área de atividade**: conforme demanda regulada e metas pactuadas.

3.2.2.2. Quadro de pessoal técnico, por área de atividade do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo e horário

QUADRO DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Diretoria Geral							
Diretoria Geral	Administrativo	Diretor (A) Geral	PJ	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Diretoria Geral	Comunicação	ANAL ³ COMUN PL	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Diretoria Geral	NQSP	COORD (A) NQSP	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Diretoria Geral	NQSP	ENFERMEIRO (A) NQSP	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Diretoria Geral	NQSP	ANAL ³ NQSP	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Diretoria Geral	SAME	SUP (A) SAME	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Diretoria Geral	SAME	ANAL ³ ADMINISTRATIVO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Diretoria Geral	SAME	AUX ADMINISTRATIVO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Diretoria Geral	SAU e Ouvidoria	SUP (A) SAU	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Diretoria Geral	SAU e Ouvidoria	AUX ADMINISTRATIVO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Diretoria Geral	Administrativo	ASSESSOR (A) DIRETORIA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Diretoria Geral	Gestão de Contratos	SUP (A) CONTRATOS	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Diretoria Geral	Gestão de Contratos	ASSIST ADM	CLT	D- 12x36	180	12h = 07:00 as 19:00	2
Diretoria Geral	Gestão de Contratos	ASSIST ADM	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	1
Diretoria Geral	Administrativo	Diretor (A) Adm / Financeiro	PJ	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Diretoria Geral	Gestão Assistencial	DIR (A) ENFERMAGEM	PJ	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Diretoria Geral	Diretoria Médica	DIR (A) TÉCNICO	PJ	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Diretoria Administrativa e Financeira							
Coordenação de Suprimentos							
Adm/Financeira	Suprimentos	COORD (A) SUP	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	CAF	AUX FARMACIA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	3
Adm/Financeira	Almoxarifado	AUX ADMINISTRATIVO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Almoxarifado	AUX ALMOXARIFADO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Coordenação de Farmácia							
Adm/Financeira	Farmácia	COORD (A) FARMACIA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Farmácia	FARMACEUTICO (A)	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	2
Adm/Financeira	Farmácia	FARMACEUTICO (A)	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	2
Adm/Financeira	Farmácia	FARMACEUTICO (A) BIO	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	2
Adm/Financeira	Farmácia	AUX FARMACIA	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	10
Adm/Financeira	Farmácia	AUX FARMACIA	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	6
Coordenação Adm e Financeira							
Adm/Financeira	Financeiro	COORD (A) ADM FIN	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Financeiro	ANAL ³ FINANCEIRO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Contabilidade	ANAL ³ CONTABIL	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Contabilidade	ANAL ³ FISCAL JR	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Controladoria	ANAL ³ CUSTOS PL	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Prestação de contas	ANAL ³ PRESTAÇÃO CONTAS	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Adm/Financeira	Prestação de contas	ASSIST PREST CONTAS	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Gerência TI	SUP (A) T.I	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Gerência TI	TEC (A) INFORMATICA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Adm/Financeira	Patrimônio	SUP (A) PATRIMONIO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Patrimônio	ASSIST PATRIMONIO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Adm/Financeira	Sustentabilidade	SUP (A) ADMIN	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Facilities	SUP (A) FACILITES	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Faturamento	SUP (A) FATURAMENTO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Faturamento	ANALª ADMINISTRATIVO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Faturamento	ASSIST FATURAMENTO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Adm/Financeira	Faturamento	AUX FATURAMENTO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Recepção	SUP (A) ADMIN	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	Recepção	ANALª ADMINISTRATIVO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Adm/Financeira	Recepção	ASSIST ADM	CLT	D- 12x36	180	12h = 07:00 as 19:00	2

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Adm/Finança	Recepção	ASSIST ADM	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	2
Adm/Finança	Recepção	AUX ADMINISTRATIVO	CLT	D- 12x36	180	12h = 07:00 as 19:00	10
Adm/Finança	Recepção	AUX ADMINISTRATIVO	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	4
Adm/Finança	Auditoria De Prontuario	SUP (A) AUDITORIA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Finança	Auditoria De Prontuario	ESCRITURARIO (A)	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Finança	Auditoria De Prontuario	ASSIST ADM	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	4
Coordenação de Gestão de Pessoas							
Adm/Finança	Departamento Pessoal	COORD (A) GESTÃO PESSOAS	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Finança	Departamento Pessoal	ANALª DEP PESSOAL	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Adm/Finança	Recursos Humanos	ANALª DESENVOL HUMANO ORGANIZACIONAL	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Finança	Recursos Humanos	ASSIST ADM PESSOAS	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Finança	Recursos Humanos	JOVEM APRENDIZ	CLT	A - 5x2	150	6h = Seg a Sex	7
Adm/Finança	SESMT	SUP (A) SESMT	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Finança	SESMT	ENG (A) SEG DO TRAB	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Adm/Financeira	SESMT	PSICOLOGO (A) TRAB	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	SESMT	BOMBEIRO CIVIL	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	4
Adm/Financeira	SESMT	TEC (A) ENF TRABALHO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Adm/Financeira	SESMT	TEC (A) SEG TRABALHO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	3
Diretoria de Enfermagem							
Assistencial	Humanização	ANAL ³ HUMANIZAÇÃO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	Gestão Assistencial	SUP (A) ENFERMAGEM	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	2
Coordenação do Centro Cirúrgico e CME							
Assistencial	Centro Cirúrgico e CME	COORD (A) ENFER	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	Centro Cirúrgico	ENFERMEIRO (A)	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	4
Assistencial	Centro Cirúrgico	ENFERMEIRO (A)	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	3
Assistencial	Centro Cirúrgico	ENFERMEIRO (A) DIARISTA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	Centro Cirúrgico	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	15
Assistencial	Centro Cirúrgico	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	12

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Assistencial	CME	ENFERMEIRO (A)	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	2
Assistencial	CME	ENFERMEIRO (A)	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	2
Assistencial	CME	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	7
Assistencial	CME	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	5
Coordenação da Obstetrícia							
Assistencial	Obstetrícia	ASSIST SOCIAL	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	Obstetrícia	COORD (A) ENFER	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	Obstetrícia	ENFERMEIRO (A)	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	7
Assistencial	Obstetrícia	ENFERMEIRO (A)	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	7
Assistencial	Obstetrícia	ENFERMEIRO (A) DIARISTA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	Obstetrícia	FISIOTERAPEUTA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Assistencial	Obstetrícia	FISIOTERAPEUTA	CLT	N - 5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Assistencial	Obstetrícia	NUTRICIONISTA CLINIC	CLT	D- 12x36	180	12h = 07:00 as 19:00	1
Assistencial	Obstetrícia	PSICOLOGO (A) CLIN	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Assistencial	Obstetrícia	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	14
Assistencial	Obstetrícia	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	13
Assistencial	Obstetrícia	TERAPEUTA OCUPACIONAL	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Coordenação da Unidade de Internação							
Assistencial	Unidade de Internação	COORD (A) ENFER	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	Unidade de Internação	ENFERMEIRO (A)	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	12
Assistencial	Unidade de Internação	ENFERMEIRO (A)	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	10
Assistencial	Unidade de Internação	ENFERMEIRO (A) DIARISTA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	3
Assistencial	Unidade de Internação	FISIOTERAPEUTA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	3
Assistencial	Unidade de Internação	NUTRICIONISTA CLINIC	CLT	D- 12x36	180	12h = 07:00 as 19:00	1
Assistencial	Unidade de Internação	NUTRICIONISTA CLINIC	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	Unidade de Internação	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	34
Assistencial	Unidade de Internação	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	33
Coordenação do Ambulatório							

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Assistencial	Ambulatório	COORD (A) ENFER	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	Ambulatório	ENFERMEIRO (A)	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	2
Assistencial	Ambulatório	ENFERMEIRO (A)	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	2
Assistencial	Ambulatório	ENFERMEIRO (A)	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Assistencial	Ambulatório	ENFERMEIRO (A) DIARISTA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Assistencial	Ambulatório	MAQUEIRO (A)	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	4
Assistencial	Ambulatório	MAQUEIRO (A)	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	3
Assistencial	Ambulatório	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	5
Assistencial	Ambulatório	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	1
Assistencial	Ambulatório	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	3
Coordenação de Equipe Multi							
Assistencial	Gestão Assistencial	COORD (A) EQUIPE MULTI	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	UTI	FONOAUDIOLOGO (A)	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	UTI	NUTRICIONISTA CLINIC	CLT	D- 12x36	180	12h = 07:00 as 19:00	2

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Assistencial	Gestão Assistencial	COORD (A) PSICOSSOCIAL	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	Pronto Socorro	ASSIST SOCIAL	CLT	N- 12x60	150	12h = 19:00 as 07:00	3
Assistencial	UTI	ASSIST SOCIAL	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	3
Assistencial	Clínica médica	ASSIST SOCIAL	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	Pronto Socorro	ASSIST SOCIAL	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Assistencial	Pronto Socorro	PSICOLOGO (A) CLIN	CLT	D- 12x36	180	12h = 07:00 as 19:00	1
Assistencial	UTI	PSICOLOGO (A) CLIN	CLT	D- 12x36	180	12h = 07:00 as 19:00	1
Coordenação de Fisioterapia							
Assistencial	Gestão Assistencial	COORD (A) FISIO	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	Pronto Socorro	FISIOTERAPEUTA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	3
Assistencial	Pronto Socorro	FISIOTERAPEUTA	CLT	N - 5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Assistencial	UTI	FISIOTERAPEUTA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	4
Assistencial	UTI	FISIOTERAPEUTA	CLT	N - 5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Coordenação de Pronto Socorro							

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Assistencial	Pronto Socorro	COORD (A) ENFER	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	Pronto Socorro	ENFERMEIRO (A)	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	11
Assistencial	Pronto Socorro	ENFERMEIRO (A)	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	11
Assistencial	Pronto Socorro	ENFERMEIRO (A) DIARISTA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	Pronto Socorro	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	28
Assistencial	Pronto Socorro	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	25
Assistencial	Pronto Socorro	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	8
Coordenação de UTI							
Assistencial	UTI	COORD (A) ENFER	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	UTI	ENFERMEIRO (A)	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	5
Assistencial	UTI	ENFERMEIRO (A)	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	5
Assistencial	UTI	ENFERMEIRO (A) DIARISTA	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Assistencial	UTI	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	6X1	180	6h = Seg a Sex e 12h sab/dom	23
Assistencial	UTI	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	N- 12x36	180	12h = 19:00 as 07:00	22

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Diretoria Técnica							
Médica	Agência Transfusional	BIOMEDICO (A)	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Médica	Agência Transfusional	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Médica	DEP	ENFERMEIRO (A)	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Médica	DRG	ENFERMEIRO (A)	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Médica	DRG	ASSIST ADM	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Médica	NIR	ASSIST ADM	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Médica	NIR	ENFERMEIRO (A)	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	2
Médica	NVE	ENFERMEIRO (A)	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Médica	SCIH	ENFERMEIRO (A)	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
Médica	SCIH	TEC (A) ENFERMAGEM	CLT	5x2	220	8h = Seg a Sex	1
TOTAL							533

3.2.2.3. Quadro de Dimensionamento de Pessoal Terceirizados

Serviços Terceirizados

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Adm/Financeira	SHL	Líder de Higiene	PJ	12X36	180	07 às 19h	2
Adm/Financeira	SHL	Líder de Higiene	PJ	12X36	180	19 às 07h	2
Adm/Financeira	SHL	Auxiliar de Limpeza	PJ	12X36	180	07 às 19h	22
Adm/Financeira	SHL	Auxiliar de Limpeza	PJ	12X36	180	19 às 07h	12
Adm/Financeira	SHL	Auxiliar de Limpeza	PJ	5x2	220	10 às 20h	1
Adm/Financeira	SHL	Coletor de Resíduos	PJ	12X36	180	07 às 19h	2
Adm/Financeira	SHL	Coletor de Resíduos	PJ	12X36	180	19 às 07h	2

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Adm/Financeira	Controle de Acesso	Supervisor de Controle Acesso	PJ	5x2	220	08 às 18h	1
Adm/Financeira	Controle de Acesso	Líder de Controle de Acesso	PJ	12X36	180	07 às 19h	2
Adm/Financeira	Controle de Acesso	Líder de Controle de Acesso	PJ	12X36	180	07 às 19h	2
Adm/Financeira	Controle de Acesso	Controlador de Acesso	PJ	12X36	180	07 às 19h	10
Adm/Financeira	Controle de Acesso	Controlador de Acesso	PJ	12X36	180	07 às 19h	8
Adm/Financeira	Engenharia Clinica	Engenheiro Clinico	PJ	5x2	220	08 às 18h	1
Adm/Financeira	Engenharia Clinica	Auxiliar Administrativo	PJ	5x2	220	08 às 18h	1
Adm/Financeira	Engenharia Clinica	Tecnico de Engenharia Clinica	PJ	12x36	180	07 às 19h	2
Adm/Financeira	Engenharia Hospitalar	Supervisor Engenheiro Hospitalar	PJ	5x2	220	08 às 18h	1
Adm/Financeira	Engenharia Hospitalar	Eletricista	PJ	12x36	180	07 às 19h	2

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Adm/Financeira	Engenharia Hospitalar	Eletricista	PJ	12x36	180	19 às 07h	2
Adm/Financeira	Engenharia Hospitalar	Bombeiro Hidráulico	PJ	5x2	220	08 às 18h	1
Adm/Financeira	Engenharia Hospitalar	Refrigerista	PJ	5x2	220	08 às 18h	1
Adm/Financeira	Engenharia Hospitalar	Mecânico	PJ	5x2	220	08 às 18h	2
Adm/Financeira	Engenharia Hospitalar	Auxiliar de Manutenção Geral	PJ	5x2	220	08 às 18h	1
Adm/Financeira	Lavanderia	Supervisor de Lavanderia	PJ	5x2	220	08 às 18h	1
Adm/Financeira	Lavanderia	Auxiliar de Lavanderia	PJ	12x36	180	07 às 19h	12
Adm/Financeira	Lavanderia	Auxiliar de Lavanderia	PJ	12x36	180	19 às 07h	6
Adm/Financeira	Laboratório	Biomédico RT	PJ	5x2	220	08 às 18h	1
Adm/Financeira	Laboratório	Analista Clínico	PJ	12x36	180	07 às 19h	2

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Adm/Financeira	Laboratório	Analista Clínico	PJ	12x36	180	19 às 07h	2
Adm/Financeira	Laboratório	Técnico de Laboratório	PJ	12x36	180	07 às 19h	6
Adm/Financeira	Laboratório	Técnico de Laboratório	PJ	12x36	180	19 às 07h	4
Adm/Financeira	SND	Supervisor de Nutricao	PJ	5x2	220	08 às 18h	1
Adm/Financeira	SND	Nutricionista RT	PJ	5x2	220	08 às 18h	1
Adm/Financeira	SND	Auxiliar Administrativo	PJ	5x2	220	08 às 18h	1
Adm/Financeira	SND	Estoquista	PJ	5x2	220	08 às 18h	1
Adm/Financeira	SND	Copeiro - PJ	PJ	12x36	180	06 às 18h	4
Adm/Financeira	SND	Copeiro - PJ	PJ	12x36	180	10 às 22h	4
Adm/Financeira	SND	Copeiro - PJ	PJ	5x2	220	07 às 17h	1

Diretoria	Área de Atividade	Função	Vínculo	Escala	Carga Horária Mensal	Horário trabalho	Quantidade
Adm/Financeira	SND	Auxiliar de Serviços Gerais - PJ	PJ	12x36	180	06 às 18h	2
Adm/Financeira	SND	Auxiliar de Serviços Gerais - PJ	PJ	12x36	180	18 às 06h	2
Adm/Financeira	SND	cozinheiro - PJ	PJ	12x36	180	06 às 18h	2
Adm/Financeira	SND	confeiteiro - PJ	PJ	5x2	220	07 às 17h	1
Adm/Financeira	SND	Auxiliar de cozinha - PJ	PJ	5x2	180	07 às 17h	2
Adm/Financeira	SND	Auxiliar de cozinha - PJ	PJ	5x2	220	07 às 17h	1
TOTAL							137

Descritivo do Cargo

O descritivo dos Cargos e a qualificação profissional de cada cargo é demonstrada no **Manual de Descrição de Cargos**, demonstrado neste projeto sob o item **3.5.4. Proposta de metodologia utilizada para avaliação de desempenho dos colaboradores e pesquisa de clima institucional.**

Compromisso Institucional do Instituto Social Mais Saúde (ISMS)

O Instituto Social Mais Saúde (ISMS) reafirma seu compromisso com:

- Excelência técnica e ética profissional.
- Conformidade legal e regulatória, incluindo:
 - **Manual Interno de Contratações e Compras**, que estabelece critérios técnicos, jurídicos e administrativos para seleção de pessoal e fornecedores.
 - **Legislação trabalhista vigente (CLT)** e normas de contratação de serviços por Pessoa Jurídica (PJ).
 - Normas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e demais conselhos profissionais.
- **Gestão eficiente de recursos humanos**, com equilíbrio entre vínculos CLT e PJ.
- Capacitação contínua das equipes.
- Monitoramento de indicadores assistenciais e administrativos.
- Segurança do paciente e qualidade do cuidado.
- Transparência na prestação de contas e gestão contratual.

3.3. Implementação e funcionamento de outros serviços

3.3.1. Normas e funcionamento da Administração Geral do Hospital e do Núcleo Interno de Regulação, com especificação de estrutura, rotinas, horário, equipe mínima e qualificação profissional.

3.3.1.1. *Papel da Administração Hospitalar: Importância e Contextualização Institucional*

Em um ambiente hospitalar, a administração exerce um papel estratégico e indispensável para garantir não apenas o funcionamento cotidiano, mas também a sustentabilidade, a qualidade e a coerência institucional dos serviços prestados. A gestão hospitalar, conforme reconhecido pela literatura, envolve a articulação entre dimensões clínicas, operacionais, humanas e financeiras — exige uma visão sistêmica do hospital como um organismo integrado e complexificado, e requer capacidade de planejar, organizar, dirigir e controlar recursos tangíveis e intangíveis.

Sem uma administração efetiva, conflitos entre setores, falhas nos fluxos, desperdícios de recursos, atrasos assistenciais e baixa satisfação dos usuários e colaboradores tornam-se recorrentes — resultando em fragilidades operacionais e riscos à segurança do paciente. Gestão hospitalar eficiente converte recursos escassos (humanos, físicos, tecnológicos e financeiros) em resultados de saúde e assistência de qualidade, por meio de priorização, monitoramento de indicadores e melhoria contínua.

No contexto das Organizações Sociais de Saúde (OSS), esse desafio se faz ainda mais relevante. A OSS, enquanto entidade contratada pelo poder público para gerir serviços de saúde, precisa demonstrar elevados níveis de governança, transparência, conformidade regulatória e capacidade de entrega de resultados consistentes. É nessa interface que se insere o **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**.

O ISMS é uma instituição brasileira que atua na gestão de serviços de saúde pública, com foco em governança, integridade, sustentabilidade e transparência.

Em suas práticas institucionais, o ISMS busca consolidar-se como um gestor sólido e eficiente, capaz de transformar unidades de saúde sob sua administração em referências de qualidade, mediante a adoção de processos padronizados, indicadores de desempenho e prestação de contas.

Um exemplo prático desse compromisso se dá pela conquista de certificação **ONA (Organização Nacional de Acreditação)** em algumas unidades sob sua gestão, evidenciando o alinhamento com padrões nacionais de qualidade em saúde.

Assim, ao propor o modelo de administração e regulação para o hospital objeto deste chamamento público, vale-se da imagem institucional do ISMS como uma OSS competente e consolidada para reforçar que a gestão será estruturada sob princípios modernos de governança, integridade, transparência e eficiência. Essa associação institucional fortalece não somente a credibilidade da proposta, mas também orienta a concepção de práticas gerenciais alinhadas com o perfil esperado pela SES/MS e com as exigências do edital.

3.3.1.2. *Objetivo da Administração Geral do Hospital*

A **Administração Geral do Hospital** tem como objetivo assegurar uma gestão estratégica, eficiente e humanizada, capaz de garantir o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no Edital e no Contrato de Gestão, em alinhamento com as diretrizes da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul (SES/MS).

Para atingir esse propósito, a Administração Geral será responsável pela **elaboração e execução do Planejamento Estratégico da Unidade**, instrumento que orientará as ações administrativas e assistenciais, traduzindo as metas contratualizadas em planos operacionais de curto, médio e longo prazo. O planejamento contemplará indicadores de desempenho voltados à eficiência operacional, qualidade assistencial, sustentabilidade financeira, satisfação do

usuário e valorização das equipes multiprofissionais — assegurando uma gestão orientada por resultados e pela melhoria contínua.

A atuação administrativa será pautada pelos princípios da **governança corporativa**, da **transparência na gestão pública** e da **responsabilidade social**, valores que estruturam a atuação do **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**.

O ISMS é uma **Organização Social de Saúde** sem fins lucrativos, reconhecida por sua atuação ética e pela excelência na gestão hospitalar, com experiência consolidada na administração de hospitais públicos de média e alta complexidade em diversos estados do país. Seu modelo de gestão é centrado na eficiência, na humanização do cuidado e na sustentabilidade dos resultados, assegurando que os recursos públicos sejam aplicados com rigor técnico e impacto social.

A Administração Geral da Unidade Hospitalar atuará, portanto, em consonância com a **missão, visão e valores institucionais do ISMS**, de forma a fortalecer a cultura organizacional e refletir os compromissos da entidade em todas as práticas de gestão:

- **Missão:** Cuidar das Pessoas promovendo saúde e bem-estar.
- **Visão:** Até 2030 ser reconhecido em todo o território nacional pela excelência na gestão de serviços em saúde.
- **Valores:** Humanização, Excelência, Integridade, Transparência, Sustentabilidade, Diversidade e Responsabilidade Social.

Dessa forma, a Administração Geral atuará como eixo integrador entre as áreas administrativas e assistenciais, alinhando o desempenho institucional à política de saúde do Estado e aos princípios do SUS. Mais do que gerenciar recursos, sua missão será **liderar pessoas e processos** com base em evidências e valores, transformando a gestão hospitalar em um instrumento de entrega de valor público, eficiência e humanização do cuidado.

3.3.1.3. Estrutura Organizacional e Equipe da Administração Geral

A **estrutura organizacional** da unidade hospitalar foi concebida para garantir **governança integrada, clareza de responsabilidades e eficiência na execução das atividades administrativas e assistenciais**. O modelo proposto está alinhado à filosofia de gestão do **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** e às diretrizes de transparência, qualidade e sustentabilidade definidas pela **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

A estrutura obedece ao **organograma anexo**, que estabelece as relações hierárquicas e funcionais entre as áreas, assegurando o fluxo adequado de informações e a integração entre setores estratégicos.

No topo da estrutura está a **Diretoria Geral**, responsável pela condução estratégica da unidade e pelo alinhamento institucional com o ISMS. Subordinam-se diretamente à Direção Geral as Diretorias **Técnica, de Enfermagem e Administrativa-Financeira**, bem como as áreas de **Comunicação, Ouvidoria, Comissões, NQSP (Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente), Gestão de Contratos e Assessoria de Diretoria**.

A **Diretoria Administrativa-Financeira** estrutura-se em quatro grandes **coordenações operacionais**, que atuam de forma sinérgica e complementar:

1. **Coordenação de Suprimentos** – responsável pelos processos de **Almoxarifado, CAF, OPME e Compras**, assegurando o controle de estoques, rastreabilidade e conformidade nas aquisições.
2. **Coordenação de Farmácia** – compreende as atividades de **Assistência Farmacêutica**, controle de insumos e apoio às práticas de segurança do paciente.
3. **Coordenação Administrativa e Financeira** – abrange as áreas de **Prestação de Contas, Financeiro, Contabilidade, Patrimônio, Controladoria, SADT, Faturamento, Recepção, TI, Facilities, Auditoria de Prontuários e Núcleo de Práticas Ambientais**, assegurando a sustentabilidade econômica e o cumprimento das obrigações contratuais.
4. **Coordenação de Gestão de Pessoas** – integra o **Núcleo de Educação Permanente (NEP)**, o **Departamento Pessoal**, a **Gestão de Recursos Humanos**, o **SESMT** e a

Brigada de Bombeiros Civis, promovendo o desenvolvimento humano e o cumprimento da legislação trabalhista e de segurança ocupacional.

Essa estrutura foi desenhada para **garantir a integração entre as áreas técnicas e administrativas**, fortalecer a **governança corporativa**, promover **decisões ágeis e fundamentadas** e assegurar o **alcance das metas de desempenho pactuadas com a SES/MS**.

O organograma reflete, portanto, uma **estrutura moderna, enxuta e funcional**, que possibilita a execução eficiente do contrato de gestão, respeitando a complexidade hospitalar e o modelo de gestão adotado pelo ISMS.

Equipe Mínima e Qualificação Profissional da Administração

O ISMS adota processo de seleção por competência e sistema de avaliação de desenvolvimento humano para assegurar a qualificação dos profissionais que compõe o seu quadro de trabalho

A equipe completa que compõe o quadro de trabalho em cada área é apresentada na tabela de **dimensionamento de pessoal**, demonstrado neste projeto, item **3.2.2. Apresentação de quadro de pessoal técnico, por área de atividade do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo e horário** e a qualificação profissional de cada cargo é demonstrada no **Manual de Descrição de Cargos**, disponibilizado neste projeto, sob item **3.5.4. Proposta de metodologia utilizada para avaliação de desempenho dos colaboradores e pesquisa de clima institucional**.

3.3.1.4. Qualificação e Desenvolvimento Contínuo

Todos os profissionais da Administração Geral participarão de um **Programa Permanente de Capacitação Gerencial**, conduzido pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) do ISMS. O programa incluirá temas como:

- Governança em Organizações Sociais de Saúde;
- Indicadores de desempenho hospitalar e gestão por resultados;
- Controle orçamentário e financeiro;

- Gestão de pessoas e liderança humanizada;
- Ética, integridade e conformidade regulatória.

Essa política de qualificação visa garantir que cada colaborador compreenda a missão institucional e contribua ativamente para o alcance das metas contratuais e para o fortalecimento da imagem do hospital como referência regional de gestão pública de excelência.

3.3.1.5. Integração com a Cultura Organizacional do ISMS

A Administração Geral será não apenas um agente executor de processos, mas uma **molde viva da cultura organizacional do ISMS**, em que cada decisão, cada procedimento e cada relacionamento interno ou externo refletirá os **valores institucionais sólidos**, especialmente o valor da **integridade**.

O Código de Integridade do ISMS estabelece diretrizes claras que norteiam o comportamento ético de todos os colaboradores, gestores e prestadores de serviço associados à organização, em todos os níveis hierárquicos e em todas as localidades de atuação.

Entre os valores explícitos do código destacam-se: integridade, transparência, responsabilidade social, diversidade, excelência e humanização.

Nesse sentido, a Administração Geral deve operar como **guardião e disseminador dessa cultura**. Abaixo, os principais eixos conceituais:

1. Conformidade, ética e respeito às normas

Todas as práticas administrativas estarão sujeitas às normas internas do ISMS (normas de compliance, fluxos auditáveis, controles internos) e à legislação vigente. O gestor da Administração Geral promoverá, em cooperação com a área de **Compliance**, o alinhamento dos processos aos preceitos do Código de Integridade, prevenindo conflitos de interesse, fraudes, desvios de conduta ou atos contrários à ética institucional.

2. Transparência e prestação de contas

A cultura de integridade exige que a Administração seja capaz de **justificar seus atos, disponibilizar relatórios e permitir auditoria**. A transparência será promovida por meio de relatórios regulares, divulgação de indicadores e acesso aos documentos pertinentes para auditagens internas e externas, em consonância com os compromissos de prestação de contas do ISMS.

3. **Ambiente de trabalho íntegro e seguro**

O ISMS valoriza um ambiente onde todos se sintam respeitados, com voz, isenção de retaliação e estímulo ao diálogo aberto. A Administração Geral deverá fomentar a cultura de integridade interna por meio de canais seguros de denúncia, proteção ao denunciante e tratamento confidencial das ocorrências, bem como garantir que as violações ao código sejam apuradas com imparcialidade e que as sanções previstas sejam aplicadas quando cabíveis.

4. **Gestão da integridade integrada à rotina administrativa**

As rotinas administrativas — compras, contratos, controle de estoques, processos financeiros — deverão incorporar mecanismos de verificação, segregação de funções, duplo controle, checkpoints de aprovação, auditoria preventiva e posterior controle, com vistas à mitigação de riscos de integridade. A Administração Geral atuará como núcleo de coordenação para assegurar que essas salvaguardas sejam aplicadas, monitoradas e revisadas continuamente.

5. **Formação e disseminação cultural**

A Administração assumirá o papel de protagonista na disseminação dos conceitos de integridade junto a toda equipe, promovendo treinamentos periódicos, workshops sobre compliance e ética, sessões de sensibilização e comunicação constante dos valores do ISMS. A intenção é que cada membro da equipe compreenda seu papel no fortalecimento de uma cultura íntegra e responsiva.

6. **Relacionamentos externos pautados pela integridade**

A Administração Geral será referência no relacionamento com fornecedores, prestadores e parceiros, exigindo que os contratos estejam alinhados aos princípios do Código de Integridade, com cláusulas de compliance, obrigação de adesão e penalidades em caso de descumprimento. A conduta nas aquisições e contratações será pautada por critérios técnicos, legais e éticos, sem espaço para favorecimento ou práticas viciadas.

Com essas diretrizes incorporadas à estrutura de gestão, a Administração Geral se posiciona como uma **força vivificadora da cultura do ISMS**, assegurando que o compromisso institucional com integridade não seja apenas simbólico, mas efetivo e operacionalizado no dia a dia do hospital.

3.3.1.6. *Normas e Funcionamento da Administração Geral*

A **Administração Geral do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** será o núcleo responsável pela **coordenação global das atividades administrativas, financeiras, de apoio e de governança**, assegurando o funcionamento contínuo da unidade e o cumprimento das metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no Contrato de Gestão.

Seu funcionamento observará rigorosamente os princípios da **legalidade, eficiência, transparência, economicidade e integridade**, conforme o **Código de Integridade do ISMS** e a legislação aplicável às Organizações Sociais de Saúde.

Horário e Regime de Funcionamento e Equipe Mínima

- **Horário Administrativo:** de segunda a sexta-feira, das **8h às 18h**, com intervalo de 1h para refeição;
- **Regime de Plantão e Sobreaviso:** equipes de apoio estratégico (TI, Suprimentos, Manutenção, Facilities e Atendimento) manterão regime de plantão ou sobreaviso **24 horas**, garantindo o suporte operacional à área assistencial em todos os turnos;
- **Atendimento à População e Órgãos de Controle:** o atendimento presencial da Administração Geral funcionará das 8h às 18h, preservando canais institucionais de comunicação com a SES/MS, Auditorias, Conselhos e Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão.

Rotinas e Procedimentos Administrativos

A **Administração Geral** assegurará o pleno funcionamento das áreas administrativas, financeiras e de apoio do hospital, observando padrões de qualidade, rastreabilidade e integridade definidos pelo **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** e pela **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

As rotinas descritas a seguir compõem o conjunto de **normas operacionais** que orientam a execução das atividades e garantem a conformidade com o Contrato de Gestão.

1.1 – Coordenação de Suprimentos

Responsável por garantir a disponibilidade de materiais, medicamentos e insumos de forma segura, econômica e rastreável.

1.1.1 – Almoxarifado

- Recebimento, conferência e armazenamento de materiais não hospitalares.
- Controle de entradas, saídas e inventário mensal.
- Classificação ABC e curva de consumo.
- Controle de validade e segregação de materiais vencidos.
- Integração automática com sistema corporativo para controle de estoque e consumo.

1.1.2 – CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico)

- Recebimento e armazenamento de medicamentos.
- Controle de temperatura e umidade conforme RDC 430/2020.
- Distribuição setorial conforme prescrição médica e requisição eletrônica.
- Rastreamento de lotes e validade.
- Conferência de estoque diário e inventário mensal integrado à farmácia clínica.

1.1.3 – OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais)

- Gestão de requisições cirúrgicas e controle de consignações.
- Conferência de notas fiscais e documentação técnica.
- Registro de uso por paciente e procedimento no sistema hospitalar.
- Interface direta com faturamento e auditoria médica.
- Acompanhamento de contratos e planilhas de custo junto à Controladoria.

1.1.4 – Compras

- Planejamento mensal e anual de aquisição de bens e serviços.
- Realização de cotações, comparativos e análise técnica.
- Formalização de processos de compra conforme regulamento da OSS.
- Homologação e controle de fornecedores.

- Controle de prazos contratuais e vigências em sistema eletrônico.

1.2 – Coordenação de Farmácia

1.2.1 – Assistência Farmacêutica

- Validação de prescrições médicas e dispensação segura.
- Acompanhamento farmacoterapêutico e orientação à equipe assistencial.
- Farmacovigilância e registro de reações adversas.
- Controle de antibióticos, psicotrópicos e medicamentos de alto custo.
- Apoio técnico à Comissão de Farmácia e Terapêutica.

1.3 – Coordenação Administrativa e Financeira

Responsável pela sustentabilidade econômica e pela gestão dos recursos financeiros, contábeis, patrimoniais e operacionais do hospital.

1.3.1 – Prestação de Contas

- Consolidação mensal de comprovantes de despesas, contratos e folhas.
- Validação documental e conferência contábil.
- Elaboração de Relatório de Execução Financeira e Relatório Gerencial Mensal (RGM).
- Submissão das prestações à Controladoria Corporativa e posterior envio à SES/MS.

1.3.2 – Financeiro

- Controle de contas a pagar e a receber.
- Conciliação bancária diária e fluxo de caixa projetado.
- Controle de adiantamentos, devoluções e transferências.
- Relatórios financeiros semanais à Direção Administrativa-Financeira.
- Pagamentos somente mediante dupla autorização e registro em sistema integrado.

1.3.3 – Contabilidade

- Registro contábil das receitas e despesas em regime de competência.
- Elaboração de balancetes mensais e demonstrações financeiras anuais.
- Conciliação de contas patrimoniais e relatórios de acompanhamento de centros de custo.
- Apoio à auditoria independente e órgãos de controle.

1.3.4 – Patrimônio

- Registro e tombamento de bens móveis e equipamentos.
- Etiquetagem, inventário físico e reconciliação com sistema contábil.
- Controle de movimentação, baixa e alienação de bens.
- Vistorias periódicas e relatórios patrimoniais semestrais.

1.3.5 – Controladoria

- Monitoramento do desempenho financeiro e operacional.
- Acompanhamento do orçado versus realizado.
- Elaboração de relatórios gerenciais e indicadores de eficiência.
- Apoio à Direção e às unidades na tomada de decisão estratégica.

1.3.5.1 – Orçamento

- Elaboração do planejamento orçamentário anual.
- Revisão trimestral das projeções.
- Identificação de desvios e proposição de planos corretivos.
- Interface direta com a SES/MS para ajustes contratuais.

1.3.5.2 – Custos

- Custeio por centro de custo e procedimento.
- Identificação de custos diretos e indiretos.

- Relatórios mensais de custo assistencial e administrativo.
- Integração com produção, faturamento e orçamento.

1.3.6 – SADT (Agendamento e Monitoramento)

- Controle de agendas de exames e procedimentos.
- Comunicação direta com NIR e unidades assistenciais.
- Acompanhamento do fluxo de pacientes e gestão de filas.
- Indicadores de taxa de absenteísmo e tempo médio de espera.

1.3.7 – Tecnologia da Informação

- Suporte técnico a usuários e manutenção de sistemas.
- Gestão de rede, servidores e backup diário.
- Controle de acessos e permissões conforme LGPD.
- Monitoramento de disponibilidade dos sistemas (meta $\geq 99,5\%$).
- Interface com o corporativo ISMS para BI e dashboards de desempenho.

1.3.8 – Gestão de Atendimento

- Supervisão das recepções, acolhimento e atendimento humanizado.
- Garantia da identificação segura do paciente.
- Monitoramento do tempo de espera e fluxo de internação.

1.3.8.1 – Recepções

- Atendimento administrativo ao paciente e familiares.
- Conferência de documentos, cadastro e autorização de internações.
- Encaminhamento conforme fluxo regulatório.

1.3.9 – Faturamento

- Codificação e registro dos procedimentos realizados.
- Validação de AIHs e APACs.
- Envio de produção mensal à SES/MS e integração ao SIH/SUS.
- Controle de glosas e interface com a auditoria.

1.3.9.1 – Auditoria de Prontuários

- Revisão técnica e administrativa de prontuários.
- Confronto de informações clínicas com faturamento.
- Identificação e prevenção de glosas.
- Relatórios de conformidade assistencial à Direção Técnica.

1.3.10 – Núcleo de Práticas Ambientais

- Gerenciamento de resíduos hospitalares (RDC 222/2018).
- Monitoramento do consumo de água, energia e gases medicinais.
- Ações de sustentabilidade e educação ambiental.
- Relatórios de desempenho ambiental mensais.

1.3.11 – Facilities

- Gestão de contratos de limpeza, manutenção e segurança.
- Controle de serviços terceirizados e indicadores de desempenho.
- Rotinas de manutenção preventiva e corretiva.
- Planos de contingência para falhas estruturais.

1.3.11.1 – Lavanderia

- Controle de coleta, lavagem e distribuição de roupas hospitalares.
- Cumprimento de normas sanitárias (RDC 34/2013).

1.3.11.2 – SND (Serviço de Nutrição e Dietética)

- Planejamento e distribuição de dietas conforme prescrição médica.
- Controle de qualidade dos alimentos e higienização de utensílios.

1.3.11.3 – Laboratório

- Coleta, processamento e análise de amostras clínicas.
- Controle de qualidade interno e externo.
- Comunicação de resultados críticos ao corpo clínico.

1.3.11.4 – SHL (Serviço de Higienização e Limpeza)

- Limpeza concorrente e terminal conforme protocolos sanitários.
- Controle de checklist e rastreabilidade por área.

1.3.11.5 – Engenharia Clínica

- Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médico-hospitalares.
- Calibração e certificação técnica.
- Controle de inventário e ciclo de vida dos equipamentos.

1.3.11.6 – Infraestrutura Física

- Inspeções prediais periódicas.
- Planejamento de obras e melhorias estruturais.
- Controle de climatização, hidráulica e elétrica.

1.3.11.7 – Segurança Patrimonial

- Monitoramento eletrônico 24h e controle de acesso.
- Treinamento de vigilantes e plano de emergência.
- Registros de ocorrências e relatórios mensais.

1.4 – Coordenação de Gestão de Pessoas

Responsável por garantir a conformidade trabalhista, a valorização profissional e o desenvolvimento humano.

1.4.1 – Recursos Humanos

- Recrutamento, seleção e integração de novos colaboradores.
- Aplicação de gestão por competências (GCPEC).
- Programas de reconhecimento e clima organizacional.

1.4.2 – Departamento Pessoal

- Processamento de folha de pagamento e encargos sociais.
- Controle de ponto eletrônico, férias e afastamentos.
- Emissão de relatórios trabalhistas e previdenciários.

1.4.3 – Núcleo de Educação Permanente

- Capacitação técnica e comportamental contínua.
- Integração institucional e treinamento em segurança do paciente.
- Apoio à formação de comissões internas e programas de residência.

1.4.4 – SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho)

- Programas de prevenção (PPRA, PCMSO, LTCAT, PGR).
- Treinamentos obrigatórios (NRs) e controle de exames ocupacionais.
- Análise de acidentes e planos de mitigação de riscos.

1.4.4.1 – Bombeiros Civis

- Prevenção e resposta a emergências.
- Inspeção de hidrantes, extintores e saídas de emergência.

- Apoio a simulados e treinamentos de evacuação.

Esse detalhamento demonstra domínio técnico das rotinas e reforça o modelo de **gestão padronizada, auditável e orientada à qualidade** do ISMS.

Instrumentos de Gestão

A Administração Geral adotará instrumentos formais e digitais de planejamento, monitoramento e controle, integrados ao modelo de governança do ISMS.

Principais instrumentos:

- **Plano de Trabalho e Planejamento Estratégico** – documento que traduz as metas contratuais em objetivos, indicadores e planos de ação anuais.
- **Relatórios Gerenciais Mensais (RGM)** – consolidação de resultados operacionais e financeiros, apresentados à SES/MS.
- **Dashboards e BI Corporativo** – sistema de acompanhamento em tempo real de metas e indicadores estratégicos, alinhado ao corporativo do ISMS.
- **Manual de Normas e Rotinas Administrativas** – descreve fluxos de processos, responsabilidades e controles internos de todas as áreas.
- **Controle de Contratos e Obrigações** – planilha corporativa com prazos, vigências e alertas automáticos de vencimento.
- **Mapa de Riscos e Matriz de Controles Internos** – identifica, avalia e mitiga riscos administrativos, financeiros e operacionais, conforme o Código de Integridade.
- **PMG (Programa de Modernização da Gestão)** – Uma série de programas, sistemas, plataformas e metodologias implementadas de forma institucional para gerar eficiência na operação da unidade.
- **Reunião de Metas e Resultados** – Reunião mensal com toda a diretoria da unidade e corporativa para apresentação dos resultados operacionais e financeiros e o alcance das

metas, resultados orçamentários e indicadores de resultado com análise crítica e plano de ação.

Mecanismos de Controle Interno e Governança

A Administração Geral implementará um **Sistema de Controle Interno** fundamentado em três pilares: **prevenção, monitoramento e correção**. O modelo é inspirado nas diretrizes de governança e compliance do ISMS e nas normas de auditoria pública aplicáveis.

Principais mecanismos de controle:

1. **Segregação de Funções:** cada processo administrativo possuirá responsáveis distintos para solicitação, autorização e execução (ex: compras, pagamentos, contratações).
2. **Trilhas de Auditoria:** registros digitais e rastreáveis em todos os sistemas (Tasy, Oracle, planilhas corporativas e protocolos).
3. **Conciliações Mensais:** entre áreas contábil, financeira e de patrimônio, auditadas internamente.
4. **Auditorias Preventivas:** realizadas pelo Núcleo de Controladoria e conformidade corporativa do ISMS, antes do envio das prestações de contas.
5. **Canal de Integridade:** comunicação direta e sigilosa para denúncias de irregularidades, conforme o Código de Integridade do ISMS.
6. **Comitês de Governança:** reuniões mensais para avaliação de resultados e tomada de decisões colegiadas (Comitê de Gestão, Comitê de Ética, Comitê de Custos e Sustentabilidade).
7. **Relatórios de Compliance e Transparência:** publicados periodicamente no portal institucional, garantindo visibilidade e controle social.

Relacionamento Institucional e Comunicação com a SES/MS

A Administração Geral manterá **interlocução permanente** com a Secretaria de Estado de Saúde por meio de relatórios oficiais, reuniões técnicas e visitas in loco.

Serão observados os prazos e formatos de envio definidos no contrato de gestão e nos manuais da SES/MS. Toda comunicação será registrada formalmente e arquivada eletronicamente para fins de rastreabilidade.

Princípios Operacionais

Todas as ações da Administração Geral obedecerão aos princípios operacionais que orientam o ISMS:

- **Integridade e Transparência:** agir com ética e responsabilidade no uso dos recursos públicos.
- **Eficiência e Resultado:** assegurar que cada processo contribua diretamente para o alcance das metas contratuais.
- **Humanização e Colaboração:** promover um ambiente de trabalho participativo, saudável e respeitoso.
- **Inovação e Melhoria Contínua:** buscar soluções tecnológicas e práticas gerenciais modernas.
- **Sustentabilidade Financeira e Ambiental:** utilizar os recursos de forma racional e responsável.

O conjunto de Políticas, normas, rotinas e controles apresentados consolida o modelo de gestão do ISMS como Organização Social sólida, íntegra e orientada por resultados, garantindo que a Administração Geral do Hospital atue com excelência técnica, conformidade legal e responsabilidade social, assegurando a execução plena e transparente do Contrato de Gestão celebrado com a SES/MS.

3.3.1.7. Normas e funcionamento do Núcleo Interno de Regulação (NIR)

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é o setor responsável por coordenar e controlar o uso racional dos leitos e dos serviços hospitalares, atuando como elo entre o hospital, a Central Estadual de Regulação (CER) e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Sua atuação segue as diretrizes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) e as normativas internas do Instituto Social Mais Saúde (ISMS), assegurando equidade, transparência e eficiência na gestão do acesso hospitalar.

Finalidade e Diretrizes Operacionais

O NIR tem como finalidade **garantir o acesso ordenado e regulado** dos usuários aos leitos hospitalares e aos serviços assistenciais, otimizando a utilização da capacidade instalada e promovendo o fluxo contínuo entre **admissão, internação, transferência e alta hospitalar responsável**, conforme a **Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)** e a **Portaria GM/MS nº 1.559/2008 – Política Nacional de Regulação**.

Seus princípios operacionais são:

- Universalidade e equidade de acesso aos serviços hospitalares;
- Humanização e transparência no processo regulatório;
- Articulação entre a gestão clínica e a gestão administrativa;
- Responsabilidade compartilhada pelo uso adequado dos leitos;
- Apoio à tomada de decisão com base em indicadores e sistemas de informação.

Estrutura física e tecnológica

O NIR contará com **espaço físico exclusivo**, localizado em área estratégica próxima à Direção Técnica e à Recepção de Internações, permitindo comunicação direta com os setores assistenciais.

Infraestrutura mínima:

- 03 estações de trabalho informatizadas;
- 01 quadro de controle visual (painel eletrônico) dos leitos hospitalares;
- Telefonia direta com os setores clínicos e com a Central Estadual de Regulação (CER);
- Impressora e scanner dedicados;
- Acesso permanente aos sistemas **SISREG, CNES, Sistemas de Gestão Hospitalar, DATASUS**, e **Painel de Ocupação Estadual** da SES/MS.

Estrutura Funcional e Equipe

O NIR atuará em articulação direta com a Direção Técnica, Enfermagem, SAME, Faturamento, TI e SADT, e manterá comunicação diária com a Central Estadual de Regulação (CER) para atualização do painel de leitos.

Regime de funcionamento: 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Equipe Mínima:

Cargo / Função	Quantidade	Requisitos Técnicos
Supervisor do NIR	1	Profissional de saúde com experiência comprovada em regulação hospitalar e gestão de leitos.
Médico Regulador	2	Profissional Médico Avalia os cadastros direcionados pelo , realiza visita hospitalar,

		participa da desospitalização e regula os pacientes externos
Enfermeiro Regulador	2	Registro no COREN, experiência mínima de 2 anos em urgência e internação.
Assistente Administrativo	2	Experiência em gestão hospitalar e sistemas de regulação.
Apoio Operacional / Plantonista	1	Nível médio, regime de 12x36, suporte contínuo 24h

Principais Rotinas e Procedimentos do NIR

○ Controle de Leitos e Internações

- Atualização contínua do painel de leitos por unidade e clínica;
- Monitoramento do tempo médio de permanência e taxa de ocupação;
- Comunicação imediata de altas, transferências e óbitos;
- Controle de bloqueios de leitos por motivo clínico, sanitário ou estrutural;
- Integração com os setores de enfermagem e hotelaria para liberação de leitos.

○ Regulação de Internações e Encaminhamentos

- Recebimento de solicitações da CER via SISREG ou contato telefônico;
- Avaliação técnica da disponibilidade e perfil do leito conforme a complexidade do caso;
- Priorização dos casos conforme protocolos assistenciais e classificação de risco;
- Emissão de relatórios diários de ocupação e lista de espera.

○ Gestão da Alta Hospitalar Responsável

- Planejamento de alta junto à equipe multiprofissional (médico, enfermagem e serviço social);
 - Registro no sistema hospitalar e comunicação à CER;
 - Encaminhamento dos pacientes à atenção básica ou serviços de referência;
 - Aplicação das diretrizes da **PNHOSP** e da **Portaria GM/MS nº 3.390/2013**.
- **Gestão de Transferências e Contrarreferências**
- Solicitação de transferências inter-hospitalares via CER;
 - Acompanhamento de vagas reguladas em tempo real;
 - Comunicação com o Serviço de Transporte Sanitário e com o SAME;
 - Garantia de continuidade do cuidado com documentação completa.
- **Monitoramento e Indicadores**
- Taxa de ocupação hospitalar;
 - Tempo médio de permanência;
 - Taxa de giro de leitos;
 - Tempo médio de espera para internação regulada;
 - Índice de contrarreferência concluída.
 -

Os indicadores serão monitorados mensalmente e reportados à **Superintendência de Governança Hospitalar (SGH)** e ao **Gabinete da SES/MS**, conforme a Cláusula 3.3 da Minuta do Contrato de Gestão.

Integração com a Rede de Atenção à Saúde

O NIR manterá articulação direta com:

- **Central Estadual de Regulação (CER)** – gestão de leitos e fila única estadual;
- **Atenção Primária e Serviços de Apoio Diagnóstico (SADT)** – continuidade do cuidado;
- **Rede de Urgência e Emergência (RUE)** – articulação para fluxos de pacientes críticos;
- **Serviço Social Hospitalar e Ouvidoria** – acompanhamento de casos sociais e encaminhamentos;
- **Comitês de Ética e Segurança do Paciente** – monitoramento de eventos críticos.

Essa integração permitirá o cumprimento das diretrizes do Anexo II – Perfil Assistencial, garantindo que o hospital atue como **referência regional de média e alta complexidade**, especialmente nas especialidades de **cirurgia geral, ortopedia, urologia, ginecologia e clínica médica**.

Instrumentos e Controles de Regulação

O NIR utilizará ferramentas de gestão e controle informatizadas, assegurando **transparência e rastreabilidade**:

- **Painel Eletrônico de Leitos** (corporativo ISMS/SES-MS);
- **Sistema SISREG e Sistemas de Gestão Hospitalar**, integrados ao DATASUS;
- **Relatórios Diários de Ocupação e Altas**;
- **Mapa Diário de Leitos**, validado pela Direção Técnica e enviado à CER;
- **Livro de Ocorrências Regulatórias**, físico e eletrônico;
- **Protocolos de Comunicação e Atendimento**, com fluxogramas padronizados.

Comunicação e Relacionamento Institucional

O Supervisor do NIR participará de:

- **Reuniões semanais de gestão de leitos**, com Direção Técnica e Enfermagem;
- **Reuniões mensais da Comissão de Regulação**, junto à SES/MS e demais unidades regionais;
- **Relatórios mensais de desempenho regulatório**, enviados à Superintendência de Governança Hospitalar.

Todas as comunicações formais com a CER e a SES/MS serão registradas em **ofícios e e-mails institucionais**, com cópia arquivada no sistema de gestão documental.

Conformidade, Transparência e Integridade

O NIR seguirá os princípios do **Código de Integridade do ISMS**, assegurando que os processos de regulação sejam pautados pela ética, confidencialidade e equidade no acesso.

A priorização de pacientes seguirá exclusivamente critérios técnicos e assistenciais, sem interferência política, institucional ou pessoal.

Será mantido **registro auditável** de todas as decisões regulatórias, permitindo rastreabilidade total em eventuais auditorias da **AudSUS** ou da **Superintendência de Governança Hospitalar (SGH)**, conforme a Cláusula 3.3 da Minuta Contratual.

Conclusão

O Núcleo Interno de Regulação do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto será estruturado para operar de forma permanente, com equipe qualificada, processos padronizados e integração sistêmica com a Central Estadual de Regulação e a Rede de Atenção à Saúde.

Esse modelo, fundamentado nas normas do Ministério da Saúde, nas diretrizes da SES/MS e na governança do ISMS, assegura acesso justo, regulação eficiente e gestão inteligente dos leitos, contribuindo para o alcance das metas pactuadas e a sustentabilidade do contrato de gestão.

Indicadores de Desempenho e Monitoramento do NIR

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) será monitorado continuamente por meio de indicadores quantitativos e qualitativos que mensuram sua eficiência operacional, efetividade assistencial e conformidade com as normas de regulação e acesso hospitalar.

Esses indicadores integram o painel de desempenho corporativo do ISMS e o sistema de acompanhamento da SES/MS, compondo parte dos relatórios gerenciais mensais exigidos pelo Contratante.

Objetivos do Monitoramento

- Assegurar o uso eficiente dos leitos hospitalares;
- Promover a regulação equitativa e transparente dos pacientes;
- Reduzir o tempo de espera por internação e transferência;
- Garantir a continuidade do cuidado e a alta hospitalar responsável;
- Subsidiar decisões da Direção Geral e da SES/MS com informações confiáveis;
- Fortalecer a cultura de gestão baseada em dados e evidências.

Estrutura do Monitoramento

O acompanhamento dos resultados será feito por meio de:

- Relatórios Gerenciais Mensais (RGM) do ISMS;
- Painel Eletrônico de Leitos (corporativo SES/MS);
- Relatórios do SISREG e Sistemas de Gestão Hospitalar;
- Reuniões semanais de análise de desempenho com a Direção Técnica e a Enfermagem;
- Reuniões mensais da Comissão de Regulação com a SES/MS;
- Auditorias internas e externas realizadas pela Controladoria e pela Superintendência de Governança Hospitalar (SGH)

Indicadores de Desempenho do NIR

Indicador	Descrição / Fórmula de Cálculo	Meta Referencial
1. Taxa de Ocupação Hospitalar (%)	$(\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia} \div \text{N}^\circ \text{ de leitos disponíveis} \times 100)$	85% a 90%
2. Tempo Médio de Permanência (dias)	$(\text{Total de pacientes-dia} \div \text{N}^\circ \text{ de saídas hospitalares})$	≤ 6,5 dias
3. Giro de Leitos (vezes/mês)	$(\text{N}^\circ \text{ de saídas hospitalares} \div \text{N}^\circ \text{ de leitos existentes})$	≥ 3,5

Indicador	Descrição / Fórmula de Cálculo	Meta Referencial
4. Tempo Médio de Regulação (h)	Tempo entre solicitação e internação do paciente regulado	≤ 6h
5. Taxa de Bloqueio de Leitos (%)	$(\text{Leitos bloqueados} \div \text{total de leitos} \times 100)$	≤ 5%
6. Taxa de Absenteísmo de Internações Reguladas (%)	$(\text{Solicitações confirmadas não efetivadas} \div \text{total de solicitações} \times 100)$	≤ 3%
7. Tempo Médio de Alta Hospitalar (h)	Tempo entre alta médica e liberação efetiva do leito	≤ 3h
8. Índice de Contrarreferência Efetiva (%)	$(\text{Nº de pacientes com contrarreferência concluída} \div \text{total de altas} \times 100)$	≥ 90%
9. Taxa de Ocupação UTI (%)	$(\text{Pacientes-dia UTI} \div \text{Leitos UTI disponíveis} \times 100)$	90% ± 5%
10. Percentual de Atualização do Painel de Leitos (%)	$(\text{Dias com atualização completa} \div \text{total de dias do mês} \times 100)$	100%
11. Tempo de Transferência Inter-hospitalar (h)	Tempo entre solicitação e efetiva transferência	≤ 4h
12. Satisfação do Usuário com o Processo de Regulação (%)	Avaliação via Ouvidoria e pesquisa amostral com pacientes e familiares	≥ 90%

Indicadores Qualitativos de Regulação

Além dos indicadores quantitativos, o NIR monitorará indicadores qualitativos, que avaliam a qualidade dos processos e a efetividade das ações de regulação:

Indicador Qualitativo	Descrição	Critério de Avaliação
Aderência aos Protocolos de Regulação	Cumprimento dos fluxos estabelecidos pela SES/MS	≥ 95% de conformidade nos relatórios de auditoria
Conformidade na Comunicação com a CER	Qualidade e tempestividade nas respostas às solicitações de regulação	≥ 95% de solicitações respondidas dentro do prazo
Gestão Humanizada do Acesso	Avaliação do acolhimento, empatia e clareza nas informações prestadas aos usuários	≥ 90% de satisfação dos usuários e familiares
Integração com as Áreas Assistenciais	Nível de cooperação entre NIR, Enfermagem, SADT e Corpo Clínico	Avaliação trimestral positiva em reuniões de gestão
Uso da Informação para Tomada de Decisão	Grau de utilização de dashboards e relatórios para decisões gerenciais	Evidências documentadas nos RGMs e reuniões de análise crítica

Comunicação e Transparência dos Resultados

Os resultados dos indicadores do NIR serão:

- Apresentados mensalmente nas reuniões de Diretoria e Comitê de Governança Hospitalar;

- Inseridos nos Relatórios Gerenciais Mensais (RGM) encaminhados à SES/MS;
- Publicados no Painel Corporativo de Indicadores do ISMS, assegurando transparência e controle social;
- Avaliados trimestralmente pelo Controladoria do ISMS.

Ações Corretiva e melhoria contínua

Quando os indicadores apresentarem desempenho inferior ao pactuado, o Supervisor do NIR deverá:

1. Emitir **plano de ação corretivo**, com metas, responsáveis e prazos definidos;
2. Reunir-se com as áreas correlatas (Direção Técnica, Enfermagem, SAME e SADT) para identificação das causas e medidas corretivas;
3. Submeter o plano à validação da **Direção Geral** e acompanhamento pela **Controladoria e SGH/SES-MS**;
4. Implementar medidas preventivas e revisões de processos para evitar reincidências.

Essa prática reforça o modelo de **governança por resultados** adotado pelo ISMS, em consonância com o princípio da **melhoria contínua da qualidade assistencial e administrativa**.

Conclusão

O conjunto de indicadores e rotinas de monitoramento descritos assegura que o **Núcleo Interno de Regulação** atue de forma **transparente, técnica e orientada a resultados**, promovendo acesso equitativo e eficiente aos serviços hospitalares.

Alinhado às diretrizes da **SES/MS**, às políticas nacionais de saúde e à cultura de integridade do **ISMS**, o modelo proposto transforma a regulação em instrumento estratégico para o alcance das metas contratuais, a eficiência na gestão de leitos e a satisfação dos usuários do SUS.

Qualificação Profissional e Educação Permanente do NIR

O desempenho do **Núcleo Interno de Regulação (NIR)** depende diretamente da qualificação técnica e do comprometimento ético de sua equipe multiprofissional.

A gestão proposta pelo **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** assegura que todos os profissionais envolvidos no processo de regulação hospitalar recebam **formação específica, atualização contínua e acompanhamento de desempenho**, em consonância com as políticas públicas de educação e gestão do trabalho em saúde.

Princípios e Diretrizes

A capacitação e o desenvolvimento dos profissionais do NIR serão pautados pelos seguintes princípios:

- **Núcleo de Educação Permanente (NEP)** como estratégia de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das práticas;
- **Atualização técnica continuada**, com base nas diretrizes da Política Nacional de Regulação e da PNHOSP;
- **Desenvolvimento de competências** em gestão, comunicação, ética, liderança e uso de sistemas de informação em saúde;
- **Integração multiprofissional**, fortalecendo a atuação colaborativa entre médicos, enfermeiros, gestores, assistentes sociais e profissionais administrativos;
- **Promoção da cultura de integridade**, assegurando condutas éticas, transparentes e alinhadas ao Código de Integridade do ISMS.

Programa de Educação Permanente do NIR

A formação dos profissionais será coordenada pelo **Núcleo de Educação Permanente (NEP)** da unidade, em conjunto com a **Coordenação de Gestão de Pessoas** e o **Setor de Compliance e Integridade** do ISMS.

O programa incluirá **capacitação inicial obrigatória, reciclagens periódicas e ações educativas temáticas**, tais como: capacitação técnica específica, capacitação ética, transparência e integridade e competências de desenvolvimento gerencial e humanização.

Integração com a Governança Institucional

O NEP do hospital integrará a agenda de capacitações do NIR aos **programas corporativos de desenvolvimento** promovidos pelo ISMS, tais como:

- **Mais Competências** – programa de gestão por competências;
- **Líderes e Resultados** – trilha de desenvolvimento de gestores;
- **Programa de Integridade e Ética Aplicada** – formação em compliance hospitalar;
- **Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente** – capacitação certificada com base na RDC nº 36/2013.

Essa integração garante uniformidade cultural, técnica e ética em todas as unidades sob gestão do Instituto.

Compromisso com a Qualidade e Melhoria Contínua

O ISMS entende que formar é transformar: por isso, a qualificação profissional não será tratada como evento isolado, mas como processo contínuo de aprimoramento institucional.

As avaliações de desempenho e auditorias internas alimentarão um ciclo permanente de identificação de necessidades, elaboração de treinamentos e mensuração de resultados.

Com isso, o NIR manterá uma equipe capacitada, motivada e alinhada aos princípios de integridade, eficiência e humanização, assegurando a excelência operacional e o cumprimento das metas pactuadas com a SES/MS.

A estratégia de qualificação e educação permanente proposta reflete o compromisso do Instituto Social Mais Saúde com o desenvolvimento das pessoas como eixo estruturante da gestão hospitalar.

Ao investir na formação técnica, ética e comportamental dos profissionais do NIR, o ISMS consolida um modelo de gestão pública eficiente, ética e orientada para resultados, em que a regulação hospitalar é instrumento de acesso digno, equitativo e humanizado aos serviços de saúde.

Instrumentos de Gestão e Fluxos Operacionais do NIR

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) atuará com processos padronizados, fluxos documentados e instrumentos de gestão que assegurem transparência, rastreabilidade e controle assistencial, em total conformidade com as normas da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) e com o modelo de governança do Instituto Social Mais Saúde (ISMS).

O objetivo é garantir o uso racional dos leitos, a gestão eficiente do acesso hospitalar e a comunicação contínua com a Central Estadual de Regulação (CER), assegurando que o paciente receba atendimento no local e tempo adequados à sua necessidade clínica.

Instrumentos de Gestão Utilizados pelo NIR

O NIR disporá de **instrumentos administrativos, tecnológicos e operacionais** que permitem o acompanhamento diário dos fluxos assistenciais e a mensuração de resultados.

- Painel Eletrônico de Leitos (ISMS/SES-MS)
- Sistema SISREG e Sistema de Gestão Hospitalar
- Mapa Diário de Leitos
- Livro de Ocorrências Regulatórias
- Relatório Gerencial de Regulação (RGR)

- Protocolos Operacionais Padrão (POP)
- Formulário de Contrarreferência
- Plano de Alta Hospitalar Responsável
- Dashboards e BI Corporativo ISMS
- Relatórios Semanais de Comunicação com a CER

Fluxos Operacionais do NIR

Os fluxos que compõem a rotina regulatória do hospital foram desenhados conforme as diretrizes da **SES/MS**, garantindo a integração entre o **NIR**, a **Central Estadual de Regulação (CER)** e os **setores internos do hospital**.

Fluxo de Admissão de Pacientes Regulados

- Solicitação de vaga enviada pela CER via SISREG, conforme critérios clínicos e perfil assistencial da unidade;
- Recebimento e análise técnica pelo NIR, com checagem da disponibilidade de leito, especialidade e nível de complexidade;
- Confirmação da vaga no SISREG e comunicação com o setor assistencial;
- Preparação do leito e notificação à recepção/internação;
- Recepção do paciente com verificação de identidade e documentação;
- Registro de admissão no Tasy/PR e atualização do Painel de Leitos;
- Comunicação imediata à CER confirmando a entrada e horário de internação.

Tempo máximo recomendado entre a solicitação e a internação: **6 horas**.

Fluxo de Internação de Pacientes Não Regulados (Porta de Entrada)

- Atendimento inicial em **serviços de urgência/emergência** do hospital;
- Avaliação médica e decisão pela internação;
- Comunicação ao NIR e inclusão no painel de ocupação;
- Caso o perfil clínico exija transferência para unidade especializada, o NIR aciona a **CER** para regulação interestadual ou intrarregional;
- Atualização do status do leito e registro do caso no SISREG.
- *Todas as internações devem ser validadas pelo NIR em até 24h, garantindo compatibilidade com o perfil assistencial pactuado.*

Fluxo de Alta Hospitalar Responsável

- A equipe assistencial comunica ao NIR a previsão de alta com antecedência mínima de 24h;
- O NIR coordena, junto ao **Serviço Social**, a contrarreferência para a RAS (UBS, CAPS, CER ou Home Care, conforme o caso);
- A equipe de enfermagem executa a liberação física do leito e informa o status no painel;
- O NIR registra a alta no sistema e comunica a CER;
- O paciente ou familiar recebe **orientações documentadas** sobre continuidade do cuidado.
- *Meta institucional: liberação do leito em até 3 horas após alta médica.*

Fluxo de Transferência Inter-Hospitalar

- Solicitação de transferência formalizada pela equipe médica via NIR;
- Avaliação técnica do caso e registro no SISREG;
- Contato com a **CER** para busca de vaga disponível na RAS;
- Emissão do **Relatório de Transferência** com informações clínicas e justificativas;
- Comunicação com a equipe de transporte sanitário (SAMU ou contratualizado);
- Atualização do painel e comunicação à família.

- *Tempo médio desejável de transferência: até 4 horas após solicitação.*

Fluxo de Contrarreferência e Continuidade do Cuidado

- O NIR e o Serviço Social identificam pacientes com alta que necessitam de acompanhamento ambulatorial;
 - É preenchido o **Formulário de Contrarreferência**, especificando diagnóstico, plano terapêutico e unidade de destino;
 - O documento é enviado eletronicamente à **CER** e à unidade de referência da atenção básica;
 - Caso haja necessidade de regulação inversa (readmissão), o fluxo segue novamente via SISREG.
- *Meta institucional: ≥ 90% de pacientes contrarreferenciados corretamente*

3.3.1.8. Conclusão Geral

O Instituto Social Mais Saúde (ISMS) apresenta, neste projeto técnico, um modelo de gestão hospitalar integrada, ética e orientada a resultados, fundamentado nas melhores práticas de governança do setor público e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta reafirma a missão do ISMS de “cuidar das pessoas promovendo saúde e bem-estar”, consolidando sua trajetória de mais de uma década na administração de hospitais públicos de média e alta complexidade em diferentes estados do país.

Compromisso com a Gestão Pública de Excelência

O modelo de gestão proposto demonstra o compromisso do ISMS em **assegurar eficiência operacional, sustentabilidade financeira e qualidade assistencial**, atuando em perfeita

harmonia com as políticas e diretrizes da **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS)**.

Por meio de processos padronizados, sistemas integrados (Sistema de Gestão Hospitalar, SISREG, BI Corporativo), controles internos robustos e equipes qualificadas, o Instituto garante:

- Planejamento estratégico com metas claras e mensuráveis;
- Gestão orçamentária responsável e transparente;
- Eficiência na regulação e ocupação dos leitos hospitalares;
- Integração plena com a Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- Cumprimento rigoroso das normas e protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela SES/MS.

Cultura Institucional e Integridade

A atuação do ISMS está alicerçada em uma **cultura organizacional sólida**, que valoriza a **integridade, a transparência, o compromisso com a vida e o respeito às pessoas**.

Esses princípios são formalizados no **Código de Integridade do Instituto**, que orienta o comportamento ético de todos os colaboradores, prestadores de serviço e parceiros institucionais.

A Administração Geral e o NIR atuarão como **guardadores dessa cultura**, garantindo que cada decisão administrativa e clínica seja coerente com os valores do ISMS e com o interesse público, preservando a confiança da sociedade e dos órgãos de controle.

Estrutura, Rotinas e Governança

A estrutura organizacional descrita neste projeto assegura:

- Clareza na **distribuição de responsabilidades** entre as áreas;
- Rotinas operacionais documentadas e auditáveis;

- Mecanismos de **monitoramento e controle interno** em todos os níveis de gestão;
- Adoção de **protocolos operacionais padrão (POP)** que fortalecem a eficiência e a segurança assistencial.

O **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**, em especial, representa um **eixo estratégico da governança hospitalar**, atuando de forma técnica e humanizada na gestão de leitos, assegurando o acesso justo, transparente e eficiente aos serviços de saúde, em consonância com as políticas de regulação da SES/MS.

Desenvolvimento de Pessoas e Melhoria Contínua

O ISMS compreende que a excelência institucional nasce das pessoas.

Por isso, adota uma política consistente de **Educação Permanente em Saúde**, conduzida pelo **Núcleo de Educação Permanente (NEP)**, que capacita continuamente gestores, técnicos e profissionais da saúde em temas como:

- Regulação hospitalar e rede assistencial;
- Ética e integridade;
- Segurança do paciente e humanização;
- Gestão por competências e liderança.

Essa política assegura equipes preparadas, engajadas e alinhadas aos objetivos estratégicos da organização e da SES/MS, fomentando uma cultura de aprendizado contínuo e inovação.

Transparência e Prestação de Contas

Em total conformidade com o Contrato de Gestão, o ISMS assegura **transparência total na aplicação dos recursos públicos e na divulgação dos resultados**.

Relatórios mensais, indicadores corporativos e prestações de contas são elaborados com rastreabilidade digital, auditáveis e disponíveis à SES/MS, aos órgãos de controle e à sociedade.

A governança institucional é fortalecida por **mecanismos de compliance, auditoria independente e canal de integridade ativo**, que consolidam a credibilidade do Instituto como parceiro confiável da administração pública.

Impacto Esperado

A execução deste projeto trará benefícios diretos para o sistema público de saúde do Mato Grosso do Sul, entre eles:

- **Melhoria da eficiência regulatória**, com redução dos tempos de espera e aumento do giro de leitos;
- **Maior integração com a Rede de Atenção à Saúde**, garantindo continuidade do cuidado;
- **Sustentabilidade operacional e financeira** da unidade hospitalar;
- **Fortalecimento da confiança institucional** junto à SES/MS e à população;
- **Valorização das equipes profissionais**, por meio de desenvolvimento técnico e humano contínuo.

Síntese Final

O Instituto Social Mais Saúde apresenta-se como uma **Organização Social madura, transparente e inovadora**, capaz de entregar resultados consistentes e mensuráveis na gestão hospitalar pública.

Sua experiência consolidada, associada a uma estrutura organizacional eficiente e a uma cultura baseada em **integridade, desempenho e humanização**, posiciona o ISMS como um **parceiro estratégico do Estado** na busca por um sistema de saúde público mais ágil, justo e sustentável.

Assim, este documento expressa não apenas um projeto técnico, mas o compromisso do ISMS com a **gestão pública de excelência**, em que cada processo administrativo e clínico se converte em um ato de cuidado, eficiência e responsabilidade social.

3.3.1.9. Manual NIR

Objetivo.

Dispor sobre as diretrizes gerais da unidade e de rotinas para o bom funcionamento do serviço realizado na unidade. Além disso, serve como guia rápido para fornecer orientações para o adequado cumprimento das normas e rotinas do setor.

Padronizar os procedimentos e rotinas do Núcleo Interno de Regulação de leitos, garantindo, assim, uniformidade do serviço executado em todos os turnos de trabalho.

Fornecer subsídios e respaldo para as práticas e ações executadas pelos colaboradores do NIR.

Definições e siglas.

AIH	Autorização para Internação Hospitalar
CIH	Controle de Infecção Hospitalar
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
Proadi-SUS	Programa de Apoio e Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

Abrangência.

Este Manual de Normas e Rotinas destina-se aos membros do Núcleo Interno de Regulação da unidade assistencial. O Núcleo Interno de Regulação - NIR é de caráter permanente e atua como um núcleo de atuação multiprofissional e multissetorial. A criação do NIR é respaldada pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, que define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá realizar a interface com as Centrais de Regulação (BRASIL, 2017).

O NIR da UNIDADE ASSISTENCIAL tem composição multiprofissional definida pelo seu Regimento Interno, com a seguinte equipe operacional: médico regulador, enfermeiro, auxiliar administrativo, assistente administrativo, coordenador médico e Coordenador do Setor.

O presente documento é dinâmico, permite atualizações frequentes, cuja periodicidade de revisão será a cada ano ou a qualquer momento que for identificada a necessidade de

ajustes essenciais conforme as mudanças que ocorram no cenário de trabalho e serve de apoio para todos os colaboradores do Unidade Assistencial.

Procedimentos.

A passagem de plantão assegura a transmissão de informações entre as equipes nos diferentes turnos. É o elo que garante a continuidade do processo de trabalho. Deve ser objetiva, com informações claras e completas e de forma verbal com o apoio da planilha de controle do setor.

O profissional deverá passar o plantão utilizando a planilha de controle e monitoramento do setor, constando as informações, movimentações e pendências sobre as: Reservas de leito de Centro cirúrgico, programação eletiva, alta da UTI, remanejamento entre clínicas, as solicitações de transferência externa, regulações de aceite externo, programação de ambulância, solicitação de exames e consultas externas e todas as intercorrências que aconteceram no decorrer do plantão e informações pertinentes ao processo de regulação interno e externo.

A passagem de plantão deve ter duração máxima estimada de 10 minutos, respeitando o horário de entrada e saída dos turnos de trabalho.

Após a passagem de plantão o colaborador deve realizar o *login* no computador e acessar o sistema interno e o Sistema de Regulação Estadual, verificar se há solicitações interna como prioridade nº 1 atender as demandas conforme as altas durante o plantão.

Verificar o e-mail institucional e responder o que tiver relevância caso contrário encaminhar ao e-mail da coordenação do [setor\(super.nir@institutomaissaude.org.br\)](mailto:super.nir@institutomaissaude.org.br).

Conferir se foi realizada as reservas dos leitos nas especialidades para cirurgia eletiva conforme as programações de agenda previamente repassadas.

Rever as solicitações de transporte para os pacientes internados que estão com programação externa para consultas, entrevistas e/ou exames.

Interagir com a equipe administrativa do setor sobre as programações eletivas, com o médico e com a equipe responsável pelo censo do sistema e realizar as atualizações com a equipe.

A equipe deve também no início de cada plantão acessar no módulo médico na aba da SCIH e atualizar as informações dos pacientes internados com orientação de conduta respiratória e de contato para possíveis remanejamentos internos e bloqueio de leito.

Realizar visita diariamente e trocar as informações pertinentes sobre a visita realizada nas unidades de internação e discutir os casos com o médico do plantão e com a equipe assistencial de cada setor com o intuito de resolver as pendências, quando houver.

Atribuições do NIR.

- Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias.
- Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, respeitando o perfil assistencial, a saber: Ambulatorial, Internação, Urgência e Emergência, Agenda Cirúrgica Eletiva.

- Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Atenção à Saúde — RAS), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados.
- Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela RAS.
- Otimizar a ocupação das Salas Cirúrgicas.
- Monitorar com finalidade de reduzir ao máximo o número de procedimentos eletivos cancelados ou suspensos.
- Estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento.
- Monitorar a disponibilidade e liberação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais para programação dos procedimentos cirúrgicos com as equipes médicas especializadas e com o centro cirúrgico.
- Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar.
- Participa dos mecanismos de gestão da clínica tais como KANBAN, Safety Huddle, Gestão da Fila Eletiva e o projeto Desospitalização.
- Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais.
- Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar.
- Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente hospitalar.
- Ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela Rede de Assistência à Saúde (RAS).
- Garantir acesso dos usuários vinculados aos serviços de retaguarda da Rede de Assistência à Saúde (RAS);
- Otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar.
- Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-hospitalar.
- Aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares visando ao atendimento mais adequado às suas necessidades.
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável.
- Fornecer subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais evitando comprometer a assistência
- Estimular o Cuidado Horizontal dentro da instituição.

- Subsidiar a direção do hospital para a tomada de decisão.
- Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos.

Equipe Técnica	Total	Horário	Atribuições
Coordenação	1	8H	Controla, monitora, avalia e planeja os processos e fluxos intra-hospitalar. Responsável pela articulação de rede e os indicadores do setor.
Enfermeiro(a) Diarista	1	8H	Participa de round diário, sendo o enfermeiro diarista articulador com a assistência, contribuindo com ações para o giro de leito e alta segura.
Enfermeiro(a)	4	12 x 36 Plantão	Confronto do censo virtual e físico, realiza visitas diárias nas unidades clínicas, acompanha o repasse dos leitos interna e externamente.
Médico Regulador	Plantão	12 x 36 Plantão	Avalia os cadastros direcionados pelo , realiza visita hospitalar, participa da desospitalização e regula os pacientes externos.
As. Administrativo	2	8H	Eletivo, realiza tarefas relacionadas aos processos das agendas cirurgia, programações com os especialistas médicos, com os setores e realiza contato com os usuários.
As. Administrativo	1	8H	Contribui com compilado de dados e ferramentas que auxiliam a coordenação e o setor, na extração de dados e processos que envolvem os indicadores e relatórios.
Aux. Administrativo	6	12 x 36 Plantão	Responsável por atualizar o Mapa de Leitos do Sistema de Regulação/Scadastrando, internando, fornece as altas, conforme as movimentações no sistema.

Composição da Equipe.

O Núcleo Interno de Regulação funciona 24 horas (sete dias por semana) Composição:

Atribuições da Equipe.**Coordenador do NIR.**

- Coordenar e orientar as ações da equipe em relação à regulação médica assistencial; Promover a articulação da unidade assistencial com os Serviços da rede, viabilizando a continuidade do cuidado;
- Ter boa articulação com a RAS e com as equipes internas para facilitar o fluxo de assistência dos usuários.
- Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contra referência dos usuários atendidos no hospital;
- Monitorar o agendamento cirúrgico dos Serviços ambulatoriais, e articular com as unidades assistenciais o fluxo de internações, alta e transferência;
- Representa o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com a política nacional de regulação no âmbito do SUS e com os protocolos da SECRETARIA DE SAUDE .
- Planejar e monitorar as cirurgias e procedimentos eletivos. Participa das reuniões com a diretoria e gestão.
- Responsável pela escala de serviço da equipe.

Médico Regulador.

- Fazer visita diária para acompanhar as condutas dos pacientes e identificar com as equipes assistenciais aqueles, que têm potencial para a transferência a outros setores da unidade hospitalar e/ou leitos de retaguarda pactuados na RAS, por meio da avaliação dos dados do Censo, KANBAN e/ou planilha de desospitalização para gerenciamento dos casos, nas unidades que possuem porta aberta às urgências deverá iniciar esse monitoramento por esse setor, para avaliar a demanda e a partir dessa demanda averiguar as possibilidades nas unidades de internação.
- Identificar as pendências (avaliações médicas, exames, marcação de cirurgias) e providenciar junto à equipe assistencial a sua resolução.
- Identificar pacientes com critérios de Alta Hospitalar e discutir o caso com a equipe assistente. Deverá intermediar a equipe assistencial na busca e disponibilização de leitos de internação para os pacientes que se encontram de alta da UTI.

- Selecionar pacientes estáveis e dentro dos critérios de transferência devem ser selecionados para o Hospital pactuado e dentro da referência.
- Regular os leitos vagos disponíveis no próprio hospital de acordo com as especialidades.
- Apoiar a reavaliação dos casos de reinternação dos pacientes que retornaram do Hospital de Retaguarda ou da Internação Domiciliar identificando os motivos que levaram a re-hospitalização dos usuários, a fim de retroalimentar as equipes em relação ao seguimento ou mesmo para a revisão dos protocolos.
- Realizar a interface entre as especialidades médicas e os setores da unidade hospitalar, a fim de promover as interconsultas de modo mais eficiente e ágil.
- Avaliar em conjunto com os cirurgiões as situações de demandas clínicas e prioridades para programação dos pacientes internados.
- Monitorar os leitos atentando para o Tempo Médio de Permanência, contribuindo para o processo de desospitalização.
- Organizar os seus processos, manter tudo no seu devido lugar. Contribuir com o desenvolvimento do NIR.
- Participar das reuniões, quando convocados, que envolvam a equipe do setor.

Enfermeiro Regulador.

- Fazer visita diária para apoiar a equipe assistencial dos diversos setores na avaliação dos pacientes nas observações, verificando a viabilidade de serem transferidos para enfermarias, leitos de retaguarda, UTI e/ou mesmo de alta para casa ou Serviço de Atenção Domiciliar, através de visita in loco.
- Atualizar e acompanhar a inclusão, movimentação e exclusão de pacientes na lista de cirurgias cardíacas eletivas adulto e pediátrica, juntamente com a médica responsável pela mesma.
- Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial, para aperfeiçoar todo o período de estadia do paciente na instituição.
- Realizar interface com a equipe da emergência e após a avaliação médica, determinar conjuntamente os usuários elegíveis para ocupação de leitos internos e externos.
- Juntamente com a equipe do NIR definir, avaliar e priorizar os pacientes na ocupação dos leitos disponíveis internamente e externamente, conforme contato com a regulação, e nos casos que não houver regulação com a unidade que possua leitos disponíveis.

- Realizar busca ativa de leitos disponíveis no sistema informatizado ou em visita aos setores da unidade hospitalar.
- Adequar os leitos disponíveis por especialidade e gênero (feminino/masculino). Monitorar os leitos atentando para o Tempo Médio de Permanência.
- Identificar e notificar os entraves pertinentes ao processo de transferência e atuação do NIR. Alimentar a planilha para extração dos dados de indicadores, a fim de proporcionar dados para a tomada de decisão da Alta Gestão.
- Atuar diretamente apoiando a equipe assistencial na avaliação dos dados e no apoio à busca de soluções para a oferta dos serviços necessários aos usuários.
- Ampliar espaços de atuação do enfermeiro em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional.
- Contribuir com o desenvolvimento do NIR. Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.
- Manter o Sistema Estadual de Regulação atualizado diariamente e em todos os turnos, avaliando e excluindo do banco de dados às situações fora do perfil do hospital, casos onde não haja disponibilidade de leitos e discutir com o médico regulador as outras demandas.
- Realizar a atualização do relatório de movimentação diária de pacientes. Realizar passagem de plantão.
- Articular com a coordenação do ambulatório e/ou com cirurgião responsável atendimento médico para usuários/pacientes de cirurgias eletivas que necessitem de reavaliação do caso (quadro clínico);
- Avaliar em conjunto com os cirurgiões as situações de quadro clínico para programação de internação;
- Receber documentos enviados ao NIR.
- Encaminhar aos setores assistenciais os documentos dos casos de transferências com vaga liberada e exames agendados.
- Organizar os seus processos, manter tudo no seu devido lugar.
- No período noturno e finais de semana atualizar a lista de cirurgias eletivas adulto e pediátrica. Participar das reuniões, quando convocados, que envolvam a equipe do setor.

Assistente Administrativo – Eletivo.

- Visualizar e-mails diariamente repassando à equipe as informações recebidas;
- Atualizar a lista da cirurgia eletiva diariamente e informar ao enfermeiro do plantão sobre a atualização.
- Abastecer o setor com todos os impressos necessários para o bom funcionamento do plantão. Participa do Bate Mapa.
- Atender ligações telefônicas e direcionar as demandas aos profissionais do setor.
- Manter no quadro de avisos as pendências e os recados para os demais membros da equipe, sendo urgente, comunicar por telefone.
- Receber documentos enviados ao NIR.
- Fazer programação/agenda cirúrgica com os coordenadores médicos, monitorar a liberação de OPME e agenda com o centro cirúrgico
- Atualizar a lista da cirurgia eletivas diariamente.
- Realizar contato telefônico com os pacientes para programação de cirurgia e renovação do Risco Cirúrgico vencido.
- Encaminhar programação semanal das cirurgias eletivas aos setores envolvidos como C.C, OPME, U.I, recepção e controle de acesso.
- Repassar as informações aos pacientes sobre as admissões quanto ao processo das cirurgias eletivas.
- Organizar os seus processos, manter tudo no seu devido lugar. Contribuir com o desenvolvimento do NIR.
- Arquivar todos os documentos em seus lugares específicos.
- Participar das reuniões, quando convocados, que envolvam a equipe do setor.

Atribuições do Auxiliar Administrativo -

Bater o censo e alinhar em tempo no sistema de regulação com as altas, internações e movimentações.

Cadastrar as cirurgias eletivas no sistema.

Realizar o cadastro dos pacientes internados de demanda espontânea, anexando a AIH.

Visualizar e-mails diariamente repassando à equipe as informações recebidas;

Abastecer o setor com todos os impressos necessários para o bom funcionamento do plantão. Atender ligações telefônicas e direcionar as demandas aos profissionais do setor.

Receber documentos enviados ao setor.

Organizar o setor, manter tudo no seu devido lugar. Contribuir com o desenvolvimento do setor.

Arquivar todos os documentos em seus lugares específicos.

Participar das reuniões, quando convocados, que envolvam a equipe do setor.

1. Regulação de leitos.

Após a passagem de plantão, deverá ser realizada a regulação interna dos leitos conforme as altas das Unidades de Terapia Intensiva (UTI's), transferências de pacientes das clínicas para as UTI's ou transferências para outras clínicas ou se há necessidade de remanejamentos quando por exemplo, paciente estiver ocupando leito de isolamento respiratório e não mais houver a necessidade para tal ou seja, toda e qualquer movimentação referente ao fluxo de acesso aos leitos conforme o perfil e necessidade de ocupação.

Avaliar a necessidade de remanejamentos internos entre unidades de internação por demandas diversas do serviço tendo como exemplo pacientes em isolamento de contato, gerenciamento de risco assistencial, segurança do paciente, entre outros, para que em seguida possa ocorrer a oferta de leitos para regulação externa.

Todas as solicitações de transferência interna que acontecerem deverão ser registradas na planilha interna para controle e monitoramento das solicitações. Caberá à equipe do NIR monitorar a utilização da ferramenta e orientar as equipes assistenciais quanto aos leitos ofertados, seja na passagem de plantão, nas visitas presenciais, por meio do ramal ou pelo telefone institucional do setor.

Contingência para Regulação de Leitos.

Em caso da falta da internet o controle é feito pelo celular institucional do Setor ou notebook disponibilizado pela diretoria para suporte de informações sobre os direcionamentos, possíveis reservas ou recusas durante o plantão.

O controle em planilha é feito em Excel utilizando o mesmo modelo padrão, esse modelo fica localizado na pasta compartilhada nomeada como NIR na área de trabalho de todos os computadores do setor.

Liberação de vaga para Regular Leito de UTI.

As vagas de UTI serão liberadas pelo plantonista da UTI (conforme Resolução CFM nº2156/2016) e repassado pela enfermeira do plantão para o NIR durante a visita in loco ou pelo ramal. Cabe ao médico e ao enfermeiro do NIR monitorar e acompanhar as altas com a equipe do plantão para garantir as ofertas internas e a regulação externa.

Quando as altas são repassadas ao NIR habitualmente pela manhã, até às 10h os leitos vagos de enfermaria são reservados e ofertados pelo ramal, sendo verificado os casos de necessidade de isolamento através do controle disponível pela SCIH.

Vaga zero.

A equipe do NIR deverá ficar atenta aos contatos que eventualmente podem acontecer de acionamento de apoio do SAMU que pode solicitar vaga zero para apoio de pacientes dentro do perfil

Liberação de Leito para os Casos Prioritários Previstos em Lei.

O NIR atua com os critérios de priorização de internação hospitalar previstos em lei no Brasil que são regidos principalmente por princípios constitucionais e normas do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na equidade, universalidade e integralidade do atendimento. Além disso, legislações específicas estabelecem prioridades para determinados grupos e situações clínicas.

As ofertas de leito do NIR para pacientes internados dentro de critérios de priorização são respectivamente liberados para:

Princípios Legais do SUS para Priorização.

Conforme a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990):

Universalidade do acesso: Todos têm direito à saúde, mas o atendimento é ordenado pela gravidade e necessidade clínica.

Equidade no atendimento: Recursos devem ser alocados de forma justa, priorizando os mais vulneráveis ou em situação de risco.

Integralidade do cuidado: O atendimento deve considerar todas as necessidades do paciente, incluindo situações emergenciais e preventivas.

Situações de Emergência e Urgência.

De acordo com a Lei nº 12.653/2012, os serviços de saúde devem priorizar:

Casos de emergência: Situações que implicam risco imediato de morte ou sofrimento intenso.

Casos de urgência: Condições que, sem atendimento rápido, podem levar à deterioração grave do estado de saúde.

Grupos Prioritários Estabelecidos por Lei.

Algumas leis específicas determinam a priorização de determinados grupos para internação hospitalar:

- Idosos (Lei nº 10.741/2003 - Estatuto do Idoso)

Idosos (pessoas com 60 anos ou mais) têm direito à prioridade no atendimento, incluindo internação hospitalar, exceto quando a gravidade de outro paciente justificar atendimento prioritário.

- Gestantes, Lactantes, Crianças e Adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente
- Lei nº 8.069/1990)

Crianças e adolescentes têm prioridade absoluta em casos de internação.

Gestantes e lactantes também são grupos prioritários para internação em situações relacionadas à saúde materna e neonatal.

- Pessoas com Deficiência (Lei nº 13.146/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência)

Pessoas com deficiência têm direito à prioridade no atendimento de saúde, incluindo internação hospitalar, quando necessário.

- Pacientes com Câncer (Lei nº 12.732/2012)

Pacientes diagnosticados com câncer têm direito a início do tratamento (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia) no prazo máximo de 60 dias após o diagnóstico ou conforme a gravidade clínica.

- Pessoas com Doenças Raras (Decreto nº 7.508/2011 e Portarias do Ministério da Saúde)

Internações para condições relacionadas a doenças raras devem ser priorizadas quando o atraso no atendimento puder comprometer o prognóstico.

- Lei 14.626/2023 com atendimento prioritário para pessoas com o Espectro Autista.
- Pessoas em Situação de Vulnerabilidade Social.

Legislações e diretrizes do SUS, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua tem atendimento prioritário.

- População Indígena, Base legal a Constituição Federal de 1988 para a Prioridade dos

Garante aos povos indígenas o direito à saúde de forma diferenciada, respeitando suas especificidades culturais e necessidades de saúde (§ 2º do Art. 231). Os indígenas têm prioridade na internação hospitalar em situações que envolvam vulnerabilidade social, condições de saúde pública e emergências médicas, conforme previsto pela legislação e políticas do SUS. Essa prioridade é uma medida de equidade, buscando corrigir desigualdades históricas e garantir acesso efetivo à saúde.

Transferência entre Clínicas.

1.2 Alta da UTI.

As altas das UTIs que são repassadas pelo ramal ou de forma presencial pela equipe assistencial para o NIR o enfermeiro do plantão do NIR deverá inserir na planilha todas as solicitações e fazer a busca de leito na unidade de internação correspondente a clínica e especialidade. O NIR irá se encarregar de destinar leito e intermediar o processo de transferência entre a UTI e a enfermaria.

Na constatação da disponibilidade do leito na enfermaria para o paciente de alta da UTI, o colaborador do NIR deverá comunicar a equipe assistencial da enfermaria de destino e informar os dados clínicos do paciente. É importante a informação completa e precisa dos dados do paciente, contendo nome, leito de origem, idade, sexo, diagnóstico inicial ou pós cirúrgicos, tipo de isolamento e demais observações pertinentes a transferência, incluindo nome do médico e/ou enfermeiro responsável pelo paciente. Já o quadro clínico do paciente, serão repassados pela equipe assistencial responsável pelo paciente para a equipe assistencial da unidade de destino.

Após a comunicação dos dados, o NIR deverá monitorar a efetividade da transferência com o menor tempo em média de 2h para ocorrer e responder o status das solicitações

de transferências pendentes na planilha com a atual situação do leito na unidade de internação, as ofertas oficialmente registradas e repassadas.

A equipe do NIR deverá monitorar o tempo de transferência estipulado entre as unidades (exemplo, em casos de terminal de enfermaria e finais e início de plantão), a fim de garantir uma assistência adequada ao paciente e prevenir riscos assistenciais.

Contingência para as Altas das UTI's.

Conforme as solicitações das altas da UTI caso de não haver leito na clínica correspondente ao perfil do paciente é feita a busca na clínica no mesmo andar ou no andar seguinte e assim sucessivamente, com isso facilitamos o acesso mais rápido da equipe médica especializada nas visitas. Com a internação fora da clínica, a busca para posterior remanejamento para a clínica de tratamento do paciente seguirá sendo feita em cada plantão, o nome do paciente entra na planilha no mesmo momento da oferta fora da clínica.

A equipe assistencial (médica e enfermeiro) que irá receber o paciente, serão avisados dos motivos da internação fora da clínica, assim como o coordenador médico da especialidade é comunicado que o paciente estará fora da clínica.

Transferência de Pacientes da Enfermaria para UTI.

As intercorrências clínicas ou mudança do quadro clínico do paciente assistido nas enfermarias que necessitem de internação em terapia intensiva. A equipe assistencial da unidade de origem (enfermaria) comunica o NIR a respeito da necessidade de vaga em UTI o perfil desse paciente, assim como as informações sobre o agravamento do caso, o NIR realiza a busca imediata pelo ramal para busca de vaga leito de UTI ou já repassou a retaguarda do momento, o leito é reservado, os dados do paciente são repassados para a equipe da UTI e a devolutiva da reserva é informada ao solicitante. Em seguida o NIR insere os dados na planilha contendo as informações de comando.

Contingência na Ausência de Vaga na Unidade de Terapia Intensiva.

Deverão ser consideradas as seguintes hipóteses:

Em caso de todas as buscas esgotadas para leito em UTI, será ofertado leito em sala vermelha para suporte até a primeira alta na unidade de terapia intensiva;

No caso de paciente com perfil obstétrico é oferecido como opção de retaguarda leito de sala vermelha, no caso de ausência de vaga na sala vermelha a paciente fica sendo monitorada

no Centro Obstétrico e todos os esforços são direcionados para agilidade de alta em leito em UTI.

Em caso de necessidade de agravamento nas Unidades de Internação e a única possibilidade de retaguarda é a reserva de leito para o centro cirúrgico, essa reserva é retirada e garantida a retaguarda para o caso de urgência. O Centro cirúrgico é informado sobre a situação e a possibilidade de cancelamento da cirurgia e reagendamento.

Em casos de todas as possibilidades internas esgotadas para vaga na Unidade de Terapia Intensiva sem paciente em alta da UTI, sem vaga em sala vermelha o NIR fará o cadastro de transferência no sistema .

Vale ressaltar que todas as unidades de internação possuem carrinho de parada e a equipe é qualificada para manobras imediatas na própria enfermaria de origem inclusive solicitando o apoio do Time de Resposta Rápida - TRR do plantão.

Movimentação entre as Clínicas.

Da mesma forma, toda solicitação de transferência deverá ser registrada na planilha interna do NIR. Essa solicitação de transferência entre clínicas é validada pelo especialista através da interconsulta. O NIR é acionado pelo médico ou enfermeiro sobre a necessidade da transferência, o monitoramento é feito de acordo com a ordem de solicitação ou critérios de prioridade.

Após a reserva e oferta do leito para a clínica solicitante, a equipe assistencial de origem deverá passar o caso para a equipe que irá receber o paciente. Ao receber o paciente a admissão é feita e o paciente é conduzido até a sua alta.

Contingência nos casos de falta de leito para a transferência entre as clínicas

O médico ou enfermeiro da unidade de internação solicita ao NIR a transferência para a clínica de tratamento na especialidade do paciente logo em seguida da avaliação do especialista, evoluindo essa solicitação em prontuário.

Em caso de não haver leito, o nome do paciente fica registrado em planilha para a busca e monitoramento para transferência assim que disponível, permanecendo no leito atual.

Enquanto isso, o especialista acompanha o paciente fora da clínica em conjunto com a clínica médica.

Contingência de Liberação de Vaga Fora de Clínica ou Realocação de Paciente.

Sempre que houver necessidade o NIR poderá realizar realocações de pacientes internos na mesma unidade ou entre as clínicas em caso de necessidade maior.

O objetivo das realocações pode ser formar enfermaria feminina ou masculina, isolar paciente na enfermaria quando o leito de isolamento respiratório estiver indisponível, acomodar alta da UTI, receber paciente de outra unidade para realizar limpeza terminal etc.

Nos casos de pacientes de alta da UTI sem leito na clínica de referência;

Pacientes internados em poltronas, cadeiras, em macas nos PS's caracterizando a superlotação da deambulação e do PS infantil;

O NIR tem autonomia e autorização da diretoria técnica e da diretora geral para otimizar da melhor forma possível as ofertas de leitos fora de clínica. Tendo como apoio a equipe

multidisciplinar envolvendo todos os atores no processo, como a SCIH nos casos de pacientes que possam apresentar sinais e sintomas de isolamento ou coorte devido exame de laboratório em análise fornecendo as orientações pertinentes.

Monitoramento do tempo de internação pelo Kanban.

O enfermeiro(a) e médico do NIR deve diariamente acessar no módulo internação do sistema PR -> Ocupação das Unidades > censo hospitalar ou no mesmo módulo > status de aposento

> painel Kanban das unidades. Ao acessar o Kanban o colaborador deve observar os pacientes que estão internados a mais de 8 dias, identificar os casos em que há pendências e avaliar possibilidades de transferência para término de tratamento e ações que possam contribuir para otimizar o processo de alta hospitalar.

Vaga de Internação para Paciente Ambulatorial.

O paciente regulado pelo sistema ambulatorial para consulta e que por acaso necessitar de internação de urgência durante a avaliação do médico especialista, o médico realiza o preenchimento obrigatório do laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar — AIH, justificando a urgência dentro da especialidade, o maqueiro é acionado para realizar o transporte e o paciente é encaminhado pela equipe médica e de enfermagem ao bloco A para atendimento de urgência. Assim que a internação for concluída, o leito é solicitado ao NIR conforme perfil.

Nos casos de emergência, o paciente é encaminhado de imediato para a sala vermelha e o médico de plantão é quem faz a AIH de internação, setor aciona e solicita leito ao NIR.

O NIR deve no ato da internação do paciente digitalizar a AIH e cadastrar na Central Estadual de Regulação de Leitos, além de comunicar à unidade assistencial da internação do paciente sobre a reserva do leito.

Reserva de leito de UTI no Pós-Operatório Eletivo.

As solicitações deverão ser feitas pelo médico especialista e está identificado no Aviso de Cirurgia assim como no Bate Mapa, sendo confirmado pelo NIR a retaguarda para ser mantido no Mapa caso contrário será reprogramado.

Todo paciente que tem indicação de leito de UTI após procedimento cirúrgico eletivo, deverá ser internado com 24 horas de antecedência da cirurgia, para ser reavaliado previamente pelo médico assistente do plantão e do especialista da área validando e checando se não há pendências que devem ser sanadas antes do procedimento para cirurgia segura.

Lotação da Obstetrícia.

Em caso de lotação na obstetrícia com uma lotação de CO/PPP e sem vaga na unidade de internação para retaguarda.

Primeiramente o NIR deverá averiguar a possibilidade em agilizar altas hospitalares, solicitando o apoio da equipe médica, diante das altas é avaliado o cenário e mesmo assim o diagnóstico ainda está de lotação, em seguida faremos os cadastros de transferência com o apoio da equipe assistencial médica e de enfermagem e serviço social para identificar as pacientes para transferência.

Lotação da UTI neonatal.

Toda vez que a UTI neonatal estiver com lotação, o NIR deverá entrar em contato com o médico plantonista da unidade e solicitar que este avalie a possibilidade de solicitar transferência de recém-nascido elegível para serviço de retaguarda através da central de leitos para regulação externa.

Caso o plantonista informe que devido ao estado clínico não haja RN em condições de transferência, o NIR deve registrar em ocorrência na passagem de plantão.

Contingência da Obstetrícia e Neonatologia.

Como contingência deverão ser feitos cadastros de transferência de pacientes gestantes e RN's e articulação de rede com os serviços contratualizados e em busca do apoio da Central Estadual CER.

Bloqueio de leitos.

O leito só será bloqueado após a confirmação e vistoria do setor de manutenção ou engenharia, com programação de prova. A coordenação do NIR é envolvida nesse

processo para agilizar a liberação do leito em conjunto com os setores responsáveis para que o bloqueio ocorra com menor tempo.

Em caso de necessidade de bloqueio de leito por motivo de precaução de contato ou

de precaução respiratória neste caso esse bloqueio será feito como CONDUTA mediante conferência da planilha disponibilizada pela SCIH. Importante ressaltar que diante das orientações da SCIH somente pacientes respiratórios são isolados em enfermaria nos casos de suspeita ou confirmação identificada pelo médico assistente.

Mapa de leitos ou Censo Hospitalar.

O Mapa de leito trata-se de uma ferramenta de gestão que tem por objetivo mostrar o retrato fiel da ocupação de todas as unidades de internação e o pronto atendimento do hospital. Essa ferramenta também fornece o número de dias de internação de todos os pacientes, permite a gestão identificar o panorama de internação por vírus respiratórios e planejar o dimensionamento ou remanejamento das equipes de enfermagem da instituição conforme o número de pacientes internados por unidade, assim como os leitos em manutenção, as reservas e os leitos vagos.

É um documento legal que respalda ou serve como fonte de informação ou prova em eventual processo de auditoria ou judicial. Portanto, é de suma importância que seja fidedigno e condizente com a real situação de ocupação dos leitos hospitalares.

As informações do Mapa de Leito são geradas no momento da internação dos pacientes que é realizada pela equipe das recepções. A equipe operacional do sistema do NIR fica

responsável em atualizar o Mapa de leitos para que a CER possa enxergar em tempo todas as movimentações e assim direcionar os pacientes em fila da Central estadual conforme os leitos vagos e assim ocorrer a regulação externa.

O Mapa de Leitos precisa ser entendido por todos da equipe assistencial para colaborar com o alinhamento do censo nas movimentações diárias, seja de entrada, movimentação interna e nas saídas.

O censo é confrontado in loco em visitas realizadas pela equipe do NIR diariamente em todos os plantões.

Realocação de paciente

Sempre que houver necessidade o NIR poderá realizar realocações de pacientes internos na mesma unidade ou entre as clínicas em caso de necessidade maior.

O objetivo das realocações pode ser por necessidade de altas da UTI, isolar paciente na enfermaria devido à falta de isolamento, superlotação e mandados judiciais e outros casos que possam colocar em risco a segurança do paciente.

Paciente da Fila Eletiva.

O paciente eletivo é aquele que se encontra em sua residência e aguarda por uma programação de cirurgia após ter realizado atendimento médico do especialista do ambulatório do.

Após programação ser feita com a equipe médica, centro cirúrgico, setor de OPME e leito reservado;

O NIR realiza contato prévio com o usuário que recebe todas as orientações pertinentes ao processo de admissão.

O paciente com programado para internação de cirurgia eletiva, que recebeu informação prévia por telefone

Em caso de falta de leito para atender a reserva o plano de contingência é a busca de leito fora de clínica, no caso de se esgotar todas as possibilidades o administrativo, enfermeira ou coordenador do NIR explica a situação ao paciente e realiza nova programação;

Após admissão no leito o paciente é preparado para cirurgia conforme protocolo interno de cirurgia segura, recebe atendimento da equipe multidisciplinar durante a sua estadia e recebe alta em momento oportuno com orientações de retorno para agendamento ambulatorial descrito em resumo de alta.

Solicitação para Transferência Interna de Paciente Internado

O protocolo de transferência interna de paciente internado define o processo seguro e organizado para mudar o paciente entre setores ou unidades dentro do mesmo hospital. Essa transferência pode ser necessária por motivos clínicos, logísticos ou administrativos, e a prioridade na segurança do paciente, a comunicação eficaz e a continuidade do cuidado.

Todas as ofertas e confirmações de leitos são de competência do NIR que é o articulador entre a unidade solicitante a de destino.

Motivos para Transferência Interna.

Necessidade Clínica.

Agravamento do quadro clínico que exige maior complexidade de cuidado, como a transferência para leito de UTI.

Estabilização do paciente que permite realocação para unidade de menor complexidade, como leito de enfermaria.

Logística e Gestão de Leitos.

Reorganização da ocupação dos leitos para atender à demanda de internações, seja para reorganização interna ou externa.

Adaptação ao perfil assistencial da unidade para ala específica. Isolamento ou Precauções.

Necessidade de isolamento por doenças infectocontagiosas. Transferência para leito em isolamento respiratório ou contato.

Preferência do paciente ou conflito entre os pacientes ou questões estruturais.

Etapas do Protocolo de Transferência Interna.

Avaliação e Decisão médica:

O médico responsável pelo paciente deve justificar a necessidade da transferência com base em critérios clínicos e administrativos.

Discussão com a equipe multidisciplinar:

Envolve enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais para garantir a continuidade do cuidado.

Planejamento.

Confirmação de vaga no setor de destino:

Garantir que o leito esteja disponível e equipado para atender às necessidades do paciente. Comunicação clara com o setor de destino:

A passagem do caso, informando sobre o estado do paciente, intervenções em curso e necessidades especiais é feito entre as clínicas.

Comunicação com o Paciente e Família.

Explicar a necessidade da transferência, o novo local de cuidado e o impacto no tratamento. Garantir que o consentimento seja obtido quando necessário.

Segurança do Processo com a Identificação Correta.

Verificar as pulseiras de identificação e garantir que o paciente seja transferido para o setor correto.

Comunicação Efetiva.

Checagem de Equipamentos, a articulação entre as partes envolvidas como maqueiro, transporte adequado, leito pronto, equipe pronta para receber o paciente, paciente em condições de remoção. São critérios básicos e fundamentais para garantir a segurança do paciente.

Segurança do Processo.

A transferência interna deve ser realizada com foco na segurança do paciente, comunicação eficaz entre as equipes e planejamento adequado para minimizar riscos. O cumprimento do protocolo é essencial para manter a continuidade do cuidado e garantir uma experiência positiva ao paciente.

Transferência por Solicitação do Paciente ou Família.

O paciente ou sua família pode solicitar transferência para uma unidade de preferência, respeitando critérios éticos e logísticos.

- Critérios éticos e legais
- Autonomia do paciente: Se o paciente estiver lúcido e desejar ser transferido, deve-se considerar sua vontade, desde que tecnicamente viável.
- Consentimento familiar: Em casos de pacientes inconscientes ou vulneráveis, a família deve ser consultada.
- Segurança do transporte: Deve-se garantir que o paciente esteja em condições clínicas de suportar o transporte.

Etapas para Solicitar a Transferência Externa

Após preenchido do Laudo d Autorização de Internação Hospitalar — AIH com os documentos necessários em anexo deverá ser encaminhado ao NIR protocolado, sendo recebido, conferido e cadastrado com todas as evidências necessárias para justificar a necessidade de

transferência, com cópias dos exames laboratoriais e laudos de exames de imagem e/ou outros quando pertinente ao caso.

A solicitação e recebimento não tem hora para acontecer desde que todos os documentos estejam conforme.

Avaliação Inicial

Realizar uma avaliação médica detalhada para justificar a necessidade da transferência.

Confirmar a indisponibilidade de recursos adequados na unidade de origem.

Contato com a Unidade de Destino Quando Leito for reservado

O NIR informa o hospital de destino com disponibilidade de vaga e recursos necessários.

Fornecer relatório clínico detalhado para a equipe receptor

Do Planejamento do Transporte.

Garantir a presença de equipe especializada (médico, enfermeiro, técnico) e equipamentos adequados no transporte.

Escolher o meio de transporte mais seguro (ambulância básica ou avançada, UTI móvel, transporte aéreo).

Documentação Necessária.

Relatório médico: Incluindo histórico clínico, exames, tratamentos realizados e justificativa da transferência.

Documentos do paciente: Identificação pessoal com RG, CPF, Cartão SUS e comprovante de residência atual (caso não possua imprimir a Ficha de Internação e Alta > módulo internação > 2º via > digitar o nº da ficha > escolher o tipo de documento que é a Ficha de Internação > imprimir).

Nos casos de certidão de nascimento deve ser anexado a cópia dos documentos da mãe.

Autorização da regulação: Após o cadastro a CER autoriza ou não o cadastro, por isso a necessidade de termos todos os subsídios para seguir com a transferência.

A transferência externa deve sempre priorizar a segurança do paciente e ser realizada em conformidade com as normas da regulação. Uma comunicação eficiente entre as equipes de origem, a CER e a articulação com o hospital destino é essencial para garantir a continuidade do cuidado e minimizar riscos durante o processo.

Regulação de Exames Externos para Pacientes Internados.

Quando pacientes internados necessitarem de exame ou procedimentos que é realizado fora da instituição a equipe assistencial do paciente deve preencher a APAC justificando a necessidade de forma clara, anexando cópia legível de documento oficial com foto, cartão

SUS, CPF, comprovante de residência atualizado em nome do paciente ou com a declaração do proprietário da casa de que o paciente reside e entregar no NIR protocolando.

Exame Externos para Serviço Contratualizado

Após o recebimento dos documentos necessários o NIR entra em contato por e-mail ou WhatsApp pedindo o agendamento.

Com a data, hora e o local agendado repassados pelo prestador de serviço, o NIR protocola o agendamento e entrega na unidade solicitante.

Nos casos de exames ou procedimentos que tenha preparo, o formulário também é preenchido antes da solicitação ser encaminhada ao NIR para ser agendada, sendo devolvida com o kit (APAC, Cópia do documento RG, CPF, CNS, comprovante de residência ou certidão de nascimento) para a unidade de origem.

Programação de transporte é realizada, paciente retorna com o canhoto com a data de liberação do exame, NIR e unidade solicitante monitoram.

Exames Externos para Serviço Público

Após o recebimento dos documentos necessários o NIR entra em contato por e-mail ou WhatsApp pedindo o agendamento.

Com a data, hora e o local agendado repassados pelo serviço, o NIR protocola o agendamento e entrega na unidade solicitante.

2. Monitorament

o dos Indicadores.

Tempo para
efetivação de
internação; Tempo
médio de regulação
médica;

Tempo médio de permanência em leito de
internação; Taxa de ocupação dos leitos;

Número total de
internações; Número
de internações
Eletivas; Número de
internação
Regulados; Número
de internação
Ambulatorial; Número
de internações de
Urgência;

Número de acionamento de transporte de USA e ambulância
Básica; Taxa de pacientes residentes no hospital (permanência >
30 dias)

Referências

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde — SUS - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

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 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. — Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data elaboração:	Data revisão:
Coordenadora do NIR Data:			Mês/Ano	Mês/Ano

3.3.2. Normas para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica (preventiva e corretiva).

Com a evolução da complexidade dos métodos e dos equipamentos em hospitais, cada vez mais se necessita, nestes locais, de instalações que atendam às exigências técnicas e que não venham a causar riscos às pessoas envolvidas nos procedimentos assistenciais e de apoio.

Tal proteção, que abrange quem assiste e quem é assistido (colaboradores e pacientes), é obtida através do enquadramento das instalações prediais às normas pertinentes, do correto planejamento das manutenções e por meio da elaboração de procedimentos padronizados, normatizando fluxos, sistemas de segurança, e demais cuidados necessários para o perfeito funcionamento da estrutura Hospitalar.

Os serviços de Manutenção Preventiva e Corretiva Predial e de Instalações Ordinárias e Especiais dos Equipamentos Prediais têm como escopo:

- Manutenção e Reparos nas instalações Físicas;
- Manutenção e Reparos nas instalações Hidráulicas e Sanitárias;

- Manutenção e Reparos nas instalações Elétricas e Eletrônicas;
- Manutenção e Reparos nas instalações Mecânicas, de Utilidades;
- Manutenção e Reparos nas instalações de Rede de Gases;
- Manutenção e Reparos no Sistemas de Refrigeração e Climatização.

Serviços em Instalações Físicas Manutenções corretivas e preventivas em alvenarias, calçamentos, pisos, acabamentos e demais partes civis da edificação conforme necessidades identificadas, sob a aprovação do Gestor do Contrato.

Alvenaria

No reparo, deverá ser descascado ou retirado o revestimento da parte afetada, deixando à mostra a trinca, rachadura ou área deteriorada. Proceder-se-á, então, ao seu alargamento e verificação de causa para a sua correção.

Após a correção, deverá ser feito preenchimento com argamassa até obter-se um nivelamento perfeito da superfície. Posteriormente será aplicado o revestimento para fazer o acabamento de todo o componente original, atentando-se para a não formação de áreas de aspecto e desempenho diferentes.

Divisórias

Reparo de divisórias danificadas e realocação conforme Layout, inclusive estrutura metálica de suporte e ferragens de porta.

Pinturas em geral (piso, paredes e teto)

O reparo será realizado à partir da constatação de falhas ou manchas, ou mesmo em caso de conservação preventiva de qualquer pintura de componente da edificação, deverá ser realizado o lixamento completo da área ou componentes afetados, tratamento de base ou da causa do aparecimento das manchas ou falhas, quando houver.

Posteriormente, proceder-se-á à recomposição da pintura nas mesmas características do original, ou com novas características se assim for determinado.

Revestimentos cerâmicos, vinílicos, melamínicos e outros

O reparo será realizado se as placas ou peças do revestimento se desprenderem, devendo ser retirados os revestimentos de toda a área em volta para verificar a existência ou não de problemas na estrutura do piso.

Se houver problemas de dilatação excessiva recomendar-se-á a substituição de todo o piso por elementos mais flexíveis. Se não, proceder-se-á à recomposição do piso adotando-se procedimento construtivo segundo às boas práticas de Manutenção.

Coberturas

A manutenção de recomposição de elementos da cobertura deverá ser feita sempre que forem observados vazamentos ou telhas deslocadas, rachadas ou quebradas. Deverá ser providenciada a limpeza das calhas de coleta de águas pluviais, ralos “abacaxis”, com a remoção de qualquer aderência e verificação das tubulações de escoamento, mantendo-as desobstruídas. Deverão, ainda, ser verificadas as trincas nos rufos e engates de telhas, bem como repará-los, além do estado do revestimento de proteção de impermeabilizações. Deverão ser seguidos sempre os manuais do fabricante.

Impermeabilizações

Os reparos nas impermeabilizações de coberturas deverão ser feitas periodicamente de acordo com as recomendações. Com a retirada da parte danificada do revestimento, limpeza da área a ser tratada, verificação dos caimentos, das argamassas, das furações, e refazimento por completo da parte impactada.

Esquadrias, vidros e ferragens

O reparo e/ou substituição e/ou recuperação das portas, janelas, portões e demais elementos de vedação, seguirão as especificações do material existente ou utilizando-se os materiais disponíveis no mercado tais como: PVC, Ferro, Madeira ou Alumínio.

Pavimentação

Os reparos dos pavimentos de concreto com juntas, periodicamente deverá ser realizado com a limpeza das juntas e o rejuntamento dos pontos onde o material selante não se apresentar em boas condições. As placas danificadas deverão ser parcial ou totalmente restauradas.

Os reparos dos pavimentos em blocos de concreto intertravados; a inspeção periódica da superfície deverá delimitar os pontos e áreas com afundamentos. Nestes locais serão realizadas remoções dos blocos, reconstrução da camada de base e recolocação dos blocos que não estiverem danificados, conforme procedimento construtivo segundo às boas práticas de Manutenção.

Forros

Manutenções corretivas e preventivas dos forros em geral, tais como: recomposições, aberturas de rasgos, arremates, colocação de novas placas e demais necessidades oriundas de serviços e recomposições rotineiras.

Estruturas metálicas

Reparos dos pontos de Corrosão: Realizar a limpeza da área afetada, que poderá ser manual, através de escovas de aço, ou mecânica, através de esmeril ou jateamento com areia ou grimalha. A recomposição da pintura através de procedimentos análogos ao da aplicação original.

Falhas na Pintura: As falhas ou manchas na pintura da estrutura deverão ser retocadas de conformidade com os procedimentos originais e recomendações dos fabricantes. Deverão ser pesquisadas as causas dos aparecimentos das falhas e manchas, a fim de evitar a sua reincidência, de preferência, a interpretação das anomalias deverá ser realizada através de parecer técnico do autor do projeto.

Estruturas de madeira

a) Ataques de Fungos e Apodrecimento: Nos reparos deverão ser observados os cuidados necessários para evitar o apodrecimento das peças de madeira provocado pelo ataque de fungos, que ocorre na conjunção de condições favoráveis de umidade, oxigênio livre (ar) e temperatura.

Deverão ser removidas as causas da umidade, como as provenientes de goteiras em telhados, as resultantes do afastamento deficiente de águas pluviais e as decorrentes do acúmulo e condensação de águas em pontos localizados.

Se for constatado o apodrecimento de peças da estrutura, será executada inicialmente a remoção do material deteriorado através de ferramentas manuais ou mecânicas adequadas, mantendo-se as condições de segurança da estrutura. A seguir será efetuada avaliação da extensão dos danos e a necessidade de reforço ou de substituição das peças enfraquecidas, de preferência, estes procedimentos deverão ser realizados com o apoio de parecer emitido pelo autor do projeto e/ou de técnico especializado.

Fissuras e Fendas:

Deverá ser observada a presença de fissuras e fendas nos elementos estruturais e ainda de eventuais zonas de esmagamento ou de flambagens localizadas, decorrentes de carregamento não previstos ou de mau desempenho da estrutura. Eventuais reparos e reforços necessários serão realizados sob orientação do autor do projeto e/ou técnico especializado, restringindo tais ações à simples manutenção corretiva das estruturas.

a) Falhas na Pintura: O reparos decorrentes de falhas ou manchas na pintura das estruturas deverão ser recuperadas de conformidade com os procedimentos originais. As causas do apodrecimento das falhas e manchas serão pesquisadas a fim de se evitar a sua reincidência.

Instalações Hidráulicas e Sanitárias

Hidráulica

Manutenção corretivas, preventivas e preditivas em todas as tubulações de água potável e o esgoto, torneiras, válvulas de descargas e mictórios, registros de gavetas, válvulas de reduções, de forma a atender as necessidades em geral do referido sistema.

Bombas e acessórios

Manutenções corretivas, preventivas e preditivas em bombas, registros, válvulas, quadros de comando, pertencentes ao sistema e todas as tubulações de água, de forma a atender as necessidades em geral do referido sistema.

Poços, ralos simples e sifonados

Manutenção corretiva e preventiva além da limpeza, de todos os poços e ralos, que deverão ter tampas escamoteáveis em condições de funcionamento.

Água fria

Preventivamente, todo o sistema hidráulico deverá, rotineiramente, ser verificado ponto a ponto, como também sofrer teste e aferições regulares de forma a ter total controle operacional do referido sistema.

Instalações de esgoto sanitário

A Contratada fará a manutenção em toda a rede mencionada, inclusive a rede geral da área externa, como caixas, galerias, poços, tampões, etc. de forma a tomar providências rotineiras que evitem entupimentos e deterioração dos sistemas em foco, se necessário utilizando equipamentos "Sewer-Jet" e "VacAll". Será exigida uma limpeza em todo o sistema externo tanto de esgoto quanto de água pluvial.

Instalações de águas pluviais

As inspeções para manutenção das unidades que tenham a coleta de águas pluviais em suas coberturas, as quais, recebem contribuições dos ralos nos andares até onde se unificam algumas prumadas, descendo até o piso do térreo, daí vão até caixas de areia na calçada, até a galeria de Águas Pluviais, da Prefeitura, na rua.

Instalações de prevenção e combate a incêndio

Tratando-se de um sistema de segurança, com riscos à vida e dos bens materiais, a verificação e testes do perfeito funcionamento do sistema de detecção, alarme e combate a incêndio (quadros, detectores, extintores, sprinklers, bombas de pressurização, hidrantes, mangueiras e válvulas) deverão ser realizados com a supervisão das áreas responsáveis pela segurança da edificação.

Áreas externas

Há previsão de reparos nas áreas externas existem redes subterrâneas de drenagem, as quais recebem as contribuições das redes internas, conforme anteriormente descrito, compostas por caixas, poços de visita, troncos e sub-ramais, que drenam esgoto e as águas pluviais à rede pública de coleta geral. Todos os ralos, galerias, caixas e demais componentes das redes de drenagem existentes na área externa, contidos dentro dos limites das Unidades, também estarão a cargo da CONTRATADA, que providenciará verificações periódicas e procedimentos mantenedores, de forma a impossibilitar entupimentos, quebras e desconexões da rede existente.

Instalações Elétricas e Eletrônicas

Distribuição geral de luz e força: a unidade conta com entradas de energia no padrão da Concessionária.

Iluminação interna e tomadas

Há previsão de reparos nos sistemas de iluminação interna dotados de diversos pontos de luz, compostos por luminárias fluorescentes de 1 ou 2 lâmpadas de 32 W, de 2 ou 4 lâmpadas de 16 W com reatores eletrônicos, luminárias com lâmpadas de LED, luminárias de parede

(arandelas) e pontos de luz de cabeceira de leitos, inclusive circuitos, proteções, condutos, bandejas, leitos e fixação geral.

A unidade possui pontos de tomada com capacidades diversas e contam com circuitos de tomadas normais e estabilizadas.

Iluminação externa

Reparos nos sistemas de iluminação externa, incluindo-se refletores com lâmpadas de LED ou Mistas bem como, os demais sistemas de iluminação instalados nos perímetros internos das Unidades.

Alimentadores

Reparos nos sistemas que possuem alimentadores em cabos de cobre com isolante termoplástico. Cordoalhas de cobre nu, interligam as barras de terra dos quadros.

Iluminação normal/emergência

Reparos nos sistemas compostos de luminárias serão assistidos com lâmpadas de LED ou fluorescentes distribuídos em circuitos nas áreas comuns de todos os prédios inclusive escadas.

Sistema de proteção contra descargas atmosféricas (SPDA)

O reparo dos sistemas completos de proteção contra descargas atmosféricas com hastes, cordoalhas, fixações e aterramento atenderão à NBR 5419/2015 faz parte do escopo da manutenção predial em questão, todos os alimentadores, quadros gerais e parciais, pontos de forças, condutores, fixações, caixas, equipamentos, estabilizadores, proteções, aterramentos e demais itens componentes dos sistemas elétricos prediais.

Subestação

Todos os cubículos de Subestação, deverão permanecer em perfeitas condições de segurança e funcionamento, conforme determina a norma técnica aplicável nos tópicos abaixo: Alimentadores de entrada das Subestações, Quadros Gerais de Força e Luz, Transformadores de Força, Transformadores de Corrente e Potencial, Relês de Proteção, Instrumental de Medição, Seccionadores, Barramentos, Disjuntores de Caixa Moldada, Contadores, Isoladores e Para-raios de distribuição (no interior da Subestação), Fios e Cabos, Disjuntores a Pequeno Volume de Óleo, Disjuntores a Seco, Baterias, Luminárias, Interruptores, Tomadas e Lâmpadas, Redes de Aterramento, Alvenaria das Casas de Força.

Gerador e sistema de emergência

A manutenção preventiva deverá prever o “check out” do equipamento no mínimo a cada dois meses e testes de verificação da integridade das características técnicas do combustível. A periodicidade das inspeções será estabelecida em função da intensidade de uso das instalações e componentes, das condições locais, experiência do Contratante,

recomendações dos fabricantes, fornecedores e normas técnicas. No caso de contratação de serviços de terceiros, a periodicidade será proposta e justificada, a fim de permitir a avaliação e aprovação do Contratante.

A manutenção preventiva de Grupos Geradores e sistemas de emergência deverá ser realizada em conformidade com as recomendações do fabricante do equipamento, por profissional ou firma especializada, ou pelo fabricante do equipamento. A contratada providenciará sempre que necessário o abastecimento de combustível para o equipamento e reserva técnica.

Instalações Mecânicas, de Utilidades e Gás

Sistema de distribuição de gases medicinais

A manutenção destes sistemas envolve a verificação periódica das redes de distribuição, substituindo os danificados e/ou reformulando a localização de alguns pontos, além dos demais equipamentos do sistema. Compreende também o atendimento das redes de distribuição de:

- Oxigênio;
- Ar Comprimido;
- Vácuo;
- Nitrogênio;
- Óxido Nitroso;
- Gás carbônico;
- Outros

Sistemas de Condicionamento de Ar e Refrigeração

A manutenção do sistema de ar condicionado deverá garantir o funcionamento de todo o sistema em condições e desempenho minimamente satisfatórias seguindo os preceitos normativos sobre o tema, caso contrário, acarretará numa enorme perda de eficiência do sistema, gerando gastos energéticos desnecessários, além de ser um grande risco à saúde dos ocupantes. Todo o sistema de climatização deverá ser atendido de forma preventiva e corretiva observando-se o reparo e quando necessário a substituição dos elementos que constituem o sistema.

Sistema de expansão direta

Sistema em que a troca de calor ocorre de forma direta entre o ar do ambiente e o evaporador do circuito de refrigeração. Aparelhos de Janela, Split System e Self Contained são equipamentos que representam este tipo de sistema.

Sistema de expansão indireta

Sistema em que a troca de calor ocorre por um meio intermediário de transporte de calor, geralmente, água gelada. Um sistema de expansão indireta é composto principalmente por resfriadoras de líquido e condicionadores do tipo Fan Coil.

3.3.2.1. Do Plano Geral De Manutenção

O Plano de Manutenção que tem por objetivo o cadastramento, monitoração, acompanhamento, intervenções e controle de todos os equipamentos e sistemas, o prazo mencionado não deverá acarretar prejuízo ou descontinuidade à alocação das equipes de serviço em seus respectivos postos de trabalho.

O plano de manutenção – PMOC - para os sistemas prediais constantes neste T.R deverá ser elaborado pela Contratada, de forma a garantir seu perfeito funcionamento sem descontinuidades conforme Lei 13.589/2018 e normas técnicas aplicáveis. Deverão ser previstas ações de limpeza das redes de dutos e dos equipamentos que compõem o sistema, lubrificações onde necessárias e trocas de filtro de acordo com as recomendações das normas vigentes.

O PMOC deverá conter todos os procedimentos das manutenções preventivas e corretivas, dentro de um planejamento criterioso, ao longo do ano, com periodicidade (diária, semanal, quinzenal, mensal, bimestral, trimestral, semestral e anual), necessidades gerais, previsões estatísticas, observações gerais e demais itens que objetivam atender plenamente as demandas e logística básicas definidas em função da natureza da tarefa a ser executada e com prévia aprovação da fiscalização.

O plano de manutenção deverá conter modelos de “check lists” para cada tipo de equipamento ou sistema. Os “check lists” deverão ser apresentados nos relatórios mensais e serão os meios pelos quais a implementação do plano de manutenção desenvolvido será monitorado.

3.3.2.2. Do Detalhamento Dos Serviços

O ANEXO I apresenta uma síntese do roteiro do plano de manutenção preventiva que deverá ser elaborado, onde, durante o período de expediente todos os postos de serviço (plantonistas e diaristas) atuarão conjuntamente, cada qual em seu posto, na programação de manutenção estabelecida para cada dia de serviço.

3.3.2.3. Da Constituição E Atribuições Da Equipe De Profissionais

Engenheiro Civil: Profissional com formação superior em Engenharia Civil com experiência comprovada em Manutenção Predial Corretiva e Preventiva Predial, com comprovada experiência no exercício da atividade técnica em unidades hospitalares, cujas principais atribuições serão:

- Assessorar tecnicamente a Administração;
- Garantir na sua totalidade a existência de Recursos Humanos capacitados para a execução dos serviços contratados;
- Supervisionar a execução de orçamentos dos serviços relacionados com a execução de serviços de manutenção;
- Fazer cumprir rigorosamente a execução dos serviços previstos no Plano de Manutenção;
- Levar ao conhecimento, por escrito, da CONTRATANTE os problemas observados de manutenção, operação e nos equipamentos;
- Manter permanente contato com o Gestor do contrato sobre a execução do mesmo, informando imediatamente, por escrito, qualquer irregularidade que possa comprometer as instalações da Unidade;
- Supervisionar e coordenar o bom andamento e execução dos serviços de manutenção e operação das instalações, responsabilizando-se civil e tecnicamente pelos serviços efetuados pelos profissionais contratados;
- Orientar toda a equipe de manutenção na execução das tarefas diárias de manutenção preventiva e corretiva.
- Controlar a movimentação e frequência de pessoal;
- Controlar o uso e distribuição de materiais, equipamentos, ferramentas e EPI's;
- Executar desenhos através do sistema CAD (Desenho Assistido por Computador) das intervenções necessárias bem como atualizar os cadastros "as built" da unidade de sua

responsabilidade adotando como base as normas de desenho técnico da ABNT. O prazo para a entrega dos “as built” será de quatro meses a partir da ordem de início do contrato;

- Garantir a qualidade dos reparos realizados primados pelas boas técnicas de construção;
- Apresentar quando solicitado o parecer técnico, o orçamento, o cronograma físico dos reparos de maior relevância a serem realizados bem como o planejamento das tarefas de sua responsabilidade técnica;
- Emissão de ordens de serviços;
- Gerenciar a segurança no trabalho e proteção do pessoal de serviço;
- Executar outras tarefas correlatas;

Engenheiro Eletricista: Profissional com formação superior em Engenharia Elétrica com experiência comprovada em Manutenção Corretiva e Preventiva em Subestações experiência no exercício da atividade técnica em unidades hospitalares e cujas principais atribuições serão o desempenho das atividades 01 a 18 do artigo 1º da Resolução nº218 de 29 de junho de 1973, referentes à geração, transmissão, distribuição e utilização da energia elétrica; equipamentos, materiais e máquinas elétricas; sistemas de medição e controle elétricos; seus serviços afins e correlatos.

- Assessorar tecnicamente a Administração do Contratante;
- Gerenciar a segurança no trabalho e proteção do pessoal de serviço;
- Executar outras tarefas correlatas.

Encarregado: Profissional com experiência comprovada nas atividades inerentes à função e experiência na atividade técnica em unidades hospitalares cujas principais atribuições serão:

- Acompanhar e orientar a equipe fixa, a execução dos serviços de acordo com a programação definida pelo Engenheiro Supervisor;
- Programar e controlar a distribuição de materiais e ferramentas;
- Garantir o bom uso e conservação dos equipamentos e ferramentas, controlando sua entrega e verificando seu estado quando da devolução;

- Supervisionar a atuação com relação a normas de segurança, uso adequado dos equipamentos e prevenção de acidentes;
- Comunicar imediatamente ao Engenheiro Supervisor qualquer irregularidade observada;
- Executar outras tarefas correlatas;
- Auxiliar na montagem do relatório mensal dos serviços executados;
- Registrar no sistema de informações todas as intervenções e atividades executadas, de acordo com as rotinas administrativas vigentes;
- Estoque, suprimentos, reservas e reposições;
- Controle, relatórios de suprimentos e recebimentos;
- Entradas e saídas;
- Balanço, inventário, distribuição;
- Orçamento, solicitação de serviço;
- Especificações e acompanhamento em compras;
- Executar outras tarefas correlatas.

Eletricista: Profissional com experiência comprovada na área de manutenção de instalações prediais. Conhecimentos práticos e teóricos de circuitos de iluminação, tomadas, interruptores, disjuntores, quadros de distribuição gerais, parciais e de comando, aterramentos, para-raios em instalações elétricas de Baixa Tensão, como determina a NR 10, cujas principais atribuições serão:

- Executar os serviços planejados de manutenção preventiva das instalações elétricas de baixa e média tensão;
- Identificar quadros, circuitos e suas referidas ligações.
- Verificar periodicamente as instalações elétricas quanto a sua funcionalidade.
- Executar a troca de partes defeituosas das instalações elétricas.
- Executar e/ou acompanhar a instalação de equipamentos elétricos.
- Executar outras tarefas correlatas.

Gasista: Profissional com experiência comprovada em manutenção preventiva e corretiva das redes de distribuição de gás combustível e gases medicinais e sistema de vácuo; manutenção de boiler, instalação e manutenção na rede de água quente e fria, cujas principais atribuições serão:

- Operação, reparo ou manutenção de terminais, aparelhos, válvulas, reguladores, fluxômetros, vacuômetros e torneiras medicinais de vários modelos;
- Montagem e reparo em fluxômetros, vacuômetros e torneiras medicinais de vários modelos;
- Montagem e reparo em alarmes;
- Execução de instalação, montagem e reparo;
- Controle do transporte de cilindros;
- Executar os serviços planejados de manutenção preventiva e desobstrução das instalações de AF e AQ, rede de AP e rede ES, manutenção preventiva em conjuntos moto-bomba;
- Executar outras tarefas correlatas;

Eletricista Operador de Subestação/Gerador (plantonista): Profissional com certificação NR-10 e experiência comprovada na Área de Manutenção de Subestação e Grupos Motores Geradores, conhecimentos práticos e teóricos em Operação, Manutenção Preventiva e Corretiva em equipamentos eletromecânicos, instalações mecânicas e elétricas em Média Tensão; cujas principais atribuições serão:

- Executar os serviços planejados de manutenção preventiva e corretiva das instalações elétricas de alta tensão, e operação dos equipamentos eletromecânicos da Subestações e Grupos Motores Geradores;
- Executar as operações de manobras de chaves, disjuntores e painéis de comando;
- Executar as manobras operacionais de acordo com os procedimentos adotados e aprovados pela Divisão de Engenharia e Obras, para o caso de falta de fornecimento de energia elétrica nas Subestações e cabines de entrada e medição;
- Executar todas as rotinas operacionais nas Subestações e na cabine de entrada e medição;
- Executar manobras e transferências;

- Acompanhar todos os serviços especializados e assistência técnica da CONCESSIONÁRIA nas Subestações e cabine de entrada e medição, quando autorizado pela Gerência de Infraestrutura da Unidade;
- Emitir relatórios mensais das suas atividades;
- Executar outras tarefas correlatas.

Oficial de manutenção predial: Profissional operador de serviços diversos, mestre de ofícios, executa serviços de manutenção elétrica, mecânica, hidráulica, carpintaria, revestimento, pintura, alvenaria, substituindo, trocando, limpando, reparando e instalando peças, componentes e equipamentos. Conservar vidros e fachadas, limpar recintos e acessórios.

Auxiliar de manutenção (profissionais correlatos ½ Of Aux. de manut.): Profissional auxiliar nos serviços de manutenção predial, elétrica, hidráulica e marcenaria, nas dependências das unidades, conforme demanda e orientação da supervisão imediata.

- Utilizar, sob orientação, ferramentas e equipamentos apropriados para cada tipo de atividade, inclusive trabalhos em altura, fazendo uso dos acessórios de segurança exigidos, conforme legislação vigente;
- Cuidar da segurança dos usuários e funcionários, durante a execução dos serviços de manutenção;
- Limpar e organizar os locais onde foram realizados os serviços de manutenção, removendo entulhos, varrendo, eliminando resíduos e manchas;
- Zelar pela conservação dos materiais, ferramentas e equipamentos utilizados nos serviços de manutenção, requisitando sua reposição quando necessário;
- Controlar o estoque de materiais, peças, componentes, ferramentas e equipamentos, verificando quantidades e registrando em documentos e planilhas sua movimentação;
- Colaborar em eventos desenvolvidos nas Unidades ou Administração Central, executando atividades de apoio conforme orientações superiores;
- Executar outras tarefas correlatas.

Mecânico de Refrigeração: Profissional com experiência comprovada na área de manutenção de sistemas de refrigeração e equipamentos de ar condicionado; manutenção de boiler, isolamento térmico e termodinâmico.

Profissional com experiência comprovada nas atividades inerentes à função, dentre as quais se destacam:

- Conserto dos equipamentos de refrigeração domiciliar, comercial e industrial, como aparelhos de ar condicionado de janela, central, fan coil, geladeira, bebedouros, freezers, etc.;
- Executar os serviços planejados de manutenção preventiva e desobstrução das instalações de AF e AQ, rede de AP e rede ES, manutenção preventiva em conjuntos moto-bomba;
- Executar outras tarefas correlatas.

3.3.2.4. Especificações e normas a serem observadas

O desempenho e eficiência de cada serviço deverá atender à legislação vigente, os serviços serão realizados conforme indicam as rotinas, as especificações dos fabricantes, a NBR 5674 - Manutenção Predial, e as demais normas da ABNT pertinentes ao escopo do Contrato e este Caderno (serviços de elétrica, mecânica, qualidade do ar, etc.), além da RDC 50 e demais normas atinentes à manutenção de um Estabelecimento Assistencial de Saúde.

Os materiais empregados deverão ser de 1ª linha, de fabricantes certificados pelos INMETRO e de qualidade igual ou superior aos existentes de conformidade com os critérios de responsabilidade ambiental, sempre que possível, devendo ainda estar em conformidade com as normas técnicas vigentes da ABNT e recomendados para ambientes assistenciais de saúde. Na aplicação dos materiais, deverão ser seguidas as recomendações dos fabricantes e normas edíficas vigentes conforme o caso:

- é vedada a utilização de peças ou materiais reprocessados, bem como estando com prazo de validade vencido.
- os materiais utilizados, devem atender ao que preceitua o Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade do Habitat – PBQP-H.

Concomitante à realização dos serviços em quantidade e qualidade, são responsabilidades:

Observar leis, decretos, regulamentos, portarias e normas Federais, Estaduais e Municipais direta e indiretamente aplicáveis ao objeto do contrato, inclusive por suas subcontratadas.

- Providenciar junto ao CREA as Anotações de Responsabilidade Técnica – ART's referentes ao objeto do contrato e especialidades pertinentes, nos termos da Lei 6.496/77 e 12.378/10 e apresentá-las a Contratante, antes do faturamento da primeira parcela, sob pena de não o fazendo não receber o correspondente valor.
- Apresentar as rotinas de manutenção dos sistemas e seus equipamentos, conforme as normas técnicas, as especificações dos fabricantes de acordo com as particularidades do Hospital tomando como base o roteiro da programação de manutenção preventiva;
- Disponibilizar mão-de-obra especializada para as equipes de Manutenção, bem como os materiais necessários, consoante aos valores estabelecidos em contrato;
- O Plano ou Programa de Manutenção será fundamentado nos procedimentos e rotinas de manutenção preventiva recomendados pelas Práticas de Projeto, Construção e Manutenção de Edifícios públicos e manuais de manutenção dos fabricantes e fornecedores dos componentes e sistemas da edificação;
- Assumir a responsabilidade pela boa execução e eficiência dos serviços que efetuar, de acordo com o estabelecido no CREA, Código Civil e demais normas vigentes correlacionadas ao assunto;
- Fornecimento de equipamentos e ferramental necessário, equipar, abastecer as oficinas, de modo a executar os serviços necessários e obter os materiais em prazo e quantidade suficiente, para assegurar o pronto atendimento das Solicitações de Serviços Emergências e o cumprimento do Plano de Manutenção bem como das rotinas;
- Garantir que todos os seus empregados cumpram as normas internas relativas à segurança das dependências;
- Adotar os critérios de segurança, tanto para os empregados quanto para a execução dos serviços em si;
- Disponibilizar uniformes, equipamentos de segurança e de proteção individual (E.P.I.) e de proteção coletiva (E.P.C.) aos seus funcionários, de acordo com a função de cada um, zelando para que os mesmos se mantenham com boa aparência, limpos, asseados e identificados mediante o uso permanente do crachá;

- Implantação de Sistema de Gerenciamento para planejamento e controle dos serviços;
- Os materiais utilizados deverão cumprir o seu desempenho buscando a sustentabilidade dos recursos energéticos disponíveis de forma a primar pela economia dos mesmos;
- Toda a área de intervenção pela CONTRATADA deverá estar sinalizada e, quando necessário, devidamente isolada do restante da unidade, de forma a eliminar a disseminação de partículas ou aerossóis oriundos dos serviços executados;

Gestão Operacional

Manter na unidade Prontuário do Colaborador com os seguintes documentos

- Ficha Cadastral
- Cópia da Carteira de Vacinação
- Cópia do ASO
- Ficha de entrega de EPI's
- Cópia de certificados, habilitações e/ou cursos essenciais.
- PGR
- PCMSO
- LTCAT
- Constituição da CIPA

Apresentar e disponibilizar os documentos abaixo:

- Descrição de Cargos;
- Fluxo de Acidente de Trabalho;
- Atividades por posto de trabalho;
- Escala Mensal;
- Cronograma Anual de Treinamento;
- Lista de Presença de Treinamentos com avaliação de reação do treinamento;
- Programa de Integração de novos colaboradores;
- Avaliação de eficácia de treinamentos;

- Mapeamento de Processos;
- Instruções de Trabalho, Manuais, Rotinas;
- Manual de Biossegurança;
- Plano de Contingência

Apresentar mensalmente os indicadores de qualidade, descritos abaixo:

- Absenteísmo;
- Turn Over;
- Treinamento Homem X Hora;
- Taxa de cumprimento da LNT;
- Acidente de Trabalho;
- Taxa de OS executadas;
- Taxa de Satisfação das OS executadas;
- Taxa de Cumprimento do Cronograma de Manutenção Preventiva;
- Tempo do 1º atendimento de OS das áreas crítica;
- Total de OS abertas por serviço (elétrica, hidráulica, refrigeração, estrutura);
- Taxa de Cumprimento das Atividades do PMOC;
- Tempo médio de conclusão de OS;
- Taxa de Satisfação do Cliente interno;

Organização do Serviço de Manutenção

O planejamento e a organização do serviço de manutenção, deve contemplar diversos fatores que exigem conhecimento especializado, entre eles: espaço para a instalação do serviço, seleção do equipamento e ferramentas adequadas, quadro de pessoal e material de consumo.

Normas:

Os serviços de manutenção somente serão executados mediante a abertura de chamado no Sistema de Gestão.

Procedimentos Gerais

Manutenção preventiva, predial e equipamentos
Manutenção corretiva, predial e equipamentos
Diagnose técnica, das instalações e equipamentos sujeitos os riscos
Executar pequenas reformas
Gerenciar suprimentos para execução das atividades
Gerenciar e fiscalizar os serviços de terceiros (equipamentos hospitalares e unidades)
Gerenciar custos
Executar e controlar as atividades de áreas internas e externas do hospital
Administrar recursos humanos da unidade funcional.

Definições e Codificações

Manutenção: Conjunto de atividades que conservam ou recuperam a capacidade funcional da edificação e de seus componentes a fim de atender as necessidades e a segurança de seus usuários.

Manutenção Corretiva: Manutenção que exige intervenção imediata que garanta a continuidade de funcionamento da edificação ou de seus componentes.

Manutenção Preventivas: Manutenção planejada que previne a ocorrência de danos potenciais.

São adotadas as seguintes legendas para os relatórios de verificação de manutenção preventiva ou check-lists.

Tipos de Relatórios

Foram desenvolvidos check lists abordando os aspectos mais relevantes da manutenção predial preventiva, incluindo o item e a periodicidade.

Os check lists são os seguintes:

- Instalação elétrica
- Instalação hidráulica
- Instalação telefônica
- Ar-condicionado
- Edifício
- Combate ao fogo
- Para-raios

Avaliação do Serviço de Manutenção

Avaliação é fundamental para a análise crítica e sistêmica dos resultados da Manutenção Predial empregada. Nela reside a identificação de pontos de melhoria contínua, observação quanto às necessidades de mudanças de procedimentos devido a problemas de perda de desempenho, aumento da vida em operação dos sistemas, alterações de uso, dentre outros.

A Avaliação da Manutenção pode seguir as etapas abaixo descritas, fundamentados nas finalidades principais desse Sistema.

Etapas 1

Identificação do tipo de estratégia de Manutenção empregada no empreendimento, a fim de verificar quais são as atividades programadas dentro do plano de manutenção, seus objetivos e a vinculação ou aderência com as características principais da Manutenção Predial.

Este passo visa classificar as atividades empregadas (preditivas, preventivas e corretivas) e analisar se a Manutenção implantada possui caráter proativo no diagnóstico de problemas e de reavaliação do plano e procedimentos planejados.

Deve ainda acompanhar a identificação da estratégia, o estudo das questões relativas ao tipo de interferência executada, feito através da verificação de históricos e registros das atividades de manutenção, além da análise das listas de planos de ação programados. Essa interface entre as atividades do plano de manutenção com as atividades do plano de ação pode apontar para equívocos na estratégia empregada no empreendimento, além de problemas no diagnóstico da necessidade das interferências.

Importante também é a verificação das periodicidades de serviços e atividades descritas no plano de Manutenção, pois isso evidenciará eventuais “não conformidades” com recomendações de fabricantes e/ou Manual de Uso, Operação e Manutenção do empreendimento

Toda essa análise preliminar da estratégia deverá ser validada pela Vistoria da edificação, abordada no 3º passo.

Etapas 2

Coerência da estratégia identificada com o uso da edificação, observados aspectos de confiabilidade e disponibilidade dos sistemas e elementos construtivos.

A coerência entre a estratégia de Manutenção, o uso da edificação e as expectativas do usuário é pautada na análise e verificação da aderência entre as atividades e intervenções

realizadas com as necessidades da operação dos sistemas, equipamentos e máquinas existentes no empreendimento.

Por exemplo, um hospital possui necessidades de disponibilidade e confiabilidade de seus sistemas e equipamentos instalados diferentemente que em uma edificação residencial. Em um hospital, genericamente, as ocorrências de paralisações não programadas ou deficiências operacionais incorrem em riscos maiores para as finalidades de uso deste empreendimento e seus usuários que em uma edificação residencial.

Portanto, preliminarmente, a estratégia de manutenção a ser empregada em um hospital possui uma “carga maior” nas atividades preditivas e preventivas do que em um edifício residencial.

Etapas 3

Execução de vistoria ou Inspeção Predial para a constatação de eventuais problemas de ordem: técnica, construtiva, operacional, funcional, de manutenção e outros com o objetivo de verificar a eficácia do plano de manutenção e da estratégia existente, além de identificar aspectos de qualidade dos serviços e procedimentos de manutenção empregados.

Essa vistoria é um dos pontos mais importantes na Avaliação e Diagnóstico da Manutenção, porque nela residirá a fonte de coleta de informações sobre o real resultado da estratégia de manutenção empregada.

De nada adianta a análise isolada de números e dados estatísticos sobre o cumprimento de ordem de serviços corretivos e preventivos, ou ainda a análise de custos das atividades de Manutenção, se não houver uma “avaliação física” dos sistemas construtivos em operação. Isso pode ser comparado à Medicina, como um “check up clínico” do empreendimento.

Para o sucesso de um Plano de Manutenção, a vistoria ou Inspeção Predial é obrigatória, mas essa deve ser realizada por profissional especialista, habilitado e, preferencialmente, não integrante da equipe de manutenção. O inspetor predial deverá ter um caráter de auditor técnico.

Etapas 4

Elaboração de orientações técnicas consoantes as “não conformidades” constatadas na avaliação física, observada a estratégia de Manutenção existente.

A complexidade da orientação técnica é função do tipo de anomalia e sua criticidade. Há casos em que é necessária a realização de algum tipo de ensaio, ou mesmo uma inspeção mais detalhada.

Quando a anomalia é relacionada a problemas construtivos, a orientação técnica deverá abordar essa problemática, eventualmente indicando a necessidade de contratação de especialistas.

As orientações técnicas podem ser classificadas em:

- Orientações corretivas não planejadas.
- Orientações corretivas planejadas.
- Orientações preventivas.
- Orientações administrativas.

Observa-se que as orientações corretivas podem ser planejadas ou não, tal que as planejadas estão incorporadas ao plano de manutenção que se valeu de dados sobre a manutenção preventiva e prazos de vida útil dos sistemas.

Etapas 5

Classificação das anomalias constatadas quanto à criticidade, consideradas as possíveis causas, as origens e os mecanismos de ação inerentes. Essa classificação é uma avaliação quanto à gravidade ou criticidade, as consequências ou tendências e, ainda, a pertinência de melhoria junto à gestão de manutenção existente.

A escolha do tipo de metodologia para a definição da ordem das prioridades deve ser feita com atenção a avaliação física determinada pela Vistoria do empreendimento. Caso contrário, haverá grande dificuldade de se obter resultados reais.

Etapas 6

Análises de documentos pertinentes à Manutenção para complementar os dados coletados em campo e identificar eventuais faltas de aderência de contratos de manutenção das empresas terceirizadas.

A análise documental deve, também, observar questões de ordem legal.

No caso da aderência de contratos existentes junto a empresas terceirizadas da Manutenção, é importante observar: o detalhamento do objetivo.

Detalhamento de rotinas e procedimentos de manutenção a serem implantados Tempo de atendimentos e respostas coerentes com o programa e plano de manutenção geral do empreendimento.

Tipo e formas de apresentação de relatórios sobre os serviços prestados. Índices de reajustes.

Determinação de seguro de responsabilidade civil e operacional em local de terceiros. prazo de rescisão e, por fim, equilíbrio técnico comercial do contrato.

Os contratos de terceirizadas devem:

- Ser eficientes
- Ter uma boa relação custo x benefício
- Ser gerenciados com ferramentas eficientes
- Ter indicadores de desempenho efetivamente adequados à realidade operacional
- Ser geridos por matrizes de responsabilidade consistentes, etc.

Etapas 7

Avaliação das equipes de Manutenção quanto à sua formação, dimensionamento e capacidade de cumprimento das atividades do plano e estratégia existentes.

Etapas 8

Avaliação de custos de Manutenção

Este é um item de difícil avaliação, tendo em vista que os custos de manutenção estão ligados ao tipo de estratégia adotada, bem como às características dos sistemas de cada edificação.

É importante neste passo identificar que tipo de rateio de contas é utilizado no empreendimento, a fim de se verificar como as despesas e custos são apropriados. Cada empreendimento poderá ter seu próprio modo de apropriar custos, o que dificulta análises comparativas de mercado, ou seja, não é razoável se comparar empreendimentos que não tenham a mesma base de dados de rateio de custos, além de características construtivas semelhantes, contemporaneidade, etc.

Etapas 9

Avaliação da Qualidade da Manutenção empregada com um enfoque objetivo.

Com relação à qualidade de manutenção a ser avaliada, cabe destacar o disposto na NBR 5674 – manutenção de edificações da ABNT, item 15, que define as atribuições básicas da gestão da qualidade do sistema de manutenção:

- Elaboração e compêndio das normas e procedimentos para o sistema de manutenção.

- Supervisão dos serviços de manutenção, incluindo as etapas de documentação e registro, coleta de informações, previsão orçamentária, planejamento, projeto e programação, orçamento, contratação de serviços de terceiros e controle de execução.
- Avaliação da eficiência do sistema de manutenção empregado quanto aos indicadores de qualidade implantados.

3.3.2.5. Síntese Do Plano De Manutenção Procedimentos Operacionais Manutenção

O plano de manutenção deverá obedecer a todas as Normas e Legislações atreladas ao escopo dos serviços em questão e indicações e especificações técnicas.

3.3.2.6. Manutenção Preventiva

A Manutenção Preventiva se referirá a todos os procedimentos técnicos, destinados a promover a continuidade do funcionamento dos sistemas objeto do presente Termo, por meio de testes, ensaios, avaliações, averiguações, análises, medições e demais procedimentos afins que objetivem a prevenção da ocorrência de problemas que possam causar a paralisação parcial ou definitiva de componentes, peças, mecanismo, circuitos e demais partes do sistema em questão.

Caberá à CONTRATADA, dentro dos padrões fixados pela CONTRATANTE, apresentar a periodicidade a todos os procedimentos necessários, como vistorias, intervenções, medições e demais tarefas pertinentes à manutenção preventiva.

3.3.2.7. Manutenção Corretiva

Entende-se por Manutenção Corretiva todos os serviços, tarefas, procedimentos e demais ações técnicas que visem consertar, recuperar, reparar ou trocar peças, componentes ou partes integrantes do sistema operacional, referido no presente Termo, visando recolocá-lo em funcionamento parcial ou pleno, no menor espaço de tempo possível.

A Manutenção Corretiva será efetuada sempre que se fizer necessário o conserto, reparo ou substituição de peças decorrentes de acidente, desgaste normal de uso ou qualquer outro motivo não previsto na manutenção preventiva.

Toda manutenção corretiva deverá ocorrer dentro de um planejamento pré-definido em função do “Plano de Manutenção”, de forma a causar o menor impacto no funcionamento normal da edificação..

Todos os componentes dos Sistemas terão suas vidas úteis monitoradas, devendo ser confeccionados gráficos, planilhas e demais meios técnicos, por métodos de

informática, que permitam uma avaliação lógica, de forma a possibilitar tomada de decisões por parte da Administração. Todas as peças a serem trocadas deverão ser originais do equipamento em foco, ou no caso de adaptação ou substituição provisória, deverá haver prévia aprovação.

INSTALAÇÕES HIDRÁULICAS - ÁGUA FRIA E QUENTE		
ITEM	FREQUÊNCIA	AÇÃO
Reservatórios Superiores e Inferiores	Semestral	Controlar o nível de água para verificar vazamento;
		Corrigir os problemas detectados;
		Inspecionar as tubulações imersas na água;
		Inspecionar e reparar os medidores de nível, torneira de bóia, extravasor, sistema automático de funcionamento das bombas, registros de válvulas de pé e de retenção;
		Limpar, lavar e desinfetar internamente;
		Verificar a ventilação do ambiente e das aberturas de acesso;
		Acompanhar e/ ou realizar o teste de potabilidade da água por empresa especializada em análise química da água e apresentar o laudo.
Bombas Hidráulicas	Mensal	Corrigir os problemas detectados;
		Inspecionar as gaxetas, manômetros e ventilação do ambiente;
		Lubrificar os rolamentos, mancais e outros;
		Verificar o funcionamento do comando automático
Válvulas e Caixas de Descargas	Mensal	Inspecionar os vazamentos;
		Regular e reparar dos elementos componentes das válvulas;
		Testar válvulas e caixas de descarga para verificar vazamentos.
Registros, Torneiras e Metais Sanitários	Mensal	Inspecionar funcionamento;
		Inspecionar a corrosão;
		Inspecionar as uniões dos tubos x conexões
		Inspecionar e solucionar vazamentos;
		Limpar e desobstruir o que for necessário;
Tubulações Aparentes (tubos, conexões, fixações e acessórios)	Mensal	Reparar e fixar os metais.
		Inspeção de corrosão;
		Inspeção de vazamento;
		Serviços de limpeza e de desobstrução;
		Reparos de trechos e de fixações, inclusive repintura;
		Inspeção do estado de conservação do isolamento;
Ralos e Aparelhos Sanitários	Mensal	Inspeção das uniões dos tubos x conexões.
		Inspeccionar o funcionamento;
Válvulas Reguladoras de Pressão	Semestral	Limpar e desobstruir o que for necessário.
		Inspecionar o funcionamento das válvulas;
Aquecedores e Acessórios	Mensal	Reparar o que for necessário.
		Inspeção do estado de conservação;
		Inspeção das válvulas de segurança, termostatos, queimadores ou resistências térmicas;
		Inspeção da sala dos aquecedores, controle do nível de ventilação e exaustão;
Tanques Hidropneumáticos e Acessórios	Mensal	Inspeção de funcionamento dos equipamentos de comando e reparos necessários.
		Verificação do estado de conservação dos tanques de pressão;
		Inspeção dos equipamentos de comandos;
		Inspeção de funcionamento, vazamentos, limpeza e pinturas;
		Reparos necessários.

ESGOTO SANITÁRIO		
ITEM	FREQUENCIA	AÇÃO
Poço de Recalque	Mensal	Inspeccionar a ventilação do ambiente e das aberturas de acesso, controlar as trincas nas paredes para verificar vazamentos; Inspeccionar e reparar as tampas herméticas, chaves de acionamento das bombas, válvulas de gaveta e válvulas de retenção.
Bombas de Esgoto	Mensal	Inspeccionar gaxetas, manômetro e a ventilação do ambiente; Lubrificar os rolamentos, mancais e outros; Verificar o funcionamento do comando automático.
Tubulações (tubo, conexão, fixação e acessórios)	Trimestral	Inspeção das uniões dos tubos x conexões; Inspeccionar e reparar em caso de vazamento, a corrosão das tubulações e juntas de dilatação; Inspeccionar reparo nos sistemas de segurança; Limpar e desobstruir o que for necessário; Reparar de trechos de fixação, inclusive repintura contra corrosão, quando necessário.
Ralos e Aparelhos Sanitários	Mensal	Inspeccionar o funcionamento periodicamente; Limpar e desobstruir o que for necessário.
	Semestral	Inspeccionar as tampas e transbordamento; Limpar e desobstruir o que for necessário; Reparar o que for necessário.
Caixas Coletoras e Caixas de Gordura	Semestral	Inspeção geral; Retirar os materiais sólidos; Retirar os óleos e gorduras.
	Recomendações Gerais	Efetuar a cromagem de metais sempre que necessário; Eliminar vazamentos e infiltrações; Executar o desentupimento da rede de esgoto secundário, compreendendo todas as caixas de esgoto e águas pluviais, caixas de gordura, caixas de areia e bocas de lobo e o poço central coletor de esgotamento, com equipamento coletor de dejetos, bem como as respectivas interligações. Dependendo da complexidade, e sempre mediante prévia autorização da fiscalização, os serviços poderão ser enquadrados na planilha de custo por unidade; Manter limpos os sifões das pias, cubas, lavabos e tanques; Manter os registros com seus respectivos volantes; Reparar ou substituir as peças danificadas do sistema de recalque de esgoto primário/secundário; Substituir chuveiros de água quente e fria; Substituir reparos de válvulas de descarga, válvulas de descarga completas, regulagem de válvulas e registros de qualquer espécie que se apresentem defeituosos; Substituir sifões e válvulas das pias, cubas, lavatórios, etc.; Substituir tampos de ralos cromados, de plástico e ferro fundido; Substituir torneiras simples e com misturadores; Substituir tubulações de ferro galvanizado, chumbo, PVC, barbarás e fibrocimento danificado quando necessário e possível; Trocar sempre que necessário os reparos de torneiras.
Poços de Recalque	Semestral	Inspeccionar a ventilação do ambiente e das aberturas de acesso, controle periódico das trincas nas paredes para verificação de vazamentos; Inspeccionar e reparar as tampas herméticas, chaves de acionamento das bombas, válvulas de gaveta e válvulas de retenção.
Bombas de Recalque	Mensal	Inspeccionar as gaxetas e manômetro ventilação do ambiente; Lubrificar os rolamentos, mancais e outros; Verificar o funcionamento do comando automático.
Tubulações (tubos, conexões, fixações e acessórios)	Trimestral	Executar os serviços de limpeza e de desobstrução; Inspeccionar a corrosão; Inspeccionar as uniões dos tubos x conexões; Inspeccionar os vazamentos; Reparar os trechos e fixar as tubulações, inclusive repintura.
Ralos	Mensal	Executar os serviços de limpeza e de desobstrução; Inspeccionar periodicamente o funcionamento.
Calhas	Mensal	Executar os serviços de limpeza e de desobstrução; Executar pintura das calhas e condutores metálicos; Inspeccionar as uniões, calha e tubos; Inspeccionar os vazamentos; Reparar trechos e fixação.
Caixas de Inspeção e de Areia	Trimestral	Executar serviços de limpeza e de desobstrução; Inspeccionar o funcionamento.

INSTALAÇÕES DE PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO		
ITEM	FREQUÊNCIA	AÇÃO
Hidrantes e “Sprinklers”	Semestral	Inspecionar e ligar as bombas;
		Inspecionar e limpar quando necessários, a caixa d'água reservada ao sistema;
		Inspecionar limpeza dos bicos de “ <i>sprinklers</i> ”;
		Inspecionar tubulações e verificar condições de funcionamento;
		Testar dispositivos de alarme de descarga de água e lacração na posição normal de abertura às válvulas que controlam seu fornecimento;
		Testar funcionamento do grupo moto-bombas;
		Testar mangueiras e escoamento quanto a eventuais incrustações e detritos aderidos às paredes internas da tubulação;
		Verificar e lubrificar todas as válvulas de controles do sistema;
		Verificar estado de conservação dos suportes pendentes e reaperto ou substituição;
		Verificar normalidade do abastecimento d'água do sistema e possível existência de válvulas fechadas ou obstruções na tubulação de fornecimento
		Verificar pressão dos manômetros.
		Inspecionar a capacidade da reserva técnica de incêndio;
		Teste do sistema da bomba de incêndio jockey.
Bombas Hidráulicas e Tubulações	Semestral	Inspecionar gaxetas, manômetros e ventilação do ambiente;
		Lubrificar rolamentos, mancais e outros;
		Verificar funcionamento do comando automático;
		Verificar registros e tubulações.

SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE GASES MEDICINAIS		
ITEM	FREQUÊNCIA	AÇÃO
Gases Medicinais	Semanal	- Verificação das redes de distribuição dos gases medicinais quanto a existência de pontos de vazamento;
		- Inspeção dos pontos de consumo dos gases medicinais, sendo realizada a substituição ou reforma sempre que necessário.
		- A limpeza das redes de gases deverá ser realizada integralmente sempre que for identificada contaminação por elementos indesejáveis.

INSTALAÇÕES ELÉTRICAS ALTA TENSÃO		
ITEM	FREQUÊNCIA	AÇÃO
SUBESTAÇÕES	Semanal	Verificação do sistema de pára-raio;
		Verificação dos disjuntores a volume de óleo, das chaves seccionadoras e isoladores;
		Verificação de barramentos e conexões;
		Verificação do nível e vazamento de óleo nos transformadores e outros equipamentos;
		Verificação de equipamentos e componentes do ambiente;
		Verificação de coloração e brilho de metais e isolantes das chaves e transformadores;
		Verificação dos sistemas de aterramento;
		Verificação das muflas terminais;
		Verificação dos fios e cabos;
		Verificação de partes metálicas quanto à oxidação;
		Verificação dos pontos de ferrugem dos tanques e válvulas de segurança;
		Verificação do nível de ruídos;
		Verificação das chaves, fusíveis e facas;
		Verificação de alinhamento de contatos.
	Mensal	Inspeção das baterias, constando de:
		Inspeção da carga, água e alcalinidade/acidez;
		Inspeção do estado de oxidação dos terminais;
		Inspeção do estado de conservação dos carregadores (quinzenalmente).
	Semestral	Limpeza geral dos barramentos e isoladores;
		Teste de isolamento dos seccionadores e disjuntores;
		Limpeza geral dos cubículos;
		Lubrificação das partes mecânicas dos equipamentos;
		Reaperto dos bornes de ligação, fixação de equipamentos, componentes e ferragens;
		Verificação de contatos fixos e móveis das chaves;
		Verificação de temperatura e isolantes – fios e cabos;
		Medição da resistência de aterramento;
		Análise Termográfica com laudo para verificação de temperatura de isolantes, fios, cabos e outros elementos eletromecânicos;
		Limpeza dos isoladores e buchas nos cubículos;
		Limpeza geral das cabines e caixas de passagem;
	Anual	Verificar se a subestação atende as normas e padrões da distribuidora de energia;
		Verificar se a subestação necessita melhorar a troca de calor,
		Análise físico-química do líquido isolante dos transformadores com tratamento ou troca, se necessário;
		Parametrização dos reles secundários da subestação e ensaio com caixa de corrente,
		Ensaio da rigidez dielétrica do líquido isolante dos transformadores e disjuntores a volume de óleo.
		Troca de óleo mineral do disjuntor PVO;
		Teste de relação de transformação (TTR) dos transformadores.

QUADROS ELÉTRICOS DE FORÇA E COMANDO	Semanal	Confecção de tabelas de tensões e correntes medidas;
		Inspeção do estado dos fusíveis, contadoras, disjuntores e relés;
		Verificação de existência de ruídos anormais, elétricos ou mecânicos;
		Limpeza de quadros;
		Identificação de cada circuito de entrada e saída.
	Mensal	Verificação dos cabos de entrada e saída dos quadros de comando evitando pontos de temperatura elevada;
		Verificação e aperto dos parafusos dos contatos de porta fusíveis, das contadoras e relés;
		Verificação do equilíbrio das fases na saída dos disjuntores;
		Limpeza dos contatos das chaves contadoras;
		Verificação, com termômetro laser, da temperatura de todas as conexões.
	Trimestral	Lubrificação das partes mecânicas dos equipamentos;
		Limpeza dos contatos e da câmara de extinção dos disjuntores;
		Ajuste de pressão e alinhamento dos contatos dos disjuntores;
		Limpeza das bases e fusíveis;
		Verificação da capa isolante e temperatura dos fios e cabos;
		Teste de isolamento dos disjuntores;
		Reparo dos bornes de ligação, fixação de equipamentos, componentes e ferragens;
		Controle de carga de serviço das chaves e disjuntores;
		Verificação dos eletrodos de nível dos reservatórios superiores e inferiores;
		Teste nas bóias de nível dos poços de esgoto;
	Anual	Ajuste e regulagem dos relés de comando;
		Limpeza geral dos quadros.
		Medir a resistência dos contatos dos disjuntores e contadoras;
		Medir isolamento e condutividade dos fios e cabos em geral;
		Verificar se o sistema está aquecendo;
		Medir aterramento dos sistemas;
		Verificar se o quadro atende a carga nele ligado e seu referido estado.

SISTEMA DE FORNECIMENTO DE ÁGUA QUENTE		
ITEM	FREQUÊNCIA	AÇÃO
Deverão ser realizadas manutenções periódicas nos demais componentes do sistema de fornecimento de água quente como tubulações, válvulas, registros boiler, bombas e sistema de automação.		

SISTEMAS DE AR CONDICIONADO DE EXPANSÃO DIRETA		
ITEM	FREQUÊNCIA	AÇÃO
Aparelhos de Janela	Mensal	- Limpeza interna e externa do gabinete;
		- Desobstrução de dreno;
		- Inspeção, limpeza e ajustagem de terminais de ligação elétrica, contatos elétricos, fusíveis de proteção;
		- Medição generalista de voltagem e amperagem;
		- Medição das temperaturas relacionadas ao aparelho.
	Trimestral	- Inspeção e regulagem de termostato;
		- Limpeza de serpentina;
	Semestral	- Verificação e eliminação de pontos de corrosão (estrutura, painéis e etc.).
		- Inspeção de sistema para verificação de contaminação;
		- Verificação da fixação/ancoragem do equipamento na base e se a água de condensação está sendo drenada.
Split System	Mensal	- Limpeza interna e externa do gabinete;
		- Verificação de bandeja e desobstrução de dreno;
		- Ajuste de Correias;
		- Lubrificação (motor elétrico e mancais);
		- Verificar e Medir voltagem, amperagem de compressor, amperagem de motor do evaporador, amperagem do motor do condensador, amperagem total;
		- Inspeção, limpeza e ajustagem de terminais de ligação elétrica, contatos elétricos, fusíveis de proteção;
		- Verificação de pressões (alta e baixa);
		- Medição das temperaturas relacionadas ao aparelho;
		- Limpeza e/ou substituição dos filtros de ar.
	Trimestral	- Inspeção e regulagem de termostato e térmico de sobrecarga;
		- Verificação e eliminação de pontos de corrosão (estrutura, painéis e etc.);
		- Desobstrução das serpentinas, unidade evaporadora e condensadora;
	Semestral	- Limpeza de rotores.
		- Inspeção de sistema para verificação de contaminação;
		- Impermeabilização de bandeja coletora;
		- Verificação de resistência de enrolamento elétrico;
		- Verificação da fixação/ancoragem dos equipamentos na base;
		- Verificar se existe escoamento da água de drenagem.
	Mensal	- Limpeza externa da serpentina, gabinete e quadros;
		- Limpeza da bandeja de água condensada;
		- Verificação e substituição dos filtros de ar, de acordo com a Legislação da ANVISA;
		- Verificação e correção dos drenos;
		- Verificação das vazões de ar e de água;
		- Inspeção e ajuste dos controles (sensores e indicadores) de fluxo, pressão, nível de água, temperatura e umidade;
		- Verificação de ruídos, sobre aquecimento, fixação e condições gerais dos rolamentos, dos eixos e motores;
		- Verificação das resistências e ajuste dos comandos liga /desliga umidificação e reaquecimento;
		- Vedação de tampas e painéis no caso de fugas de ar;
		- Verificação e ajuste dos fechos, amortecedores de vibração e ligações flexíveis aos dutos;
		- Verificação e correção de tensão e do estado geral das correias, do alinhamento e fixação das polias nos eixos;
		- Ajuste dos fusíveis, terminais e conectores;
		- Verificação dos contactores, relés térmicos, fiação, conduítes, lâmpadas sinalizadoras e chaves seletoras;
		- Verificar aperto dos parafusos em geral.
	Trimestral	- Lubrificação dos rolamentos;
		- Limpeza geral da serpentina com produto químico;
		- Limpeza dos rotores;
		- Medição e registro da corrente e tensão dos motores;
		- Revisão dos isolamentos térmicos e acústicos, emendas e suportes de modo a assegurar sua integridade física;
		- Verificação e eliminação de pontos de corrosão (estrutura, painéis e etc.);
	Semestral	- Testes e regulagem dos dispositivos de controle e proteção;
		- Verificação da eficiência do sistema.
		- Inspeção de sistema para verificação de contaminação;
		- Impermeabilização de bandeja coletora;
		- Verificação de resistência de enrolamento elétrico;
		- Verificação da fixação/ancoragem dos equipamentos na base;
		- Verificar se existe escoamento da água de drenagem;
		- Limpeza geral e arrumação das casas de máquinas, sua iluminação e portas de acesso.

INSTALAÇÕES ELÉTRICAS DE BAIXA TENSÃO		
ITEM	FREQUÊNCIA	AÇÃO
Quadro Geral de Luz e Força (QGLF)	Semanal	Leitura dos instrumentos de medição;
		Verificação do aquecimento e funcionamento dos disjuntores termomagnéticos;
		Verificação de ruídos elétricos ou mecânicos anormais e ensaio não destrutivo com ultrassom;
		Verificação do aquecimento nos cabos de alimentação e disjuntores com termômetro a laser;
		Inspeção nas chaves seccionadoras.
	Mensal	Reaperto dos parafusos de contato dos disjuntores;
		Verificação de resistência de aterramento, mantendo-a dentro das normas;
		Inspeção dos cabos de alimentação quanto a aquecimento (estado de isolamento);
		Limpeza e reaperto de barramentos, conexões e disjuntores;
		Limpeza externa do quadro;
		Reaperto da fixação dos disjuntores termo-magnéticos;
		Medição da resistência dos cabos de alimentação;
		Verificação da pressão das molas dos disjuntores termo-magnéticos;
		Verificação da regulação do disjuntor geral;
		Verificação do equilíbrio de fases nos circuitos;
		Medição de amperagem na alimentação e saídas dos disjuntores termomagnéticos aos andares;
		Verificação de concordância com limites de amperagem máxima permitida para cada pavimento;
		Inspeção nas conexões de saída dos disjuntores, corrigindo pontos de resistência elevada;
		Inspeção nos isoladores e conexões.
	Trimestral	Inspeção nas câmaras de extinção;
		Inspeção do barramento e terminais conectores;
		Reaperto dos conectores e ligações;
		Reaperto dos parafusos de fixação de barramentos e ferragens;
		Alinhamento dos contatos, permitindo livre movimento;
		Limpeza geral do barramento, isoladores e disjuntores;
		Lubrificação nas dobradiças e fechos das portas dos quadros;
		Medição de tensão e corrente, verificando sua compatibilidade com os respectivos circuitos.
Quadro Distribuição de Luz e Força (QDLF)	Semanal	Verificação de aquecimento no disjuntor “no-fuse” geral;
		Verificação de aquecimento nos disjuntores monofásicos;
		Verificação de aquecimento nos condutores de alimentação, distribuição e disjuntores com termômetro a laser;
		Verificação de ruídos anormais elétricos e/ou mecânicos.
	Mensal	Reaperto dos parafusos de contato dos disjuntores;
		Reaperto da fixação dos barramentos;
		Limpeza geral do barramento e conexões;
		Verificação da tensão das molas dos disjuntores;
		Verificação de amperagem nos cabos de alimentação;
		Controle de amperagem nos fios de saída dos disjuntores;
		Controle de carga nos disjuntores;
		Verificação dos contatos na entrada e saída dos disjuntores, corrigindo pontos de resistência elevada;
	Trimestral	Verificação de equilíbrio de fases nos alimentadores com carga, em todos os circuitos.
		Verificação de ruídos anormais elétricos e/ou mecânicos.
		Verificação do isolamento dos disjuntores;
		Limpeza de disjuntores e barramento com ar comprimido;
		Medição da resistência de aterramento de armários de quadros;
		Limpeza geral dos quadros;
		Lubrificação de dobradiças e fendas de portas dos quadros.

BEBEDOUROS, GELADEIRAS E FREZERS		
ITEM	FREQUÊNCIA	AÇÃO
VENTILADORES E EXAUSTORES	Mensal	- Verificação das condições de operação e vazão;
		- Verificação da tensão e estado geral das correias;
		- Verificar funcionamento dos motores em geral e aperto dos parafusos;
		- Verificação e correção de ruídos, sobreaquecimento, fixação aos eixos e estado geral dos rolamentos;
		- Alinhamento e correção das polias aos eixos;
		- Verificação e correção de eventuais desgastes de eixos e mancais;
		- Verificação de fixação a base de motor;
		- Reaperto de fusíveis, contatos e terminais;
		- Verificação da fiação e dos conduites;
		- Verificação do funcionamento dos contactores, relés térmicos, chaves seletoras e lâmpadas de sinalização;
		- Limpeza interna e externa;
		- Limpeza e/ou substituição dos filtros de ar.
	Trimestral	- Lubrificação dos rolamentos;
		- Medição e registro da corrente e tensão dos motores;
	Semestral	- Testes e regulagem dos dispositivos de controle e proteção.
		- Eliminação dos focos de corrosão e pintura; Medição e registro do isolamento dos motores; Verificação de colarinhos e acoplamentos; Limpeza do rotor.

SISTEMAS DE AR CONDICIONADO DE EXPANSÃO INDIRETA		
ITEM	FREQUÊNCIA	AÇÃO
Unidade Resfriadora de Líquido	Mensal	- Verificação dos acoplamentos;
		- Exame de correção dos manômetros e termômetros;
		- Verificação da carga de óleo e de gás refrigerante;
		- Verificação de vazamento de água, óleo e gás refrigerante;
		- Inspeção do funcionamento das chaves elétricas, relés e demais dispositivos de segurança;
		- Inspeção dos aquecedores de cárter e verificação da temperatura dos mancais e motores;
		- Medição e registro da corrente e tensão de cada motor;
		- Verificação de ruídos e vibrações anormais com os ajustes necessários;
		- Inspeção dos visores de líquido;
		- Verificação da atuação dos dispositivos de proteção e controle;
		- Inspeção das linhas de gás refrigerante quanto aos efeitos da corrosão;
		- Medição e teste das pressões e temperaturas do circuito frigorígeno;
	Trimestral	- Verificação dos filtros de óleo e de gás refrigerante;
		- Verificação do aterramento.
		- Testes e regulagens de todos os dispositivos de controle;
		- Inspeção, limpeza e pintura de todos os focos de ferrugens;
		- Verificação criteriosa de vibração e da atuação dos amortecedores;
		- Inspeção e ajuste de todas as conexões elétricas;
Componentes de distribuição e difusão do ar	Semestral	- Lubrificação dos mancais;
		- Regulagem de todos os dispositivos de segurança.
		- Medição e registro da resistência de isolamento de cada motor;
		- Revisão externa das unidades com verificação e correção do isolamento térmico;
		- Teste e revisão dos controles de capacidade e segurança;
		- Revisão geral dos quadros e painéis de controle;
	Mensal	- Reaperto geral;
		- Verificação dos tubos dos condensadores e resfriadores quanto a depósitos e corrosão;
		- Limpeza geral e pintura de todo o conjunto, caso necessário.
		- Verificar situação de limpeza geral, danos e corrosão dos componentes, executando, quando necessário, as devidas intervenções e a consequente recomposição do forro;
	Trimestral	- Verificar o funcionamento mecânico dos componentes.
		- Verificar a vedação das portas de inspeção e conexões;
		- Verificar a existência de danos na isolação térmica (inspeção visual);
		- Lubrificar onde necessário.
	Semestral	- Verificar a existência de sujeira e corrosão interna e externa nos dutos e caixa plenum, mediante portas de inspeção;
		- Verificar a situação de amarração ou de fixação dos dutos flexíveis, junto aos dutos principais e dos dispositivos de insulflamento, de modo a manter tais dutos em condições de perfeito funcionamento.

3.3.3. Normas para o funcionamento do serviço de manutenção de equipamentos hospitalar (preventiva e corretiva).

Engenharia Clínica gerencia todo o ciclo de vida dos equipamentos médicos, desde a sua aquisição até o descarte. Isso inclui a seleção de equipamentos adequados, a avaliação da sua performance, a gestão da manutenção e a garantia de que os equipamentos estejam em perfeitas condições de uso.

O foco principal da Engenharia Clínica é garantir a segurança dos pacientes e profissionais de saúde, assegurando que os equipamentos estejam operando de forma segura e eficaz. A Engenharia Clínica também atua na gestão de riscos, identificando potenciais problemas e implementando medidas para preveni-los. Isso envolve a análise de segurança elétrica dos equipamentos, a avaliação de riscos de contaminação e a implementação de medidas para garantir a segurança do ambiente hospitalar

A execução dos Serviços de Engenharia Clínica, no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** será caracterizada pelo gerenciamento do parque tecnológico durante todo o seu ciclo de vida, com mão de obra especializada, incluindo: manutenção preventiva, calibração, teste de segurança elétrica, manutenção corretiva, gerenciamento de serviços técnicos, treinamento de usuário, acompanhamento de serviços técnicos, validação e qualificação, consultoria técnica em processos de aquisição, recebimento, software de gestão para serviços de engenharia clínica, desativação e todos os assuntos referentes aos equipamentos visando à máxima segurança e disponibilidade operacional dos equipamentos. Incluem-se também nas atividades da Engenharia Clínica a participação em processos de qualidade (ONA, ISO 9000, Joint Commission), tecnovigilância, comissões internas e gerenciamento de riscos e demais itens exigidos na RDC nº 509, de 27 de maio de 2021 e legislações vigentes para gerenciamento do parque tecnológico.

O Serviço de Engenharia Clínica será composta por um engenheiro clínico como responsável técnico dos serviços, com Anotação de Responsabilidade Técnica - ART devidamente registrada no CREA, e profissionais de nível técnico devidamente capacitados e competentes para executar todas as atividades no descritas no plano de gerenciamentos de equipamentos médicos, o funcionamento do setor será de acordo com o horário de funcionamento da unidade.

Fase 1 – Estruturação

A primeira fase da implantação da Engenharia Clínica é a estruturação. Nesta fase, ocorre a contratação dos profissionais especializados e aquisição dos materiais físicos necessários, como ferramentas, EPIs, analisadores, simuladores e demais instrumentos de trabalho. Também é

importante organizar o espaço físico do setor de engenharia clínica para garantir um ambiente de trabalho seguro e eficiente.

Uma das atividades mais importantes nesta fase é o levantamento do inventário dos equipamentos médico-hospitalares existentes na instituição, a fim de obter um conhecimento completo sobre o parque tecnológico e permitir o desenvolvimento de um plano de manutenção adequado.

Além disso, deve-se definir o escopo do Setor de Engenharia Clínica, quais equipamentos e áreas serão contemplados e alimentar isso em um sistema de gestão informatizado, que permita a organização e o monitoramento das atividades do setor. Por fim, é importante que todas as informações sejam documentadas e arquivadas de acordo com os padrões definidos para facilitar a comunicação interna e externa.

A fase de estruturação é fundamental para garantir uma base sólida para o desenvolvimento das atividades subsequentes do setor de engenharia clínica, e o seu planejamento cuidadoso pode contribuir significativamente para o sucesso da implantação.

Inventário: Cadastramento e Controle

O cadastro deverá conter informações como: identificação do equipamento, condição, localização, marca, modelo, série, patrimônio, ano de fabricação, dados elétricos, informações referentes aos serviços programados etc. Os equipamentos deverão receber uma etiqueta, de resistência e durabilidade apropriadas, indicando o código (TAG) de identificação específico desse cadastro.

Após o cadastro de equipamentos será elaborada uma lista de criticidade dos Equipamentos Médicos Hospitalares, em 3 níveis de criticidade, sendo definidos os equipamentos com números de criticidade 1, 2 e 3 respectivamente como de baixa, média e alta criticidade.

A elaboração da lista de criticidade deve ser baseada em critérios mínimos como:

- I. Equipamentos de suporte à vida;
- II. Disponibilidade de reservas técnicas (backups);
- III. Indispensáveis para prestação dos serviços assistenciais;
- IV. Constatação de assistência técnica qualificada e disponível;
- V. Equipamentos pertencentes a setores estratégicos;

Atividades referentes ao Cadastro de Equipamentos é de até 90 (noventa) dias após o início das atividades contratuais.

Fase 2 – Planejamento e início das manutenções

A segunda fase da implantação do serviço de Engenharia Clínica é o planejamento e a execução da manutenção. Nesta fase, a equipe técnica deve elaborar o plano de contingência de equipamentos e estabelecer os cronogramas de manutenção programada, incluindo calibrações, manutenções preventivas e testes de segurança elétrica, bem como as prioridades de atendimento.

Além disso, é importante definir as rotinas de inspeção diárias e semanais, a fim de identificar possíveis problemas nos equipamentos de forma precoce. É fundamental também estabelecer um fluxo de atendimento para chamados de manutenção corretiva, priorizando de acordo com o nível de criticidade de cada família de equipamentos.

O estabelecimento da periodicidade das manutenções programadas e a priorização do atendimento corretivo devem estar de acordo com o nível de criticidade de cada família de equipamentos, a fim de garantir a eficiência dos atendimentos aos chamados e reduzir o risco de falhas e equipamentos parados.

O planejamento cuidadoso da manutenção é essencial para garantir que os equipamentos estejam sempre em bom estado de funcionamento, aumentando a segurança dos pacientes e a qualidade dos serviços prestados pela instituição.

Por fim, é importante estabelecer uma rotina de registro de ocorrências e garantir que todas as ações estejam alinhadas com as normas e regulamentações vigentes.

3.3.3.1. Manutenção Preventiva

Desenvolver e implantar um Plano de Manutenções Preventivas de modo a reduzir a necessidade de manutenção corretiva, prevendo e evitando danos futuros, observando falhas em estágios iniciais. O Planejamento deverá ser desenvolvido com base na análise da criticidade do parque, considerando as recomendações do fabricante e avaliando o risco físico associado ao paciente, a função do equipamento e requisitos de manutenção. Critérios adicionais, além destes especificados, poderão ser aplicados, mediante aprovação do Coordenador do Setor de Engenharia Clínica.

O Plano Anual de Manutenção Preventiva deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- I. Identificação do equipamento;
- II. Descrição do equipamento;
- III. Localização;
- IV. Periodicidade recomendada pelo fabricante.

Os serviços de manutenção preventiva devem seguir o Cronograma Anual de Manutenções Preventivas de modo a reduzir a necessidade de manutenção corretiva, prevendo e evitando danos futuros, observando falhas em estágios iniciais.

O Cronograma Anual de Manutenções Preventivas deverá ser divulgado para os responsáveis de cada setor assistencial, de modo que sejam disponibilizados os equipamentos quando na data programada.

A manutenção preventiva deverá ser registrada de forma individualizada em cada equipamento, no software, informando as ações e inspeções realizadas.

Toda manutenção preventiva realizada deve gerar um documento denominado “Ordem de Serviço de Manutenção Preventiva”, ou similar, com no mínimo as seguintes informações: Número da Ordem de Serviço, Dados de identificação do equipamento, Data de realização da preventiva, Data de realização da próxima preventiva, Código dos equipamentos/instrumentos de medição utilizados, checklist com base da “Health Devices: Inspection and Preventive Maintenance System. EUA, ECRI” contendo as rotinas de manutenção realizadas, indicação do técnico responsável pela execução da manutenção, assinatura legal do enfermeiro ou funcionário responsável pelo setor de alocação vigente do equipamento.

Ao final de cada procedimento, deve ser fixado etiquetas em todos os equipamentos submetidos à manutenção, contendo, obrigatoriamente, a data de realização da preventiva e a data da próxima preventiva.

Inspeções

Em caso de visitas agendadas, o técnico deverá visitar semanalmente as unidades e verificar junto ao enfermeiro responsável, ou a quem por ele for designado, se há algum equipamento que tenha apresentado algum tipo de falha para, se necessário, encaminhá-lo à manutenção ou a sua substituição;

As Inspeções Semanais compreendem a verificação da normalidade de funcionamento do equipamento em todos os setores, se está corretamente instalado e regulado para uso, por meio do uso e aplicação de uma lista de checagem (CHECKLIST OPERACIONAL SEMANAL), devidamente documentada, buscando identificar irregularidades no funcionamento dos equipamentos;

Todas as atividades de Manutenção Preventiva e Inspeções Semanais deverão ser documentadas e registradas em sistema informatizado (software) específico.

Calibração, teste de segurança elétrica e qualificação:

Desenvolver e implantar um Plano Anual de Calibração, Teste de Segurança Elétrica e de Qualificação, de modo a estabelecer uma revisão frequente dos sistemas de medidas e desempenhos no intuito de garantir que os equipamentos médico hospitalares sejam utilizados dentro de sua normalidade de operação, atendendo plenamente as funções especificadas pelo fabricante e garantindo a confiabilidade e segurança de pacientes e operadores;

Calibração: Operação que estabelece, sob condições especificadas, numa primeira etapa, uma relação entre os valores e as incertezas de medição fornecidos por padrões rastreados e as indicações correspondentes com as incertezas associadas. Numa segunda etapa, utiliza esta informação para estabelecer uma relação visando à obtenção de um resultado de medição a partir de uma indicação;

Teste de Segurança elétrica: Conjunto de testes que avaliam a resistência de isolamento, a resistência de aterramento e fuga de corrente elétrica (para o terra e através do gabinete e do paciente) de um equipamento eletrônico. Os testes de segurança elétrica deverão ser aplicados conforme a classe do equipamento e o tipo de suas partes aplicadas, determinando respectivamente o tipo e o grau de proteção contra-choque elétrico;

Qualificação: Processo que corresponde à ação de verificação, quando um equipamento trabalha corretamente e produz os resultados esperados. T

Todos os padrões de medição (instrumentos, simuladores e analisadores) utilizados deverão ser devidamente calibrados em laboratórios acreditados pelo INMETRO ou, quando não for possível, rastreados pela RBC (Rede Brasileira de Calibração), devendo ser mantidas as cópias dos certificados de calibração desses padrões disponíveis para verificação.

Os serviços de calibração e teste de segurança elétrica (quando aplicável) deverão ser realizados nos equipamentos, no mínimo uma vez no ano, obedecendo às recomendações técnicas do fabricante. Ainda, os serviços deverão estar em conformidade com as portarias do INMETRO (143/2001, 035/1999 e 236/1994), para Esfigmomanômetros e balanças, e demais legislações vigentes;

Os serviços de qualificação operacional e de desempenho deverão ser realizados nos equipamentos referenciados pela ANVISA, e de acordo com as Resoluções Nº 57/2010, 15/2012 e 51/2013, bem como demais legislações vigentes, no mínimo uma vez no ano.

Os resultados das calibrações deverão ser comparados com os desvios máximos admitidos para o equipamento, atestando sua conformidade ou não conformidade e, se necessário, alterando as periodicidades com base em métodos para ajuste de intervalos de calibração, ou deverá tomar as providências necessárias conforme o caso. Caso ocorra uma não conformidade que necessite de

ajustes e/ou manutenção será providenciado a devida manutenção corretiva e, quando este for reparado, deverá ser novamente calibrado.

Os serviços realizados por técnicos qualificados munidos de planilha de calibração deverão gerar um documento denominado de “Certificado de Calibração”, “Laudo de Segurança Elétrica” ou “Relatório de Qualificação”, estando de acordo com a ISO17025 e IEC60601, de acordo com o respectivo serviço executado, com no mínimo as seguintes informações: número do documento, tipo do documento, data de execução do serviço, código do equipamento/instrumento, código do padrão de referência e sua documentação de rastreabilidade (RBC), indicação de no mínimo 03 (três) leituras, se aplicável, comparando com as leituras do padrão, indicação do erro da leitura e da incerteza da leitura, se aplicável e técnico responsável pela execução do serviço.

Os certificados de calibração deverão ser emitidos conforme norma NBR/ISO 17025;

Todas as atividades de Manutenção Preventiva, Calibração, Teste de Segurança Elétrica e Qualificação deverão ser documentadas e registradas em sistema informatizado (software) qualificado, e, por meio físico em pasta arquivo separada por equipamento identificado por TAG;

3.3.3.2. Manutenção Corretiva

A equipe de Engenharia Clínica será responsável pelo atendimento inicial de todos os equipamentos gerenciados e cadastrados, referentes aos chamados para avaliação de defeitos;

Entende-se por atendimento inicial a prestação de serviços básicos nos equipamentos, independente da complexidade tecnológica envolvida ou existência de contrato terceirizado, para verificação das condições de utilização do equipamento, analisando eventuais problemas relacionados com as instalações ordinárias e especiais, verificando acessórios e eventuais procedimentos inadequados por parte dos usuários, incluindo a execução de testes operacionais, limitando-se a procedimentos que não envolvam a abertura do equipamento ou que violem as responsabilidades exclusivas, caso haja empresa terceirizada para manutenção preventiva e corretiva.

Os serviços de maior especificidade serão aqueles que exigem conhecimento ou mão-de-obra especializada de fábrica e que exigem a substituição de peças não disponíveis em estoque ou que não possam ser encontradas no mercado comum, cuja manutenção pelo suporte de serviço local não é viável por questões de limitação técnica e/ou riscos à integridade do equipamento, tais serviços deverão ser providos através de contratos terceiros.

As Ordens de Serviço de Manutenções Corretivas deverão ser abertas sempre que houver um chamado ou quando uma falha for detectada durante as Inspeções Semanais e execução das

Manutenções Preventivas ou Calibrações. Devem ser executadas conforme orientação dos manuais dos fabricantes dos equipamentos e registradas, sendo posteriormente assinadas pelos responsáveis (ou por quem estes designarem) dos Setores nos quais os equipamentos encontram-se ou são utilizados.

Manutenções Corretivas realizadas nos equipamentos sob sua responsabilidade.

Todas as atividades de Manutenção Corretiva deverão ser documentadas registradas em sistema informatizado (softwares) específicos fornecidos pela contratada, informando no mínimo: identificação do equipamento, o defeito apresentado, o diagnóstico do problema, descrição clara das ações tomadas para sua correção, identificação do executor de cada uma das ações, horário de abertura, atendimento e encerramento da ordem de serviço, intervalo início fim de cada atividade, material aplicado e seus valores, bem como a cópia das referidas notas fiscais. Acrescentar os relatórios de empresas, quando for manutenção externa.

Recebimento, verificação, aceitação e instalação de equipamentos:

A cada novo equipamento adquirido, antes da incorporação ao parque tecnológico da unidade a Engenharia Clínica deverá realizar os procedimentos de recebimento, instalação e testes de aceitação, inserindo as informações no software de gestão de equipamentos.

Deverão fazer parte do ensaio de aceitação: atividades realizadas durante inspeção, requisitos de ensaio determinados pelo fabricante (quando informados), parecer técnico que evidencie a segurança e desempenho do equipamento e, quando aplicável, comissionamento de infraestrutura.

O processo de recebimento contempla: o recebimento dos equipamentos, a verificação da integridade de embalagem de modo a garantir que o equipamento não sofreu avaria no transporte, a verificação da compatibilidade da ordem de compra com nota fiscal de entrega para afirmar que o item entregue está de acordo com o solicitado, abertura das embalagens e checar a presença e a integridade de todos os itens (equipamento, acessórios e manuais), testes funcionais no equipamento e instalação deste no setor de destino, conforme manual do fabricante. Para equipamentos de alta complexidade, acompanhar a instalação do equipamento pelo fornecedor checando todos os itens acima citados. As não conformidades apuradas deverão implicar na não aceitação do equipamento pelo serviço de saúde, devendo essas ser imediatamente registradas e encaminhadas para a Diretoria Geral da unidade.

Atividades diversas do Serviço de Engenharia Clínica

Participar da discussão dos processos de qualidade desenvolvidos no âmbito da Instituição, contribuindo com sua experiência.

Todas as rotinas desenvolvidas na área ser apresentadas sob a forma de POP's, tendo em vista os processos de qualidade. Tais procedimentos deverão ser apresentados e disponibilizados no sistema de gestão da qualidade interno da Instituição;

Apoiar a Segurança Patrimonial na elaboração dos mecanismos de controle de entrada/saída de equipamentos, de acessórios e de materiais médico-assistenciais da unidade.

Registrar em sistema toda a movimentação e transferência dos equipamentos, indicando o período de tempo, informando a data (dia/mês/ano) de entrada e saída em que o equipamento esteve alocado em cada setor assistencial.

Manter histórico documentado dos problemas e incidentes relacionados aos eventos adversos causados, ou potencialmente causados, por falhas dos equipamentos. Deverá existir evidência da ação tomada (encaminhamento da ação para o Setor de Engenharia Clínica, com o intuito de que essa notifique à administração, órgão sanitário competente ou fornecedor, quando pertinente);

Manter arquivado todos os registros históricos pertinentes aos equipamentos pelo tempo em que o aparelho estiver em operação, acrescido de, pelo menos, 05 (cinco) anos.

Assegurar a integridade e o armazenamento dos equipamentos médico-assistenciais, respeitando as condições ambientais de cada produto.

Implementar modelos de rotulagem, que indique claramente a situação do produto (se em manutenção, se reprovado em ensaio de aceitação, se liberado para uso, etc.).

Fase 3 – Gestão de terceiros e fornecedores

A terceira fase é realizar a gestão de terceiros e fornecedores, fundamental para garantir a qualidade e segurança dos serviços. Primeiramente é preciso estabelecer uma metodologia de controle e gestão dos equipamentos de terceiros, como empréstimos, aluguéis e comodatos, em especial dos equipamentos de alta complexidade, a fim de garantir que eles estejam em boas condições de uso e que sejam operados de acordo com as especificações do fabricante.

Também nessa fase é previsto o estabelecimento de metodologia padronizada para seleção, cadastramento e avaliação da qualidade do nível de serviço de cada fornecedor que se relaciona com a engenharia clínica, bem como acompanhar os prazos de vencimento dos contratos. Dessa forma, é possível identificar os fornecedores mais confiáveis e eficientes para a realização dos serviços de manutenção e reparo dos equipamentos.

Por fim, é fundamental estabelecer uma metodologia de acompanhamento e gestão dos equipamentos presentes nos setores terceirizados do hospital, quando existirem. Essa atividade inclui auditar os setores para avaliar o estado dos equipamentos, verificar sua calibração e manutenção, além de outras atividades que possam garantir o bom funcionamento dos equipamentos e a segurança dos pacientes.

Acompanhamento de Acompanhamento de Serviços Terceirizados

deverá realizar o atendimento ao setor solicitante e acompanhamento de quaisquer atividades executadas por outrem e testes de funcionalidade em todos os equipamentos. Existindo a necessidade, a CONTRATANTE solicitará à CONTRATADA que realize o primeiro atendimento ao setor solicitante, mesmo que o equipamento médico hospitalar, motivo da solicitação, esteja no período de garantia ou coberto por contrato de manutenção ou comodato, para averiguação da necessidade de acionamento da empresa prestadora do serviço;

Para o caso dos equipamentos disponíveis na instituição em caráter de cessão de uso/comodato, locação ou empréstimo cuja responsabilidade de manutenção preventiva/corretiva e calibração seja de terceiros, caberá o acompanhamento, registro e apoio técnico, bem como o primeiro atendimento aos usuários;

Os equipamentos enquadrados como de alta tecnologia, exemplificado, Tomógrafo Computadorizado, Ressonância Magnética, Sistema de Digitalização de Imagens de Raio-X (CR), Sistemas Endoscópios, Aparelhos de Raios-X, (Arco-C, Fixo, Telecomandado, Transportável), Ultrassonografia Convencional, e outros similares ou que porventura sejam incorporados, serão submetidos a contrato com empresa especializada, cabendo o acompanhamento e registro dos serviços executados, bem como o primeiro atendimento aos usuários para solução de problemas de baixa complexidade, com vistas a aumentar o “uptime” de máquina;

Documentar e implementar critérios na avaliação e qualificação de fornecedores de modo a promover a melhor aquisição de produtos e serviços, em termos técnicos e econômicos.

Treinamentos

Implantar um Programa de Treinamentos e Educação Continuada, “in loco”, aos usuários dos Equipamentos Médicos Hospitalares, de modo a auxiliar na melhoria contínua do aproveitamento dos equipamentos médico-assistenciais tanto em relação à exploração dos recursos tecnológicos adicionais, quanto em relação ao cuidado com a operação dos mesmos.

O Planejamento de Treinamentos será desenvolvido junto ao corpo assistencial para os equipamentos críticos e específicos devendo apresentar instruções operacionais, montagem do equipamento e acessórios, limpeza externa e desinfecção.

Todas as informações pertinentes ao treinamento operacional serão documentadas, tais como: número de participantes e respectivas assinaturas, carga horária, data de realização e responsável da área, conteúdo programático do treinamento, critérios de avaliação das necessidades do treinamento e avaliação da eficácia do treinamento.

Além do Plano de Educação Continuada, serão realizados treinamentos, individuais ou não, sempre que constatados erros operacionais, demanda de manutenção por mau uso do equipamento e acessórios e demais incidências que possam inviabilizar o uso do equipamento ou do procedimento por ele realizados. O Cronograma de Treinamentos deverá ser divulgado para os responsáveis de setor assistencial, de modo que sejam disponibilizados os colaboradores quando na data programada.

A identificação da necessidade para a realização dos treinamentos poderá ser gerada tanto pela Engenharia Clínica como pela área assistencial no intuito de garantir que os equipamentos sejam utilizados somente por profissionais comprovadamente treinados.

Descontinuação de Equipamentos

A Engenharia Clínica deverá estabelecer e documentar critérios para o descarte, alienação ou desativação dos equipamentos médico-assistenciais. Deverá ser gerado laudo de desativação para cada equipamento que necessite ser desativado, com no mínimo as seguintes informações técnicas: identificação do equipamento (série, patrimônio, marca, modelo e foto real), data, motivo e responsável pela de desativação;

A decisão para realizar a desativação deverá ser, obrigatoriamente, baseada em análise técnica e financeira (custos envolvidos), devendo o laudo ser submetido e assinado pelo Diretor da unidade, responsável pelo patrimônio e pelo Coordenador de Engenharia Clínica, de modo que possa ser decidido com maior rapidez e menor sobrecarga pela alta administração;

A necessidade de desativação de um equipamento deve possuir uma ou mais das razões descritas a seguir:

- I. Obsolescência do equipamento, podendo ser substituído por outro com desempenho superior ou com custo de operação/manutenção menor;
- II. Alterações nos padrões de tratamento médico que exigem tecnologia distinta;
- III. Fatores de segurança que resultam em aumento do risco para operadores ou pacientes;

IV. Materiais e peças de reposição pararam de ser fornecidos ou se tornaram indisponíveis no mercado;

V. Alterações em exigências de legislações e normas, desde que estas sejam citadas;

Os equipamentos desativados deverão estar separados e devidamente identificados quanto a sua condição e destino. A sugestão da definição quanto à destinação pós-alienação de um equipamento será orientada pela SESP.

A aprovação da desativação de um equipamento será encaminhada ao Setor de Patrimônio, que se encarregará dos procedimentos administrativos.

Fase 4 – Gestão da incorporação tecnológica e processos de melhoria

A quarta e última fase consiste na gestão da incorporação tecnológica e nos processos de melhoria. É importante que a engenharia clínica estabeleça um processo de avaliação contínua das tecnologias utilizadas nos equipamentos médicos, identifique oportunidades de melhoria e possíveis atualizações existentes no mercado. Essa avaliação pode ser realizada em conjunto com outros setores do hospital.

O planejamento deve sugerir estratégias de novas aquisições, substituição de equipamentos obsoletos, remanejamento e manutenção dos equipamentos, visando satisfazer as referidas demandas da melhor forma.

O fluxo para incorporação tecnológica deverá ser devidamente documentado e deverá contemplar, no mínimo, as seguintes atividades:

- I. Definição de critérios para a seleção de equipamentos;
- II. Avaliação de necessidades clínicas;
- III. Elaboração de especificações técnicas de equipamentos;
- IV. Definição de condições de entrega e exigências a serem solicitadas nos processos de compra;
- V. Busca mercadológica;
- VI. Confecção de pareceres técnicos;
- VII. Acompanhamento de instalações e testes de funcionamento;
- VIII. Acompanhamento do ciclo de vida dos equipamentos;

Para garantir os níveis de confiabilidade e disponibilidade operacionais de todos os equipamentos médico hospitalares nos processos de renovação de tecnologias -processo de substituição de item existente por outro de igual ou melhor desempenho, após a identificação da necessidade de renovação, deverá realizar uma avaliação dos fatores envolvidos com base, mas não se limitando, aos critérios abaixo relacionados:

- I. Cenário
- II. Justificativa (alinhamento com as metas da Unidade).
- III. Descrever se o equipamento proposto é de substituição ou é de adição aos procedimentos existentes.
- IV. Identificar os atores e partes envolvidas no processo.
- V. Definir ou identificar fonte de recursos financeiros para aquisição.
- VI. Equipamento Proposto
- VII. Descrever o nome e características principais do equipamento proposto.
- VIII. Informar o objetivo principal do equipamento
- IX. Identificar os motivos de implantação: redução no tempo, aumento de produtividade, redução de custos, redução de riscos, exigência legal, padrão de mercado ou expectativa dos usuários.
- X. Identificar a população-alvo para uso do equipamento e/ou possíveis contraindicações.
- XI. Informar a categoria profissional e a capacitação mínima necessária para uso do equipamento de forma ideal.
- XII. Identificar quem fará a capacitação, treinamento e certificação necessária.
- XIII. Identificar que recursos serão necessários para desativação dos equipamentos que serão substituídos.
- XIV. Descrever as alternativas existentes e disponíveis com a mesma finalidade e população-alvo do equipamento proposto.

É de extrema importância a avaliação do impacto econômico, avaliando os pontos abaixo:

- I. Identificar se a incorporação torna obrigatória a aquisição de suprimentos ou fornecedores exclusivos.
- II. Comparar com o preço de equipamentos alternativos ou substitutivos.
- III. Avaliar se a introdução do equipamento modifica os ganhos em outros procedimentos ou departamentos.
- IV. Avaliar se a introdução do equipamento modifica o custo total, tornando sua indicação mais ou menos atrativa.
- V. Avaliar se é desejável uma análise econômica formal: custo – efetividade /custo – utilidade / custo-benefício.

As capacitações e treinamentos têm o propósito maior de garantir a máxima preparação dos profissionais da saúde no emprego de suas funções, sejam eles os próprios membros da equipe de Engenharia Clínica, ou os demais colaboradores do conjunto assistencial. Dessa forma, os equipamentos serão utilizados de acordo com as orientações do fabricante, além de reduzir o risco de falhas por mau uso.

A gestão de riscos também é uma atividade importante nessa fase, uma vez que equipamentos médicos podem apresentar riscos à segurança dos pacientes. A engenharia clínica deve estabelecer procedimentos para identificação e mitigação desses riscos, além de monitorar continuamente a segurança dos equipamentos em uso.

Por fim, é importante destacar que a fase 4 também inclui a implementação de um sistema de gestão da qualidade na engenharia clínica, com a definição de indicadores e controles para monitorar a eficiência dos processos e a qualidade do serviço prestado. Isso permite a tomada de decisão baseada em dados e a melhoria contínua dos processos.

Sistema Informatizado específico de Gestão de Equipamentos (SOFTWARE)

O Sistema de Gestão de Tecnologia em Saúde com plataforma web utilizado para cadastro e arquivo de atividades voltadas para Engenharia Clínica, é uma das ferramentas mais importantes para eficiência da gestão de tecnologia em saúde. Sua implantação deve ser iniciada em paralelo ao processo de inventário, uma vez que o processo cadastral é minucioso e demorado, devendo ser realizado com muita cautela para que não haja erros nos cadastros;

A gestão será executada com o auxílio de ferramenta de software, plataforma WEB, com acesso via WEB de domínio público, permitindo níveis de segurança e acesso diferenciado para usuários por senhas, possibilitando o acesso dos profissionais do setor de Engenharia Clínica, bem como os funcionários de cada setor às informações alimentadas e compiladas.

A ferramenta deverá permitir a avaliação do Setor de Engenharia Clínica e seus profissionais por meio de, no mínimo, dos seguintes indicadores de desempenho:

- I. Tempo Médio entre Falhas (MTBF – Mean Time Between Failures);
- II. Tempo Médio de Resposta ao Primeiro Atendimento (TMA);
- III. Tempo Médio de Reparo (TMR);
- IV. Tempo de paralisação dos equipamentos;
- V. Índice de Rechamada por Técnico e por toda a equipe técnica;

- VI. Produtividade por Técnico;
- VII. Produtividade por Tipo de Serviço executado (desempenho de manutenções corretivas e preventivas, calibrações, qualificações e testes de segurança elétrica, treinamentos, dentre outros);
- VIII. Percentual de Resolutividade Interna (PRI);
- IX. Percentual de Obsolescência do Parque tecnológico;
- X. Percentual de Disponibilidade Operacional dos Equipamentos (PDISP).

O sistema deverá permitir a emissão de relatórios como:

- I. Ordens de Serviço por setor (ou centro de custos);
- II. Ordens de Serviço por tipo do serviço executado;
- III. Ordens de Serviço por período;
- IV. Ordens de Serviço por equipamento;
- V. Ordens de Serviço por técnico;
- VI. Ordens de Serviço pendentes;
- VII. Ordens de Serviço encerradas;
- VIII. Custo de manutenção por equipamento;
- IX. Custo de manutenção por custo de aquisição (por equipamentos);
- X. Custo de manutenção por setor (ou centro de custos);
- XI. Custo de manutenção por período;

O sistema deverá permitir, no mínimo:

- I. O cadastro de equipamentos por: TAG - identificador único, série, patrimônio, categoria, marca, modelo, situação operacional, valor e data de compra, data de instalação, setor instalado e nível de criticidade, potência, tensão, data da aquisição, NF, especificação técnica. Tais características objetivam facilitar a análise das quantidades, normas técnicas; pertinentes, dados de fabricantes e fornecedores, disponibilidade do parque tecnológico, etc.;
- II. O cadastro e o controle histórico das ordens de serviço por: número da ordem de serviço, solicitante, tipo, datas/horários de abertura e de primeiro atendimento técnico, andamento dos

serviços, descrições da falha, do diagnóstico e dos serviços executados, técnico executor, materiais utilizados (com indicação de valor);

- III. O controle e a emissão de alertas para vencimento de garantias (venda de produtos e contratos);
- IV. A programação de serviços (manutenções preventivas, calibrações, etc);
- V. O cadastro de fornecedores e prestadores de serviço;
- VI. A requisição de serviços não atrelados a equipamento específico, mas também para setor;
- VII. O controle de transferência de equipamentos entre setores ou localidades distintas;
- VIII. O cadastro de contratos de manutenção com outros prestadores de serviço;
- IX. A requisição de serviços de manutenção por parte dos usuários dos equipamentos, sem limitação do número de usuários com permissão para “requisição de serviço”;
- X. A incorporação de fotos ou documentos, tanto no cadastro de equipamentos quanto de ordens de serviço;
- XI. A incorporação de checklists de manutenção, calibração e procedimentos operacionais padrões;
- XII. A qualificação ou avaliação do serviço executado por parte do requisitante do serviço;
- XIII. A pesquisa e filtro de listagem de equipamentos e ordens de serviço, além da exportação de informações e relatórios para os formatos Excel®, PDF, outros;
- XIV. Os técnicos da CONTRATADA deverão estar qualificados para operação e inserção de todos os dados e informações no sistema. A CONTRATADA deverá prover treinamento e suporte para operação do sistema pela CONTRATANTE;

3.3.4. Normas para realização dos procedimentos de aquisição de equipamentos e materiais hospitalares, medicamentos e correlatos, bem como recebimento, guarda e distribuição/dispensação para os setores.

O Instituto Social Mais Saúde, adotará para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** normas para realização dos procedimentos de aquisição de equipamentos e materiais hospitalares, medicamentos e correlatos, bem como recebimento, guarda e distribuição/dispensação para os setores uma cadeia de fornecimento de produtos e serviços

estruturada, com fluxos e rotinas padronizados por meio de seu Manual de Compras, Contratações de Serviços e Obras, objetivando que a contratação seja realizada de forma célere, transparente, legal e eficaz, alinhada as necessidades da instituição na execução de suas ações.

A Cadeia de Suprimentos irá incorporar todas as ações das compras e aquisições, contemplando desde os processos formais de escolha dos fornecedores, até o acompanhamento do recebimento, guarda e distribuição/dispensação dos materiais e serviços, que poderão ser assessorados pelas áreas técnicas competentes que agregarão uma otimização dos tempos de ciclos da cadeia de fornecimento, obtendo o produto certo, no lugar certo, na quantidade certa, com a maior qualidade e com o menor custo, assim como pretendendo a manutenção do menor estoque possível, sem, contudo comprometer o atendimento da demanda da unidade, cujos estoques devem ser devidamente controlados.

3.3.4.1. Fluxos operacionais para material médico hospitalar e medicamentos

O Instituto Social Mais Saúde (ISMS), adotará para o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto em atendimento ao item **fluxos operacionais para material médico hospitalar e medicamentos**, que possibilitam atender de forma célere e eficaz, a necessidade da instituição na execução de suas ações.

A Cadeia de Suprimentos e a Cadeia Medicamentosa irá incorporar todas as ações operacionais / assistenciais, contemplando desde os processos formais de escolha dos fornecedores, até o acompanhamento e controle das entregas dos materiais e prestação dos serviços, que poderão ser assessorados pelas áreas técnicas competentes, ganhando com isso o melhoramento dos tempos de ciclos da cadeia de fornecimento, obtendo o produto certo, no lugar certo, na quantidade certa, com a maior qualidade e com o menor custo, assim como pretendendo a manutenção do menor estoque possível, sem, contudo comprometer o atendimento da demanda da unidade, cujos estoques devem ser devidamente controlados.

Objetivo

Orientar a realização das atividades implantadas no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, estabelecendo normas e rotinas que direcionarão o desenvolvimento delas garantindo a qualidade dos resultados obtidos, o que resultará em benefícios para a organização e para os clientes.

Estrutura organizacional

O Suprimentos, Almoxarifado e Farmácia são setores que têm como seu objetivo principal fornecer meios para o planejamento, compra, armazenamento e distribuição dos itens de

consumo geral e bens, agregando funções operacionais, referente ao fornecimento dos insumos para o funcionamento geral da instituição, e de apoio à atividade assistencial em saúde.

Abaixo, a fim de garantir transparência nas rotinas e normas administrativas, elencamos os fluxos em consonância com o que é executado na Gestão da Logística de Suprimentos e Cadeia Medicamentosa do Instituto Social Mais Saúde.

Fluxo Operacional – Material Médico-Hospitalar

1. Planejamento e Requisição

Levantamento de Necessidades: Cada setor assistencial e administrativo gera via sistema demanda (mensal ou conforme demanda) das suas necessidades de materiais e medicamentos, com base em consumo histórico, demanda prevista, protocolos clínicos e sazonalidade.

Elaboração de Requisições: A requisição é formalizada em sistema informatizado ou formulário próprio, contendo quantidade, especificações técnicas, unidade de medida e justificativa quando necessário.

Avaliação Técnica: A equipe de suprimentos/farmácia analisa a coerência entre a solicitação e o consumo médio mensal (CMM), validando as quantidades solicitadas.

Planejamento de Compras: Com base nas requisições consolidadas, são elaborados os planos de aquisição que visam manter estoques mínimos e estratégicos, evitando faltas ou excessos.

2. Aquisição

Processo de Compra: A área de compras realiza o processo de aquisição, obedecendo os critérios legais e administrativos vigentes, como licitação ou contratação direta, conforme a natureza do item.

Seleção de Fornecedores: É feita com base em critérios técnicos, econômicos e de regularidade fiscal. Sempre que necessário, a equipe técnica (farmacêutico ou biomédico, por exemplo) participa da avaliação de especificações.

Formalização da Compra: Após definição do fornecedor, o pedido é formalizado e encaminhado com prazo de entrega, condições de pagamento e especificações acordadas.

3. Recebimento e Armazenamento

Recebimento Técnico e Físico: No ato da entrega, os itens passam por conferência quantitativa (nota fiscal x pedido) e qualitativa (aspecto físico, validade, integridade da embalagem).

Registro de Entrada: Após conferência, o material é registrado no sistema e classificado conforme a natureza (perecível, controlado, etc.).

Armazenamento Adequado: Os itens são armazenados conforme normas da ANVISA e boas práticas de armazenamento – observando temperatura, umidade, segregação por classe e controle de validade.

Controle de Estoque: Utilização de métodos como PEPS (primeiro a entrar, primeiro a sair), rastreabilidade e inventários rotativos

4. Distribuição Interna

Solicitação de Materiais: Os setores requisitantes realizam solicitações por meio do sistema, conforme os fluxos definidos.

Separação e Conferência: A equipe do almoxarifado/farmácia separa os itens, confere as quantidades e validade, e os embala adequadamente.

Entrega Controlada: A entrega é feita com registro de recebimento, garantindo rastreabilidade de toda cadeia medicamentosa e logística intra hospitalar e conferência por parte do setor solicitante.

Controle de Itens Especiais: Materiais de alto custo, controlados ou refrigerados seguem fluxos específicos, com acompanhamento técnico e registro formal.

5. Uso e Monitoramento

Registro de Consumo: Os setores devem registrar o consumo de materiais e medicamentos, vinculando-os ao paciente, ao procedimento ou ao setor de uso, através do sistema informatizado.

Monitoramento de Indicadores: São monitorados indicadores como consumo médio, taxa de perda, tempo de reposição e índice de ruptura.

Acompanhamento Farmacêutico: No caso de medicamentos, a farmácia clínica pode atuar na reconciliação medicamentosa, farmacovigilância e uso racional dos medicamentos.

Auditorias Internas: Realização periódica de auditorias nos setores para verificar conformidade com protocolos e boas práticas de uso

6. Devoluções

Motivos de Devolução: Pode ocorrer devolução por sobra, erro de dispensação, interrupção de tratamento, validade próxima, entre outros.

Fluxo de Devolução: O setor preenche o formulário de devolução com justificativa, que é analisado pela farmácia ou almoxarifado. Os itens devolvidos passam por nova conferência e triagem para reentrada no estoque (quando possível).

Itens Inviáveis: Produtos fora das condições de reaproveitamento são segregados para descarte conforme a Política de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)

7. Não Conformidade

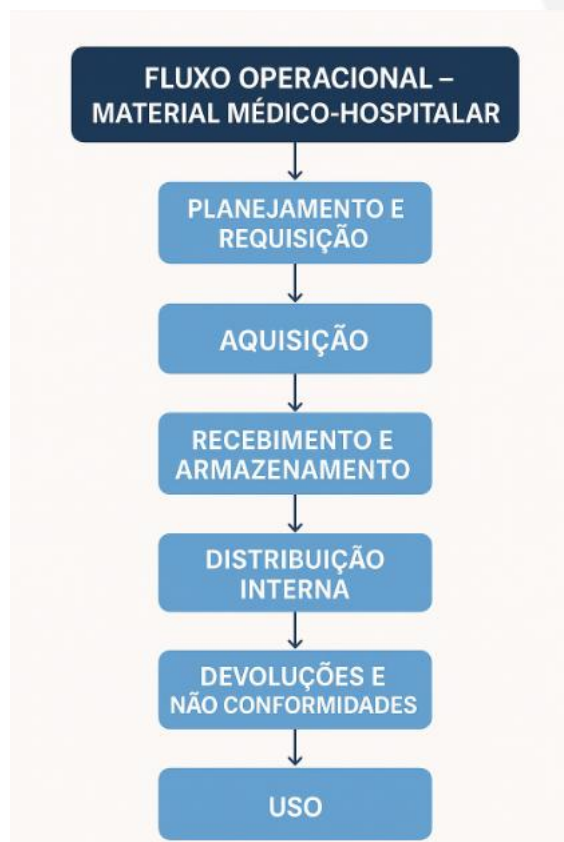
Identificação: Podem ser detectadas durante o recebimento, armazenamento, distribuição ou uso. Exemplos: embalagem danificada, divergência na quantidade, lote vencido, entre outros.

Registro e Abertura de Não Conformidade: Um relatório de não conformidade é preenchido, identificando o item, o problema, o fornecedor (quando aplicável) e as providências tomadas.

Ações Corretivas: As áreas responsáveis adotam medidas como devolução ao fornecedor, substituição do item, ou abertura de processo administrativo para apuração.

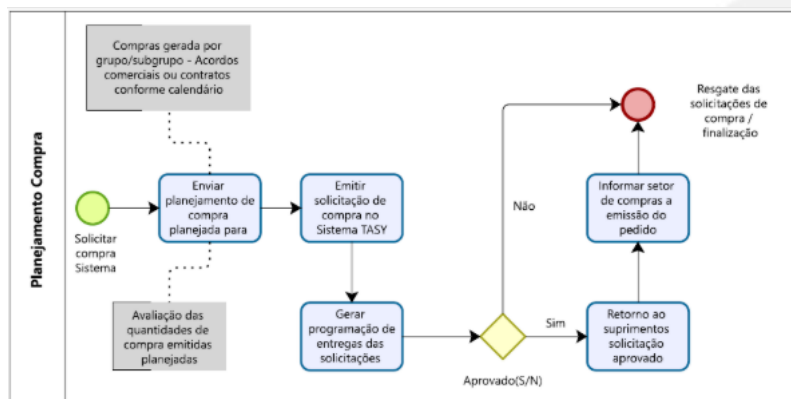
Análise de Causa e Melhoria Contínua: A análise dos casos é usada para retroalimentar o planejamento, revisar processos e reduzir reincidências.

Macrofluxo do Processo

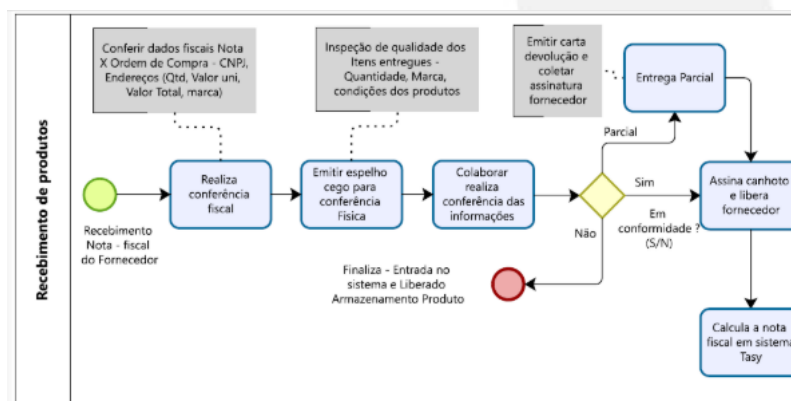


Fluxos estratégicos para operacionalização:

Fluxo de Planejamento de Compras



Fluxo Ciclo dos Produtos



Fluxo Operacional – Medicamentos

1. Prescrição Médica

Emissão da Prescrição: A prescrição é realizada por profissional médico, preferencialmente de forma eletrônica, garantindo legibilidade, padronização e rastreabilidade.

Conferência de Dados: A prescrição deve conter identificação do paciente, nome do medicamento (preferencialmente Denominação Comum Brasileira – DCB), dose, via de administração, frequência e duração do tratamento.

Validação Técnica: A farmácia clínica ou o farmacêutico hospitalar realiza análise crítica da prescrição, avaliando interações medicamentosas, duplicidades terapêuticas, incompatibilidades e doses inadequadas.

Integração com o Prontuário: A prescrição é registrada no prontuário do paciente, servindo como documento oficial para acompanhamento e auditorias

2. Dispensação

Separação dos Medicamentos: Após validação, a farmácia hospitalar separa os medicamentos conforme a prescrição médica, priorizando o sistema de dose unitária para segurança e controle.

Conferência e Registro: Cada medicamento é conferido, identificado por paciente e setor, com registro em sistema informatizado ou planilha de controle.

Distribuição Segura: Os medicamentos são encaminhados aos setores de internação ou ambulatorios com protocolo de entrega e checagem pelo profissional receptor.

Medicamentos Controlados: Seguem legislação específica (Portaria 344/98 - ANVISA), com registros em livro próprio e controle rigoroso por lote e validade.

3. Administração

Realização da Administração: Enfermeiros ou técnicos de enfermagem administram os medicamentos, conforme horário prescrito, respeitando os "5 certos": paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo.

Registro da Administração: A administração é registrada imediatamente no prontuário do paciente, garantindo rastreabilidade e continuidade do cuidado.

Notificação de Intercorrências: Caso haja reações adversas ou dificuldades na administração, a equipe de enfermagem notifica imediatamente a farmácia e o corpo clínico.

4. Controle de Estoque

Controle de medicamentos controlados (livro BPF, SNGPC)

Atualização de Entradas e Saídas: Todos os movimentos de entrada (compra ou devolução) e saída (dispensação, perda, vencimento) são registrados em tempo real no sistema.

Inventários Regulares: São realizados inventários periódicos (mensal, rotativo ou anual) para verificar consistência entre estoque físico e sistema.

Controle por Lote e Validade: Todos os medicamentos são armazenados com controle de lote e prazo de validade, priorizando o uso pelo método PEPS (Primeiro a Entrar, Primeiro a Sair).

Monitoramento de Itens Críticos: Medicamentos essenciais, de alto custo ou em risco de ruptura de estoque são monitorados com atenção especial.

5. Farmacovigilância

Notificação de Eventos Adversos: Qualquer suspeita de reação adversa, erro de medicação, desvio de qualidade ou ineficácia terapêutica deve ser registrada e notificada ao farmacêutico responsável.

Registro e Investigação: O farmacêutico realiza investigação do evento adverso, documenta as evidências e, se necessário, encaminha à ANVISA via sistema Notivisa.

Ações Corretivas e Preventivas: A farmácia propõe ajustes na prescrição, substituição de medicamentos ou melhoria nos processos para prevenir reincidência.

Educação Continuada: A equipe é capacitada periodicamente sobre boas práticas de farmacovigilância e segurança do paciente

6. Devolução e Descarte

Crítérios para Devolução: Medicamentos podem ser devolvidos por sobra no setor, suspensão de tratamento, troca de prescrição, erro de dispensação ou validade próxima.

Avaliação Técnica: O farmacêutico avalia as condições do medicamento (integridade, armazenamento adequado) para decidir sobre a reintegração ao estoque.

Registro e Controle: A devolução é registrada em sistema com número de lote e justificativa. Os itens reintegrados seguem novo controle de validade.

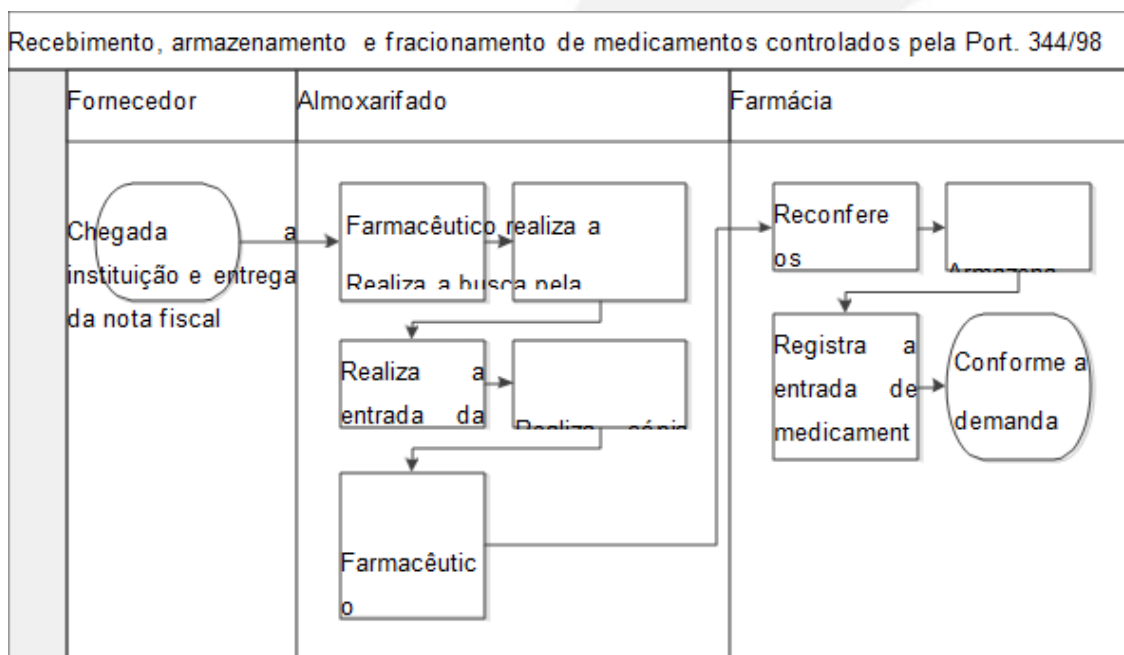
Segregação de Itens Não Reutilizáveis: Medicamentos sem condições de uso são imediatamente separados e identificados para descarte



Fluxo estratégico para operacionalização:

Fluxo de Farmacovigilância

Macroprocesso – Ciclo de Insumos e Medicamentos



Fluxo do serviço

POP – Gestão de Material Médico-Hospitalar

1. Objetivo

Estabelecer normas e rotinas para o gerenciamento de materiais médico-hospitalares no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, assegurando o controle eficaz dos processos de aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição, devolução e tratamento de perdas. O objetivo é garantir a disponibilidade dos materiais necessários às atividades assistenciais e administrativas, promovendo o uso racional, evitando o desperdício, assegurando qualidade, rastreabilidade e disponibilidade.

Abrangência

Este POP se aplica a todos os setores envolvidos direta ou indiretamente com o gerenciamento de materiais médico-hospitalares, incluindo:

Setor de Suprimentos

Almoxarifado

Setores assistenciais (enfermarias, centro cirúrgico, ambulatórios, UTI)

Comissão de Padronização de Materiais

Comissão de Controle de Perdas e Desvios

Coordenação Administrativa e Técnica

3. Responsabilidades

Setor de Suprimentos: Planejar, solicitar e controlar as aquisições de materiais conforme demanda institucional.

Almoxarifado: Realizar o recebimento, conferência, armazenamento, controle de validade e distribuição dos materiais.

Setores Requisitantes: Solicitar materiais de acordo com as rotinas estabelecidas, realizar uso adequado e devolver itens não utilizados.

Coordenação Administrativa: Aprovar solicitações de compra, supervisionar os processos logísticos e garantir o cumprimento dos protocolos.

Comissão Técnica: Avaliar desvios, perdas, não conformidades e sugerir melhorias contínuas nos processos.

4. Procedimentos

4.1. Planejamento e Requisição

Levantamento da necessidade com base no histórico de consumo, ocupação de leitos e sazonalidades.

Revisão periódica de consumo médio mensal (CMM) e estoque mínimo/máximo.

Planejamento orçamentário alinhado às metas assistenciais da instituição

4.2. Aquisição

As aquisições devem seguir critérios técnicos e administrativos:

Seleção de fornecedores homologados.

Avaliação de propostas conforme critérios de qualidade, prazo e custo.

Emissão de pedido de compra com especificações detalhadas.

Processos formais de compra seguirão normas de licitação, contratos ou cotações, conforme legislação vigente

4.3. Recebimento

Recebimento ocorre exclusivamente no almoxarifado, em área adequada e sinalizada.

A conferência deve considerar:

Quantidade conforme pedido;

Condições da embalagem;

Lote e validade;

Documentos fiscais e termo de recebimento.

Em caso de não conformidade, o material deve ser segregado e registrado para devolução ao fornecedor

As aquisições devem seguir critérios técnicos e administrativos:

Seleção de fornecedores homologados.

4.4 Armazenamento

Materiais armazenados por tipo, uso, classe de risco e rotatividade.

Adoção do método PEPS (Primeiro que Entra, Primeiro que Sai).

Controle de validade com inventários rotativos mensais.

Armazenamento em temperatura e umidade adequadas, respeitando normas da vigilância sanitária

4.5. Distribuição

Requisição eletrônica ou manual pelos setores assistenciais, seguindo periodicidade definida (diária/semanal/emergencial).

Separação dos materiais por setor, com conferência por dupla checagem.

Registro da entrega com assinatura do profissional responsável pela unidade requisitante.

Itens críticos ou de alto custo são controlados com requisição específica.

Separação conforme requisição interna.

Entrega com registro de saída.

Controle por protocolo.

4.5. Devoluções

Materiais não utilizados, íntegros e dentro da validade podem ser devolvidos ao almoxarifado.

A devolução deve ser formalizada por formulário próprio ou sistema, com identificação do setor, tipo de material e motivo.

Os itens devolvidos são reavaliados para reintegração ao estoque ou descarte

Registro em planilha ou sistema.

Avaliação de reaproveitamento ou descarte.

Comunicação à farmácia e/ou setor responsável.

4.6 Perdas

Toda perda deve ser registrada e classificada como:

Vencimento;

Quebra;

Contaminação

Desvio;

Erro de requisição.

As perdas serão monitoradas mensalmente pela Comissão Técnica, com indicadores de desempenho.

Ações corretivas incluem:

Capacitação de equipe;

Readequação de consumo;

Troca de fornecedores;

Melhoria nos processos de requisição e armazenamento.

5. Documentos e Registros

Formulário de Requisição Interna

Ficha de Recebimento de Material

Termo de Devolução

Registro de Perdas

Relatórios de Inventário

Sistema informatizado de gestão de estoque (quando aplicável)

6. Indicadores de Monitoramento

Índice de perdas por vencimento (%)

Taxa de devoluções por setor (%)

Giro de estoque (dias)

Disponibilidade de materiais críticos (%)

Ocorrência de não conformidades (número/mês)

7. Documentos de Referência

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222, de 28 de março de 2018.

Dispõe sobre o regulamento para a gestão dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://www.in.gov.br>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 471, de 23 de fevereiro de 2021.

Estabelece as boas práticas de armazenagem, distribuição e transporte de medicamentos.

Disponível em: <https://www.in.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde.

Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017.

Consolida normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

Disponível em: <https://www.in.gov.br>

BRASIL.

- Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.
- Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal e institui normas para licitações e contratos da Administração Pública.
- Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm

RDC n.º 15/2012 - Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências

RDC Nº 222, de 28 de março de 2018 – ANVISA- Dispõe sobre o regulamento para a gestão de resíduos de serviços de saúde (RSS),

RDC Nº 471, de 23 de fevereiro de 2021 – ANVISA - Estabelece as **boas práticas de armazenagem, distribuição e transporte de medicamentos**, aplicável à farmácia hospitalar:

8. Disposições Finais

Este POP deve ser revisado anualmente ou sempre que houver alterações nos fluxos operacionais, estrutura organizacional ou normas legais aplicáveis. A adesão a este procedimento é obrigatória para todas as unidades do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto

POP – Gestão de Medicamentos

1. Objetivo

Padronizar os procedimentos, estabelecer diretrizes, rotinas e responsabilidades no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, relacionadas ao recebimento, armazenamento, dispensação, administração, devolução e descarte de medicamentos, garantindo qualidade, rastreabilidade, segurança do paciente e conformidade com as normas da ANVISA, Ministério da Saúde e legislação vigente.

2. Abrangência

Aplica-se à farmácia hospitalar, enfermarias, ambulatórios e demais setores que realizam uso ou manipulação de medicamentos.

Este POP aplica-se a todos os setores do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto que atuam direta ou indiretamente no fluxo de medicamentos, incluindo:

Farmácia Hospitalar

Unidades Assistenciais (enfermarias, pronto atendimento, UTI, centro cirúrgico, ambulatórios)

Setor de Suprimentos

Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

Direção Técnica e Administrativa

3. Responsabilidades

Farmacêutico Responsável: Coordenar as atividades técnicas e operacionais da farmácia, garantir a rastreabilidade, armazenagem adequada e controle de medicamentos.

Setor de Suprimentos: Apoiar nos processos de aquisição e recebimento.

Unidades Assistenciais: Realizar administração conforme prescrição, solicitar medicamentos, controlar consumo e devoluções.

Coordenação Administrativa: Validar processos e garantir os recursos necessários.

Equipe de Enfermagem: Administrar medicamentos conforme prescrição e normas da farmácia hospitalar.

Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT): Apoiar na padronização de medicamentos e boas práticas

4. Procedimentos

4.1. Recebimento de Medicamentos

Conferir quantidade, validade, lote e integridade das embalagens.

Registrar no sistema interno (ERP, software hospitalar).

Armazenar conforme condições específicas (temperatura, umidade, segurança).

Identificar medicamentos controlados (portaria 344) separadamente.

Receber medicamentos exclusivamente no setor de farmácia.

Conferir:

Nome do medicamento, forma farmacêutica e apresentação;

Quantidade recebida vs. nota fiscal;

Número de lote, data de validade e integridade das embalagens;

Condições de transporte (temperatura, conservação);

Registrar o recebimento em sistema informatizado ou livro próprio;

Encaminhar medicamentos com irregularidades à quarentena para avaliação

4.2. Armazenamento

Organizar por classe terapêutica e ordem alfabética.

Separar medicamentos vencidos ou em quarentena.

Controlar temperatura (uso de termômetros e planilhas).

Separar medicamentos por tipo (controlados, termolábeis, antimicrobianos, uso restrito, etc.);

Obedecer às exigências da RDC 471/2021:

Temperatura e umidade controladas e monitoradas;

Local limpo, ventilado, protegido da luz solar e com controle de pragas;

Prateleiras organizadas com identificação clara de medicamentos;

Adoção do sistema PEPS (Primeiro que Entra, Primeiro que Sai);

Controle rigoroso de validade e reavaliações periódicas.

4.3. Dispensação

Avaliar prescrição médica quanto à dose, via, interação e duplicidade.

Dispensar individualmente (por paciente) ou coletivamente (por setor).

Registrar data, horário, responsável e quantidade dispensada.

A dispensação será feita:

Por dose unitária (preferencialmente), conforme prescrição médica;

Por setor (kits, estoques satélites ou carrinhos);

Conferência e registro:

Nome do paciente, medicamento, dosagem, via, horário;

Farmacêutico ou técnico registra em sistema e entrega ao setor;

Medicamentos de controle especial exigem termo de responsabilidade e controle em livro específico

4.4. Administração

Registrar no prontuário a administração (data/hora/assinatura).

Realizada exclusivamente pela equipe de enfermagem, conforme prescrição médica e diretrizes da farmácia.

Conferência dos 9 certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, prescrição certa, registro certo, orientação certa e resposta certa.

Registro obrigatório no prontuário físico ou eletrônico.

Notificar eventos adversos, falhas terapêuticas ou reações suspeitas à farmacovigilância.

4.5. Devoluções

Medicamentos não utilizados devem retornar à farmácia.

Conferência das condições (sem violação de embalagem ou vencimento).

Atualização do estoque no sistema.

Medicamentos não utilizados ou em excesso podem ser devolvidos:

Desde que intactos, dentro do prazo de validade e com embalagem original não violada

Deve-se preencher formulário de devolução, justificando o motivo e quantidade;

A farmácia reavalia o item e reintegra ao estoque, se possível;

Medicamentos termolábeis e psicotrópicos seguem protocolos específicos.

4.6. Descarte

Registro no Livro de Descarte ou Sistema Informatizado.

Realizado pela farmácia conforme RDC 222/2018 e PGRSS da instituição;

Medicamentos vencidos, contaminados, danificados ou não conformes são:

Armazenados em recipiente apropriado

Registrados em formulário próprio

Separados em local adequado e identificados como “Resíduo de Medicamento

Encaminhados à empresa licenciada para incineração ou destinação final;

Registro da destinação final arquivado para fins de auditoria e controle

5. Documentos e Registros

Formulário de Recebimento de Medicamento

Registro de Temperatura e Umidade

Livro de Medicamentos Controlados

Formulário de Devolução

Registro de Descarte

Sistema de Gestão de Medicamentos (quando informatizado)

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS

6. Indicadores de Monitoramento

Índice de devolução de medicamentos (%)

Taxa de perdas por validade (%)

Conformidade de armazenamento (auditorias)

Incidência de reações adversas notificadas

Tempo médio de dispensação

Estoque de medicamentos críticos (% disponibilidade)

7. Macrofluxo da Cadeia de Suprimentos (Compras/Farmácia/Almoxarifado)

8. Documentos de Referência Legal e Técnica

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

- RDC nº 222, de 28 de março de 2018.
- Dispõe sobre as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- Disponível em: <https://www.in.gov.br>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

RDC nº 471, de 23 de fevereiro de 2021.

Estabelece as boas práticas de armazenagem, distribuição e transporte de medicamentos.

Disponível em: <https://www.in.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde.

Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017.

Consolida normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Disponível em: <https://www.in.gov.br>

BRASIL.

Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

Institui normas para licitações e contratos da Administração Pública.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009.

Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de medicamentos em farmácias e drogarias.

Disponível em: <https://www.in.gov.br>

Disposições Finais

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) deverá ser do conhecimento de todos os colaboradores envolvidos direta ou indiretamente na cadeia medicamentosa da instituição, devendo ser lido, compreendido e seguido em sua totalidade.

Quaisquer dúvidas relacionadas à interpretação ou aplicação deste POP deverão ser esclarecidas junto à Coordenação da Farmácia Hospitalar ou à Direção Técnica do Hospital.

Situações não previstas neste documento deverão ser analisadas pela equipe técnica responsável, observando-se a legislação vigente, as normas internas do Instituto Social Mais Saúde e os princípios de boas práticas farmacêuticas e assistenciais.

Este POP deve ser revisto periodicamente, a cada 12 meses ou sempre que houver atualizações legais, alterações nos processos internos ou novas recomendações técnicas por órgãos reguladores.

O descumprimento das orientações estabelecidas neste documento poderá acarretar responsabilização administrativa, técnica e ética, conforme a gravidade do fato e legislação vigente.

3.3.4.2. Normas para realização dos procedimentos de aquisição de equipamentos e materiais hospitalares, medicamentos e correlatos

DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO

O **Instituto Social Mais Saúde** adota em suas aquisições as regras preconizadas pelo Manual de Compras e Contratações de Serviços e Obras, o qual possui a finalidade de padronizar, orientar e garantir a conformidade de todos os processos relacionados à aquisição de bens, contratação de serviços e execução de obras dentro da instituição.

O Referido Manual é composto por dez capítulos, regido pelos princípios de moralidade, probidade, economicidade, impessoalidade, isonomia e qualidade, determina a atuação conjunta dos Departamentos de Compras, Administrativo e Assessoria Jurídica.

Além disso, é importante ressaltar a Política de Gestão de Fornecedores e Manual do Fornecedor, documentos estes que definem critérios de avaliação, monitoramento de desenvolvimento de fornecedores.

A seguir, segue a estrutura dos respectivos documentos:

Manual de Compras, Contratações de Serviços e Obras

1.Introdução

Artigo 1º - O presente manual tem por finalidade estabelecer normas, rotinas e critérios para aquisição de bens, contratação de obras e serviços para o desenvolvimento das atividades do Instituto Social Mais Saúde, regidas pelos princípios da moralidade, probidade, economicidade, impessoalidade, isonomia, bem como pela busca permanente da qualidade.

Parágrafo Único – As contratações de serviços serão regidas pelas normas e orientações deste manual, contudo sob as gerencias do Departamento de Compras e do Departamento Administrativo do Instituto Social Mais Saúde.

Parágrafo Segundo – Todos os processos de aquisição de bens e serviços, será validado pela Assessoria Jurídica do Instituto Social Mais Saúde.

Capítulo I – Finalidade

Artigo 2º – O Departamento de Compras e/ou Administrativo do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE, tem como finalidade cuidar de toda e qualquer aquisição de bens, produtos ou serviços destinados, direta ou indiretamente, a serem empregados na prestação dos serviços, nos contratos e convênios celebrados com o Instituto.

Parágrafo Único – Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo, drogas e medicamentos, equipamentos, gêneros alimentícios, materiais permanentes e outros, além da prestação de serviços por pessoas físicas e jurídicas com a finalidade de suprir as necessidades do Instituto para desenvolvimento de suas atividades.

Capítulo II – Dos Princípios das Compras e Contratações

Artigo 3º. – Os Departamentos de Compras e/ou Administrativo, seguirão os princípios da legalidade e transparência em todas as suas atividades, substanciando padronizações nas avaliações técnicas realizadas e isentas de vínculo, garantindo assim, a integridade do processo de aquisição de material e contratações, além da continuidade do fornecimento em condições favoráveis aos projetos vinculados ao Instituto.

Artigo 4º. – São Princípios seguidos pela, no procedimento de Compras e Contratações:

- Princípio da Isonomia;
- Princípio da Legalidade;
- Princípio da Impessoalidade;
- Princípio da Moralidade;
- Princípio da Publicidade;

- Princípio do Julgamento Objetivo;
- Princípio da Padronização;
- Princípio da Economicidade;
- Princípio da Motivação.

Capítulo III – Dos Procedimentos

Artigo 5º – Para efeito de monitoramento e condução do processo de compra de bens e serviços, será dotado software de gestão de informação, o qual deve estar configurado minimamente com as seguintes especificações:

– **Solicitação de Compras** – Deve ser realizado pelo Requisitante, previamente definido pelo gestor local do projeto; contendo a devida justificativa da necessidade da aquisição, bem como as especificações dos produtos e/ou serviços a serem adquiridos.

- **Autorização** – Deve ser autorizado em primeiro momento pelo Gestor local do projeto, onde a solicitação de compra ficará condicionada a uma segunda autorização, com a identificação da real necessidade de aquisição, devendo ser efetuada pelo Diretor/Gerente do Projeto do Instituto Social Mais Saúde.

– **Mapa de Cotação** – Deve ser realizado pelo Departamento de compras, que após efetuado a cotação tripla, será homologado pelo Departamento de compras, Controladoria e Diretoria Financeira;

– **Pedido de compra** – Será concluído com base no mapa de cotação, sendo considerado para efeito de escolha, a melhor oferta apresentada pelo fornecedor, devendo ser validado pelo Departamento de compras, Controladoria e Diretoria Financeira. I

Artigo 6º – O procedimento de compra e/ou contratação terá início com o recebimento, pelo Departamento de Compras, da solicitação de compra ou contratação, devidamente aprovada conforme artigo 5º e incisos, tanto no quesito formal quanto ao empenho orçamentário, contendo as seguintes informações:

- Identificação do requisitante;
- Data da emissão;
- Código e descrição pormenorizada do item a ser adquirido, inclusive especificações técnicas aplicáveis;
- Quantidade a ser adquirida;
- Prazo e local de entrega;

- Forma de pagamento;
- Garantia do produto ou serviço;
- Regime de Compra – rotina ou urgência.

Artigo 7º. – Será considerado regime de urgência, a aquisição de material inexistente no estoque, ou os que não tem previsão de consumo, com imediata necessidade de utilização, ou pela falta em virtude do atraso na entrega dos fornecedores.

Parágrafo Primeiro: No caso de serviços, serão considerados como de urgência, aqueles imprescindíveis para o bom andamento e execução das atividades do projeto.

Parágrafo Segundo: Sendo compra ou serviços de urgência a área requisitante deverá justificar a necessidade de adquirir o item ou o serviço prestado em caráter de urgência, neste caso fica facultado ao Instituto não seguir as rotinas previstas nos artigos 10º, 11º, 17º e 18º, uma vez que, se trata de aquisição imediata.

Parágrafo Terceiro: Fica excluída de cotação, quando o bem ou serviço possa ser fornecido por um único fornecedor, face a especificação existente, com a devida comprovação, isto é, documento que atenda o caráter de exclusividade.

Artigo 8º. – O Departamento de Compras e/ou Administrativo, selecionarão criteriosamente os fornecedores/prestadores que participarão do processo de cotação, considerando idoneidade, avaliação do fornecedor, qualidade e menor custo quando cabível.

Parágrafo Primeiro: Considera-se, para efeito deste regulamento, como fornecedor, não somente o fabricante do material, mas também seus representantes, fornecedores, grupo de compras e distribuidores autorizados.

Parágrafo Segundo : Para fins do disposto neste capítulo, considera-se menor custo aquele que resulta da somatória de fatores utilizados, envolvendo entre outros os seguintes aspectos:

- Custo de transporte e seguro até o local de entrega;
- Forma de pagamento;
- Prazo de entrega;
- Custos para operacionalização do produto, eficiência e compatibilidade com as especificações exigidas;
- Durabilidade do produto;
- Credibilidade mercadológica do proponente;
- Disponibilidade do produto;

- Eventual necessidade de treinamento de pessoal;
- Qualidade do material.

Artigo 9º – O processo de seleção ou aquisição pelo Instituto Social Mais Saúde será por consulta/cotação de preços.

Artigo 10º – A cotação de preços é a modalidade de aquisição realizada para compras ou contratações que tenham valor estimativo global indeterminado, e consistirá na consulta de no mínimo 3 (três) orçamentos provenientes de diferentes fornecedores e também com o devido registro em mapa de cotações dos preços obtidos.

Parágrafo Primeiro: Quando não for possível realizar as cotações mínimas estabelecidas no presente regulamento, a Diretoria do Instituto autorizará a compra com o número de cotações existente, mediante justificativa.

Parágrafo Segundo: As propostas recebidas devem ser formalizadas por escrito através de papel timbrado e assinado pelo fornecedor/prestador, e enviada diretamente pelo mesmo ou através de meio eletrônico, ficando mantidas em arquivo pelo Departamento de Compras e/ou Administrativo por no mínimo 5 (cinco) anos.

Artigo 11º – As cotações de preços deverão ser elaboradas mediante relatório constando:

- Nome do bem, serviço ou produto a ser adquirido com as respectivas especificações técnicas;
- Forma de apresentação e prestação;
- Preço e condições comerciais ofertadas;
- Prazo de entrega e forma de pagamento;
- Prazo de garantia;

Parágrafo Primeiro: A melhor oferta será apurada considerando-se o disposto no Artigo 8º do presente regulamento e será apresentada à Diretoria Financeira para verificação de viabilidade financeira do projeto, a quem competirá aprovar a concretização da Compra.

Parágrafo Segundo: Após aprovação do mapa de cotação, o Departamento de Compras e/ou Administrativo emitirá o pedido de Compra, disponibilizando vias para:

- Fornecedor;
- Arquivo de Compras;
- Setor recebedor do Material.

Parágrafo Terceiro: Caso haja divergência na entrega de produtos em número superior ao solicitado pela contratante, será considerado para fins de pagamento o valor unitário orçado, exceto em caso de adequações de recipientes/embalagens.

Capítulo IV – Compras e Serviços de Pequeno Valor

Artigo 12º – As compras e os serviços de pequenos valores serão realizados até o valor máximo de R\$ 3.000,00 (Três mil reais);

Artigo 13º – As compras de pequeno valor estão dispensadas da tríplice cotação, prevista no artigo 10º, não desobrigando do fiel cumprimento das exigências do processo administrativo.

Capítulo V – Fornecedor / Prestador de Serviço exclusivo

Artigo 14º – As compras de materiais prestação de serviços exclusivos fornecidos e prestados por um único fornecedor/prestador, estão dispensadas da tríplice cotação, prevista no artigo 10º; não desobrigando do fiel cumprimento das exigências do processo administrativo.

Parágrafo único: A previsão do caput desse artigo compreende-se igualmente aos periféricos, componentes e suprimentos dos equipamentos comprados que não funcionam sem os referidos adicionais exclusivos.

Artigo 15º – A condição do fornecedor exclusivo será comprovada por carta de exclusividade apresentada pelo fornecedor/prestador e renovada a cada 6 (seis) meses.

Capítulo VI – Compras de Medicamentos, Materiais de Consumo e Equipamentos

Artigo 16º – O Departamento de Compras deverá adotar medidas de segurança para assegurar a aquisição de produtos idôneos e de procedência conhecida, bem como observar as normas expedidas pela Vigilância Sanitária e demais órgãos oficiais de fiscalização.

Parágrafo Único: Deverão ser exigidos da empresa fornecedora destes produtos, dentre outros comuns a todos os fornecedores, os seguintes documentos:

- I. Cópia da Licença de Funcionamento expedida pela Vigilância Sanitária.
- II. Cópia do Registro dos Medicamentos, no Ministério da Saúde

Capítulo VII – Cadastramento de Fornecedor / Prestador de Serviços

Artigo 17º – Para fins do presente regulamento, o cadastramento será desenvolvido pelo Departamento de Compras e/ou Administrativo de forma sistemática através de coleta, análise, atualização e divulgação de dados, informações e/ou documentos relativos a fornecedores e suas linhas de fornecimento, bem como do acompanhamento de seu desempenho em processos de contratação e de execução de fornecimento de bens e/ou serviços.

Artigo 18º – O Departamento de Compras e/ou Administrativo do Instituto Social Mais Saúde, adotará o Processo de Cadastramento Sumário, em que o fornecedor/prestador apresentará as seguintes informações;

Pessoa Jurídica

- Nome do Fornecedor
- Nome Fantasia
- Endereço (Rua, Número, Bairro, CEP, Cidade, Estado)
- Número de Inscrição no CNPJ
- Informar qual o Regime de apuração de impostos – simples nacional/lucro presumido, lucro real, imune ou isenta
- Inscrição Estadual ou Municipal
- Telefone, e – mail para contato
- Informações Bancárias
- Condições usuais de pagamento
- Outros dados julgados oportunos Pessoa Física
 - Nome Completo
 - RG
 - CPF
 - Número de PIS
 - Endereço (Rua, Número, Bairro, CEP, Cidade, Estado)
 - Telefone, e – mail para contato
 - Informações bancárias
 - Condições usuais de pagamento
 - Outros dados julgados oportunos

Parágrafo Único: Além das informações prestadas conforme artigo 26º, o fornecedor/prestador deverá apresentar os seguintes documentos:

Pessoa Jurídica

1. Ficha Cadastral (conforme modelo);

2. Cartão de CNPJ;
3. Consulta do Quadro de Sócios Administradores – QSA;
4. Contrato Social originário e última alteração;
5. Cópia do RG, CPF e comprovante de endereço dos sócios administradores;
6. Cadastro Nacional de Empresas Idôneas e Suspensas;
7. Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados e Órgãos e Entidades Estaduais (CADIN);
8. Certidão Negativa de Débitos Federais e Dívida Ativa da União;
9. Certidão Negativa de Débitos Tributários Estaduais;
10. Certidão Negativa de Débitos Tributários Municipais;
11. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
12. Certidão de Regularidade do FGTS;
13. Licença de funcionamento ou documento equivalente (conforme categoria);
14. Pessoa Física
 1. Cópia do RG
 2. Cópia do CPF
 3. Cópia do Número de PIS
 4. Cópia do Endereço, Número, CEP, Cidade, Estado
 5. Cópia de Inscrição Municipal (Se Profissional Autônomo)

Artigo 19º – A coleta de dados ou envio de informações ou documentos do fornecedor/prestador poderá ser efetuada, por e-mail disponibilizado no site do Instituto Social Mais Saúde:

Artigo 20º – É de responsabilidade do fornecedor/prestador a atualização dos documentos perante o Departamento competente do Instituto Social Mais Saúde.

Capítulo VIII – Contratação de Obras e Serviços

Artigo 21º – O processo de Contratação de Obras e Serviços obedecerá ao disposto nos artigos anteriores;

Artigo 22º - Quando houver a contratação de empresas para a execução de determinado serviço, que terá a cessão de mão de obra, está deverá encaminhar, além dos documentos já

elencados neste manual; atestado de saúde ocupacional do funcionário que virá executar o serviço, registro do empregado na empresa contratada, e os devidos recolhimentos mensais obrigatórios por lei decorrentes do vínculo empregatício.

Capítulo IX – Serviços Técnicos – Profissionais Especializados

Artigo 23 ° – Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnico-especializados, os trabalhos relativos a:

- Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
- Pareceres perícias e avaliações em geral;
- Assessorias ou consultorias técnicas, contábil, cooperação técnica, apoio administrativo, jurídico e auditorias;
- Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- Patrocínio ou defesa de causas jurídicas ou administrativas;
- Treinamento ou aperfeiçoamento de pessoal;
- Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
- Informática, inclusive quando houver aquisição de programas.

Artigo 24º– A contratação de serviços técnico-profissionais especializados deve atender as exigências estabelecidas no Artigo 18º.

Artigo 25º – A Diretoria Executiva em conjunto com a Diretoria Técnica e a área interessada, se necessário, deverão selecionar criteriosamente, o prestador de serviço técnico profissional especializado, que poderá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contrato, dentro da respectiva área.

Capítulo X – Disposições Finais

Artigo 26 ° – Os contratos firmados com o Instituto Social Mais Saúde deverão constar minimamente:

- Objeto do contrato;
- Responsabilidade das partes contratantes;
- Duração do contrato;
- Forma de rescisão;
- Apresentação de documentos referentes à legislação trabalhista, quando couber;
- Preço e forma de pagamento;

- Foro, para discussão de pendências que não possam ser resolvidas pelas partes em via administrativa.

Artigo 27º – Para fins do presente regulamento considera-se Diretoria os profissionais contratados para administrarem os contratos e convênios firmados com a entidade.

Artigo 28º – Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente regulamento serão resolvidos pela Diretoria, com base nos princípios gerais da administração pública.

Art. 29º – O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

Política de Gestão de Fornecedores

1– OBJETIVO

A Política de Gestão de Fornecedores de Serviços e Produtos tem como objetivo e estabelecer diretrizes para aquisição de produtos e serviços, além de manter a eficácia na contratação de serviços e na compra de materiais, produtos e bens, gerar resultados financeiros, garantindo o melhor custo-benefício, mantendo os padrões técnicos de qualidade estabelecidos e documentados pelos nossos Hospitais, atendendo à legislação, normas e compromissos assumidos formalmente pela Instituição;

2– ABRANGÊNCIA

Está Política aplica-se na Sede Administrativa, unidades gerenciadas e operacionalizadas, empregados, prestadores de serviços, fornecedores e demais públicos de interesse do ISMS.

3– DESCRIÇÃO

- Assegurar o compromisso de realizar a compra de bens e serviços com base nos princípios da ética estabelecendo um relacionamento com os fornecedores por meio de processos com total imparcialidade, transparência e economicidade, desta forma obtendo uma relação de cooperação existente entre o hospital e os fornecedores, com o intuito de assegurar o abastecimento com eficiência e qualidade de produtos e serviços, associado ao menor custo, visando como resultado a garantia da assistência.
- Selecionar, Qualificar e Avaliar os fornecedores; pilares fundamentais para identificar aqueles que, além de terem reconhecida a capacidade técnica, estão comprometidos com a preservação e a segurança dos produtos fornecidos a fim de assegurar o atendimento e assistência aos pacientes.

- Estabelecer procedimentos que assegurem que as compras de insumos, equipamentos e contratação de obras e serviços respeitem as especificações desejadas e presentes nos “Manual de gestão de fornecedores” com transparência no processo de aquisição e pela melhor negociação.
- Desenvolver, promover a qualidade de novas marcas e fornecedores estabelecendo assim um processo contínuo de renovação e homologação de fornecedores e dos produtos através de pesquisas de mercado, gerando benefícios nas relações comerciais transparentes e sustentáveis a partir do interesse comum e impessoal.

4- DOCUMENTOS RELACIONADOS

Estatuto Social do ISMS.

Manual de Fornecedor

Introdução

Este Manual de Fornecedor tem como objetivo estabelecer diretrizes claras e transparentes para todas as empresas que fornecem produtos e serviços ao ISMS. Ele contém as normas e expectativas que devem ser seguidas para garantir uma parceria profissional, ética e em conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis. O compromisso com a integridade, a transparência e a responsabilidade social são essenciais para o sucesso de nossa empresa e de nossos fornecedores.

Objetivo do Manual

Estabelecer as diretrizes que orientam o relacionamento entre o ISMS e seus fornecedores.

Assegurar o cumprimento de padrões éticos e legais.

Garantir a transparência nas relações comerciais.

1. Regras Gerais de Fornecimento

Qualidade e Conformidade: Todos os produtos e serviços fornecidos devem atender aos requisitos de qualidade especificados nos contratos. Os fornecedores devem garantir que seus produtos estão em conformidade com as normas técnicas e regulamentações legais aplicáveis.

Prazos e Condições de Entrega: Os fornecedores devem respeitar os prazos de entrega acordados. Caso haja qualquer atraso, o fornecedor deve comunicar imediatamente a nossa empresa e apresentar soluções alternativas.

Segurança e Sustentabilidade: O fornecedor deve adotar práticas que garantam a segurança no trabalho, a saúde de seus funcionários e a sustentabilidade ambiental de seus processos.

2. Código de Conduta Ética

O ISMS espera que todos os fornecedores adotem um código de ética que promova os mais altos padrões de conduta profissional. Este código deve abranger, mas não se limitar a:

Respeito aos Direitos Humanos: Os fornecedores devem garantir que suas operações não envolvam qualquer forma de discriminação, trabalho infantil, trabalho forçado ou exploração de qualquer natureza.

Conduta Profissional e Respeitosa: A conduta dos funcionários do fornecedor deve ser profissional, respeitosa e em conformidade com as normas de comportamento aceitáveis. Não toleramos qualquer forma de assédio ou violência no local de trabalho.

Transparência e Honestidade: Os fornecedores devem ser transparentes e honestos em todas as suas interações comerciais, fornecendo informações precisas e completas sobre seus produtos e serviços.

3. Cláusulas de Anticorrupção

A corrupção é inaceitável em qualquer nível e em qualquer forma. Todos os fornecedores devem cumprir rigorosamente as seguintes cláusulas anticorrupção:

Proibição de Subornos e Facilitação: O fornecedor não deverá oferecer, dar ou receber qualquer tipo de suborno ou pagamento irregular, seja diretamente ou por meio de terceiros, com a finalidade de obter qualquer vantagem.

Conformidade com a Legislação Anticorrupção: O fornecedor deve cumprir todas as leis anticorrupção vigentes, como a Lei Anticorrupção Empresarial (Lei nº 12.846/2013) e outras normas locais e internacionais aplicáveis.

Proibição de Pagamentos Indevidos: O fornecedor não deve realizar pagamentos a funcionários públicos ou a qualquer outra pessoa com o objetivo de influenciar decisões ou obter benefícios indevidos.

Compromisso com Denúncia: Caso o fornecedor tenha conhecimento de qualquer prática de corrupção envolvendo suas operações ou as de sua cadeia de suprimentos, ele deverá denunciar imediatamente à nossa empresa e colaborar com as investigações.

Proibição de Presentes e Hospedagens: O fornecedor não pode oferecer, diretamente ou por meio de terceiros, presentes, viagens ou hospitalidade de qualquer valor aos funcionários do ISMS.

4. Relacionamento com o Cliente e Conflito de Interesses

Evitar Conflitos de Interesse: Os fornecedores devem evitar situações que possam resultar em conflito de interesse. Caso um conflito de interesse surja, ele deve ser comunicado de imediato.

Transparência nas Relações: O fornecedor deve manter uma comunicação clara e transparente sobre quaisquer questões que possam afetar a entrega de produtos ou serviços ou que envolvam interesses comerciais ou pessoais.

5. Política de Sustentabilidade

Todos os fornecedores devem estar comprometidos com práticas que minimizem o impacto ambiental e promovam o desenvolvimento sustentável. Isso inclui:

O fornecedor deve demonstrar compromisso com práticas sustentáveis, minimizando os impactos ambientais negativos em seus processos produtivos, e promovendo a reutilização e reciclagem de materiais sempre que possível.

O fornecimento de produtos deve ser compatível com as melhores práticas sociais e ambientais.

6. Diversidade e Inclusão

A empresa valoriza a diversidade e inclusão e espera que seus fornecedores adotem práticas que promovam a igualdade de oportunidades e o respeito à diversidade de gênero, raça, etnia, religião e orientações sexuais.

7. Auditoria e Monitoramento

Direito de Auditoria: O ISMS se reserva o direito de realizar auditorias periódicas nas operações dos fornecedores para garantir a conformidade com as políticas e os termos do contrato.

O fornecedor deve cooperar plenamente durante as auditorias e fornecer todos os documentos e informações necessárias

Responsabilidade pelo Cumprimento: O fornecedor é responsável por garantir que todos os seus subfornecedores e parceiros também cumpram com as normas e diretrizes estabelecidas neste Manual.

8. Disposições Finais

Atualizações do Manual: O ISMS poderá, a qualquer momento, revisar e atualizar este Manual, notificando os fornecedores com antecedência.

Rescisão do Contrato: O não cumprimento das normas deste Manual pode resultar na rescisão do contrato de fornecimento, sem prejuízo das demais ações legais cabíveis.

9. Compromisso com a Ética e Legalidade

Ao assinar o contrato de fornecimento, o fornecedor confirma que leu, compreendeu e concorda com as condições estabelecidas neste Manual, comprometendo-se a adotar as melhores práticas de ética, legalidade e integridade em todas as suas operações.

Ao assinar o contrato, o fornecedor reconhece ter lido, compreendido e aceito as disposições deste manual, comprometendo-se a seguir todas as regras e regulamentos aqui estabelecidos. A violação dessas normas pode resultar em ações corretivas, incluindo a rescisão da parceria e a aplicação das penalidades cabíveis.

Assinatura do Fornecedor

Data: ____ / ____ / 2024

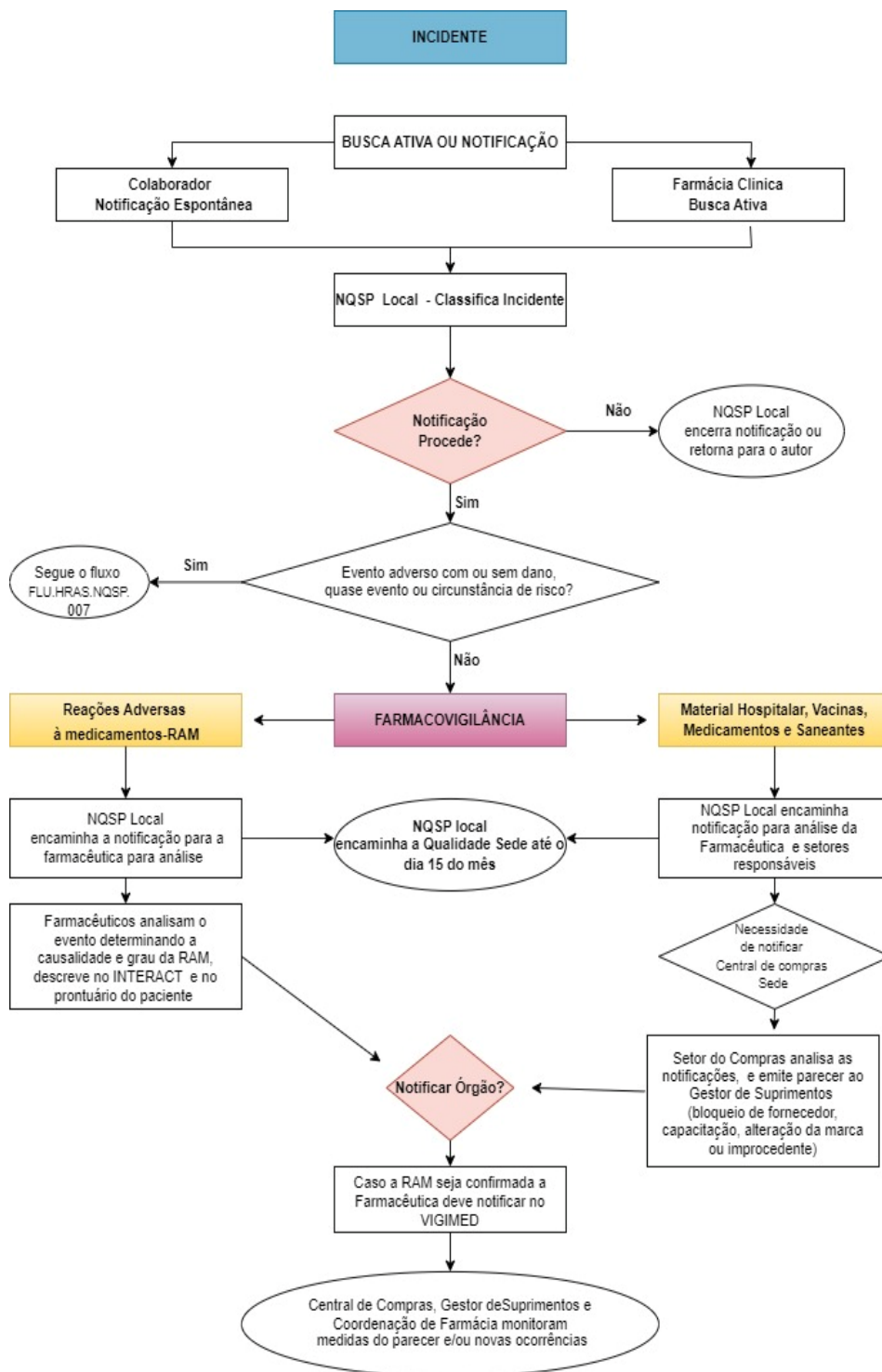
Nome: _____

Cargo: _____

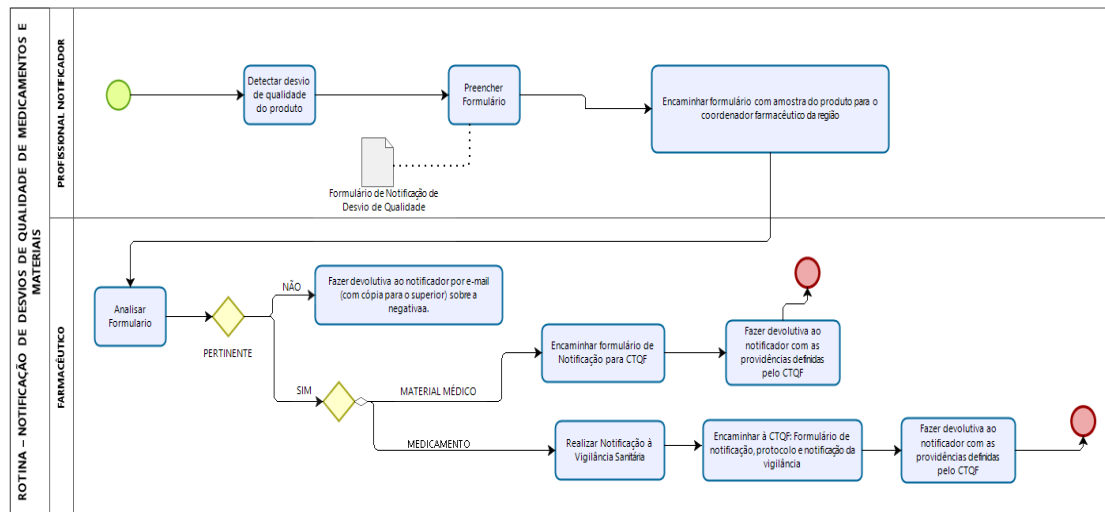
Assinatura: _____

Este Manual de Fornecedor é um compromisso com a transparência, a ética e o cumprimento de todas as leis aplicáveis. Acreditamos que, por meio dessa colaboração mútua, podemos construir um ambiente de negócios mais justo e sustentável para todos.

FARMACOVIGILÂNCIA

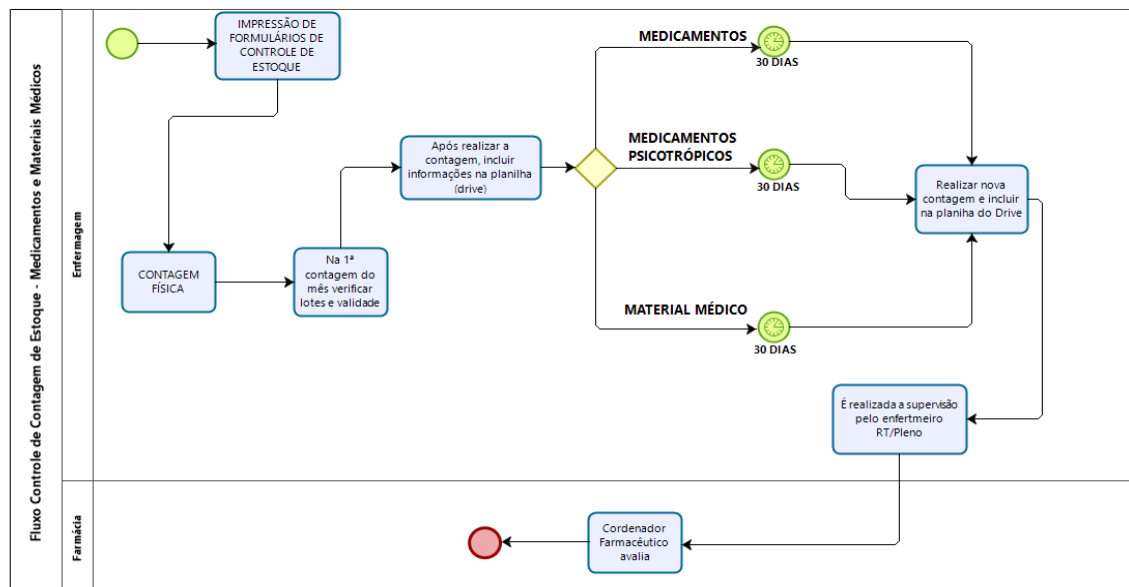


10) NOTIFICAÇÃO DE DESVIO DE QUALIDADE



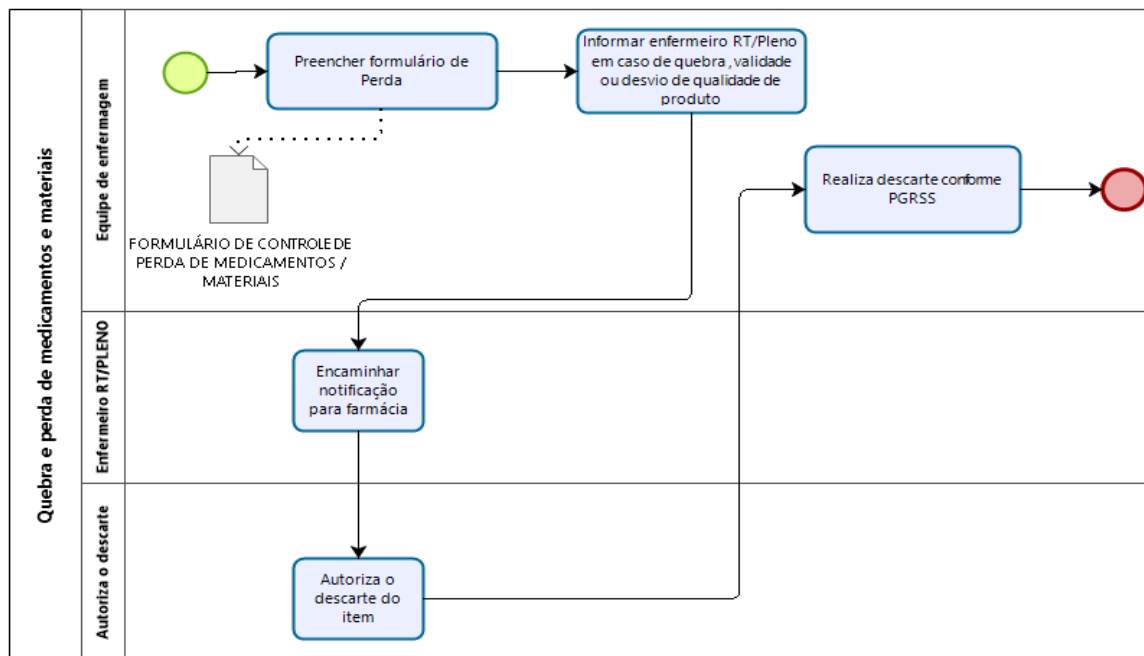
Powered by
bizagi
Modeler

10) CONTROLE DE CONTAGEM DE ESTOQUE



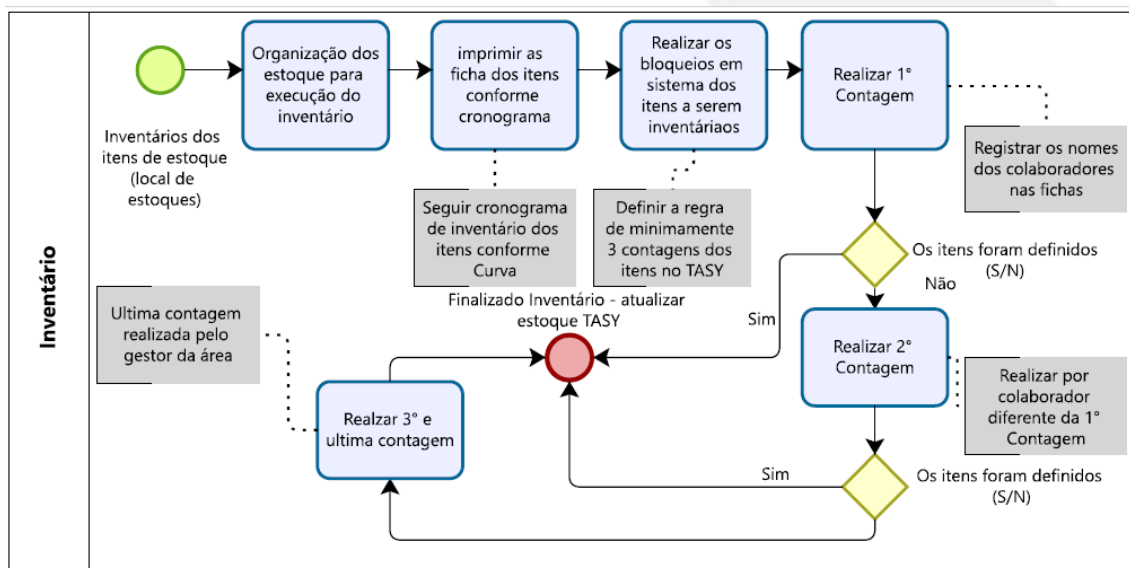
Powered by
bizagi
Modeler

11) QUEBRA E PERDA DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

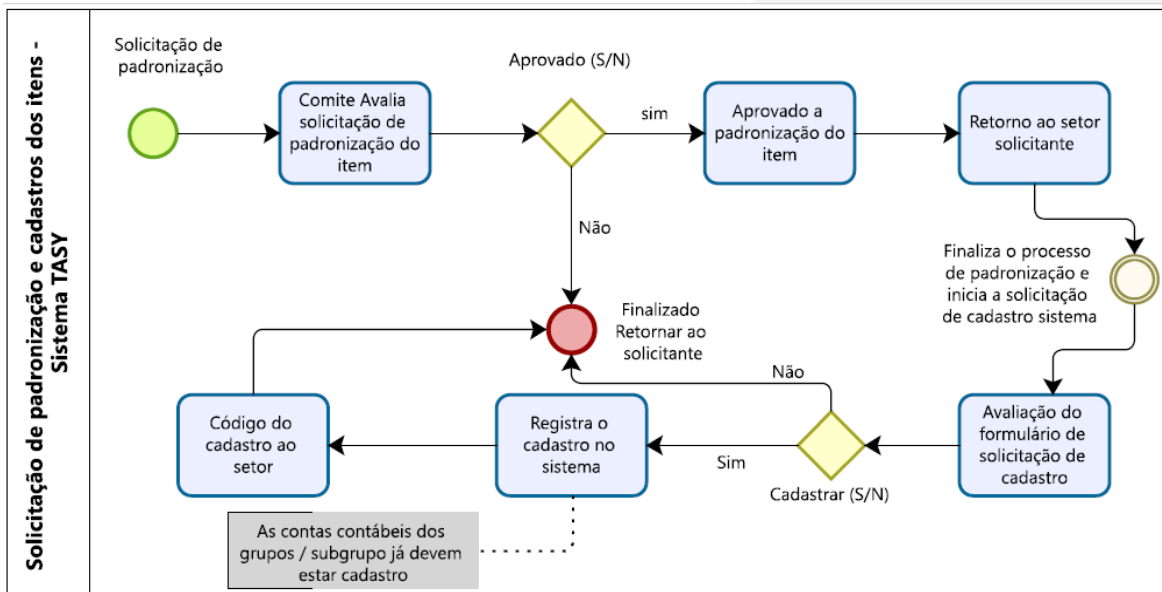


Powered by
bizagi
Modeler

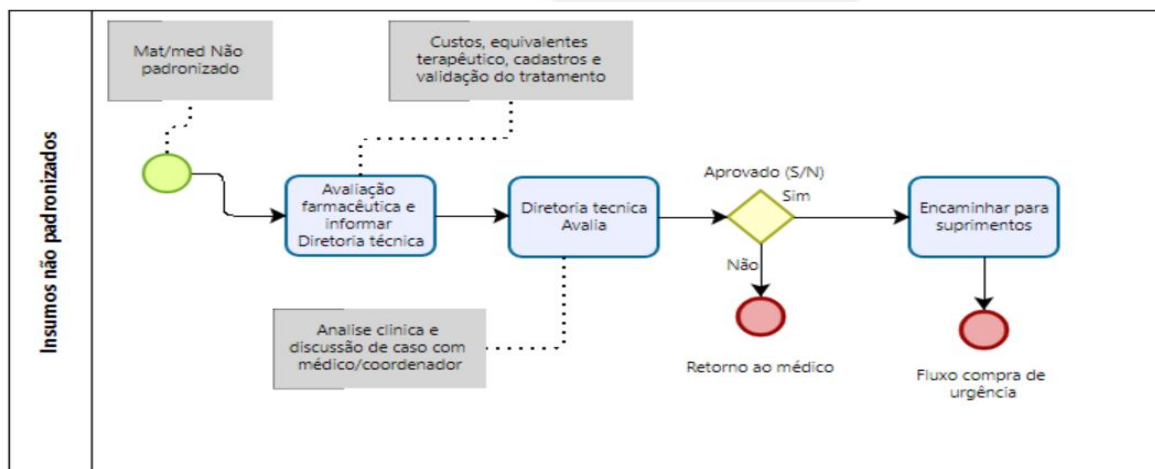
12) INVENTÁRIO



13) PADRONIZAÇÃO E CADASTRO NO SISTEMA



14) INSUMO NÃO PADRONIZADO



3.3.4.3. Recebimento e Guarda:

No Instituto, o recebimento e a guarda de materiais e medicamentos são executados conforme os princípios e diretrizes das Boas Práticas de Armazenamento e Logística Hospitalar, garantindo a rastreabilidade, a qualidade dos insumos e a segurança do paciente, possuindo um manual de suprimentos específico para padronização do processo. Este manual consolida fluxos integrados entre os setores de Compras, Almoxarifado, Farmácia e Patrimônio, assegurando a padronização das rotinas operacionais e administrativas, o cumprimento da legislação vigente e a eficiência na cadeia de suprimentos.

Manual De Suprimentos

Este MANUAL tem a finalidade de estabelecer diretrizes e parâmetros para a aquisição de materiais médicos, medicamentos, materiais de consumo, equipamentos, bens e serviços no Instituto Social Mais Saúde - ISMS garantindo a eficiência na utilização dos recursos, de maneira planejada, integrada, com transparência e segurança nas transações, tanto para as aquisições com verba própria quanto para verba pública, organizando e normatizando os métodos licitatórios, com vistas a promover a otimização do processo.

Tem por objetivo ainda estabelecer critérios para o processo de Seleção, Homologação e Avaliação dos fornecedores de produtos, materiais hospitalares, medicamentos e serviços que assegurem a qualidade das atividades nas unidades de saúde gerenciadas pelo ISMS.

2. Abrangência

Este Manual abrange a unidades de saúde gerenciadas pelo ISMS

3. Responsabilidades:

Diretoria de Operações – Suprimentos /Compras

3.1. Solicitante:

- Planejar e solicitar o produto ou serviço desejado, conforme necessidade;
- Prover especificação técnica para a aquisição de produtos e escopo para contratação de serviços;
- Fornece as especificidades necessárias.

3.2. Gestores / Aprovadores

- Conhecer, cumprir e fazer cumprir em suas atividades as premissas, orientações e diretrizes estabelecidas neste Manual de Suprimentos e Contratações, bem como acompanhar e observar o cumprimento dos contratos.
- Aprovar ou recusar as requisições, pedidos ou contratos disponibilizados para sua apreciação, fornecendo a justificativa no caso de recusa ao solicitante.
- Informar a área de Compras sobre a avaliação do serviço prestado pelo fornecedor e/ou dos bens adquiridos.
- Acompanhar o prazo de vigência das contratações evitando-se, inclusive, solução de continuidade dos serviços ou do fornecimento.

3.3 - Compras

- Selecionar e homologar fornecedores, providenciar cotação, negociar e contratar.
- Observar e manter atualizada uma base de fornecedores aptos e inaptos à contratação,
- Garantir a integridade e auditoria de todo o processo de compra.
- Cientificar e exigir dos fornecedores o seu aceite dos “Termos e Condições de Contratações” das unidades de saúde gerenciadas pelo ISMS.
- Cientificar os fornecedores do “Código de Ética e Conduta” do ISMS, inclusive de seu canal de Ética e Conduta, assim como o tratamento institucional de proteção de dados previstos na LGPD.

3.4 - Jurídico

- Suportar o processo de contratação.
- Elaborar e avaliar minutas.
- Analisar as implicações legais das contratações.

3.5 - Financeiro e Contas a Pagar

- Receber as faturas e processar o pagamento após a confirmação de 3 (três) requisitos: fatura (NF) ordem de compra (e contrato conforme aplicável) e aprovação pela área específica do referido pagamento.
- Encaminhar os comprovantes de pagamento quando requisitados pela área correspondente.

4. Definições e siglas

Bens Comuns - São considerados bens comuns todos os ativos de suporte à operação.

Consignados Permanentes - Produtos mantidos em consignação no estoque para pacientes que realizam procedimentos específicos e cuja reposição e faturamento ocorrerão após sua utilização.

Compras Consolidadas – É o processo de compras de produtos do ISMS, de forma a consolidar em um único ato a compra destes produtos e a contratação de serviços, visando vantagem econômica e manutenção de reposição dos estoques.

Equipamentos Médico-Hospitais - Equipamento, aparelho ou instrumento de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinado a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.

Equipamento de Tecnologia e Informática - Recursos tecnológicos e computacionais para geração e uso da informação, podendo se referir a: equipamentos (hardware); programas (software); e comunicação de dados.

Especificação Técnica - Conjunto de atributos técnicos, operacionais e regulatórios que devem ser minimamente atendidos no fornecimento e registrados de forma inequívoca em documentação escrita ou eletrônica, acompanhada sempre que necessário, de desenhos, diagramas, referências, indicação de normas técnicas aplicáveis, alvarás, autorizações, escopo do serviço ou quaisquer outros elementos necessários ao perfeito entendimento do escopo da contratação, seja material, medicamento, equipamento, improdutivo ou serviço.

Produtivos - São considerados produtos ligados de maneira direta ou indireta na produção da atividade médico-hospitalar, no processo do cuidado ao paciente.

Improdutivo - São considerados produtos que não integram a atividade médico-hospitalar, não sendo incorporados ao produto ou serviço, no processo de cuidado do paciente (ex.: papel, copo descartável, produtos de limpeza, etc.).

Materiais Consignados Temporários - Materiais mantidos em consignação fora do estoque, para pacientes que realizam procedimentos específicos, programados ou não, nos Centros Cirúrgicos, cujo faturamento ocorrerá após sua utilização.

Materiais de Consumo Geral - São considerados materiais de consumo todos os materiais gerais de suporte à operação, tais como materiais de escritório, limpeza, copa/cozinha entre outros, para uso de todas as áreas do Hospital. Podem ser classificados por valor, utilizando a curva **ABC**, sendo **A** materiais de grande valor, ou classificados pela importância, utilizando a curva **XYZ**, sendo **Z** materiais de importância vital, ou ainda, pela sua complexidade e comparabilidade, seguindo a classe **123**, sendo **1**, os materiais de obtenção complexa.

Materiais Especiais - São considerados materiais especiais todos os produtos de uso específico, padronizados para pacientes, que auxiliam no procedimento diagnóstico ou terapêutico, implantável ou não.

Materiais Estocáveis - São considerados materiais estocáveis todos os produtos padronizados sob critérios estabelecidos pelas comissões de padronização competentes e que se encontram estocados e controlados pelos setores de armazenamento e planejamento da instituição.

Materiais Não Estocáveis - São considerados materiais não estocáveis todos os produtos não padronizados, de baixo consumo, cujas solicitações são geradas por qualquer setor do Hospital, podendo haver similaridade com outro material existente no estoque.

Notável Especialização - Configura-se a notável especialização, quando o prestador de serviços tem qualificações e capacitações exclusivas para atender ao objeto da contratação.

Ponto de Ressuprimento / Reposição de Estoques - Representa a quantidade mínima de estoque para ativar o processo de compra para sua normalização, analisando-se as variáveis: consumo médio mensal, estoques máximos e mínimos, ponto ideal de compra, classificação ABC / XYZ / 123 e prazos de entregas.

Prazo de Entrega - Trata-se do tempo necessário, para a realização dos processos de cotação, negociação, recebimento, armazenamento e preparo para disponibilização do material ou serviço ao solicitante.

Serviços de Apoio - Referem-se à contratação de serviços rotineiros como limpeza, segurança, vigilância, lavanderia, restaurante, manutenção predial, entre outros.

Serviços de Marketing - São considerados serviços especiais de marketing contratações de eventos e serviços em que se faz necessário de prévia análise de especialistas desta área.

Serviços Técnicos - Serviços específicos como informática, engenharia, assuntos jurídicos e consultorias especializadas em que se faz necessária avaliação técnica.

Solução de Continuidade – Refere-se à interrupção, quebra de continuidade. Seja no fornecimento de produtos ou na prestação de um serviço. Portanto “sem solução de continuidade” equivale a “sem interrupção”.

5. Sistemas adotados

O Instituto Mais Saúde ISMS adota softwares facilitadores no processo de gestão, os quais são utilizados em todas as unidades, quais sejam:

- **TASY** - Software de Gestão Hospitalar (ERP). Gerencia informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas, proporcionando uma visão global da instituição.

Faz também a gestão de compra, distribuição e consumo de materiais, medicamentos e OPME, minimizando perdas.

- **BIONEXO** - Solução on-line que permite à instituição realizar a compra de insumos online e oferece acesso a fornecedores: indústria farmacêutica, distribuidoras de materiais médicos e medicamentos e empresas das mais variadas categorias de produtos.
- **OUTSOURCING** - É uma forma de organização estrutural que permite a uma empresa privada ou governamental transferir a outra suas atividades-meio proporcionando maior disponibilidade de recursos para sua atividade-fim.

6. Códigos de Conduta

A Área de Compras/Suprimentos, buscando um relacionamento ético e responsável, norteia as atividades de seus funcionários pelo Código de Conduta do ISMS e também pelas seguintes REGRAS:

Todo funcionário deve basear a escolha e contratação de fornecedores em critérios técnicos, profissionais e éticos de acordo com as necessidades da instituição:

- Tratar de forma justa e honesta os potenciais fornecedores ao comprar produtos ou serviços em nome da instituição;
- Não participar de reuniões e/ou encontros com fornecedores ou potenciais fornecedores fora do ambiente de trabalho, exceto em situações justificadas como visitas técnicas, negociações em andamento que requeiram deslocamento até instalações da empresa fornecedora, encontros/reuniões em feiras. As exceções devem ser autorizadas pela Diretoria de Operações e deverá sempre estar presente, duas pessoas do Instituto, com pauta pré-definida.
- Não aceitar em benefício próprio ou de terceiros, quaisquer tipos de brindes e/ou gratificações de qualquer pessoa ou empresa com as quais mantenha relações de compra, seja de produtos ou serviços.

- **7. Alçadas de Aprovações ou Contrações**

As alçadas de aprovação bem como os trâmites das instâncias deliberativas estabelecidas pelo ISMS, respeitam o orçamento aprovado. Na ausência de previsão orçamentária, deve-se obter aprovação da Diretoria de Operações, conforme regras estabelecidas no Estatuto Social do ISMS e neste Manual.

8. Cadastro de Fornecedor

8.1. Novos Produtos ou Novos Prestadores serão cadastrados pela área de Compras/ Suprimentos, podendo ser homologados pela comissão de padronização correspondente.

8.2. Cadastro no Sistema: A solicitação de cadastro de novo item poderá ser requisitado pelo solicitante da área. O cadastro no sistema e a manutenção da integridade das informações cadastradas são de responsabilidade da área de Compras.

Todos os processos de compras devem, além da cotação, ser negociado com o fornecedor buscando o máximo da relação custo X benefício em prol do ISMS. Alguns casos podem sofrer um segundo ciclo de negociação objetivando a redução dos custos envolvidos.

O cadastro do contrato dos prestadores de serviços é de responsabilidade da área jurídica e o cadastro de fornecedores pela área de Compras.

9. Diretrizes do Manual

Este Manual estabelece como princípios básicos o planejamento global de suprimentos e serviços do ISMS, trazendo práticas adequadas e éticas, promovendo mais competitividade na negociação e o intercâmbio de dados e experiências, para trazer eficiência na resolução de problemas, bem como realizar uma melhor qualificação dos fornecedores e prestadores.

Este Manual será regido por um conjunto de Princípios Gerais que irão nortear todos os processos de compras e contratações do ISMS

Está assim dividido:

- Introdução
- Capítulo – I - Aquisições com Verba Pública e Própria;
- Capítulo – II – Seleção, Homologação e Avaliação de Fornecedores.

CAPÍTULO – I

AQUISIÇÕES COM VERBA PRÓPRIA

1. Objetivo

Este capítulo do Manual estabelece normas para a contratação de compras, serviços, obras, etc, no âmbito do ISMS / SEDE com recursos financeiros próprios da entidade e origem pública.

2. Responsabilidades:

Diretor de Operações: Prover constante alinhamento entre as necessidades da Instituição e as estratégias adotadas para compras atingir a meta. Garantir a estrutura necessária para que as aquisições sigam os procedimentos da Instituição prescritas neste Manual, interagindo com as outras Diretorias visando o melhor atendimento aos solicitantes. Validar os parâmetros de negociações e diretrizes estabelecidas por compras, aprovar as Ordens de Compras que estiverem em sua alçada de aprovação.

Gerencia de Compras /Suprimentos: Garantir as melhores práticas de aquisição, otimizando os recursos financeiros da Instituição. Definir as permissões dos usuários da área de Compras ao Sistema Tasy e sistemas que com ele interajam. Pesquisar novos produtos e fornecedores objetivando a diversificação da carteira de fornecedores, garantindo adequadas opções para cada categoria de aquisição, mantendo a continuidade do abastecimento e a redução de custos, avaliando junto à Comissão de Padronização a abertura para novas marcas, garantindo qualidade e bom preço, otimizando os recursos financeiros da Instituição.

Elaborar, aplicar e assegurar a manutenção deste procedimento. Aprovar as **SC** (solicitação Eletrônica de Compras) e **OCs** (Ordem de Compras) que estiverem em sua alçada de aprovação, assim como os pedidos inclusos na Bionexo, que estiverem em sua alçada de aprovação.

Planejador de Suprimentos: Garantir as melhores práticas de aquisição, fazendo análise e planejamento de todas as compras, avaliando estoques, bem como fornecedores, prezando pela qualidade e bom preço, de forma a garantir o abastecimento e redução de custos. Realizar análise diária dos itens estocáveis com cálculo de demanda através da planilha de planejamento (ferramenta de planejamento). Apoiar e auxiliar a gerência em suas atribuições.

Gestores Solicitantes: Assegurar que as Solicitações Eletrônicas de Compras – **SC** sejam efetuadas via Sistema TASY e contenham as especificações necessárias do produto ou serviço e para melhor condução do processo, o solicitante deverá apresentar ao setor de compras sugestões de fornecedores. O setor de Compras solicitará as propostas comerciais. **É vedado ao gestor solicitante apresentar propostas comerciais já negociadas com os fornecedores.** Sendo assim a área de compras irá reavaliar qualquer proposta comercial enviada.

Comprador: Efetuar as compras e os serviços baseando-se nesse instrumento, visando as melhores práticas de aquisição e assegurando o abastecimento ao menor preço dentro dos prazos e qualidade estabelecidos. Negociar com os fornecedores, garantindo transparência nas aquisições, mantendo em arquivo eletrônico todos os documentos gerados desde o processo de cotação até a efetiva compra do material e justificativa (se necessário). Participar intensivamente do desenvolvimento de novos materiais e fornecedores. Verificar a qualidade e idoneidade do fabricante/fornecedor do produto a ser adquirido.

É vedada a aceitação de propostas enviadas por áreas solicitantes. O comprador de compras deve receber somente indicações de empresas, e-mails e contatos. Porém, se por motivo de força maior, devido à complexidade dos serviços ou produtos a serem adquiridos, o comprador pode contar com a assessoria da área requisitante para aprimorar seu conhecimento. Planejar a necessidade de reposição dos itens de estoque e emitir as **OC** através do sistema TASY.

3. Definições e siglas

- **SC:** Solicitação Eletrônica de Compras via sistema TASY que identifica o que se deseja adquirir com todas as especificações necessárias.
- **OC:** Ordem de compras: Autorização utilizada para formalizar a transação de compra com um fornecedor, no sistema TASY com a identificação dos itens (bens e serviços), quantidades, preços, acordo para o pagamento, descontos, data de entrega, transporte e todos os outros acordos comerciais.

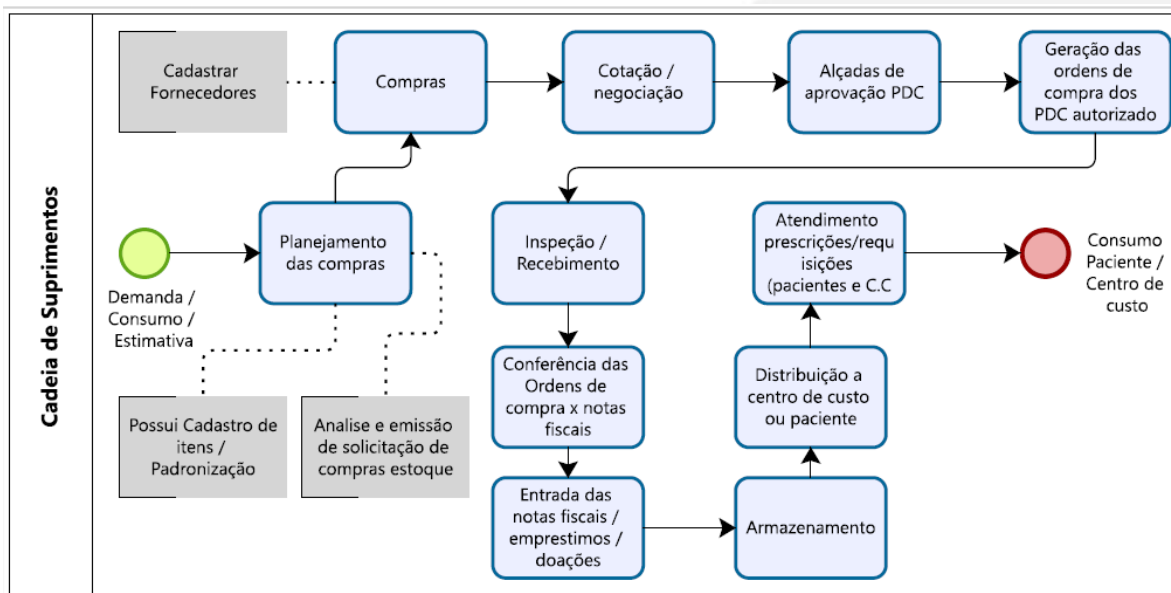
4. Processo de Aquisição de compras

Para todos os efeitos, consideram-se compras toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para o fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir as necessidades da área requisitante com materiais e/ou serviços necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

5 . Etapas do procedimento de compras:

- Solicitação de compras - SC;
- Seleção de fornecedores;
- Solicitação de orçamento - Cotação;
- Apuração da melhor oferta;
- Emissão de OC - Ordem de compra.

Fluxograma de Suprimentos



6. Critérios para o julgamento das propostas e apuração da melhor oferta:

- Adequação das propostas ao objeto e/ou escopo do que se quer;
- Qualidade;
- Preço;
- Prazos de fornecimento ou de conclusão;
- Condições de Pagamento;
- Outros critérios previstos neste Manual.

7. Solicitação de Compras - SC

A solicitação de compras deve ser emitida e aprovada no TASY, devendo ser respeitada a alçada.

Para solicitação de compras ou contratações de serviços é necessário que contenha no mínimo:

- Especificação Técnica / Escopo de Contratação (quando necessário);
- Local de entrega/local de realização dos serviços;

- Prazo de entrega desejado. No caso de solicitação de contratação de serviços com contratos, o prazo desejado deverá ser o do início da vigência. Estes prazos deverão ser exequíveis e acordados com a Gerência de Compras.

Somente será iniciado o processo de aquisição pela área de Compras mediante solicitação de compras devidamente aprovada conforme alçada.

8. Cotação

A cotação deve ser solicitada para, no mínimo, 03 fornecedores simultaneamente. A escolha dos fornecedores que participarão do processo de cotação será realizada utilizando-se da plataforma Eletrônica de Cotações, para os itens padronizados. Seguindo os parâmetros abaixo:

- Fornecedores com qualificação específica, que proveem o objeto solicitado;
- Demais fornecedores com qualificação/desempenho que tenham sido analisados pelo ISMS.
- Fornecedores potenciais;
- Fornecedores sugeridos pelo Solicitante;

8.1. A proposta vencedora deverá apresentar a melhor condição técnica e comercial ou menor custo total de propriedade, as exceções devem ser aprovadas pelo solicitante, conforme alçada e arquivadas junto ao processo. Serão observados para a seleção do proponente vencedor os parâmetros abaixo:

- Objetivo da Aquisição;
- Padrões mínimos de qualidade;
- Atendimento às especificações técnicas e requerimentos de Segurança do Trabalho e Meio Ambiente;
- Prazos de entrega;
- Preços e condições comerciais.

8.2. O processo de cotação é efetuado conforme abaixo;

- De R\$ 0,01 a R\$ 500,00 o comprador realizará no mínimo 2 cotações.
- A partir de R\$ 501,00 o comprador realizará no mínimo 3 cotações.

8.2. As cotações têm como objetivo evidenciar a competitividade, transparência no processo de compras e garantir as aquisições pelas melhores condições que o mercado tem a oferecer.

8.3. Em caso de negociações com fornecedores que apresentarem condições comerciais diferenciadas para aquisições por volume e por um determinado período, adotamos a tabela de preços no sistema TASY – Acordo Comercial/ Contrato.

8.4. O Comprador deve analisar os itens de sua categoria que mereçam ser tratados em tabela de preços e assegurar o cumprimento dela.

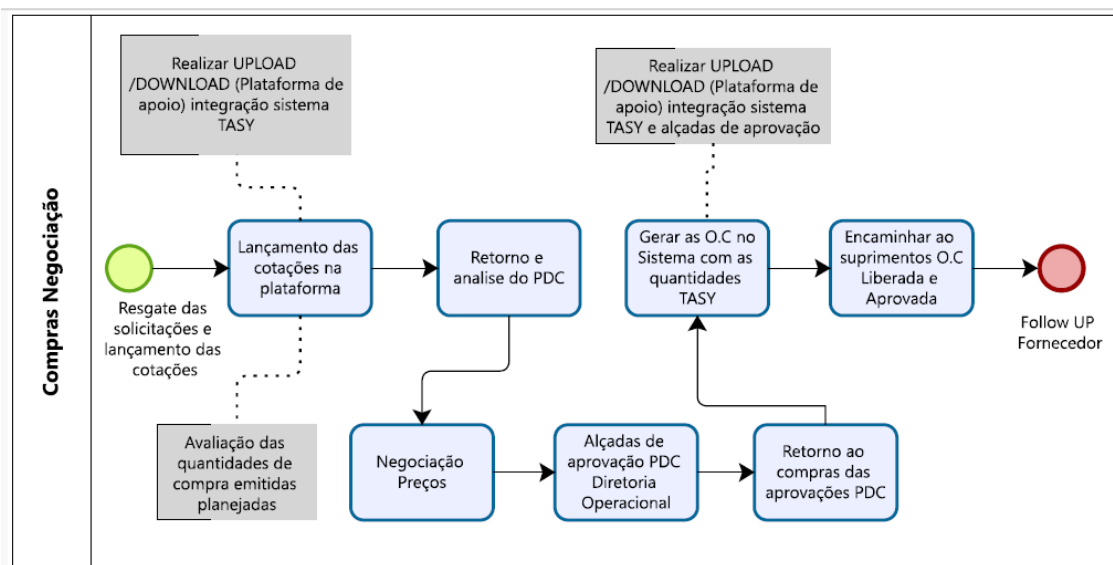
9. Dispensa de Cotação - Exceções

A dispensa de concorrência via cotações, ocorrerá somente nos casos de:

- Fornecimento exclusivo por motivo técnico devidamente justificado e aprovado pelo Diretor de Operações. A aprovação poderá ser efetuada por e-mail, o qual deverá obrigatoriamente ser anexado a respectiva ordem-e/ou contrato;
- Compras urgentes ou emergenciais, que necessitam de atendimento antes dos prazos normais e que podem causar prejuízos e/ou comprometam a segurança do paciente, desde que devidamente justificados e aprovados.

10. Ordens de Compras - OC

- Ordens de compras devem ser registrados e aprovados no sistema TASY.
- É vedada a repartição quantitativa de aquisição de materiais ou serviços, com o objetivo de afetar o nível de aprovação destes documentos. Na aquisição Descentralizada, é vedada também está repartição ao longo do tempo. No caso de necessidade recorrente destas aquisições, deve ser utilizado o processo Centralizado. Caso haja recorrências, a justificativa deve estar registrada no processo.
- Qualquer alteração no valor ou quantidade da ordem original gera uma nova necessidade de Aprovação.



11. Formas de Compra

- **Cotação** - Procedimento para obtenção da proposta mais vantajosa para a aquisição de produtos, bens e serviços. Aplica-se também à compra de materiais e gêneros não homologados e para alienação de bens de seu patrimônio.
- **Indicação** - Procedimento utilizado devido à especificidade técnica de exclusividade, indicada pelo requisitante e de sua responsabilidade. Aplica-se em casos de conhecimento específico, técnica ou produto/serviço de notória identidade única.

12. Aquisições de Material Hospitalar e Medicamento Padrão

12.1 A área de Compras recebe a SC – Solicitação Eletrônica de Compras, de acordo com as necessidades das áreas solicitantes.

12.2 O comprador deverá analisar o conteúdo das especificações dos serviços e materiais e verificar se todos os campos necessários estão devidamente preenchidos e, havendo divergências na SC, deverá notificar o emitente via e-mail para efetuar uma nova SC com as devidas correções (a área de compras cancelará a SC incorreta). Estando conforme, se dará início ao processo de cotação.

12.3 O setor de compras após o recebimento da OC aprovada terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, exceto quando houver solicitações de urgência que serão atendidas em até 03 dias. Estes prazos correspondem ao tempo máximo utilizado pelo Comprador, para finalizar o processo até a emissão do pedido, garantindo assim, o cumprimento do estabelecido neste procedimento.

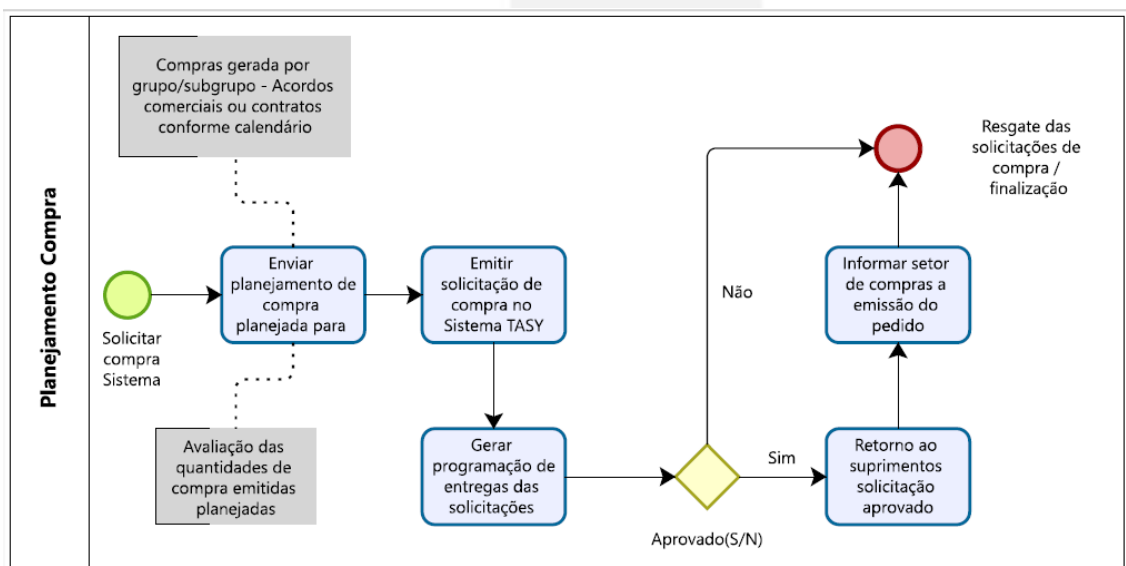
12.4 As **OCs** deverão estar de acordo com a NF, CNPJ, valores, descrição do produto, frete e devidamente aprovado no TASY.

12.5 O prazo de entrega do material irá variar de acordo com o processo de produção e logística do respectivo fornecedor.

12.6 Quando for item de compra estiver atrelado a um contrato cadastrado na Bionexo, o pedido é enviado automaticamente via plataforma.

12.7 Quando o item de compra não tiver contrato cadastrado na Bionexo, a cotação é efetuada via plataforma Bionexo. Em ambos os casos após o envio do pedido via Bionexo a ordem de compra é gerada automaticamente no TASY, via integração.

12.8 A seleção e homologação de materiais e medicamentos deverão seguir critérios da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos.



13. Serviços / Obras:

É necessário que seja entregue para a área de Compras os seguintes documentos: Projetos, layouts e planilha quantitativa juntamente com a **SC** aprovada. Para dar início as cotações, será solicitada a visita técnica junto aos prestadores e após o recebimento das propostas técnicas, elas serão enviadas para validação do setor solicitante. Após análise prévia da Gerência de Compras.

- **OBRA:** Após a aprovação do escopo, solicita-se o contrato para análise da área jurídica, inserindo o documento no sistema Tasy sendo aprovado, segue para o processo das assinaturas conforme estabelecido na ferramenta Autentique.

- **SERVIÇO:** Após a aprovação do escopo é emitido a Ordem de Compras e enviada ao fornecedor, que fará o alinhamento da execução com o setor solicitante. Havendo necessidade de elaboração de contrato, segue o mesmo fluxo descrito em Obra.

13.1 Etapas do processo de contratação de empresas

- Seleção;
- Apuração da melhor proposta;
- Emissão de SC;
- Celebração do contrato.

13.1.1 Para a escolha das empresas que irão participar da seleção, deverá ser considerado o regime de contratação, a idoneidade da empresa, a qualidade e o menor custo.

13.1.2 A empresa selecionada deverá apresentar proposta de execução da obra nos moldes do projeto de execução, indicando o prazo de execução da obra e o custo total.

13.1.3 Deverá também apresentar documentos que comprovem sua regularidade constitutiva, previdenciária e tributária.

14. Serviços Gráficos

Para aquisição de Serviços gráficos e/ou personalizados, além das informações descritivas do produto inseridas no TASY como ex.: material, gramatura, tipo de impressão (frente e verso ou somente frente), quantidade de cores, formato de impressão, acabamento etc., se faz necessário também o envio da arte, com as demarcações utilizadas para a produção final na gráfica por e-mail no momento da solicitação.

15. Serviços - Engenharia Clínica

As propostas de manutenção preventiva e conserto para negociação deverão ser encaminhados para o setor de Compras para negociação e fechamento do acordo. Para os casos em que os fornecedores são fabricantes homologados pela área de Engenharia Clínica. O setor de compras efetua também o processo de negociação.

15.1 Compra de Materiais Hospitalares Não Padrão:

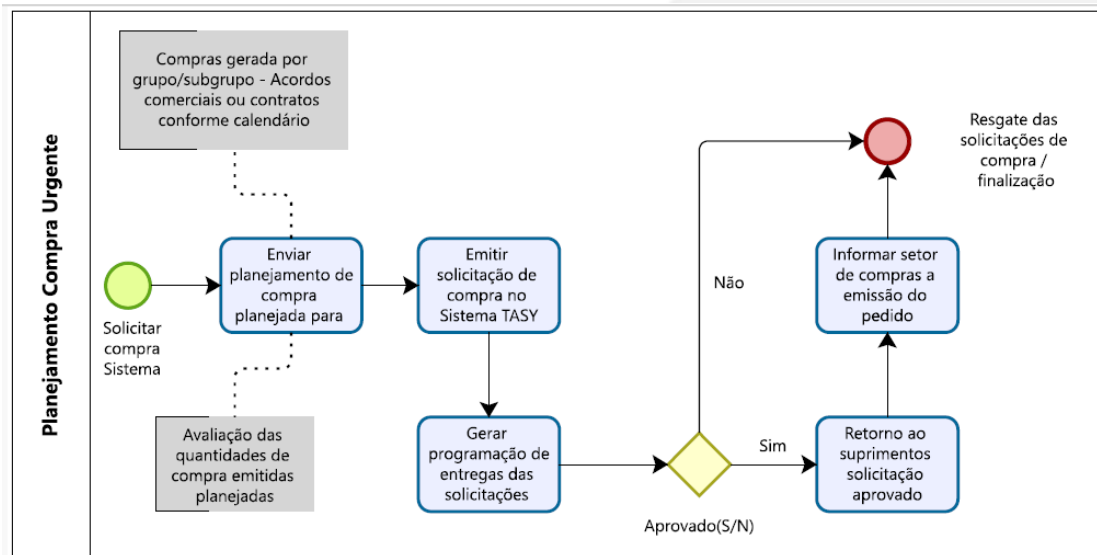
O setor da Almoxarifado/ CAF efetua a **SC** no sistema TASY para os itens de Materiais Hospitalares não padrão conforme prescrição médica. O setor de Compras providencia a compra no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas, a partir da SC.

16. Compra de Medicamento Não Padrão

A aquisição de medicamentos não padronizados deverá ser realizada, prioritariamente após validação da Diretoria Geral em formulário próprio.

17. Compra de Urgência por SC

17.1. O solicitante deve emitir a SC e flegar na palavra “URGENTE”, justificando por e-mail o motivo da urgência da compra e o dia em que o item deverá ser entregue.



17.2. A área de Compras considera urgentes quebras de máquinas; incêndios; incidentes graves que ocasionem risco às operações ou à integridade física de seus colaboradores, pacientes e parceiros.

17.3. Para aquisições de urgência, serão dadas preferências a fornecedores habituais e que tenham disponibilidade imediata do material. Todos os esforços serão feitos entre a área solicitante e Compras para a efetivação da entrega.

18. Fornecedores Exclusivos

Considera-se “fornecedor exclusivo” nos casos de aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos pelo fabricante, empresa ou representante comercial exclusivo, apresentando a carta de exclusividade a ser atestada por órgão competente ou pelo próprio fornecedor (sendo nesse caso, validada pelos órgãos internos do ISMS, Jurídico, Corpo Clínico, Engenharia Clínica e Manutenção) deve anexar tais evidências ao processo físico pertencente ao pedido de compra gerado.

19. Critérios de seleção de Fornecedores de medicamentos:

O Setor de Compras deverá adotar medida de segurança a fim de assegurar a aquisição de medicamentos idôneos e de procedência conhecida, bem como observar as normas expedidas pela Vigilância Sanitária. Deverão ser exigidos da empresa fornecedora de medicamentos, dentre outros, os seguintes documentos:

- Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;
- Cópia autenticada do registro dos medicamentos;
- Cópia autenticada da Licença de Funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária;

19.1 As empresas distribuidoras de medicamentos somente poderão ser cadastradas mediante carta de credenciamento do fabricante, além dos documentos descritos no item anterior.

19.2 Na apuração da melhor oferta, deverão ser tomadas as cautelas necessárias a fim de excluir oferta de medicamentos de origem duvidosa.

20. Tabela de Preços (Acordo Comercial/ Contratos)

20.1. As tabelas de preços acordadas são nomeadas por fornecedor e arquivadas em pastas de arquivo eletrônico.

20.2. A vigência dos acordos comerciais é acompanhada através de planilha em pasta eletrônica, nomeada Controle - Acordo Comercial/ Contratos.

20.3. Os Acordos Comerciais e ou Contratos aprovados são cadastrados e aprovados na Plataforma BIONEXO.

21. Prazos

21.1. Toda solicitação de compra ou de contratação de serviços, deverá gerar um prazo de retorno de cotação, definido pela área de Compras, de acordo com o tipo do produto ou serviços. Após o retorno da cotação, a área de Compras irá informar ao solicitante os demais prazos, quais sejam de entrega do produto ou realização do serviço.

21.2 Aquisição de Serviços, Materiais Gráficos e Personalizados - Para a finalização do processo até a emissão do pedido será de 15 (quinze) dias úteis e poderá variar de acordo com a complexidade do processo;

23.3 Aquisição de Compra de Produtos - Para a finalização do processo até a emissão do pedido será de 15 (quinze) dias corridos.

Obs.: Os prazos acima, iniciam-se a partir da aprovação da SC.

23.4. Na solicitação de compra ou ordem de contratação de serviços, deve-se qualificar se a demanda deve obedecer aos prazos normais estabelecidos pela área de Compras, de acordo com o tipo de material, equipamento (médico, engenharia, etc.) ou serviços. Para maior esclarecimento, seguem as definições de cada prazo:

Normal - Considera-se prazo normal todo processo cuja entrega é planejada dentro de prazos previamente estabelecidos (IT – Instrução de Trabalho), para cada categoria de material, serviço ou bem.

Urgência - Considera-se compra de urgência todo processo sem planejamento e com entrega com prazos abaixo do normal. Trata-se de caso excepcional e faz-se necessária a justificativa formal da urgência pelo gestor da área solicitante. Nos casos de urgência, o prazo para retorno da cotação e entrega do produto ou realização do serviço deverá ocorrer em até dois (dois) dias, sempre observando a real possibilidade do atendimento da solicitação compras conforme disponibilidade de fornecedores e prestadores.

Emergência - Considera-se compra de emergência todo processo sem planejamento, para atendimento imediato de necessidades críticas que pressuponham riscos iminentes às pessoas envolvidas ou patrimônio da empresa. Trata-se de caso excepcional e faz-se necessária a justificativa formal da emergência pelo gestor da área solicitante. Nos casos de emergência, o prazo para retorno da cotação e entrega do produto ou realização do serviço deverá ocorrer em até 24 (vinte e quatro) horas, sempre observando a real possibilidade do atendimento da solicitação conforme disponibilidade de fornecedores e prestadores.

Nos casos de urgência e emergência, será necessária a explicitação detalhada da razão pela qual a situação está sendo caracterizado como tal, na solicitação de compra, respeitando os limites de Alçadas aplicáveis, o que dispensa a necessidade de mais de uma cotação. As compras e contratações emergenciais deverão ser regularizadas no sistema TASY

24. Perfis de Acesso

Todos os perfis de acesso ao sistema TASY / Bionexo/, são definidos e parametrizados nos respectivos sistemas para que os usuários efetuem as operações relativas aos processos de compra e contratações. A responsabilidade das autorizações de acesso é exclusivamente da área de Compras observados as alçadas.

25. Procedimentos para Formalização de Contrato

25.1. Para os Casos que necessitam de Formalização de Contrato, deverão ser adotadas a Formalização Contratual em qualquer uma das condições abaixo:

Contratação de Material, Medicamento ou Serviço com fornecimento contínuo.

Quando o objeto de contratação oferecer risco, em especial à:

- ✓ Segurança, Medicina do Trabalho e Meio Ambiente.
- ✓ Responsabilidade Civil, Criminal e Trabalhista.
- ✓ Confidencialidade de Informações e Propriedade Intelectual.
- ✓ Nos casos em que seja necessário detalhar obrigações, responsabilidades e eventuais penalidades entre as partes envolvidas.
- ✓ Nos casos em que o espoco do contrato envolva Assistência Técnica ou Serviços de Manutenção.

25.2 Será adotada a Proposta de Serviços, Autorização de Compra de Produto, Carta Contrato ou Ordem de Execução de Serviços como instrumento formal de contratação em todos os demais casos. Nestes documentos deverá estar descrito ao menos: objeto da compra ou da prestação do serviço, preço, prazos, condições de execução e garantias do serviço.

26. Elaboração/Formalização de Contratos e Aditamentos

26.1 Na elaboração do contrato, deve ser preenchido o formulário de Considerações Contratuais (FCC) com assinatura do Gestor da área responsável e do gestor de Compras, anexando o documento com a proposta comercial também assinada pelos gestores acima, a qual deverá ser enviada ao jurídico. A Gerência de Compras fará a validação das condições comerciais e o Jurídico fará a análise das questões jurídicas, aplicando a minuta adequada ou analisando a minuta apresentada pela empresa em negociação.

26.2 Após a análise e as possíveis adequações, o contrato seguirá para assinatura das partes, devendo ser observada as regras do Estatuto Social do ISMS vigentes a época da contratação.

26.3 O aditamento deve ser efetivado quando houver a necessidade de alterações nos contratos, como:

- Incremento do valor global (neste caso, é necessário observar as regras de Alçadas e limites) Prazo;
- Escopo da Contratação;
- Prazos ou vigência do contrato.

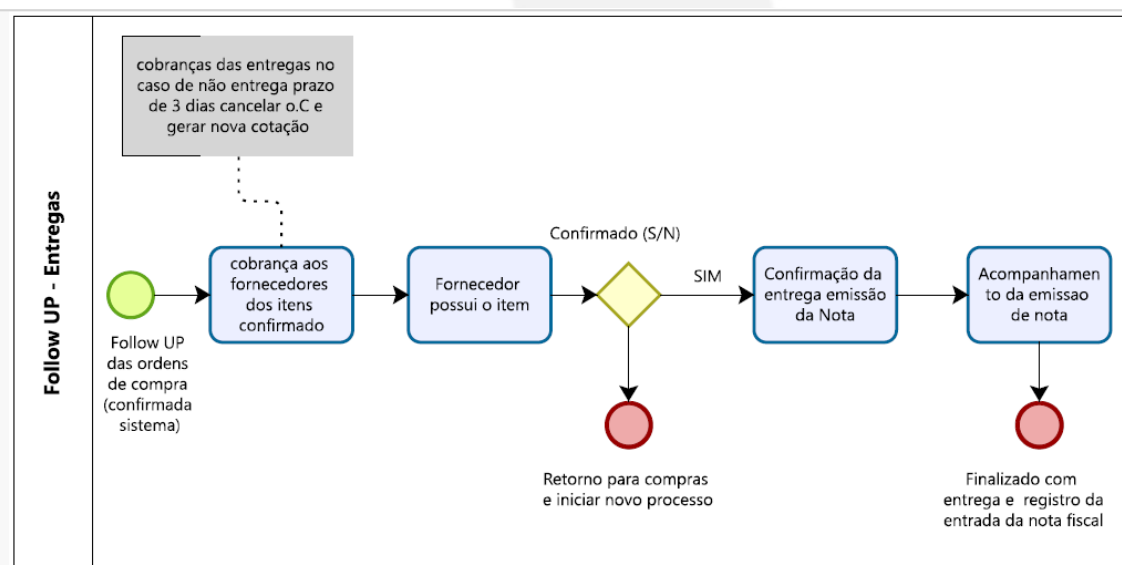
26.4 Todo aditamento que gere aumento de valor e/ou quantidade passará por um novo processo de aprovação.

26.5 A responsabilidade pela gestão operacional do contrato é do respectivo gestor da área requisitante/demandante. As áreas de Compras e Jurídico são responsáveis em prover o suporte técnico necessário para o bom andamento da Aquisição e/ou Contratação.

26.6 A área usuária do produto ou do serviço poderá visitar as instalações do fornecedor, bem como consultar os clientes do fornecedor/prestador de serviços para uma melhor análise do produto ou serviço ofertado.

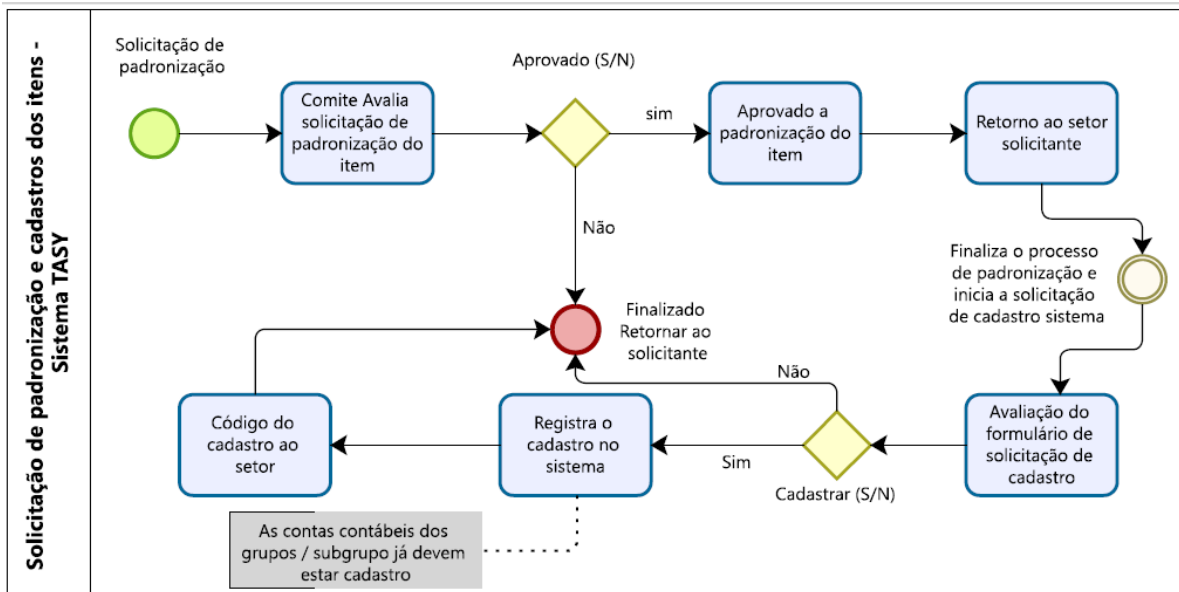
27. Follow-up

O acompanhamento dos pedidos é efetuado semanalmente através de relatórios e consultas eletrônicas pela área de Compras. Os relatórios deverão ser arquivados em pasta eletrônica compartilhada e nomeados Follow-up. A ordem de compra se mantém disponível para consultas no sistema TASY com todos os arquivos eletrônicos anexos, mesmo em status cancelado ou baixado.



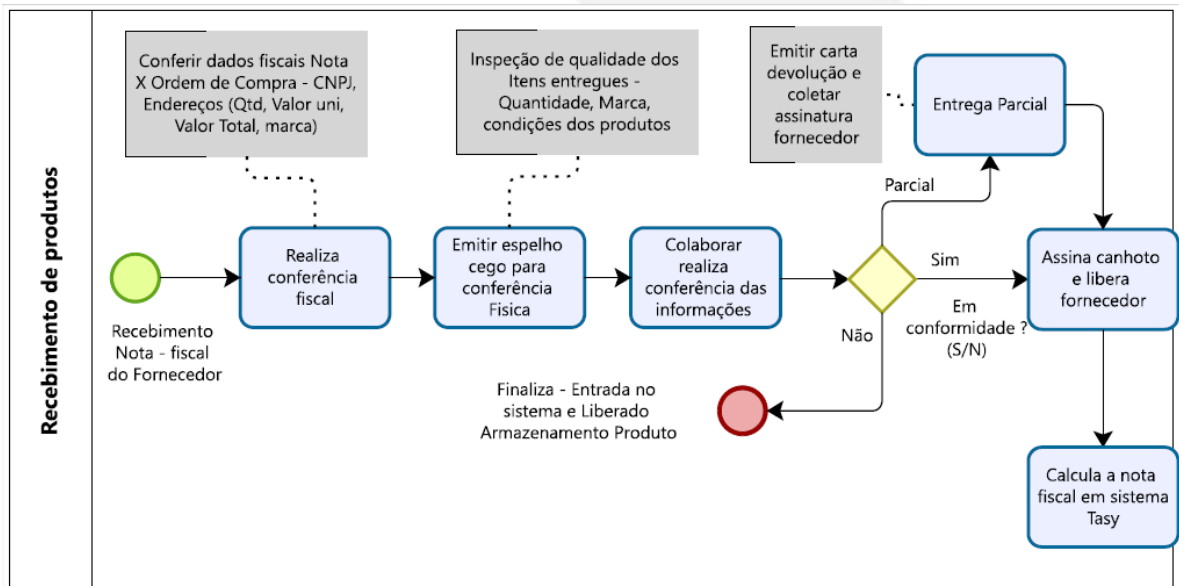
28. Cadastro no sistema

A solicitação de cadastro de novo item deverá ser requisitado pelo solicitante da área e será analisado pela área de Compras. O cadastro no sistema e a manutenção da integridade das informações cadastradas são de responsabilidade da área de Compras.



29. Entrega de Materiais

No processo de entrega de materiais e serviços deverá ser conforme estabelecido no IT Almojarifado/CAF.



CAPÍTULO – II

SELEÇÃO, HOMOLOGAÇÃO E AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES

1. Objetivo

Estabelecer critérios para o processo de Seleção, Homologação e Avaliação dos fornecedores de produtos, materiais hospitalares, medicamentos e serviços que assegurem a qualidade das atividades no ISMS.

2. Critérios para Seleção, Homologação e Avaliação do processo de Fornecedores

2.1 Os fornecedores devem ser rigorosamente qualificados para fornecer materiais, bens e serviços ao ISMS, de acordo com critérios de sustentabilidade. O fornecedor deve demonstrar capacidades adquiridas ao longo do tempo, inclusive para efeito de autorização legal para executar determinada atividade ou fornecer certos materiais conforme criticidade do produto ou serviço para o meio ambiente e saúde do colaborador.

2.2 A avaliação dos fornecedores prestadores de serviços deverá ser efetuada pelo gestor responsável, após a prestação de cada serviço e semestralmente realizar a avaliação geral dos serviços prestados conforme descrito neste Manual.

3. Responsabilidades

Gerente de Compras/ Suprimentos

Elaborar e aplicar este procedimento, assegurando a sua manutenção e a validação das ações nele previstas.

Comprador: Selecionar, desenvolver e avaliar fornecedores conforme descrito neste procedimento.

Comissão de Farmácia e Terapêutica e Comissão de Padronização de Materiais

Equipe multidisciplinar que tem o objetivo de estabelecer, monitorar, alterar (inclusão e exclusão) a lista de medicamentos e materiais padronizados no hospital.

Almoxarifado

Avaliar os fornecedores que são recebidos pelo almoxarifado e Farmácia conforme descritos neste procedimento.

Gestor Jurídico: Elaborar e aprovar os contratos de prestadores de serviços juntamente com os gestores responsáveis e o gestor de suprimentos.

4. Descrição do Procedimento para Seleção, Homologação e Avaliação dos Fornecedores

4.1. Seleção dos fornecedores:

Aquisição de Materiais de consumo - Ao identificar e analisar a **SC** aprovada, conforme descrito neste Manual, o comprador inicia o processo de cotação que definirá a escolha do

fornecedor, sempre será o que apresentar as melhores condições comerciais: menor valor, lead time de entrega, qualidade técnica, prazo de pagamento etc.

Aquisição de Materiais Hospitalares - A aquisição de materiais hospitalares e seleção de fornecedores serão baseadas em critérios como: Marcas homologadas pela Comissão de Padronização, GAFO e Plataforma Bionexo.

Medicamentos - O processo de seleção e aquisição de medicamentos é fundamentado em critérios pré-estabelecidos pela CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica, como: Ação farmacológica, indicação do medicamento levando em conta custo x benefício e demanda de solicitações e otimização da farmacoterapia. (Conforme Regimento Interno da CFT). A lista de marcas homologadas para cada medicamento é previamente definida em reunião e recebem manutenções periódicas que ocorrem em casos de inclusão e exclusão de medicamentos da lista de padronização, avaliação da disponibilidade de novas opções de marcas para o medicamento, exclusão do fornecedor mediante histórico de irregularidades.

Prestadores de Serviços - A escolha do prestador de serviço dar-se-á através da verificação da capacidade técnica e da proposta comercial solicitada.

4.2. Homologação dos fornecedores:

4.2.1 Documentação:

Após a definição do fornecedor será verificado pelo comprador se a empresa possui cadastro em nosso sistema ERP (TASY), caso não possua, deverá ser solicitado as seguintes documentações necessárias pra homologar fornecedores de materiais, medicamentos e prestadores de serviços, tanto para compras com verba própria como para compras com verba pública:

- SINTEGRA – Cadastro Inscrição Estadual do Contribuinte – ICMS -Sintegra
- Contrato Social ou Estatuto Social da Empresa e sua última atualização
- Ficha Cadastral
- Cartão CNPJ
- Inscrição Estadual
- Inscrição Municipal
- Certidão Negativa de Débito (CND) – Federal
- Certidão Negativa de Débito (CND) – Estadual
- Certidão Negativa de Débito (CND) – Municipal

- Certidão Negativa de Débito Trabalhista
- Certidão de Regularidade do FGTS – CRF
- Diagnóstico Fiscal na Receita Federal – Extrato e-Cac
- CADIN Estadual – Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Estaduais
- Certidão Negativa de Débitos vigente – emitida pela Procuradoria Geral do Estado – Dívida Ativa – CRDA (opção para o Estado de São Paulo emitida no CNPJ Raiz)
- CADIN Municipal – Cadastro Informativo Municipal
- Para Fornecedores Prestadores de Serviços, principalmente obras, solicitar também Balanço Patrimonial e DRE do Exercício do ano anterior à contratação, assinado pelo Representante Legal e o Contador.
- No caso de Distribuidora, a empresa deverá enviar as Cartas de Autorização de Comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos por ela exclusivamente comercializados.

4.2.2 A validação dos documentos será feita pela área de compras. Os documentos mencionados ficarão disponíveis para consulta em pasta eletrônica na rede Compras/Suprimentos.

4.2.3 Materiais Hospitalares - Para cada material padronizado são homologadas marcas e fornecedores aptos a atender a necessidade institucional, previamente definido pela Comissão de Padronização de Materiais. As marcas homologadas e não homologadas são definidas em reuniões mensais e os dados validados serão compartilhados entre todas as áreas diretamente envolvidas com a seleção e aquisição dos materiais.

4.2.4 Medicamentos - As marcas homologadas e não homologadas são definidas em reuniões bimestrais e os dados validados em reunião são compartilhados entre todas as áreas diretamente envolvidas com a seleção e aquisição dos medicamentos.

4.3. Avaliações dos Fornecedores para Aquisição de Materiais de Consumo, Materiais Hospitalares e Medicamentos.

Há de se observar as avaliações nos seguintes aspectos:

- Aspectos legais;
- Aspectos Operacionais
- Aspectos Técnicos

4.4. Avaliações dos Aspectos Legais

Visa garantir que o fornecedor esteja apto a comercializar o produto e declarar sua responsabilidade técnica e legal sobre o que está ofertando.

4.4.1 Cada fornecedor deverá possuir um prontuário, contendo os dados cadastrais da empresa, inclusive referência bancária (nome da Instituição e Agência) e cópia da documentação comprovando a legalidade de seu exercício. Este prontuário deverá ser arquivado com o Gestor da Área responsável, onde irá anexar todo o histórico das ocorrências com o fornecedor, para servir de base para análise das situações críticas com o mesmo.

4.4.2 No caso de Distribuidora, a empresa deverá enviar as cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos por ela exclusivamente comercializados.

4.4.3 No caso de fornecimento de produtos com registro no Ministério da Saúde, os mesmos poderão ser consultados no sistema de informação hospitalar.

4.4.4 No caso de fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde, a informação deverá constar no rótulo do produto e também pode ser consultado no sistema de informação hospitalar.

4.4.5 No caso de registros provisórios é necessário solicitar documento comprovando a renovação de registro quando expirar a data, ou a apresentação do registro definitivo.

4.4.6 Para fornecimento de medicamentos, é obrigatória a apresentação do Certificado de Responsabilidade Técnica (documento único) emitido pelo Conselho Regional de Farmácia ou do protocolo de assunção desta responsabilidade técnica e também do Contrato Social (Última Alteração), Autorização de Funcionamento da Anvisa, Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária.

4.5. Avaliação dos Aspectos Operacionais

Visa garantir a continuidade das rotinas de atendimento.

Produtividade: observar se o fornecedor apresenta capacidade de suprir os pedidos conforme a necessidade de abastecimento.

Acuracidade: verificar se o fornecedor possui a cultura de atender corretamente e integralmente os pedidos que lhe são destinados, nos prazos combinados.

Pontualidade: observar se o fornecedor possui uma cultura de pontualidade nas suas entregas e é comprometido com os prazos estabelecidos.

Flexibilidade: observar se o fornecedor apresenta capacidade de reagir rapidamente a pedidos emergenciais.

4.5.1 Os fornecedores são avaliados e pontuados, mensalmente, através do formulário disponível no sistema (TASY), dentro dos critérios estabelecidos pela instituição como: Prazo de entrega, avarias (embalagens e materiais), materiais faltantes, notificação de gerenciamento de riscos e condições comerciais, esses itens são valorizados de acordo com sua criticidade no processo de recebimento.

4.5.2 A área de Compras deverá analisar o resultado obtido da avaliação do fornecedor através das informações consolidadas dos projetos (Form....) Ao identificar que o fornecedor apresentou resultado inferior a 50 pontos o mesmo deverá ser comunicado através de e-mail, informando as causas da baixa pontuação obtida.

Havendo reincidência de duas qualificações negativas no período de 30 dias com pontuação inferior a 50 pontos o fornecedor deverá ser convocado para uma reunião de urgência, onde deverão ser discutidos ações corretivas para melhorias no cumprimento dos quesitos estabelecidos pela instituição.

4.5.3. Avaliações de Fornecedores Prestadores de Serviços:

A avaliação dos fornecedores prestadores de serviços é efetuada pela área contratante, através do seu gestor. A área de Compras participa deste processo, mediante solicitação da área gestora. Conforme o resultado da avaliação feita pelo gestor da área, o setor de compras irá somente bloquear o cadastro do prestador, caso ocorra intercorrências durante a execução dos serviços prestados.

4.6. Avaliação dos Aspectos Técnicos

Visa garantir a qualidade do produto oferecido.

4.6.1 A Área Suprimentos (Compras e Farmácia) faz a avaliação técnica do fornecedor, através de visitas técnicas, onde se audita a documentação que integra o Cadastro do Fornecedor, com as devidas Licenças, Certidões e Certificados. Avalia-se também o sistema da qualidade, estrutura física e logística de armazenagem e distribuição.

4.6.2. Visita Técnica

Na visita técnica é feita auditoria dos documentos citados na Homologação de Fornecedores (item nº 4.2.1), além dos documentos:

- Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária (ANVISA);
- Certificado de Responsabilidade Técnica;
- Autorização de Funcionamento da ANVISA
- Alvará de Funcionamento Prefeitura);
- Alvará de Funcionamento do Corpo de Bombeiro;
- Manual de Boas Práticas de Distribuição.
- Certificação / Acreditação da Qualidade

4.6.2. Através da visita “in loco” constata-se:

- Se a empresa possui responsabilidade socioambiental.
- Se existe procedimentos documentados, estabelecidos e mantidos para o descarte de seus produtos, embalagens e/ou matéria prima;
- Se existe Política de Logística Reversa (seus descartáveis e embalagens) já implantadas
- Se possui sistema da qualidade documentado;
- Se existe um plano de treinamento ativo na empresa;
- Se existe um controle estatístico e ações corretivas das não-conformidades
- Se são realizadas e registradas auditorias internas do Sistema da Qualidade.

4.6.3. Observa-se ainda a estrutura física e instalações, bem como condições de higiene e limpeza desde a fabricação/manufatura dos produtos até a armazenagem e distribuição, assim como as condições de trabalho.

4.6.4. Os fornecedores são avaliados e pontuados, somando-se a esta pontuação a pontuação auferida na avaliação de aspectos operacionais.

DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ALMOXARIFADO E CAF

CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS

Os recebimentos são realizados em área específica (administrativa). Os itens recebidos são submetidos a uma conferência física e fiscal no ato do recebimento pelo auxiliar de farmácia.

DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Das 8:00 às 17:00 de segunda a sexta-feira

OBJETIVO

Este procedimento tem por objetivo estabelecer e padronizar os processos do setor de Almoxarifado Central/CAF

ABRANGÊNCIA

Almoxarifado / CAF

RESPONSABILIDADES

Coordenador de Unidade

DEFINIÇÕES E SIGLAS

CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, antigo CGC.

NF – Nota Fiscal

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Horário Recebimento

Horário de recebimento de material no Almoxarifado/Caf será de segunda-feira das 8h00 às 17hr, sem intervalo para almoço. Entregas urgentes, fora do horário, somente serão recebidas mediante acordo firmado entre Compras, Almoxarifado e Supervisão da Segurança. Todos os fornecedores deverão ser anunciados pela portaria à equipe do Almoxarifado para que haja a liberação da entrada nas dependências do Hospital para entrega dos materiais.

INSPEÇÃO DA NOTA FISCAL

Mediante nota fiscal, o colaborador designado pelo recebimento gera inspeção a partir da ordem de compra no sistema informatizado – Estando de acordo, o colaborador deverá verificar a situação da ordem de compra. Estando aprovada, ele deverá comparar: razão social, valor unitário, prazo de entrega, data de vencimento do pagamento, saldo disponível para recebimento e gerar impressão do espelho cego para conferência física.

Nota: O sistema informatizado só permite lançamento da NF quando a ordem estiver aprovada. Caso o status da ordem esteja “Pendente de aprovação” no momento do

recebimento, o colaborador deverá solicitar ao setor de compras a aprovação, urgente, da ordem de compra.

Inspeção Física: O colaborador designado do almoxarifado segrega o material em área específica para conferência pelo colaborador da Farmácia. Colaborador da Farmácia verifica-se a descrição, quantidade, unidade de medida, lote, validade, volume, e as condições da embalagem do material. Caso a conferência detalhada da carga não seja realizada de imediato, o conferente deverá carimbar e escrever no verso da NF a instrução, (Sujeito a conferência).

Recebimento de Medicamentos e Materiais hospitalares: Após o processo de inspeção, verificar a integridade das caixas entregues, validade do item (de no mínimo 12 meses), temperatura (2 a 8 C) dos medicamentos sejam eles termolábeis ou não. Encontrado qualquer divergência, entrar em contato com Coordenador de Farmácia para análise e tomada de decisão. Após a conferência de todo processo encaminhar o item ao setor da Farmácia / CAF, onde será armazenado de forma adequada a sua temperatura.

Recebimento de Medicamentos Termolábeis: No ato do recebimento, conferir a temperatura dos medicamentos, (Quando Aplicável), conforme descrito.

Recebimento de Medicamentos Controlados: Após a devida conferência (Farmacêutica) os medicamentos controlados devem ser encaminhados imediatamente para o setor de controlados na Farmácia / CAF, acompanhados de uma cópia da nota fiscal correspondente à entrega do item.

Recebimento material de Imobilizado e Débito direto: Quando material for de responsabilidade dos setores: Engenharia Clínica, Hotelaria, Manutenção, TI e outro qualquer, o colaborador do almoxarifado acompanhará o fornecedor até o setor responsável para conferência detalhada. Estando tudo correto o solicitante assinará o relatório de inspeção de recebimento e após assinatura o colaborador do Almoxarifado assinará o canhoto da nota fiscal para a liberação do fornecedor.

Liberação de Fornecedor: Após a conferência e estando de acordo com os procedimentos de recebimento, o colaborador designado deverá assinar seu nome legível no canhoto da nota fiscal e averbar com o carimbo do Almoxarifado. Destacar o canhoto da nota fiscal e entregar para o fornecedor ou seu representante.

Liberação de nota fiscal para contabilidade:

Carimbar no verso da nota fiscal utilizando o “Carimbo de Recebimento” e preencher somente na coluna “Almoxarifado”: Data, pedido de compra e visto. Relacionar as notas fiscais do dia e protocolar.

O Almoxarifado efetuará a entrega das notas fiscais juntamente com o formulário de Controle de Entrada e saída de Notas Fiscais Recebimento.

Nota fiscal de Doação de material de estoque: Quando isso ocorrer o colaborador do almoxarifado deverá solicitar ao setor Compras via e-mail, que gere uma ordem de compra ref. o item doado. O colaborador do almoxarifado carimba no verso da nota fiscal e preenche na coluna “Almoxarifado”: Data, o número da ordem de compra e vista.

Após este procedimento comprador pleno solicita ao setor de almoxarifado, que carimbe no verso da nota fiscal para que seja identificado o material doado. Em seguida deverá protocolar o número da nota fiscal e entregar para a contabilidade.

DIVERGÊNCIA

Havendo divergências no ato do recebimento, o colaborador do almoxarifado deverá imediatamente comunicar setor de Gestão de Compras Sede para tomada de decisão. O setor de Compras confirma o recebimento ou não dos materiais juntamente com o Gestor de Almoxarifado via fone e registra via e-mail.

DEVOLUÇÃO DE MATERIAL PARA FORNECEDOR

Devolução Parcial; Mediante aceite de uma parte da mercadoria da NF, o setor de almoxarifado entra em contato com o setor de compras, que com o “de acordo” do fornecedor irá autorizar a devolução parcial da mercadoria. o colaborador descreve no verso da nota fiscal do fornecedor o motivo da recusa, e utiliza o carimbo de “DEVOLUÇÃO” e escreve o seu nome (legível) e liberar a nota fiscal Recusa Total da Entrega: Ocorrendo alguma divergência no ato do recebimento, o colaborador do almoxarifado entrará em contato com o responsável pela OC – Ordem de Compra, a fim de solicitar autorização para a devolução total da mercadoria. Diante do ocorrido, o colaborador descreve no verso da nota fiscal do fornecedor o motivo da recusa, e utiliza o carimbo de “DEVOLUÇÃO” e escreve o seu nome (legível) e liberar a nota fiscal. **Nota:** Não assinar canhoto da NF em caso de Recusa Total da Entrega.

Validade dos Materiais

Não receber material com data de validade vencida. O mínimo aceitável para recebimento é de um ano antes da data de vencimento, exceto materiais que por suas características tem seus prazos menores mencionados em embalagem do fabricante conforme legislação.

Nota: Item com validade inferior ao acima citado deverá ser solicitado ao fornecedor Carta de Comprometimento, para possível troca do produto caso haja necessidade.

Boas Práticas de Armazenamento de Produtos

Padronizar os procedimentos de armazenamento de produtos visando assegurar as boas práticas de armazenamento definidas em legislação.

DEFINIÇÃO E SIGLAS

Armazenamento: Guarda, manuseio e conservação segura de produtos;

BOAS PRÁTICA DE DISTRIBUIÇÃO (BPDA):

Conjunto de ações que asseguram a qualidade de um medicamento por meio do controle adequado durante o processo de distribuição e armazenagem, bem como fornecem ferramentas para proteger o sistema de distribuição contra medicamentos falsificados, reprovados, ilegalmente importados, roubados, avariados e/ou adulterados.

PRODUTOS HOSPITLARES: São todos os materiais que de alguma forma podem ser considerados como apoio do trabalho do médico ou profissional de saúde. Eles ajudam na fase de diagnóstico, avaliação, controle da saúde do paciente.

O processo de armazenamento correto tem como finalidade assegurar e garantir a qualidade dos produtos estocados.

SÃO NECESSÁRIOS ALGUNS MATERIAS PARA O ARMAZENAMENTO ADEQUADO:

Estrados ou Pallets: São plataformas horizontais de tamanhos variados e de fácil manuseio, ideais para grandes volumes. Podem ser de inúmeros tipos de materiais, tais como madeira, plástico, borracha e alumínio. Os de madeira tratada são os mais utilizados, porém estes absorvem bastante umidade e poeira, por isso, o ideal é utilizar os de plástico que são mais fáceis de limpar. O empilhamento dos produtos deve obedecer às recomendações dos fabricantes quanto ao limite de peso e quantidade de volumes a serem empilhados (normalmente essa informação consta na caixa). Os produtos empilhados devem ser amarrados conforme orientação da empresa e devem ter uma distância entre eles, das paredes e do teto.

Prateleiras: São meios de armazenamento mais econômico e simples também. Sua utilização é direcionada para produtos leves e estoques reduzidos. As prateleiras devem manter determinada distância das paredes e do teto, a fim de evitar zonas de calor e facilitar a circulação interna do ar.

Armários: Em geral são recomendados para o armazenamento de medicamentos de controle especial, conforme a Portaria 344/98. O exercício da atividade de armazenamento de medicamentos dispõe das áreas disponíveis:

Área de recebimento e expedição;

Área de armazenagem geral de medicamentos;

Área de armazenagem de medicamentos em quarentena, vencidos e recolhidos;

Área de armazenagem de medicamentos sujeitos ao regime de controle especial (Portaria 344/98);

Área de armazenagem de materiais hospitalares, materiais de expediente, materiais de escritório, materiais de limpeza.

Estabilidade dos medicamentos: É o período no qual o medicamento mantém suas características físicas, químicas e farmacológicas e pode ser classificada em:

Química: substância (s) ativa (s) do medicamento, importante manter a integridade e intensidade original, conforme declaração no rótulo.

Física: entende-se por propriedade física a aparência, cor, sabor, odor, pH, viscosidade, dureza, uniformidade etc. e essas deverão permanecer inalteradas.

Microbiológica: medicamentos deverão continuar com a sua eficácia original, tornando- os estéreis ou resistentes ao crescimento de microrganismos sem afetar sua função.

Terapêutica: deve-se manter a atividade terapêutica do medicamento inalterada.

Toxicológica: a toxicidade dos medicamentos deverá se manter extremamente baixa ou inalterada.

FATORES EXTRÍNCICOS QUE AFETAM A ESTABILIDADE DE MEDICAMENTOS:

Estão todos relacionados às condições ambientais e que dentro de um armazém podem ser controlados e principalmente, monitorados:

Temperatura: é a responsável direta pelo maior número de alterações e/ou deteriorações nos medicamentos. Temperaturas fora do padrão pré-estabelecido não são

indicadas, porque aceleram a indução de reações químicas e a decomposição dos medicamentos, alterando sua eficácia

Umidade: o alto índice de umidade no ambiente pode afetar a estabilidade dos medicamentos (dependendo da sua forma), favorecendo também o crescimento de fungos e bactérias no produto, causando possíveis reações químicas.

Luminosidade: o ambiente onde serão armazenados os medicamentos deverá, de preferência, ter uma iluminação natural adequada ou iluminação artificial com lâmpadas fluorescentes. Não permitir a incidência de raios solares sobre os medicamentos, pois haverá a aceleração de reações químicas, adulterando a estabilidade deles.

Ventilação: a circulação do ar no ambiente de armazenagem deve ser mantida para conservar bem os produtos. Em caso de temperaturas naturais, a estocagem deve ter espaçamento adequado entre os produtos e o local deve ter janelas ou elementos vazados que facilitem a

ventilação natural. Já os ambientes com temperaturas abaixo ou acima do ambiente (câmaras e estufas) faz-se necessário uma boa distribuição dos medicamentos nesses espaços para que ocorra a circulação correta do ar (quente ou frio).

Nota 01: A calibração do termo-higrômetro tem como objetivo estabelecer uma relação entre os valores indicados pelo instrumento e os valores indicados por um padrão de referência, permitindo ao usuário saber com precisão os valores de temperatura e umidade do ambiente onde esses instrumentos se encontram.

SIGLAS:

BPDA– Boas Práticas de Distribuição e Armazenagem

DCB – Denominação Comum Brasileira

PEPS – Primeiro que Expira é o Primeiro que Sai

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

OS – Ordem de Serviço

ABRANGÊNCIA

Almoxarifado Central

Farmácia Central e Satélites

PROCEDIMENTOS

Recebimento de produtos no Almoxarifado Central Caf.

Responsáveis: Farmacêutico, Auxiliar de Almoxarifado, Auxiliar de farmácia

Checar as condições de armazenagem, incluindo requerimentos especiais de temperatura, umidade ou exposição à luz;

Checar temperatura de medicamentos termolábeis conforme especificação (2°C e 8°C), utilizando termômetro infravermelho;

Estocar medicamentos de maior volume embalados em caixas de papelão sobre pallets de madeira tratada ou plástico ou prateleiras de aço que permitam a limpeza e não constitua fonte de contaminação;

Respeitar a capacidade máxima de empilhamento das caixas, conforme informação do fabricante, a fim de preservar os produtos estocados, as pilhas devem estar a uma distância mínima de 50 cm das paredes do estoque, devem estar distantes do teto, não devem estar em locais de incidência direta da luz solar, possibilitando assim a ventilação dos produtos, evitando umidade e facilitando o combate a possíveis incêndios;

Distribuir as pilhas de forma que elas não obstruam o caminho, facilitando o acesso às portas e equipamentos de emergência como extintores de incêndio.

Assegurar a segurança dos locais de armazenamento não permitindo a entrada de pessoas não pertencentes ao setor.

ARMAZENAGEM DE MATERIAS MÉDICO HOSPITALAR:

Nota 02: As prateleiras/bins são identificadas conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), os produtos são identificados via sistema com “RUA” “PRATELEIRA” e “CAIXA” permitindo assim maior segurança e agilidade na guarda.

Organizar os materiais nas prateleiras, bins e armários;

Obedecer ao endereçamento a fim de evitar troca e localização inequívoca dos quantitativos armazenados.

ARMAZENAMGEM DE MEDICAMENTO COMUM FARMACÊUTICO, ENCARREGADO, AUXILIAR DE FAMARMÁCIA.

Nota 03: As prateleiras/bins são identificadas conforme DCB, os produtos são identificados via sistema com “RUA” “PRATELEIRA” e “CAIXA” permitindo assim maior segurança e agilidade na guarda.

Organizar os medicamentos nas prateleiras/bins por forma farmacêutica (por exemplo, ampolas, comprimidos, multidoses etc.) e dentro de cada forma farmacêutica seguir a ordem alfabética (da esquerda para direita) pela DCB;

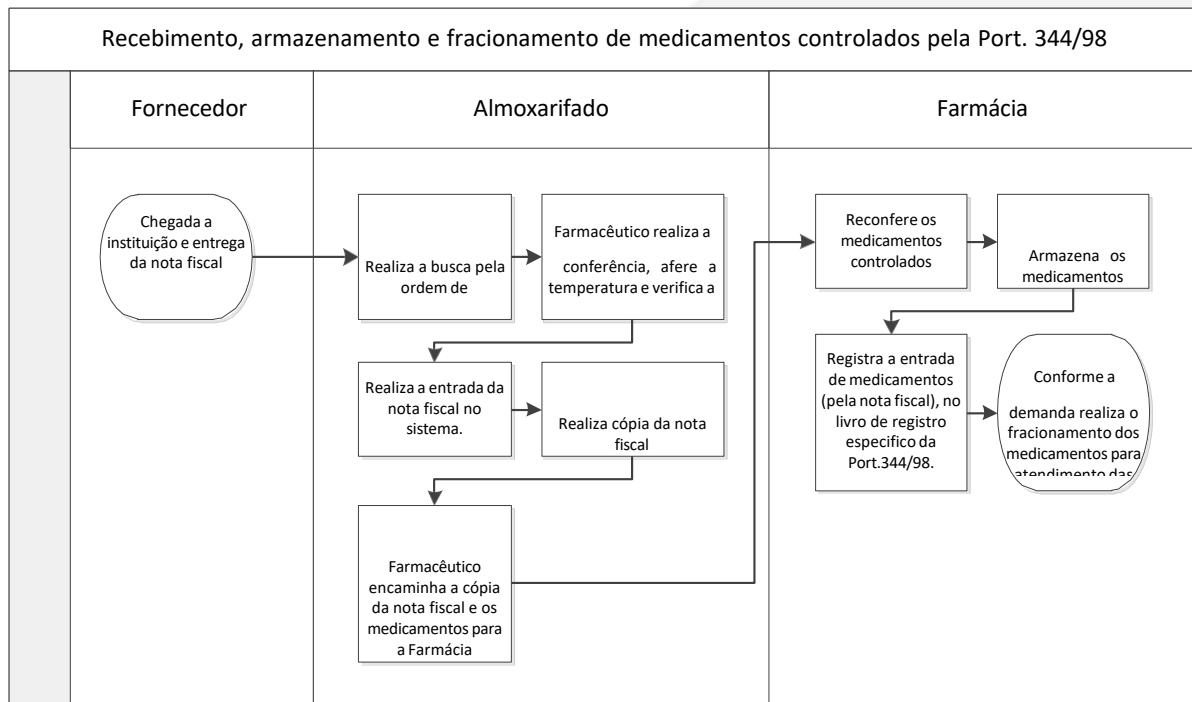
Ordenar os medicamentos seguindo o sistema PEPS (Primeiro que expira é o Primeiro que Sai);

Estocar os soros e medicamentos que não caibam nos bins de forma que não fique em contato com caixas de papelão, respeitando as boas práticas de armazenagem;

Manter os locais de armazenagem/estocagem limpos, isentos de pó e contaminação.

ARMAZENAGEM DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL – PORTARIA 344/98 FARMACÊUTICO, AUXILIAR DE ALMOXARIFADO

FLUXOGRAMA DO SERVIÇO



RECURSOS MATERIAIS E TÉCNICOS QUE SERÃO UTILIZADOS DIRETAMENTE NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- Computador
- Impressora
- Termômetro Digital
- Carro Plataforma
- Sistema
- Ordem de Compra OC
- Cadeira
- Mesa

DESCRIÇÃO DA NORMA DE CONDUTA DO COLABORADOR

O recebimento de medicamentos controlados pela Portaria 344/98, deve ser obrigatoriamente acompanhado por um profissional farmacêutico, capacitado e de perfil adequado para realizar a tarefa.

CUMPRIMENTO DA PORT. 344/98

O cumprimento desta legislação é obrigatório, pois no caso de não conformidades, os profissionais e instituição terão que responder aos órgãos sanitários e judiciais, conforme a Portaria 344/98:

Art. 6º A Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde dará conhecimento da concessão da Autorização Especial de que tratam os artigos 2º e 5º deste Regulamento Técnico à Divisão de Repressão a Entorpecentes do Departamento de Polícia Federal do Ministério da Justiça.

“Art. 98. O não cumprimento das exigências deste Regulamento Técnico constituirá infração sanitária, ficando o infrator sujeito as penalidades previstas na legislação sanitária vigente, sem prejuízo das demais sanções de natureza civil ou penal cabíveis.”

ASPECTOS DOCUMENTAIS A SEREM CONFERIDOS

Para realização da conferência, o farmacêutico necessita portar as seguintes informações:
Espelho cego – para anotações do que está recebendo

Da nota fiscal (N.F.) - Descrição do medicamento, fabricante, distribuidor, dose, apresentação e quantidade entregue;

Na Ordem de Compras (O.C.) - Cópia/ Espelho da Ordem de Compras com medicamento pelo nome do princípio ativo, fabricante, distribuidor, dose, apresentação e quantidade.

ASPECTOS FISICOS A SEREM CONFERIDOS

O farmacêutico deve conferir os seguintes aspectos:

Embalagem do medicamento – Preservação da caixa e identificação do medicamento;
Temperatura dos medicamentos – Deve ser visualizado em bula e ou embalagem primária, a qual temperatura o medicamento deve ser armazenado. Posteriormente a temperatura deve ser aferida com o termômetro a laser;

Características Organolépticas – caso seja possível, no ato do recebimento, conforme favorecimento da embalagem primária deve ser visualizado a coloração e aspecto físico dos medicamentos (Ex. precipitações, escurecimento do líquido ou pó, densidade, etc.).

Para que a rotina seja realizada minimizando riscos para instituição, é imprescindível que o local do recebimento seja adequado, contando com: **Área de recebimento, área de quarentena e área de devolução de itens, exclusivamente para medicamentos controlados pela Portaria 344/98.**

O recebimento somente poderá ser feito após a conferência de todos os itens descritos na nota fiscal, confrontados com a ordem de Compras.

É necessário que o farmacêutico realize a abertura de caixas secundárias lacradas para verificação se todas primárias estão lacradas e intactas.

Somente deve ser assinado o recebimento se todo o descritivo da ordem de Compras for idêntico ao descrito na nota fiscal.

Após o recebimento, a transferência dos medicamentos recebidos, para o Estoque de Medicamentos Controlados pela Port.344/98 deve ser imediata, evitando desvios do fluxo destes medicamentos entre a área de recebimento e o estoque.

DESCRIÇÃO DAS NORMAS DE MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ACIDENTES

Para evitar o risco de quebra dos medicamentos no transporte, estes devem ser acondicionados sob carrinho de transporte.

PLANO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

O Plano de Educação Continuada tem como o principal objetivo propiciar à equipe reciclagem constante visando a atualização dos conhecimentos técnicos e dos trabalhos a serem realizados, para que os colaboradores possam exercer suas atividades de forma mais efetiva e eficaz. O Plano está estruturado através de treinamento teórico, avaliação pós-treinamento e monitoramento.

PLANO DE EMERGÊNCIA E CONTINGÊNCIA

Quaisquer acontecimentos detectados que possam afetar a prestação dos serviços deverão ser informados, em tempo real ao gestor imediato da Unidade, ou representante e deverá ser colocado em prática o Plano de Emergência e Contingência para a dada intercorrência a fim de assegurar a correta continuidade da presente rotina.

LEGISLAÇÃO

Boas práticas de Recebimento de medicamentos. Ministério da Saúde, 1989;

Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998.

Armazenar os medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria 344/98) em armários com cadeado;

Organizar os medicamentos nos bins por forma farmacêutica (por exemplo, ampolas, comprimidos, multidoses etc.) e dentro de cada forma farmacêutica seguir a ordem alfabética (da esquerda para direita) pela DCB;

Ordenar os medicamentos nas prateleiras/bins, seguindo o sistema PEPS;

Obedecer ao endereçamento lógico a fim de evitar troca e localização inequívoca dos quantitativos armazenados.

Nota: O local de armazenagem de medicamentos sujeitos a controle especial é de acesso restrito, ou seja, apenas profissionais autorizados podem entrar e ter acesso ao estoque, de acordo com as exigências da portaria 344/98. Profissionais autorizados: auxiliar de almoxarifado responsável pelo setor e farmacêuticos. Todas as atividades relacionadas ao recebimento, conferência, armazenamento e dispensação de medicamento controlado é supervisionada pelo farmacêutico.

ARMAZENAGEM DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS

Responsáveis: Farmacêutico, auxiliar de farmácia

Armazenar os medicamentos termolábeis em refrigeradores ou câmaras frias com temperatura controlada de 2° a 8 °C, de acordo com as recomendações do detentor de registro;

Ordenar os medicamentos nos bins, seguindo o sistema PEPS;

Realizar a verificação da temperatura das geladeiras e da temperatura ambiente conforme o horário de funcionamento dos setores, a fim de garantir a estabilidade dos medicamentos. (Anexos 1 e 2)

CALIBRAÇÃO DE TERMO-HIGRÔMETRO – Responsável: FARMACÊUTICO

Fluxo:

Acessar o Sistema PR/TASY e logar a senha de acesso;

Acessar o ícone da Manutenção;

Preencher a Ordem de serviço solicitando a Calibração de termo-higrômetro;

Anotar o número da OS;

Acompanhar o atendimento e finalização da OS.

Nota: O setor de Engenharia Clínica é responsável pela calibração e gerenciamento do cronograma de manutenção dos equipamentos.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Com a finalidade de garantir o cumprimento desse documento, a revisão compete a equipe do almoxarifado, Caf e o gerenciamento das práticas padronizadas compete à Assistência Farmacêutica.

As situações excepcionais não previstas no presente documento serão discutidas e solucionadas pelo farmacêutico (a) responsável bem como as respectivas áreas envolvidas.

É de responsabilidade de todas as lideranças e equipe multiprofissional o conhecimento, disseminação e cumprimento desse documento, orientando seus colaboradores quanto às exigências descritas no presente.

As revisões do documento serão feitas a cada 24 meses ou quando houver modificações nas

instalações ou nos processos.

REFERÊNCIAS

Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.,

Resolução RDC Nº 304, DE 17 DE SETEMBRO DE 2019

Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-304-de-17-de-setembro-de-2019-216803526> Acesso em 09 de maio de 2022.

Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.

RESOLUÇÃO RDC Nº 509, DE 27 DE MAIO DE 2021.

Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-509-de-27-de-maio-de-2021-323002855>. Acesso em 09 de maio de 2022.

Armazenagem e Conservação

Armazenagem: Os materiais são Identificados e armazenados em prateleiras ou paletes, seguindo o protocolo de armazenagem, e também as recomendações informadas no rótulo do fabricante. Aplicar o sistema FIFO ou PEPS - “First-in, First-out” – (Primeiro a entrar, Primeiro a sair), ou seja, os itens estocados há mais tempo deveram ser fornecidos em primeiro lugar, com a finalidade de evitar o envelhecimento do estoque.

Nota: O Almoxarifado/CAF deverá manter atualizada a localização dos materiais em sistema não obstruir corredores e extintores de incêndio. Manter os materiais pesados estocados em partes inferiores das prateleiras ou em paletes.

Conservação: Os materiais deverão ser protegidos contra as ações das ameaças climáticas, animais daninhos, cupins e outros, mantendo o controle contra pragas e inspecionado mensalmente por empresa especializada. Devem ser observadas as condições ambientais (temperatura e umidade) para manutenção e integridade do estoque.

Avaliação periódica de estoque: Deverá ser verificado, mensalmente o vencimento dos materiais, que depois de identificados, deverão ser segregados em uma área específica e identificado com o seguinte dizer: “**material para descarte**”.

Materiais Químicos e Inflamáveis: Os itens dessa categoria deverão ser armazenados conforme orientações da Segurança do Trabalho e FISPQ do produto, na área específica designada. Toda a manipulação dos itens deverá ser realizada com os EPIs recomendados pela Segurança do Trabalho.

Baixa de material vencido: O colaborador do almoxarifado emite requisição eletrônica através do sistema selecionando a operação “baixa de estoque MAT/MED VENCIDOS”, e informa no campo “observações do item”: data de vencimento e lote. O Gestor de Farmácia vista o documento, para o descarte do material. Para alguns produtos específicos é solicitada a área da segurança do trabalho, orientação adequada para o descarte.

Nota importante: O material só poderá ser descartado se o documento estiver assinado obrigatoriamente pelo Gestor de Farmácia.

Inventário Físico Suprimentos

Objetivo

Estabelecer as diretrizes, responsabilidades e procedimentos necessários para a realização do inventário de bens e materiais, garantindo acurácia nos registros de estoque e conformidade com as políticas internas da organização.

Sumário

1. Objetivo
2. Sumário
3. Definições e Siglas
4. Abrangência
5. Atribuições
6. Organização e Planejamento
7. Execução do Inventário
8. Contagem por Curva ABC
9. Finalização do Inventário

Definições e Siglas

Inventário: Procedimento sistemático para contar, identificar e registrar os itens em estoque.

Curva ABC: Método de classificação de itens baseado em sua relevância (A: itens mais importantes, B: intermediários, C: menor relevância).

Equipe de Inventário (EI): Grupo designado para execução das atividades relacionadas ao inventário.

Abrangência

Está IT aplica-se a todos os setores da organização que mantêm estoques físicos de bens ou materiais, abrangendo o controle de estoques, almoxarifado e áreas correlatas.

Atribuições

Gestão de Estoques: Planejar e supervisionar as atividades de inventário.

Equipe de Inventário: Realizar as contagens físicas, preenchimento de registros e validações.

Auditoria Interna: Garantir a imparcialidade e a precisão das contagens realizadas.

TI (Tecnologia da Informação): Disponibilizar sistemas e ferramentas para registro e análise dos dados coletados.

Organização e Planejamento

Cronograma: Elaborar um plano detalhado, definindo datas e frequências (mensal, bimestral ou trimestral) para a execução do inventário.

Treinamento: Capacitar a equipe envolvida sobre os procedimentos e ferramentas utilizadas.

Recursos Necessários: Garantir a disponibilidade de materiais, como formulários, coletores de dados e acesso ao sistema de gestão de estoques.

Execução do Inventário

Preparativos:

Identificar áreas e itens a serem inventariados.

Suspender movimentações de estoque durante a contagem.

Bloquear sistema

Imprimir ficha de contagem

Não realizar entrada de todas as NF

Informar todas as unidades do período de execução do inventário

Realizar atendimento de todas as requisições

Antecipar os atendimentos das unidades

Organizar todo o estoque

Contagem Física:

Realizar a contagem dos itens de acordo com a lista preparada.

Registrar divergências imediatamente.

Conferência: Validar os resultados coletados com o sistema de gestão.

Contagem por Curva ABC

Mensal: Realizar contagem dos itens da classe A.

Bimestral: Contar itens das classes A e B.

Trimestral: Realizar contagem completa (itens A, B e C).

Finalização do Inventário

Consolidação dos Dados: Atualizar o sistema de gestão (sistema informatizado) com os resultados finais.

Emissão de Relatórios: Gerar relatórios analíticos e sintéticos, destacando divergências e ações corretivas.

Feedback e Melhoria: Realizar reunião de avaliação, identificando melhorias para futuros inventários.

Instrução De Trabalho- Rastreabilidade de Lote e Validade do Processo de Recebimento até a Administração do Medicamento

Objetivo: Estabelecer as diretrizes e procedimentos para garantir a rastreabilidade de medicamentos, desde o processo de recebimento até a administração no paciente, assegurando que os lotes e as datas de validade sejam devidamente monitorados e controlados ao longo de toda a cadeia de distribuição.

1. Aplicabilidade

Esta Instrução de Trabalho (IT) aplica-se a todos os colaboradores envolvidos no processo de recebimento, armazenamento, distribuição e administração de medicamentos de suprimentos.

2. Definições

Rastreabilidade: Processo de acompanhamento e verificação dos medicamentos, desde a sua aquisição até a administração no paciente, garantindo a identificação do lote e validade.

Lote: Conjunto de unidades de medicamentos fabricados sob condições e processos uniformes, identificado por um número único de lote.

Validade: Data limite até a qual o medicamento pode ser utilizado, após a qual sua segurança e eficácia não podem ser garantidas.

Administrar Medicamento: Ato de fornecer ao paciente o medicamento prescrito, conforme a dosagem e via de administração.

3. Responsabilidades

Setor de Compras: Responsável pela aquisição dos medicamentos e pela verificação de fornecedores confiáveis.

Recebimento de Medicamentos: Responsável pela conferência e registro do lote, validade e quantidade no momento do recebimento.

Armazenamento: Responsável por armazenar os medicamentos conforme as condições adequadas e garantir o controle da validade e rastreabilidade.

Caf/Distribuição: Responsável pela distribuição dos medicamentos para as unidades assistenciais, garantindo a correta identificação de lotes e validade.

Profissionais de Saúde (Médicos, Enfermeiros): Responsáveis pela administração dos medicamentos aos pacientes, assegurando a rastreabilidade da dose e do lote.

4. Materiais Necessários

- Medicamentos a serem recebidos
- Sistema de gestão de inventário ou controle
- Etiquetas com informações de lote e validade
- Scanner de código de barras (se aplicável)
- Registros de controle de estoque
- Equipamentos para armazenamento adequado (prateleiras, geladeiras, etc.)

5. Procedimentos

5.1. Recebimento de Medicamentos

Verificação do Pedido: O setor de compras deve verificar a ordem de compra e os detalhes dos medicamentos adquiridos, incluindo o nome, a quantidade, o lote e a validade.

Conferência de Medicamentos:

Ao receber os medicamentos, o responsável pelo recebimento deve conferir a documentação fornecida pelo fornecedor (nota fiscal) com os medicamentos entregues.

Verificar as informações dos lotes, datas de validade e integridade das embalagens.

Caso o medicamento seja recebido com defeito ou fora da validade, deve ser imediatamente rejeitado, e o fornecedor informado.

Registro de Lote e Validade:

Registrar todos os lotes e datas de validade no sistema de inventário ou planilhas de controle.

Etiquetar as embalagens com o código de barras e a data de validade, caso o fornecedor não tenha fornecido etiquetas adequadas.

No caso de recebimento de medicamentos em caixas múltiplas, os lotes devem ser registrados separadamente.

5.2. Armazenamento e Controle**Organização no Armazenamento:**

Organizar os medicamentos de forma que os lotes com validade mais próxima fiquem à frente, facilitando seu uso dentro do prazo.

Garantir que medicamentos refrigerados sejam armazenados em temperaturas adequadas (se aplicável).

Verificação Contínua de Lote e Validade:

Realizar conferências periódicas (mensais ou trimestrais) de medicamentos estocados, verificando a validade e a integridade dos lotes.

Medicamentos com prazo de validade próximo devem ser priorizados para uso, conforme o princípio do "primeiro que vence, primeiro que sai" (PEPS).

5.3 Distribuição para as Unidades Assistenciais**Controle na Distribuição:**

Antes de enviar os medicamentos para as unidades assistenciais, verificar novamente os lotes e as validades.

Gerar relatórios de controle com as informações do lote e validade, para garantir que cada unidade assistencial tenha acesso a essas informações.

Entrega e Conferência:

O responsável pela distribuição deve conferir os medicamentos com os lotes e validade corretos, utilizando registros no sistema de inventário.

O setor de suprimentos (Caf) ou distribuição deve entregar os medicamentos com todas as informações pertinentes, como lotes e datas de validade, para as unidades de farmácia

5.4. Administração do Medicamento**Conferência Antes da Administração:**

Os profissionais de saúde devem conferir os medicamentos antes da administração, garantindo que o lote e a validade do medicamento estão corretos.

Caso haja qualquer discrepância nos dados do lote ou validade, o medicamento não deve ser administrado e deve ser imediatamente reportado para o setor responsável.

Registro do Lote na Administração:

Registrar o lote e a data de validade do medicamento no prontuário do paciente ou em sistemas de controle, caso aplicável, para garantir a rastreabilidade completa do processo.

Se o medicamento for administrado com sucesso, o lote e a validade devem ser arquivados nos registros de controle para garantir a rastreabilidade futura

Instrução de trabalho distribuição/dispensação para os Setores**1. Objetivo**

Padronizar e disciplinar as atividades de distribuição e dispensação de medicamentos, materiais médico-hospitalares, materiais administrativos e correlatos para os setores assistenciais e administrativos, assegurando o abastecimento contínuo, a rastreabilidade, a qualidade dos produtos e a segurança do paciente, conforme as normas institucionais e regulamentações vigentes.

2. Abrangência

Esta instrução aplica-se aos setores de Farmácia Central, Farmácias Satélites, Almoxarifado Central (CAF) e às **unidades requisitantes do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, compreendendo:

Unidades de internação e pronto atendimento;

Centro cirúrgico, UTI, UCI e setores ambulatoriais;

Áreas administrativas e de apoio técnico-operacional.

3. Responsabilidades

Cargo/Função	Responsabilidades
Farmacêutico Responsável	Validar prescrições e autorizar dispensações de medicamentos. Supervisionar o processo de separação e conferência. Garantir o cumprimento das normas da ANVISA.
Coordenador de Suprimentos / Almoxarifado	Supervisionar a distribuição de materiais não assistenciais e correlatos. Controlar cronogramas de entrega e níveis de estoque.
Auxiliar de Farmácia / Almoxarifado	Realizar separação, conferência e registro dos itens dispensados. Etiquetar e acondicionar os produtos conforme classificação (LASA, MAV, controlados, perecíveis, etc.).
Equipe de Enfermagem / Setores Requisitantes	Realizar requisições eletrônicas dentro do prazo, receber, conferir e registrar o recebimento dos itens. Manter controle de consumo e devolução de excedentes.
Gestor da Unidade	Garantir a utilização racional dos insumos e comunicar irregularidades ou não conformidades.

4. Documentos de referência

Manual de Suprimentos – Instituto Social Mais Saúde

Manual de Compras, Contratações de Serviços e Obras – ISMS

RDC nº 430/2020 – ANVISA – Armazenamento e transporte de medicamentos

RDC nº 786/2023 – ANVISA – Boas práticas de distribuição e dispensação

Portaria nº 344/1998 – MS – Controle de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial

Protocolo de Segurança para Medicamentos de Alta Vigilância (MAV) – ISMS

Protocolo LASA – Medicamentos com grafia e som semelhantes – ISMS

6. Procedimento operacional padrão

6.1 Solicitação de Materiais e Medicamentos

As requisições devem ser realizadas via sistema informatizado (PR/TASY), conforme cronograma institucional de atendimento. Solicitações emergenciais devem ser justificadas e autorizadas pela coordenação da unidade requisitante.

6.2 Separação e Conferência

O colaborador designado realiza a separação dos itens conforme requisição e prioridade assistencial. Em seguida, outro colaborador realiza a dupla conferência (código, lote, validade e quantidade). Medicamentos controlados e MAV devem ser conferidos sob supervisão do farmacêutico.

6.3 Acondicionamento e Transporte Interno

Os produtos são acondicionados conforme sua classificação e requisitos de conservação (temperatura, umidade, luz). Medicamentos termolábeis devem ser transportados em caixas isotérmicas com controle de temperatura entre 2°C e 8°C.

6.4 Entrega e Recebimento

A entrega deve ocorrer conforme cronograma de distribuição. O responsável do setor requisitante deve conferir os itens e assinar o comprovante de recebimento eletrônico. Divergências devem ser registradas imediatamente no sistema e comunicadas à coordenação de Suprimentos e Farmácia.

6.5 Registro e Rastreabilidade

Todas as etapas do processo devem ser registradas no sistema informatizado, garantindo rastreabilidade total do item até o paciente ou setor usuário.

6.6 Armazenamento nos Setores

Os setores requisitantes são responsáveis por manter os itens recebidos em condições adequadas de armazenamento, conforme o tipo de produto.

7. Indicadores de controle

Taxa de atendimento de requisições no prazo (%)

Taxa de divergência entre requisições e entregas (%)

Índice de devolução de materiais (%)

Taxa de medicamentos vencidos ou inutilizados (%)

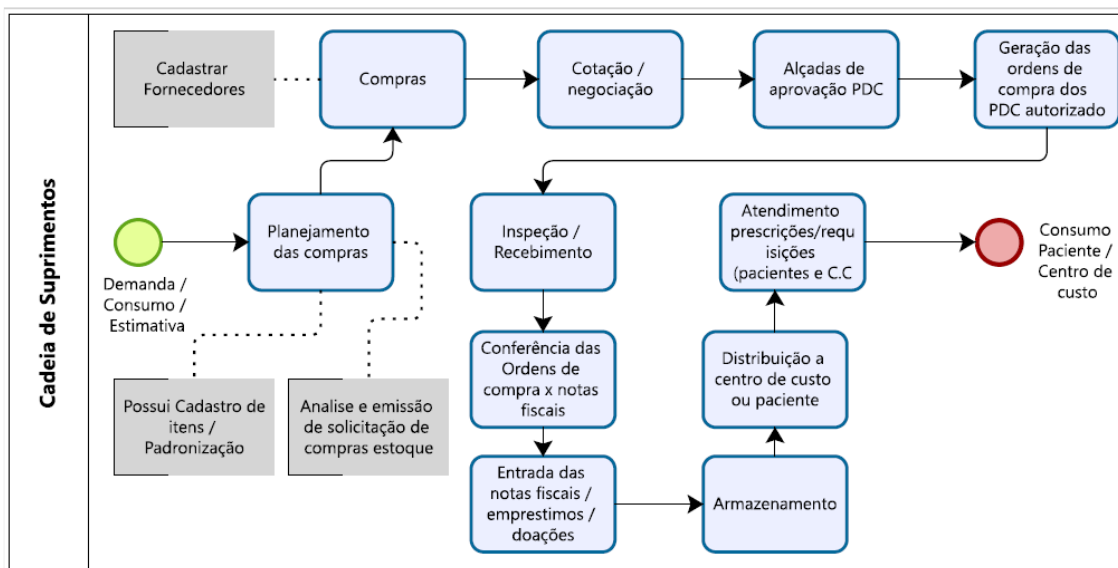
Tempo médio de ciclo de dispensação (em horas)

10.Revisão

Periodicidade: Anual ou sempre que houver alteração de processo, estrutura ou legislação.

Responsável pela revisão: Coordenação de Suprimentos e Farmácia.

Fluxograma do ciclo de Dispensação para os setores



Atendimento De Requisição

Horário de atendimento de requisições: De segunda a sexta feira das 08 às 17hr. As requisições deverão ser solicitadas conforme Cronograma de Atendimento do Almoxarifado e Caf. **As instruções estão localizadas na (Intranet/ processo Compras)**, em caso de urgência contatar o Gestor de almoxarifado para autorizar ou plantão administrativo.

Nota: Não é permitido adentrar ou retirar qualquer que seja o material sem autorização do Gestor de Suprimentos

Requisição Eletrônica: Solicitações de materiais ao estoque deverão ser geradas através de Requisição Eletrônica –

Após Liberação da área a requisição fica disponível para o Almoxarifado fazer atendimento e separação. Neste momento estas deverão ser efetivadas pelos colaboradores do almoxarifado conforme tela de Atendimento de Requisição de Material e impressa através do Relatório de Atendimento da Requisição. (Informar nome do separador).

Após a conclusão, o material deverá ser armazenado em área específica. Na sequência, de posse da RM é feita uma nova conferência por outro colaborador a fim de verificar se os produtos foram separados adequadamente. Somente após estas verificações é que o material ficará disponível para o colaborador de o almoxarifado entregar ou despachar conforme cronograma de atendimento do Almoxarifado Central. O colaborador que receber o material deverá datar assinar e colocar o seu nome legível.

Material Urgente: O solicitante deve requisitar o item separadamente dos demais itens, e mencionar no campo Observação, **“Material Urgente”**. O usuário deverá retirar o material no Almoxarifado.

Retirada de Material no Almoxarifado: No momento da retirada, o solicitante do material deverá conferir itens e escrever o nome legível e data na requisição. No final do expediente o colaborador do almoxarifado organizará todas as requisições. No dia seguinte, gera o Relatório de Requisição e verifica todos os lançamentos. Não havendo divergência, arquiva em ordem crescente por “RM”, acondicionando em caixa de arquivo morto por período de doze meses. Havendo divergência comunicar o Gestor do Almoxarifado para averiguar a causa e solucionar juntamente com os colaboradores do almoxarifado.

Devolução de Materiais ao Almoxarifado. Colaborador do Almoxarifado recebe a devolução, segrega em área específica de recebimento para conferência, verifica as condições do material, validade, quantidade e compara o código do item com o sistema informa informatizado. Estando de acordo o colaborador do Almoxarifado, faz estorno da requisição.

Separação de Material para Requisições Interna: Após gerar relatório de materiais, o colaborador do Almoxarifado / Caf faz separação dos itens solicitados na requisição via sistema informatizado, e no final, o colaborador deverá preencher campo separador seu nome e data.

Conferência de Materiais - Requisição Interna Central: Após separação de todos os itens conforme requisição será designado outro colaborador para efetuar conferência dos itens: Código, descrição e quantidade. Estando tudo OK, os materiais serão disponibilizados para entrega, com o preenchimento do nome do colaborador e data.

Nota: No caso de requisição de materiais Externos, os produtos separados serão embalados e na sequência entram no processo de cubagem e só depois, será agendada a data da coleta, via e-mail para setor Gestão de Compras.

Entrega de Requisição de Materiais Interno – Central: Após separação e conferência de todos os itens, o colaborador do Almoxarifado/ Caf efetiva entrega dos materiais ao setor solicitante e no final o solicitante deverá preencher campo recebedor seu nome e data.

Carrinhos de transporte Interno: Os carrinhos são de uso exclusivo para transporte de material do almoxarifado / Caf para os setores, sua manutenção é realizada de acordo o desgaste, a manutenção, quando necessária, é solicitada através do modulo: Ordem de Serviço via sistema Informatizado.

Solicitação de Ordem de Serviço Manutenção: Quaisquer serviços de Manutenção e reparos serão realizados mediante abertura de Ordem de Serviço no sistema informatizado ou manual

Computadores, Sistemas e Impressoras: A manutenção é realizada através de abertura de chamado -“Solicitação de suporte – no sistema informatizado ou manual.

Crerérios de Qualidade e Controle

Integridade do Medicamento: Todos os medicamentos devem ser conferidos no quanto à integridade das embalagens e à ausência de contaminação ou danificação, no momento de separação e entrega.

Validade: Garantir que nenhum medicamento seja administrado após a data de validade. O controle rigoroso de validade deve ser realizado em todas as etapas.

Rastreabilidade completa: Garantir que todos os lotes de medicamentos estejam registrados e rastreáveis desde o recebimento até a administração no paciente.

Considerações Finais

Treinamento: Todos os colaboradores devem ser periodicamente treinados sobre as boas práticas de rastreabilidade de medicamentos, com foco na conferência de lote e validade.

Auditorias: O setor de qualidade realizará auditorias regulares para garantir que os procedimentos de rastreabilidade estão sendo seguidos corretamente em todas as etapas.

Procedimentos de Emergência: Em caso de medicamentos fora da validade ou com lotes problemáticos, seguir o protocolo de recall ou devolução ao fornecedor, conforme orientações da Anvisa ou do fornecedor.

Plano De Gerenciamento Da Cadeia Medicamentosa

OBJETIVO

O papel da Farmácia no contexto hospitalar atual vai além da distribuição e dispensação de medicamentos.

O farmacêutico atual tem participação nos processos assistenciais, junto com a equipe multiprofissional na promoção do uso seguro de medicamentos, por meio de suporte técnico, na atuação da farmácia clínica, no apoio à construção e a adesão aos protocolos clínicos, e tem uma participação especial na informatização da prescrição eletrônica, que é deslumbrada como uma ferramenta necessária para sistematização assistencial.

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e dos riscos de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para redução da segurança do paciente.

A implantação de rotinas e processos com objetivo de reduzir erros humanos minimizando os erros de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes e de resultar em prejuízo para o paciente.

Desta forma, torna-se importante incluir estratégias como a padronização de processos, uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento.

DEFINIÇÕES E SIGLAS

Definições

LASA: Look Alike Sound Alike (Medicamentos com grafia some embalagem semelhante)

: Comissão de Farmácia e Terapêutica

ART: Antirretroviral

São aqueles que apresentam risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes, mesmo quando utilizados como previsto, em decorrência de falha no processo de utilização.

Siglas:

SN - Se necessário ACM – À critério Médico

ABRANGÊNCIA

Unidade Hospitalar

JUSTIFICATIVA

Este documento trata-se de processos envolvendo a promoção e inclusão da padronização das atividades, reduzindo o número de falhas. Garantindo a comunicação e segurança do paciente.

PROCEDIMENTOS

Responsável pela condução técnica, política e administrativa de todo processo de avaliação e incorporação de novos medicamentos. A CFT apresenta caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo selecionar medicamentos a serem utilizados no sistema de saúde.

Selecionar e padronizar os medicamentos;

Gerenciar, executar e supervisionar as atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e utilização de medicamentos);

Participar da elaboração dos protocolos para o uso seguro de medicamentos;

Elaborar e atualizar o guia farmacoterapêutico e outros documentos e ferramentas que contenham informações sobre medicamentos;

Participar da avaliação da farmacoterapia do paciente, segundo preceitos profissionais, técnicos e bioéticos;

Desenvolver as atribuições clínicas do farmacêutico, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde do paciente;

Participar das atividades de gerenciamento de risco e farmacovigilância.

SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

Para seleção dos produtos farmacêuticos tanto materiais como medicamentos, temos apoio de uma enfermeira e farmacêutica para tratativas e avaliação técnica, instituída a Comissão de Farmácia e Terapêutica e Comissão de Padronização de materiais hospitalares.

Para contribuir com a manutenção da integralidade assistencial, a farmácia participa da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), visita multiprofissional, Comissão de Padronização e Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Farmácia possui um conjunto de indicadores para o monitoramento da produtividade, eficiência e segurança dos processos que envolvem a utilização dos medicamentos.

QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES

Os fornecedores de medicamentos devem atender critérios de qualidade, possuir prazos de entrega satisfatórios, bem como atender requisitos técnico-administrativos do departamento de compras da instituição.

A avaliação de fornecedores realizada pelo Serviço de Assistência Farmacêutica do complexo verifica a capacidade do fornecedor em entregar medicamentos dentro dos requisitos de qualidade exigidos. O desempenho do fornecedor é acompanhado durante a fase da realização da compra, do recebimento e da utilização do produto. O registro da avaliação é realizado após cada processo de compra finalizado, ou seja, após o recebimento do medicamento no estoque. Para isso, é utilizada a ferramenta de checklist para compor as informações de avaliação no momento do recebimento do fornecedor.

- Condições de acondicionamento;
- Atraso na entrega;
- Identificação de CNPJ e Razão Social;
- Especificações de acordo com a padronização;
- ICMS identificado;

- Integridade da embalagem;
- Lotes;
- Marca/Fabricante de acordo com o comprado;
- Status do produto (medicamento regular);
- Temperatura adequada;
- Condições de transporte;
- Validade;
- Quantidade de acordo com o solicitado;
- Laudo técnico atestando a qualidade do produto.

RASTREABILIDADE

Para garantir a segurança da cadeia medicamentosa, a identificação do medicamento permite a sua rastreabilidade, sendo possível descrever a aplicação ou localização de um medicamento por meio de informações previamente registradas, como lote, fabricante e validade.

O sistema de identificação adotado permite a dispensação individualizada diretamente para o paciente, sendo possível rastrear o seu uso. Medicamentos controlados Portaria nº344/98, medicamentos de alta vigilância são unitarizados em sua totalidade, garantindo rastreabilidade do processo.

MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

Selecionamos um grupo de medicamentos como sendo de alta vigilância os quais devem ser utilizados com maior critério, por oferecerem maior risco aos pacientes, se utilizados incorretamente. Farmacêutico clínico dentro dos pacientes acompanhados no critério de elegibilidade avalia as prescrições, dispensações, reações e orienta quanto aos possíveis riscos envolvendo esta classe de medicamentos.

Barreiras de segurança foram adotadas visando aumentar a segurança no processo de utilização, como a cor diferenciada (laranja) como padrão de identificação dos medicamentos de alta vigilância, abrangendo as etiquetas de código, rótulos de identificação do medicamento a ser administrado, gavetas, armários, prateleiras, pallets e as caixas utilizadas no processo de armazenamento.

A lista dos medicamentos de alta vigilância está disponíveis na intranet para acesso e pesquisa de todos os colaboradores. O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, especialmente anticoagulantes, opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados deve ser limitado.

As doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição.

MEDICAMENTOS CONTROLADOS PELA PORTARIA N°344/98

Como barreira de segurança, foram adotadas medidas visando aumentar a segurança no processo de entrega e dispensação desta classe de medicamentos. Todas as entregas são realizadas diretamente para o enfermeiro bem como na farmácia somente o farmacêutico armazena, recebe e controla.

Os medicamentos controlados são entregues dentro de malote devidamente lacrados em mãos para o enfermeiro.

Seguimos as orientações regulatórias como controle por meio de contagens diárias, dispensação controlada, e armazenamento exclusivo em local trancado e chaveado com controle exclusivo dos farmacêuticos. Para os procedimentos cirúrgicos e de diagnóstico a dispensação é realizada em caixas lacradas de acordo com o agendamento. Confeção realizada com supervisão do farmacêutico.

Composição dos psico boxes, realizada em conjunto com enfermagem e revisada periodicamente.

Rotina de ronda farmacêutica para acompanhar o cuidado e controle no armazenamento dos medicamentos controlados Portaria n° 344/98.

NUTRIÇÃO PARENTERAL

As soluções parenterais são manipuladas internamente, por profissionais farmacêuticos. Após recebimento das prescrições o farmacêutico conforme horário acordado para entrega realiza a manipulação.

Entrega para conferência é realizada diretamente para enfermeira do setor.

MEDICAMENTO DE USO PRÓPRIO

No caso da utilização de medicamento próprio, ou seja, trazidos pelo próprio paciente é permitida se estiver em conformidade com o grupo de medicamentos, o

farmacêutico fica responsável pela validação destes medicamentos junto ao enfermeiro e paciente/responsável, fornecendo todas as informações pertinentes para cuidado e armazenamento, quando autorizado utilização. O farmacêutico deve validar informações como origem, data de validade, integridade das embalagens, aspecto e identificação do produto.

Após validação deve-se preencher o Termo de responsabilidade do medicamento trazido pelo paciente e colher as assinaturas.

Documento de validação de medicamento próprio fica fisicamente no prontuário do paciente para rastreios e acompanhamentos futuros, além das informações serem passadas para o prontuário eletrônico.

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

Promover o descarte seguro dos resíduos de medicamentos e garantir o cumprimento das normas sanitárias em todas as etapas do manejo: segregação, manuseio, armazenamento e destinação.

Orientar profissionais e gestores das áreas de assistência à saúde quanto ao cumprimento das normas sanitárias relacionadas aos resíduos de medicamentos e subsidiar a elaboração dos Planos de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

PRESCRIÇÃO MÉDICA

As prescrições médicas, são recebidas via sistema de informatizado hospitalar.

Toda prescrição médica é submetida à avaliação farmacoterapêutica (Portaria GM/MS 4283/2010), dentro de critério de elegibilidade do serviço de farmácia clínica, priorizando aquelas que contém antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, observando concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação.

Toda avaliação realizada pelo farmacêutico, as tratativas encontradas são evidenciadas no prontuário eletrônico.

Para os medicamentos prescritos em caráter "se necessário (S/N), após o aprazamento da enfermagem o medicamento é solicitado na porta da farmácia para atendimento ao paciente.

Toda a comunicação telefônica da equipe de farmacêuticos com médicos e enfermeiros são evoluídas em sistema para acompanhamento e controle da equipe multidisciplinar.

Prescrições médicas são aprazadas automaticamente, estando a enfermagem autorizada a solicitar reaprazamento.

Para auxílio ao farmacêutico no processo de análise da prescrição, cabe a utilização de programa informatizado com suporte terapêutico auxiliando na tomada de decisão, como:

Triagem para duplicidade terapêutica;

- 1.1 - Alergias;
- 1.2 - Interações medicamentosas;
- 1.3 - Intervalos de doses adequados;

- 1.4 - Alerta para doses superiores às máximas;
- 1.5 - Alertas para embalagens e sons semelhantes.

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

Deve-se seguir seguinte critérios para análise das prescrições, que são requisitos mínimos para preparo, dispensação e administração de medicamentos, sendo eles:

1 - Identificação do paciente Validade da prescrição	Identificar nome, data de nascimento, atentar-se se possui carimbo e assinatura do médico.
2 - Indicação	Analisar se a indicação do medicamento está de acordo com a condição clínica do paciente. Se há duplicidade terapêutica.
3 - Posologia	Confirmar dose, frequência, se necessário ajuste de dose, se necessário solicitar exames laboratoriais.
4 - Via de administração	Confirmar se a via de administração e apresentação está adequada.
5 - Diluição	Confirmar se diluição está de acordo com revisado no Manual institucional. Diluição deve estar adequada com dispositivo de acesso do paciente, diluente compatível com medicamento.
6 - Aprazamento	Horários estão de acordo com o intervalo prescrito.
7 - Interações medicamentosas	Há interação Fármaco x Fármaco ou Fármaco x Nutriente, Fármaco x Sonda.
8 - Reações adversas 9 - Eventos adversos a medicamentos	Analisar através das drogas de gatilho prescritas, as possíveis reações adversas. Todas as reações adversas a medicamentos devem ser notificadas, para controle e investigação.
10 - Medicamento trazido pelo paciente	Avaliar se existe equivalente terapêutico padronizado na instituição, quando não houver equivalente terapêutico ou não for aceito intervenção pelo médico prescritor, validar

	os medicamentos e solicitar compra do item não padronizado para atendimento integralmente do paciente durante sua internação.
11 - Análise protocolos	Analisar os pacientes atendidos pelos protocolos institucionais, conferindo medicamentos e dosagem prescrita, peso, idade e exames.

Análise da condição clínica do paciente, analisar de forma aprofundada os medicamentos prescritos, após análise de identificação de PRM, faz-se necessário realizar intervenção farmacêutica e documentá-la por meio do preenchimento de documento próprio de evolução farmacêutica.

ITENS DE VERIFICAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTO

Identificação do paciente

A identificação do paciente na prescrição deverá utilizar exclusivamente o nome completo do paciente. Para os pacientes que são admitidos nas Unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes), devem-se adotar nomes e códigos diferentes. A abreviatura “NI” (Não Identificado) ou outra abreviatura para todos os pacientes nessas condições não deve ser utilizada em virtude do risco de erro de medicação.

Identificação do prescritor

A identificação do prescritor deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Registro podendo ser manuscrito ou utilizando carimbo contendo os elementos de identificação. Identificação deve ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

Denominação dos medicamentos

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira. A utilização de códigos ou codinomes utilizados durante a fase de ensaios clínicos não devem ser utilizados para nominar medicamentos utilizados em estabelecimentos de saúde. Quando prescrito medicamento objeto de ensaio clínico, este deve ser identificado como tal, a partir do emprego da expressão “ensaio clínico”.

Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição, devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que diferencia, podendo ser letra maiúscula ou negrita, parametrizada no cadastro em sistema.

Exemplos de nomes semelhantes:

DOPamina e DOButamina;

ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA; Será divulgado através de uma lista padronizada e revisada para os colaboradores envolvidos no processo, para conhecimento e cultura da regra institucional.

Alergias

Deve-se registrar no prontuário eletrônico, com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores. O registro do relato de alergia na prescrição subsidia adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo assim a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico.

Observações

O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando a necessidade de informação completa, clara e precisa.

Padronização De Medicamentos

Estabelecer uma lista para acompanhamento e ciência de toda equipe do hospital, dos medicamentos padronizados, considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo. A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais da instituição.

Lista está devidamente separada por classe com a relação dos equivalentes terapêuticos para possíveis intervenções farmacêuticas.

Prescrição de medicamentos que estão padronizados no estabelecimento de saúde aumenta a segurança do uso, em virtude da maior familiaridade dos prescritores, farmacêuticos e equipe de enfermagem.

Importante destacar como objetivo do processo de padronização, observamos a racionalização do estoque, controle de materiais e medicamentos obsoletos, rastreabilidade e política de compras.

POSOLOGIA, DILUIÇÃO, VELOCIDADE DE INFUSÃO E VIA DE ADMINISTRAÇÃO

Posologia

A posologia desejada para o medicamento deve ser descrita observando-se as doses máximas preconizadas e a comodidade do paciente. Recomenda-se, dentro do possível prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, diminuindo assim riscos de erro de administração. A utilização de um menor número de doses diárias, facilita a adesão do paciente ao tratamento.

Diluição

Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo, a prescrição deverá conter informações sobre os diluentes (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos).

A reconstituição e diluição dos medicamentos é uma etapa importante que gera impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre efetividade do medicamento, em alguns casos a incompatibilidade leva a diminuição ou à perda farmacológica do medicamento.

Velocidade de infusão

Está associada a reações adversas clássicas. É indispensável a definição da velocidade de infusão na prescrição.

Via de administração

- Deve ser prescrita de forma clara, observando a via de administração recomendada pelo fabricante. O uso de abreviaturas deve ser restrito somente os utilizados no estabelecimento de saúde.

PRESCRIÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

São medicamentos que podem levar a danos graves ao paciente. Causam consequências importantes se administrados ao paciente errado, via errada ou dosagem errada.

Estes são identificados com etiquetas laranja. Os erros que podem acontecer com estes medicamentos não são os mais frequentes, porém suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou morte.

Deve-se divulgar uma lista dos medicamentos de alta vigilância, indicando as doses máximas desses medicamentos, forma de administração, indicação e dose atual.

O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos de alta vigilância deve ser limitado. As doses dos medicamentos devem ser duplamente checadas.

DISPENSAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS PORTARIA Nº344/98

Medicamentos controlados são dispensados em malotes devidamente lacrados, sua separação, baixa e armazenamento fica sob responsabilidade de um farmacêutico.

Toda movimentação do estoque e rotinas envolvendo medicamento controlado são tratados com supervisão de um farmacêutico ou diretamente por ele.

São sinalizados de forma a identificar no momento da separação os medicamentos desta classe, aumentando assim a atenção e cuidado no armazenamento e dispensação do medicamento.

PRÁTICA SEGURA PARA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Os sistemas de distribuição de medicamentos em hospitais podem ser classificados em:

- Coletivo;
- Individualizado;
- Misto;
- Dose unitária;
- Sistema automatizado. O tipo de sistema de distribuição adotado tem relação direta com a frequência de erros.

O sistema de distribuição por dose unitária consiste na distribuição dos medicamentos com doses prontas para a administração de acordo com a prescrição médica do paciente. A dose do medicamento é embalada, identificada e dispensada pronta para ser administrada, sem necessidade de transferências, cálculos e manipulação prévia por parte da enfermagem antes da administração ao paciente.

Nas unidades de internação são estocados apenas os medicamentos para atendimento de emergências e as doses necessárias para suprir as 24 horas de tratamento dos pacientes. Nesse sistema, os medicamentos também poderão ser dispensados por horário de administração, reduzindo a quantidade e variedade de medicamentos nas unidades de internação.

ITENS DE VERIFICAÇÃO PARA A DISTRIBUIÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS

Para garantir maior segurança ao processo de dispensação e o adequado fluxo de trabalho, o ambiente destinado à dispensação deve:

Ser reservado;

Contar com fluxo restrito de pessoas;

Ser tranquilo, sem fonte de interrupção e distração (tais como televisão, rádio e outras).

Os ambientes da farmácia onde são armazenados e dispensados os medicamentos devem ser limpos, organizados, bem iluminados e com adequado controle e registro de temperatura, umidade e controle de pragas. A dispensação segura nos estabelecimentos de saúde deverá ser precedida pelas seguintes atividades:

Seleção, padronização, aquisição, recebimento, armazenamento, fracionamento, identificação segura dos medicamentos.

O número de apresentações e concentrações de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, padronizados na instituição, deve ser restrito e suas doses máximas estabelecidas e divulgadas.

O estabelecimento de saúde deverá realizar ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, para farmacêuticos e auxiliares de farmácia, com foco na segurança do uso de medicamentos, envolvendo os processos de: seleção, padronização, armazenamento, fracionamento, análise farmacêutica da prescrição e dispensação dos medicamentos.

O estabelecimento de saúde deverá manter farmacêuticos e auxiliares de farmácia em número suficiente para permitir a dispensação segura de medicamentos.

ESTRATÉGIAS PARA DISPENSAÇÃO SEGURA RELACIONADAS AO ARMAZENAMENTO

O ambiente no qual é realizada a dispensação de medicamentos deve possuir as condições adequadas (temperatura, iluminação, umidade, ruído) para o armazenamento e dispensação segura de medicamentos.

Restrição de acesso, medidas de restrição de acesso deverão ser estabelecidas, para o armazenamento de produtos que possibilitam riscos elevados de troca (em virtude de similaridade de nomes e apresentação), bem como os medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e aqueles com sons, grafias e embalagens semelhantes.

BOAS PRÁTICAS DE ARMAZENAMENTO

A farmácia deve seguir as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos e possuir padrões atualizados que definam regras para o armazenamento, privilegiando a segurança no processo de dispensação. Pode-se lançar mão de ordenamento alfabético e/ou por forma farmacêutica associado à identificação, com etiquetas coloridas dos medicamentos com elevado risco de troca e os potencialmente perigosos/alta vigilância.

Deve-se identificar os locais de armazenamento de medicamentos que apresentam grafias e sons semelhantes, com etiquetas de alerta que proporcionem a escrita de parte do nome do medicamento com letras maiúsculas e em negrito, destacando-se a diferença entre nomes parecidos, como, por exemplo:

ESTRATÉGIAS PARA DISPENSAÇÃO SEGURA RELACIONADAS À PRESCRIÇÃO

Realizar a análise farmacêutica das prescrições (Portaria GM/MS 4283/2010), priorizando aquelas que contêm antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância. Observando concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação.

Com base nos dados da prescrição, devem ser registrados os cálculos necessários ou a manipulação da formulação prescrita verificando a aplicação dos fatores de conversão, correção e equivalência, quando for o caso, sendo checados e assinados pelo farmacêutico.

Recomenda-se, para auxílio do farmacêutico no processo de análise da prescrição, a utilização de programa informatizado com suporte terapêutico que incorpore adequado conjunto de verificações automatizadas em prescrições, tais como:

Triagem para duplicidade terapêutica;

Alergias,

Interações medicamentosas;

Intervalos adequados;

Alerta para doses superiores às máximas;

Alertas para nomes semelhantes, entre outros;

Fonte de ruídos e distrações devem ser reduzidas e eliminadas no momento da análise e dispensação dos medicamentos e o ambiente de dispensação deve ser restrito a essa atividade.

Preconiza-se adotar rótulos diferenciados, notas em sistema informatizado e cartazes de alerta no local de armazenamento e dispensação de medicamentos com elevada propensão a trocas.

Recomenda-se a implantação de sistemas seguros, organizados e eficazes de dispensação para reduzir a ocorrência de erros, privilegiando a dispensação por dose individualizada e unitária, com controle por código de barras ou equivalente superior, de modo a assegurar a rastreabilidade do lote, fabricante e validado dos medicamentos e produtos para saúde.

Em farmácias ambulatoriais e hospitalares, as etapas de recebimento da prescrição, separação e dispensação dos medicamentos ao paciente devem ser realizadas com dupla conferência dos medicamentos em ambiente exclusivo para essa finalidade.

Deve-se elaborar e disponibilizar procedimentos operacionais atualizados para dispensação de medicamentos, com destaque especial para os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

MONITORAMENTO E INDICADORES ESTRATÉGICOS

Todos os monitoramentos e indicadores estão relacionados a atividades estratégicas do farmacêutico clínico e farmacêuticos operacionais, a fim de garantir cuidado e segurança na cadeia medicamentosa.

Indicadores e monitoramentos acompanhados:

INDICADOR E MONITORAMENTO
Taxa de avaliação farmacêutica
Taxa de adesão à Intervenções farmacêuticas
Taxa de intervenções farmacêuticas realizadas
Taxa de reconciliação medicamentosa admissão
Taxa de orientação farmacêutica na alta hospitalar
Taxa de erro de prescrição
Notificações à farmacovigilância
Número de prescrições analisadas
Número de itens por prescrição

MONITORAMENTO
Reaprazamento
Diluição
Dosagem
Duplicidade
Forma Farmacêutica
Indicação
Suspensão
Posologia
Frequência
Via de adm
Interação FXF
Interação FXA
Interação FXS

O processo de uso dos medicamentos (prescrição, dispensação e administração) deve estar devidamente descrito em procedimentos operacionais padrão, atualizados e divulgados para os profissionais.

PRÁTICAS SEGURAS NO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

As áreas físicas da Farmácia possuem condições de temperatura, iluminação e umidade adequadas para armazenamento e dispensação segura de medicamentos. O acesso ao local é restrito aos funcionários.

Os medicamentos são acondicionados em conformidade com as Boas Práticas de Armazenamento, sob condições que garantam a sua integridade, qualidade, segurança e eficácia e de acordo com o preconizado pelas normas sanitárias e especificações dos fabricantes.

Os medicamentos são armazenados por ordenamento alfabético e por forma farmacêutica. São fracionados e/ou individualizados sem serem retirados de sua embalagem primária e são identificados com etiquetas de códigos de barras ou data matrix, contendo informações como código interno do produto, nome do princípio ativo, concentração, forma farmacêutica, data de validade e lote.

Para evitar que erros de prescrição resultem em erros de dispensação, o farmacêutico analisa as prescrições médicas antes do início da separação dos medicamentos, observando-se dose, posologia, via de administração, diluições, incompatibilidades, duplicidades e duração do tratamento.

Esclarecimentos de dúvidas e confirmações são realizados diretamente com membros da equipe médica, sendo as intervenções devidamente registradas.

PREPARO

Consiste na técnica de manipulação dos medicamentos para administrar ao paciente, de acordo com a prescrição e dispensação. Envolve amplo conhecimento prévio sobre a droga (ações e reações), a conferência da prescrição com o medicamento a ser preparado, a realização de cálculos, diluições, a completa identificação e a escolha de materiais e equipamentos apropriados para a administração. Para auxiliar no preparo

seguro das medicações são disponibilizadas algumas ferramentas como: tabela de diluição de medicação endovenosa, tabela de diluição de medicamentos por hipodermoclise e compatibilidade de drogas e tabela de preparo e administração de medicamentos via sonda nasogástrica e sonda nasoentérica.

ADMINISTRAÇÃO

Consiste na aplicação de medicamentos ao paciente. Todo profissional de saúde, ao administrar um medicamento, deve sempre checar os "9 certos":

- Paciente certo
- Medicação certa

- Dosagem certa
- Via certa
- Horário certo
- Registro certo
- Abordagem certa
- Forma farmacêutica certa
- Monitoramento certo

AValiação Técnica da Prescrição

A primeira avaliação farmacoterapêutica será realizada em até 72h da admissão hospitalar para todos os pacientes internados nas UTI'S conforme critério de elegibilidade, sendo Pediatria e Adulto, desta forma a reavaliação da prescrição ocorre diariamente.

Neste primeiro momento será realizada uma visita no leito para anamnese farmacêutica com o paciente e/ou acompanhante. Serão solicitadas informações sobre antecedentes do paciente relevantes a farmacoterapia do mesmo, possíveis alergias medicamentosas, reações adversas prévias, tabagismo, etilismo e adesão ao tratamento, além de informações sobre medicamentos de uso contínuo e forma de aquisição destes.

Caso o paciente utilize algum medicamento não padronizado e seja mantido durante a internação, ou seja, foi conciliado, este será avaliado e serão realizadas orientações pertinentes, como o fluxo de uso de medicamento não padronizado na instituição (ser mantido no posto de enfermagem devidamente identificado com a etiqueta do paciente, com devolução na alta hospitalar), necessidade de trazer mais para uso na internação ou avaliar solicitação de compra pela instituição de acordo com o tempo de internação do paciente, cuidados de armazenamento ou outras que forem necessárias.

Caso o paciente traga algum medicamento vencido, será orientado sobre a importância de verificar a validade do medicamento e as consequências do uso dele. Será orientado sobre o descarte correto de medicamentos e solicitada autorização para descarte dele.

RECONCiliação Medicamentosa

O objetivo da reconciliação medicamentosa é reduzir divergência na prescrição, como duplicidades ou omissões de medicamentos.

Além do médico, os farmacêuticos e a equipe de enfermagem também atuam diretamente na terapia medicamentosa e, portanto, participam da rotina de reconciliação medicamentosa.

Na admissão o enfermeiro relaciona os medicamentos que o paciente faz uso em domicílio, recolhe receitas anteriores e medicamentos em posse do paciente. A lista de medicamentos utilizados em domicílio é inserida no prontuário eletrônico.

O farmacêutico, durante o acompanhamento do paciente, elabora uma lista atualizada dos medicamentos utilizados pelo paciente em casa e compara com as prescrições médicas feitas na admissão. Para a elaboração da lista, são utilizadas as informações obtidas em prontuário e em entrevista com o paciente.

VALIDAÇÃO DE MEDICAMENTO PRÓPRIO

Os pacientes não devem permanecer com seus medicamentos próprios durante a internação, pois há o risco de:

Utilização de doses duplicadas, quando administradas pela equipe de enfermagem e paralelamente pelo acompanhante ou pelo próprio paciente.

Uso de medicamentos não indicados para a condição clínica atual do paciente.

Os medicamentos próprios que permanecem sendo prescritos pelo médico como “medicamentos não padronizados” e, portanto, devem ser administrados ao paciente, são recolhidos pela equipe de enfermagem, devidamente identificados com os dados do paciente e acondicionados no posto de enfermagem.

O processo de solicitação de validação do medicamento de uso próprio é realizado pelo sistema através da evolução do paciente ou diretamente pelo enfermeiro em contato com farmacêutico na farmácia satélite. O farmacêutico tem como rotina realizar a validação farmacêutica dos medicamentos, avaliando questões técnicas, estabilidade, aspectos gerais do medicamento, avaliar validade, integridade da embalagem.

Após validação do medicamento de uso próprio do paciente, o farmacêutico preenche um documento específico e evolui as informações no prontuário eletrônico.

A administração desses medicamentos deve ser realizada exclusivamente pela equipe de enfermagem após consentimento e conciliação do médico prescritor.

FARMACOVIGILÂNCIA / NOTIFICAÇÃO REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO

A farmacovigilância é definida como a “ciência e atividades relacionadas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos.”

A farmacovigilância identifica, avalia e monitora a ocorrência dos eventos adversos relacionados a medicamentos utilizados na população após o registro, com objetivo de garantir que os benefícios relacionados ao uso desse produto sejam maiores do que os riscos por ele causados.

O farmacêutico clínico realiza a busca ativa junto as drogas de gatilho, a fim de garantir que sejam notificadas todas as possíveis reações adversas envolvendo medicamento.

Realiza as notificações espontâneas de RAM.

Junto a outros profissionais o farmacêutico realiza a busca ativa e notifica as reações adversas a medicamentos encontradas, analisa as reações adversas moderadas e graves de qualquer origem, aplicamos o Algoritmo de Naranjo.

Os sistemas dependem das notificações voluntárias de suspeitas de RAM, feitas por profissionais de saúde, fabricantes e pelos próprios usuários de medicamentos para detecção precoce de potenciais danos causados pelos medicamentos. Essas notificações

dependem da iniciativa e motivação daqueles que as observam, e a subnotificação constitui a principal limitação desses sistemas, trazendo incertezas quanto às suas taxas e frequências.

A subnotificação compromete a identificação de sinais, e consequentemente a tomada de decisões para a manutenção do uso racional e seguro de medicamentos, com um apropriado balanço entre riscos e benefícios.

ORIENTAÇÃO ALTA HOSPITALAR

Como parte do serviço de farmácia clínica, serão acompanhados pacientes dentro dos critérios de elegibilidade para orientação farmacêutica na alta hospitalar.

Estes pacientes serão orientados no momento da alta, com informações de uso, cuidado, armazenamento, controle de validade, adesão ao tratamento e possíveis reações.

Através de uma tabela padronizada o farmacêutico fará os ajustes de informação para orientar o paciente e todas as orientações serão passadas em prontuário para acompanhar o cuidado e segurança do paciente.

NOVAS MOLÉCULAS

Temos na instituição a Comissão de Padronização de materiais e medicamentos, tendo como objetivo principal coordenar o processo de avaliação de materiais médico hospitalares e medicamentos novos e/ou similares aos padronizados.

Responsável por promover a interação entre os diversos setores, oferecendo informações às áreas assistenciais e administrativas. Oferecendo suporte adequado sobre os produtos padronizados e não padronizados.

Monitorar a segurança sanitária dos medicamentos e materiais, notificando os fornecedores e órgãos sanitários.

Quando solicitado padronização de novas moléculas, deve se preencher documento próprio da Comissão, para que seja discutido com todos os membros a fim de garantir que todos os estudos de viabilidade, economia esteja sendo viáveis para aquisição dos medicamentos ou materiais solicitados.

INDICADOR DE PROCESSO

TAXA DE AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO

Cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de prescrições avaliadas}}{\text{Total de pacientes internados}} \times 100$

TAXA DE INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS REALIZADAS

Cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de intervenções}}{\text{Total de prescrições avaliadas}} \times 100$

TAXA DE ADEÇÃO ÀS INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS

Cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de intervenções aceitas}}{\text{Total de intervenções realizadas}} \times 100$

Total de intervenções realizadas

TAXA DE ERRO DE PRESCRIÇÃO

Cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ prescrições avaliadas com erro}}{\text{Total de prescrições avaliadas}} \times 100$

TAXA DE RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA NA ADMISSÃO

Cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ reconciliação medicamentosa na admissão}}{\text{Total de pacientes do critério}} \times 100$

TAXA DE ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ medicamentos administrados com erro}}{\text{Total de medicamentos administrados}} \times 100$

INDICADOR DE RESULTADO

TAXA DE EVENTOS ADVERSOS DEVIDO FALHA NA TERAPIA MEDICAMENTOSA DURANTE INTERNAÇÃO.

Cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ EA notificados relacionados à falha na terapia medicamentosa do paciente na internação}}{\text{Total de pacientes internados na internação}} \times 100$

Total de pacientes internados na internação

TAXA DE EVENTOS ADVERSOS DEVIDO FALHA NA TERAPIA MEDICAMENTOSA DO PACIENTE DURANTE A PERMANÊNCIA NO PRONTO SOCORRO

Cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ EA notificados relacionados à falha na terapia medicamentosa do paciente no P.S}}{\text{Total de pacientes atendidos no PS}} \times 100$

TAXA DE EVENTOS ADVERSOS DEVIDO FALHA NA TERAPIA MEDICAMENTOSA DO PACIENTE DURANTE A PERMANÊNCIA NO AMBULATÓRIO

Cálculo: N° EA notificados relacionados à falha na terapia medicamentosa no paciente no ambulatório x 100

Total de pacientes atendidos no ambulatório no mesmo período

CONSIDERAÇÕES GERAIS

As situações excepcionais não previstas no presente documento serão discutidas e solucionadas pela assistência farmacêutica, bem como as respectivas áreas envolvidas.

É de responsabilidade de todas as lideranças de equipe multiprofissional o conhecimento e comprometimento com esse documento, orientando seus colaboradores quanto as exigências descritas no presente.

É de responsabilidade da Equipe Multiprofissional conhecer e cumprir os procedimentos descritos neste documento.

Conforme parecer COREN-SP 040/13, Dula checagem:

"O enfermeiro pode realizar dupla checagem sobre todos os procedimentos executados pelos membros da equipe de enfermagem, inclusive sobre os enfermeiros. A equipe de enfermagem de nível médio deverá realizar a dupla checagem sobre a equipe da mesma categoria."

São atribuições da assistência farmacêutica, avaliar a prescrição médica analisando medicamentos de alto risco, verificar dose, posologia, via de administração, diluentes, tempo de infusão e concentração;

REFERÊNCIAS

Portaria n° 220 de 21 de setembro de 2004;

https://bvsmis.saude.gov.br/politica_medicamento;

Conselho federal de Farmácia

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Uso seguro de medicamentos.

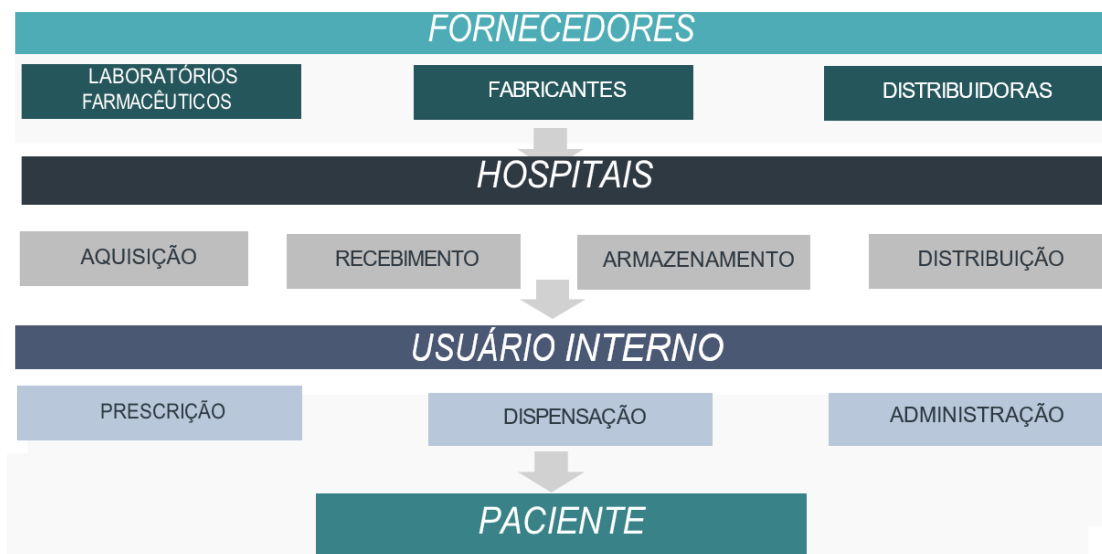
DATA		
000	01/12/2020	Criação do Documento.
001	01/06/2023	Documento atualizado

Instrução De Trabalho- Qualificação De Fornecedores**OBJETIVO:**

Implantar a Comissão Técnica de Qualificação de Fornecedores, como um processo de garantia da qualidade dos medicamentos e insumos

- Reduzir número de devoluções por não-conformidade técnica;
- Assegurar a qualidade dos medicamentos e insumos durante o processo de aquisição e recebimento;
- Reduzir número de entregas fora do prazo;
- Implantar lista de qualificadores qualificados, não qualificados e em espera de melhorias;
- Implantar rotinas e ferramentas de controle de qualidade;
- Avaliar continuamente o processo e apresentar necessidade de melhoria através de indicadores.

CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**CADEIA DE SUPRIMENTOS HOSPITALAR**



PRINCÍPIOS NA GESTÃO LOGÍSTICA

Avaliar potenciais fornecedores, e estes devem ser pré-qualificados e aqueles selecionados devem ser monitorados através de um processo que considere a qualidade do produto, confiabilidade do serviço, tempo de entrega e viabilidade.

Os procedimentos de qualificação de fornecedores devem incluir todas as garantias que os medicamentos e produtos de saúde sejam de alta qualidade e de acordo com os padrões internacionais.

PROCESSOS CRÍTICOS

Atividade logística que garantam níveis de estoque e qualidade dos produtos adquiridos, onde o processo de aquisição garanta que somente fornecedores idôneos, que cumpram normas e legislação vigente estejam aptos a fornecerem para os hospitais.

Recebimento e estocagem dos produtos garantam que somente produtos dentro das especificações técnicas e legais sejam recebidos e a estocagem seja feita de modo a garantir a eficácia, segurança e controle adequado.

PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES



INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO



ASPECTOS LEGAIS / FASE ELIMINATÓRIA

Avaliação dos aspectos legais relacionados ao funcionamento de qualquer empresa, assim como aqueles necessários àquelas que processem medicamentos e produtos de saúde.

Avaliação é realizada através do envio das documentações requisitadas ao fornecedor em avaliação pelo hospital, que então, através de um comitê de qualificação de fornecedores, avaliará os documentos.

CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO – FASE CLASSIFICATÓRIA

Condições de armazenamento:

Avaliação através de uma visita técnica pelo comitê de qualificação de fornecedores seguindo um roteiro.

Avaliados fatores como: Local de armazenamento, controle de umidade e temperatura, controle de vetores e pragas, disposição e espaço físico adequado.

A cada quesito pode ser considerado uma nota que formarão um conceito final.

Cada avaliador atribui sua nota individualmente e, ao final do processo a média ponderada configura o conceito final em cada quesito.

CONDIÇÕES DE ENTREGA – FASE CLASSIFICATÓRIA

Após o processamento do primeiro pedido, procede-se a avaliação da entrega onde são avaliados diversos quesitos no que tange as condições de transporte, avaliação dos entregadores e avaliação da nota fiscal.

Avaliação do controle de umidade e temperatura dos veículos utilizados se necessário, condições higiênico-sanitárias, paramentação dos entregadores, número de itens e valor da nota fiscal e cumprimento do prazo de entrega

A avaliação será realizada pelos responsáveis pelo recebimento dos materiais no hospital, após treinamento.

CONDIÇÕES DOS PRODUTOS DE SAÚDE - FASE CLASSIFICATÓRIA

Devem ser aquelas especificadas na legislação pertinente, assim como produtos amassados ou danificados devem ser notificados.

Em caso de irregularidades do produto em relação às especificações preconizadas na legislação, deve-se utilizar o formulário de queixa técnica para notificação à ANVISA.

COMITÊ DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

- 1 FARMACÊUTICOS – SETOR LOGÍSTICA;
- 1 FARMACÊUTICO – FARMÁCIA CLÍNICA
- 2 ENFERMEIROS
- 1 MÉDICO CIRURGIÃO
- 1 MÉDICO CLÍNICO

SELEÇÃO DOS FORNECEDORES

- ✓ PESQUISAR FORNECEDORES POTENCIAIS
- ✓ ESTABELECE CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES
- ✓ AVALIAR E SELECIONAR
- ✓ CADASTRAR OS FORNECEDORES SELECIONADOS;
- ✓ ACOMPANHAR O DESEMPENHO DO FORNECIMENTO

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES

- **QUALITATIVA;**

Nenhuma ou pequena % de lotes entregues com problema ou má-qualidade; Nenhuma ou pequena % de entregas com atraso;

➤ **QUANTITATIVA;**

Estabelecer indicadores de qualidade e de entrega; Estabelecer um critério de aceitação;

Auto avaliação: Avaliação do sistema de garantia de qualidade por meio de formulário sendo necessário que o fornecedor encaminhe evidências.

➤ **CERTIFICAÇÃO;**

Fornecedor aceito por possuir certificação do sistema de garantia de qualidade emitida por empresa

credenciada segundo uma norma de referência;

➤ **AUDITORIA;**

Auditoria de produto; Auditoria de processo; Auditoria de sistema;

PROCESSO DE AUDITORIA

Homologação

Escolha de fornecedores

Agendamento de visita técnica

Auditoria

Fechamento do relatório

Elaboração do parecer técnico

ASPECTO DE AUDITORIA

- Documentos da empresa;
- Certificação: ANVISA – I S O – FDA
- Aspectos físicos;
- Controle de qualidade;
- Produção;
- Fluxo operacional;
- Armazenamento;
- Transporte;

- Rastreabilidade;
- Relatórios de não conformidade;
- Normas e procedimentos;
- Treinamento;
- Missão da empresa;

RESULTADOS DE AUDITORIA

- QUALIFICADO
- NÃO QUALIFICADO
- NECESSITANDO DE MELHORIAS

APROVAÇÃO FINAL

Com todas as informações coletadas e revisadas, é possível fazer a aprovação final e homologação do fornecedor.

Caso o mesmo não atenda as expectativas, ele poderá ser recusado ao longo de todas as etapas da qualificação.

Para uma saúde financeira e sucesso nos processos hospitalares, depende da otimização de processos e investimentos inteligentes em processos, produtos e pessoas.

Manual De Administração De Medicamento Por Acesso Enteral

OBJETIVO:

Este manual tem como objetivo fornecer orientações detalhadas e procedimentos adequados para a administração de medicamentos por acesso enteral, garantindo a segurança e eficácia do tratamento, além de minimizar os riscos associados ao processo.

2. DEFINIÇÕES:

Acesso Enteral: Refere-se ao uso de sondas ou dispositivos inseridos diretamente no trato gastrointestinal para a administração de medicamentos ou alimentação. Os acessos enterais mais comuns são a sonda nasogástrica (SNG), a sonda nasoenteral (SNE), a gastrostomia (PEG) e a jejunostomia.

Medicamento Enteral: Medicamento administrado por via enteral, ou seja, que entra diretamente no sistema digestivo através de uma sonda.

Sonda Nasogástrica (SNG): Sonda que passa do nariz até o estômago, usada temporariamente para a administração de medicamentos e alimentação.

Sonda Nasoenteral (SNE): Similar à SNG, mas a sonda avança até o intestino delgado, sendo indicada para pacientes com risco de aspiração.

Gastrostomia (PEG) e Jejunostomia: Procedimentos cirúrgicos para inserção de sondas diretamente no estômago ou intestino delgado, utilizadas para pacientes que necessitam de nutrição ou medicação enteral por longo prazo.

3. TÉCNICAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR ACESSO ENTERAL:

Preparação do Medicamento:

Verificar a Prescrição Médica: Antes de administrar qualquer medicamento, é essencial verificar a prescrição médica, incluindo o nome do medicamento, a dose, a frequência, e o horário da administração.

Escolha da Forma Farmacêutica Adequada: Priorizar medicamentos que sejam solúveis e adequados para administração por via enteral. Se o medicamento não for formulado para esse tipo de administração, pode ser necessário utilizar a forma líquida ou triturar comprimidos (se permitido). No entanto, é importante que a decisão de triturar ou abrir cápsulas seja orientada pelo farmacêutico, já que alguns medicamentos podem perder a eficácia ou causar efeitos adversos ao serem modificados.

Diluição dos Medicamentos: Alguns medicamentos devem ser diluídos antes da administração. Isso deve ser feito de acordo com as orientações do fabricante ou prescrições médicas.

Equipamento Necessário:

- Sonda enteral (nasogástrica, nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia)
- Seringas (de 20 ml ou 60 ml)
- Frasco de medicamento
- Água filtrada (para irrigação da sonda)
- Luvas descartáveis
- Compressas ou gazes para limpeza
- Fita adesiva ou fixador para a sonda
- Dispositivo de aspiração (caso necessário)

Procedimento de Administração:

Posicionamento do Paciente:

O paciente deve ser colocado na posição semissentada (aproximadamente 30° a 45°) para reduzir o risco de aspiração e facilitar o trânsito do medicamento pelo trato digestivo.

Verificação da Posição da Sonda:

Caso a sonda tenha sido colocada há mais de 4 horas, deve-se verificar sua posição. Isso pode ser feito por aspirado do conteúdo gástrico e verificação do pH (deve ser ácido, com pH inferior a 5,5 para sondas gástricas) ou por ausculta com insuflação de ar.

Preparação para a Administração:

Lavar as mãos e utilizar luvas descartáveis.

Preparar o medicamento conforme a prescrição (diluindo ou triturando, quando necessário).

Usar uma seringa adequada para a administração, conectando-a à sonda.

Administração do Medicamento:

Medicamentos Líquidos: Conectar a seringa ao acesso enteral e administrar lentamente o medicamento por gravidade ou compressão suave da seringa.

Medicamentos Triturados ou em Forma Sólida: Caso o medicamento precise ser triturado, misture bem com um pequeno volume de água antes de administrar.

Administrar o medicamento em pequenas quantidades para evitar o entupimento da sonda.

Irrigação Pós-Administração:

Após a administração de cada medicamento, é essencial irrigar a sonda com aproximadamente 20 ml de água (ou a quantidade recomendada pelo protocolo hospitalar) para garantir que o medicamento passe completamente e que a sonda não se obstrua.

Fixação da Sonda:

Após a administração, garantir que a sonda esteja bem fixada ao paciente para evitar deslocamentos ou lesões nas mucosas. A fixação deve ser feita de maneira confortável e segura.

Cuidados Pós-Administração:

Monitoramento do Paciente: Após a administração, monitorar sinais vitais e a tolerância do paciente ao medicamento (sem reações adversas, como náuseas ou dificuldades respiratórias).

Registro de Administração: Registrar no prontuário do paciente todos os medicamentos administrados, com a dose, a hora e qualquer observação relevante (como efeitos adversos ou dificuldades durante o procedimento).

4. CUIDADOS E PRECIPAÇÕES:

Obstrução da Sonda: Pode ocorrer devido à administração inadequada do medicamento ou pela falta de irrigação. Sempre realizar a irrigação da sonda após a administração de medicamentos e antes e depois de cada alimento ou medicamento.

Aspiração Pulmonar: Para evitar a aspiração do medicamento para os pulmões, a posição do paciente deve ser monitorada de forma rigorosa durante a administração e até 30 minutos após o procedimento.

Interações Medicamentosas: Alguns medicamentos podem ter interações entre si ou com alimentos. Verificar se o medicamento administrado interage com outros tratamentos que o paciente esteja utilizando.

Medicamentos Não Compatíveis com a Administração Enteral: Nem todos os medicamentos são adequados para administração por sonda. Medicamentos oleosos, que podem causar obstruções ou danos ao trato digestivo, devem ser evitados, a menos que indicado pelo médico.

Higienização Adequada: A sonda deve ser mantida limpa para evitar infecções e obstruções. Lave as mãos e use luvas descartáveis antes de manusear a sonda. Limpe regularmente a região de inserção da sonda.

5. MANUTENÇÃO DA SONDA ENTERAL:

Verificação Diária da Posição da Sonda: A posição da sonda deve ser verificada diariamente, principalmente em pacientes com sondas nasogástricas ou nasoenterais, devido ao risco de deslocamento.

Substituição de Sondas: Quando necessário, a sonda deve ser substituída de acordo com o protocolo hospitalar ou conforme orientação médica.

6. COMPLICAÇÕES COMUNS E COMO EVITÁ-LAS:

Obstrução da Sonda: Pode ser causada por medicamentos triturados inadequadamente ou por não irrigar adequadamente a sonda. Sempre diluir os medicamentos quando necessário e irrigar a sonda com água após a administração.

Reações Adversas: Observe o paciente para sinais de reações adversas ao medicamento (dificuldade respiratória, erupção cutânea, inchaço). Em caso de reações graves, a administração deve ser interrompida e a equipe médica deve ser acionada imediatamente.

Aspiração: Para evitar aspiração, mantenha o paciente na posição semi sentada e administre os medicamentos lentamente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A administração de medicamentos por acesso enteral exige atenção, rigor nas técnicas de preparo e administração, e acompanhamento contínuo do paciente. A correta utilização deste procedimento minimiza riscos e proporciona melhores resultados terapêuticos.

Manual de Interação Medicamentosa

Introdução

O **manual de interação medicamentosa** visa fornecer diretrizes e informações essenciais sobre as interações entre medicamentos, com o objetivo de garantir a segurança do paciente e a eficácia do tratamento. Interações medicamentosas podem alterar a absorção, distribuição, metabolismo e excreção de substâncias, resultando em efeitos terapêuticos indesejados ou comprometendo a eficácia dos tratamentos. Este manual serve como uma ferramenta para médicos, farmacêuticos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, auxiliando na prevenção e manejo adequado dessas interações.

Definição e Tipos de Interações Medicamentosas

Interações medicamentosas ocorrem quando a administração de dois ou mais medicamentos ao mesmo tempo afeta a ação terapêutica de um ou mais desses medicamentos. Essas interações podem ocorrer devido a mecanismos farmacocinéticos ou farmacodinâmicos, podendo ser classificadas da seguinte maneira:

Interações Farmacocinéticas

Estas interações envolvem mudanças na absorção, distribuição, metabolismo ou excreção de um medicamento, geralmente causadas por outro medicamento.

Absorção: Um medicamento pode afetar a absorção de outro no trato gastrointestinal. Exemplo: Antiácidos podem alterar o pH gástrico e interferir na absorção de antibióticos.

Distribuição: Medicamentos podem competir pela ligação a proteínas plasmáticas, alterando sua concentração disponível no corpo. Exemplo: A varfarina, quando combinada com outros fármacos que se ligam à albumina, pode aumentar o risco de sangramentos.

Metabolismo: Interações com enzimas hepáticas, como a CYP450, podem alterar a taxa de metabolização dos medicamentos. Exemplo: A rifampicina é um indutor da CYP450, podendo reduzir os níveis plasmáticos de outros medicamentos.

Excreção: Medicamentos podem afetar a eliminação renal de outros. Exemplo: Diuréticos podem aumentar a excreção de lítio, levando a níveis plasmáticos mais baixos.

Interações Farmacodinâmicas

As interações farmacodinâmicas ocorrem quando dois medicamentos afetam o mesmo processo biológico, podendo resultar em efeitos aditivos, sinérgicos ou antagonistas.

Efeito Adverso Aditivo: Dois medicamentos com efeito semelhante podem aumentar o risco de efeitos adversos. Exemplo: O uso conjunto de dois anti-hipertensivos pode resultar em hipotensão excessiva.

Efeito Sinérgico: Quando dois medicamentos combinados produzem um efeito terapêutico mais potente do que a soma de seus efeitos individuais. Exemplo: A combinação de alguns antibióticos pode resultar em efeito bactericida maior.

Efeito Antagonista: Quando um medicamento diminui ou neutraliza o efeito de outro. Exemplo: O uso de antiácidos pode reduzir a absorção de alguns antibióticos.

Interações Clínicas

Estas interações referem-se às consequências clínicas resultantes de uma interação medicamentosa. Podem incluir desde efeitos adversos leves até condições graves que exigem intervenção médica imediata.

Exemplos de Interações Clínicas:

O uso de **anticoagulantes** com **anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)** pode aumentar o risco de sangramentos.

Benzodiazepínicos e **álcool** podem causar sedação excessiva e depressão respiratória.

Principais Causas de Interações Medicamentosas

As interações medicamentosas podem ser influenciadas por diversos fatores, incluindo:

Polifarmácia: O uso de múltiplos medicamentos aumenta o risco de interações.

Idade: Pacientes idosos têm maior risco devido a mudanças fisiológicas que afetam o metabolismo e a excreção.

Doenças crônicas: Problemas hepáticos ou renais podem afetar a metabolização e a excreção de medicamentos.

Gravidez: Alguns medicamentos podem atravessar a placenta e causar efeitos adversos no feto.

Genética: Algumas pessoas têm variações genéticas que afetam a forma como metabolizam medicamentos (ex: variantes no gene CYP450).

Exemplos Comuns de Interações Medicamentosas

Abaixo, são apresentados exemplos de interações medicamentosas, com ênfase nos efeitos clínicos e recomendações de manejo.

Exemplo de Interações Farmacocinéticas

Medicamento A	Medicamento B	Tipo de Interação	Efeito Clínico	Manejo
Ciclosporina	Fluconazol	Inibição do metabolismo (CYP450)	Aumento da concentração de ciclosporina, risco de toxicidade	Monitorar níveis de ciclosporina, ajustar dose

Rifampicina	Anticoncepcionais	Indução do metabolismo (CYP450)	Diminuição da eficácia dos anticoncepcionais	Usar método contraceptivo adicional
Diuréticos	Lítio	Aumento da excreção renal	Diminuição dos níveis de lítio, possível falha no tratamento	Monitorar níveis de lítio, ajustar dose

4Exemplo de Interações Farmacodinâmicas

Medicamento A	Medicamento B	Tipo de Interação	Efeito Clínico	Manejo
Varfarina	Aspirina	Efeito aditivo	Aumento do risco de sangramento	Monitorar o tempo de protrombina, ajustar a dose de varfarina
Benzodiazepínicos	Álcool	Efeito sinérgico	Sedação excessiva, risco de depressão respiratória	Evitar o uso concomitante
Antipsicóticos	Antidepressivos	Efeito antagônico	Redução da eficácia do tratamento	Ajustar as doses, monitorar o efeito clínico

Prevenção e Manejo de Interações Medicamentosas

A prevenção de interações medicamentosas requer um esforço conjunto entre os profissionais de saúde para garantir a segurança do paciente. Algumas estratégias incluem:

Anamnese Completa e Avaliação de Medicamentos

Obter um histórico completo de todos os medicamentos em uso, incluindo medicamentos prescritos, de venda livre, suplementos e fitoterápicos.

Avaliar a necessidade de cada medicamento, especialmente em pacientes que utilizam múltiplos fármacos (polifarmácia).

Utilização de Ferramentas de Apoio à Decisão

Utilizar software e bancos de dados de interações medicamentosas para detectar e alertar sobre potenciais interações.

Ajuste de Dose

Ajustar as doses de medicamentos quando necessário, com base nas interações farmacocinéticas (ex: alteração no metabolismo) ou farmacodinâmicas (ex: aumento do risco de efeitos adversos).

Monitoramento Clínico

Monitorar continuamente os sinais e sintomas dos pacientes, verificando se há indicações de efeitos adversos ou falta de eficácia terapêutica.

Educação ao Paciente

Informar os pacientes sobre os riscos de interações medicamentosas, especialmente quando o paciente faz uso de vários medicamentos simultaneamente. Orientações claras sobre a forma de administração e horários podem ser cruciais para evitar interações.

Conclusão

O manejo adequado das interações medicamentosas é essencial para a segurança do paciente e para a eficácia dos tratamentos. A identificação precoce, o ajuste adequado da terapêutica e o monitoramento contínuo são fundamentais para minimizar riscos. A colaboração entre

Manual de Diluição e Estabilidade de Medicamentos

Manual de Interação Medicamentosa

Introdução

Objetivo: Fornecer informações e diretrizes sobre interações medicamentosas para profissionais de saúde, com o intuito de garantir a segurança e eficácia no uso de medicamentos.

Público-Alvo: Médicos, farmacêuticos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que lidam diretamente com a prescrição e administração de medicamentos.

Importância: As interações medicamentosas podem alterar a ação de um medicamento, potencializar efeitos adversos ou diminuir a eficácia terapêutica. A gestão adequada dessas interações é essencial para a segurança do paciente.

Definição e Tipos de Interações Medicamentosas

Interação Medicamentosa: Qualquer efeito clínico que ocorre quando dois ou mais medicamentos ou substâncias entram em contato e alteram a ação farmacológica de um ou mais dos fármacos envolvidos.

Tipos de Interações Medicamentosas:

Interações Farmacocinéticas: Refletem alterações na absorção, distribuição, metabolismo ou excreção de um medicamento, geralmente causadas por outro medicamento.

Absorção: Alterações na velocidade ou extensão da absorção do medicamento (por exemplo, alteração no pH gástrico).

Distribuição: Interferência na ligação proteica ou na distribuição de fármacos no organismo.

Metabolismo: Indução ou inibição de enzimas do fígado, como o CYP450.

Excreção: Alterações na eliminação renal de medicamentos.

Interações Farmacodinâmicas: Ocorrem quando dois medicamentos afetam o mesmo sistema biológico, podendo gerar efeitos aditivos, sinérgicos ou antagonistas.

Efeito Adicional: Quando dois medicamentos têm o mesmo efeito terapêutico (ex: dois anti-hipertensivos).

Efeito Sinérgico: Quando a combinação de medicamentos resulta em um efeito maior do que o efeito individual de cada um.

Efeito Antagonista: Quando um medicamento diminui ou neutraliza o efeito de outro.

Interações Clínicas: São as manifestações observáveis dessas interações farmacológicas, como efeitos adversos ou alterações no quadro clínico do paciente.

Efeitos Adversos: Reações inesperadas ou indesejadas, como aumento do risco de sangramento ou toxicidade.

Alteração na Eficácia: Quando a combinação de medicamentos diminui a eficácia do tratamento.

Causas Comuns de Interações Medicamentosas

Uso de Medicamentos Múltiplos (Polifarmácia): Quando o paciente utiliza diversos medicamentos, aumenta o risco de interações.

Alterações no Metabolismo: Pacientes com problemas hepáticos ou renais podem ter alterações no metabolismo de medicamentos.

Medicamentos com Janela Terapêutica Estreita: Medicamentos como anticoagulantes e imunossupressores possuem uma margem terapêutica muito pequena, tornando as interações mais perigosas.

Fatores Fisiológicos: Idade, gravidez e condições clínicas específicas podem alterar a resposta a medicamentos.

3.3.5. Critérios para contratação de terceiros ou equipe própria, de serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição.

O Manual de Gestão de Contratos do Instituto Social Mais Saúde define e caracteriza o modelo gestão de contratos a ser aplicado em suas unidades, tendo como objetivo orientar e padronizar o Ciclo de Vida dos Contratos desde a etapa pré - contemplação até o encerramento do contrato. É função complementar do manual determinar as diretrizes a serem seguidas em cada etapa do processo afim de garantirmos a segurança jurídica, atendimento aos órgãos fiscalizadores, minimizar os riscos financeiros e assegurar a qualidade dos serviços.

As diretrizes estabelecidas no Manual de Gestão de Contratos são válidas para contratos de serviços de qualquer natureza, ou seja: obras, fornecimento, serviços médicos, serviços diversos, comodato e consignação.

Importante ressaltar que todos os prestadores de serviços terão que observar, obrigatoriamente, o Regulamento de Compras e demais especificidades previstas neste Manual de Gestão de Contratos. Em caso de dúvidas sobre a aplicação do manual de contratação em situações objetivas, entrar em contato com a Gestão de Contratos da Sede.

Organização do processo: Gestão de Contratos

É fundamental que existam documentos e registros comprobatórios de todas as etapas da contratação. Os itens seguintes detalham os procedimentos necessários bem como os formulários a serem utilizados para implementação da Gestão de Contratos.

Criação do Dossiê: O conjunto dos documentos que registra as etapas e uma contratação, deve estar centralizado em um único processo (pasta) que compõe o chamado Dossiê de Contratos.

Centralização: O gerenciamento dos contratos deve ser centralizado para todo o Hospital, ou seja, a responsabilidade de todo processo contratual deve ser atribuída a uma única área ou profissional, devidamente nomeado e treinado para essa função. É preciso esclarecer que o termo centralização aqui referido significa responsabilidade pela organização e correto funcionamento do processo, não por sua execução direta. O objetivo é assegurar que todos os contratos tenham igual tratamento, mesmo sendo executado por diferentes gestores.

Arquivo eletrônico: Todos os documentos do Dossiê dos Contratos devem ser arquivados em Diretório e estão sujeitos a auditorias internas e externas.

Interface com a Sede: Compete ao Setor de Contratos das unidades manter atualizada a base de informações relativas aos contratos ativos e encerrados.

Processo Contratual: O Ciclo de Vida de um contrato inicia muito antes da sua formalização, quando uma parte identifica a necessidade de prestação de serviços e finaliza geralmente após a vigência do contrato, quando realmente prescrevem todas as obrigações relacionadas. Para que esse ciclo se complete de forma padronizada e segura defini - se o processo apresentado a seguir:

Ciclo de Vida de Contratos



Etapas 1: Pré - Contratação

Objetivo: registrar a identificação da necessidade de contratar um determinado serviço/obra, método de avaliação dos possíveis prestadores, como foi definida a escolha do prestador. Em geral toda contratação passa por tais ações e devem ser formalizadas por meio de registros e documentos.

Iniciamos o Dossiê do Contrato onde será justificado o fato que deu início ao processo contratual. Antes de qualquer passo em busca de fornecedores deve existir o fato gerador da contratação: plano de ação, implantação de novo serviço, decisão superior, entre outros. Além de um motivo justo e fundamentado deve haver uma relação do motivo com a disponibilidade financeira e orçamentária e, por fim, as devidas autorizações para se iniciar a busca de empresas. O fato gerador, a previsão orçamentária e a autorização superior são requisitos da etapa de pré - contratação.

As unidades devem seguir o Regulamento de Compras, Contratações de Obras e Serviços, a gestão local deverá estar plenamente ciente do seu conteúdo e atenta ao seu cumprimento. O referido Regulamento é um instrumento que fornece regras fundamentais para o relacionamento comercial a ser praticado pelo Hospital.

Nesta etapa de pré-contratação deve ser registrado:

- **Solicitante:** quem solicita serviço ou obra e a justificativa desta solicitação;
- **Empresas participantes:** empresas habilitadas a apresentar proposta; empresas que apresentaram proposta de fato e que foram avaliadas conforme Manual de Compras, Contratações de Serviço e Obras para insumos e serviços.
- **Liberação:** empresa escolhida, quais critérios foram usados para essa escolha e a autorização para contratação.

O Dossiê do Contrato tem a finalidade de comprovar a decisão de contratar e deverá conter os seguintes documentos/registros:

- E-mail, ofício, carta convite, edital ou plataforma de compras que comprove o chamamento de, ao menos, 3 empresas para apresentar proposta. A ausência de 3 chamamentos deve ser justificada.
- Termo de Referência com as especificações técnicas do serviço;
- Propostas ou orçamentos recebidos e Mapa de Cotações;
- Formulário “Considerações Contratuais” – **FFC** – corretamente preenchido.
- Documentações mínimas legais, bem como Atestado de Capacidade Técnica.

A escolha da empresa deve ser **precedida** de todos os cuidados para que se minimizem os riscos de eventual responsabilização direta, solidária ou subsidiária do CONTRATANTE.

Partindo dessa premissa, devem ser exigidos documentos que espelhem e comprovem a regularidade jurídica, fiscal através de Certificações Negativas dos Órgãos Municipal, Estadual, Trabalhista, FGTS e Federal e a capacidade técnica da empresa para realizar o serviço que se pretende contratar. Destacamos a necessidade de verificar o contrato social do prestador e seu cadastro na prefeitura, evitando contratar serviços para os quais a empresa não está habilitada legalmente.

Uma empresa que não está regularizada não pode ser considerada apta a iniciar o processo de contratação. Toda e qualquer mudança no histórico de acontecimentos da Etapa de Definição da empresa deverá estar rigorosamente registrado e atualizado no DC de modo que possibilite acesso fácil para consulta ou auditoria.

Etapa 2: Contemplação

Essa etapa tem início na negociação com a empresa que será contratada, ou seja, que apresentou a melhor proposta e atende às exigências legais e regulamentares do ISMS. Tomar as seguintes providências.

Elaboração da minuta contratual. Observar a existência da minuta padrão que deve ser obrigatoriamente seguida. Qualquer alteração na minuta, seja inclusão, exclusão, ou alteração de cláusula terá que ser notificada e justificada.

Um ponto muito importante na elaboração de contratos refere-se a definição de mecanismos de avaliação do serviço prestado pelo terceiro. Essa é uma condição a ser pactuada ainda na fase de negociação. Sugere-se que os contratos de serviços médicos e demais serviços sejam celebrados sob aspectos que vão além da produção, passando também pela dimensão da qualidade. É fundamental também que tal avaliação tenha impacto sobre a remuneração estabelecida em contrato. O cálculo para efeito de pagamento, bem como a periodicidade da avaliação, deve ter metodologia previamente definida e acordada com o terceiro.

Pontos importantes:

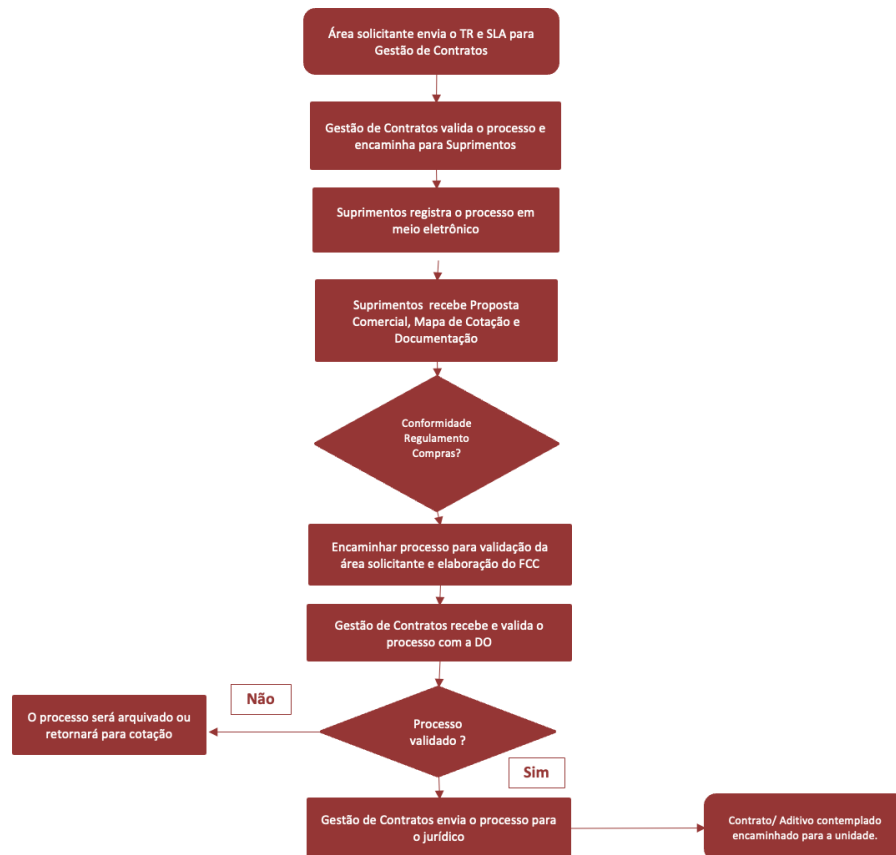
- Levantamento documental da empresa prestadora já deve estar concluído.
- Atentar para o prazo de validade dos documentos recebidos.
- Verificar e informar ao prestador sobre os impostos a serem retidos, evitando questionamentos futuros referente a valores pactuados.
- Preenchimento do formulário “FCC – FORMULÁRIO DE CONSIDERAÇÕES CONTRATUAIS. Esse formulário pertence ao sistema de documentação da Gestão de Contratos, portanto sua estrutura não pode ser alterada.
- Encaminhamento para a Diretoria de Operações onde ocorrerá a avaliação, validação, liberação e assinatura do contrato.

O procedimento de contratação está normatizado no “Manual de Compras, Contratações de Serviços e Obras envolvendo Dependências do ISMS” cujo conteúdo deve ser de conhecimento e domínio da Gerência Administrativa Financeira e Diretoria Hospitalar.

O Dossiê dos Contratos deverá conter os seguintes documentos/registros:

- Documentos do prestador, especificados no *TERMO DE REFERÊNCIA*
- Formulário *FCC – FORMULÁRIO DE CONSIDERAÇÕES CONTRATUAIS* corretamente preenchido e assinado;
- Parecer jurídico;
- Contrato assinado;
- Outros registros que forem importantes para o processo (e-mails, ofícios, etc).
- O Diretor Geral e Gerência Administrativa Financeira conjuntamente devem definir os gestores de cada contrato existente.

FLUXOGRAMA CONTRATAÇÃO PRESTADORES DE SERVIÇOS



Etapa 3: Implantação

Após assinatura do contrato tem início a fase de gestão das obrigações e responsabilidades para assegurar o cumprimento efetivo do objeto do contratado.

O acompanhamento do serviço prestado deve ser contínuo para que a execução do objeto ocorra a contento, tudo que está formalizado no contrato ou definido em lei deve ser cumprido e controlado.

O Diretor Geral deverá definir o gestor do contrato, o qual será responsável pelo acompanhamento do serviço e validação da Nota Fiscal.

O gestor do contrato em conjunto com o setor de contratos deverá realizar o devido alinhamento com o prestador de serviços, informando novamente o Fluxo de Liberação de Pagamento, como data de envio da Nota Fiscal, documentações obrigatórias, relatório de atividades, documentação de colaboradores e, também, definir a data de início da prestação de serviços.

O gestor do contrato é responsável pela integração do novo serviço na unidade e, também, pela interação com as áreas.

Os contratos que envolvem alocação de mão de obra são obrigatórios o alinhamento com o SESMT da unidade para apresentação da documentação dos colaboradores em até 03 dias úteis antes do início do contrato.

O gestor do contrato deverá sempre, a qualquer tempo, notificar as alterações ao Diretor Geral e ao setor de contratos e está à Gestão de Contratos da Sede para criação de aditivos ao contrato principal.

Etapa 4: Manutenção

Todo contrato deve ser monitorado sob alguns aspectos fundamentais:

- **Vigência**

Controlar a vigência do contrato e de seus aditivos, controlar a validade dos documentos do prestador, cuja vigência seja preestabelecida.

- **Atestado do serviço realizado:**

Todo serviço executado deve ser atestado por profissional do hospital mediante critérios pré-definidos. Os critérios são normalmente definidos a partir do próprio contrato, podendo ser complementados quando pertinente.

O ato de atestar uma nota fiscal significa que o serviço prestado foi conferido no momento de sua entrega.

O gestor do contrato onde o serviço foi prestado é responsável por atestá-lo. A nota fiscal deverá ser carimbada e assinada para comprovar que o serviço executado foi atestado. O carimbo deve conter nome completo, data e assinatura do gestor que estiver atestando a nota fiscal. É indicado que o atesto seja feito, sempre que possível, no ato da entrega do serviço. É necessário que o gestor do contrato exija do prestador um formulário ou relatório de medição do serviço realizado.

Esse registro deve ter papel timbrado da empresa prestadora, assinado e datado pela mesma. É fundamental que cada Nota Fiscal tenha um registro de atesto específico e correspondente ao seu valor. Esse registro (formulário ou relatório) deve permanecer no arquivo do setor de contratos juntamente com cópia da nota fiscal, os originais devem seguir para o setor contábil/fiscal/financeiro (de acordo com os procedimentos internos do Hospital).

- **Conferência dos valores das Notas Fiscais emitidas:**

Toda nota fiscal relativa a serviço contratado deve ser conferida a fim de confirmar se o valor ora praticado corresponde ao valor que está pactuado em contrato. Essa conferência também pode ser feita pelo próprio Gestor do Contrato desde que seja registrada na Nota Fiscal mediante carimbo específico (Gestor, data e assinatura).

Atentar para a data de emissão da Nota Fiscal, pois devem ser emitidas dentro do mês de competência da efetiva prestação do serviço.

O ato de conferir uma nota fiscal significa que o valor cobrado está correto e de acordo com o contrato da empresa prestadora. Importante esclarecer que esse procedimento não substitui a conferência da nota pelo setor fiscal do hospital.

- **Processamento dos pagamentos:**

O pagamento somente será processado pelo financeiro quando a nota fiscal de serviços contratados possuir os registros comprobatórios de atestado, sem prejuízo de outros procedimentos de controle inerentes as rotinas estabelecidas pela área financeira

Quando uma Nota Fiscal não for atestada seja por motivo de serviço incompleto, valor errado ou falta de documentação, o gestor do contrato responsável deve abrir uma notificação junto a empresa prestadora, definindo prazo para regularização da pendência, sob pena de suspensão de pagamento. O processo pode ser um ofício, e-mail, ou outra forma desde que possa ser comprovada.

O gestor do contrato deve ainda dar conhecimento imediato a Diretor Geral e Gerência Administrativo Financeira, encaminhando cópia do processo.

O Diretor Geral e Gerência Administrativo Financeira deverão ter total controle sobre a existência de tais processos, bem como dos prazos de regularização negociados com a empresa prestadora.

O Diretor Geral e Gerência Administrativo Financeira deve suspender o pagamento do prestador que esteja com pendência de qualquer natureza, seja pendência da fase contratual ou da fase posterior, quando a prestação de serviço já estiver em curso.

- **Mecanismo de avaliação do serviço prestado:**

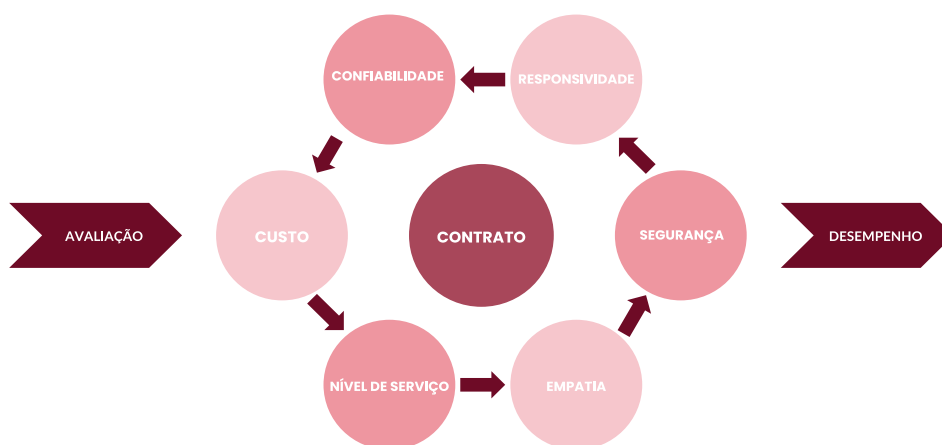
Sempre que possível deve-se desenvolver e implementar uma metodologia própria para avaliação dos serviços prestados, capaz de gerar impacto na remuneração do prestador, em

especial para serviços médicos. A metodologia deve estar prevista no contrato firmado entre as partes.

Atenção a este ponto: ao criar uma metodologia deve-se primeiro testar e só depois colocar em prática.

Gestão do Instrumento Contratual

GESTÃO DO CONTRATO



O setor de contratos é responsável por estruturar os documentos, formulários, fluxos internos e demais orientações necessárias para que todas as etapas descritas sejam praticadas no dia a dia da unidade.

O setor de contratos, não é, necessariamente, o executor dos registros e controles dos contratos ativos da unidade. Essa atividade deve ser compartilhada com o gestor do contrato diretamente envolvido na prestação do serviço.

O setor de contratos é responsável por orientar e treinar os gestores de contratos para que possam desempenhar com segurança os controles previstos.

É função do Diretor Geral e Gerência Administrativo Financeira delegar o acompanhamento de um contrato ao gestor da área mais diretamente envolvida ou outro profissional que julgar apto a realizar essa atividade, conforme a natureza do contrato.

Embora o Diretor Geral e Gerência Administrativo Financeira não executem diretamente o acompanhamento de todos os contratos, é sua responsabilidade dar as seguintes garantias:

- **Cumprimento do Objeto Contratado:**

Existência de procedimento interno que assegure controle sobre o cumprimento do objeto contratado e demais condições contratuais estabelecidas por meio de atestados e conferências de notas, entre outros recursos que julgar necessário implantar.

- **Controle de Clausulas Acessórias:**

Atentar para o controle das responsabilidades acessórias previstas em contrato.

- **Avaliação de Requalificação do Prestador:**

Existência de avaliação periódica dos serviços prestados para fins de qualificação do prestador de serviços contínuos. Essa é uma avaliação que deve acontecer em parceria: Diretor Geral, Gerência Administrativo Financeira, gestor do contrato e setor de contratos.

O Dossiê do Contrato deverá conter documentos/registros que comprovem essas garantias, devidamente assinados pelos responsáveis envolvidos.

Aditivos Contratuais

O Setor de Contratos deve controlar e providenciar a formalização de alteração na regra pactuada, ou complemento das informações originais do instrumento contratual. Sempre que houver alteração de qualquer natureza na regra contratual, deverá ser providenciado aditivo assinado pelas partes.

Tipos mais comuns de aditivos:

- Repactuação de serviços e valores
- Formalização do reajuste de preço
- Prorrogação da vigência

Importante destacar a necessidade de formalizar toda alteração na relação contratual e como exemplo podemos citar: não aplicação de reajuste de preço previsto em contrato por motivo de acordo entre as partes, ocorrido posteriormente.

Esse acordo, caso não formalizado, pode gerar duas situações graves:

- Pagamento de prestador de serviços em desacordo com o contrato original.
- Possibilidade do prestador de serviços requerer, posteriormente, o valor do reajuste não aplicado.

Para aditar contratos ativos, basta preencher o **FCC - Formulário de Considerações Contratuais** nos campos aplicáveis.

Etapa 5: Encerramento Contratual

O Setor de Contratos deve providenciar a formalização do distrato contratual através de documento próprio devidamente assinado pelas partes.

O distrato é necessário mesmo em se tratando de término por vencimento.

O objetivo nesse caso é dar quitação as partes ou registrar pendências a serem resolvidas pós-encerramento. Atentar para:

- Planejamento da monitoração de obrigações remanescentes tanto do prestador quanto do contratante;
- Consolidação e guarda de todos os documentos do processo de distrato no DC (registros que forem importantes para o processo: e-mails, notificações etc);
- Dar ciência da rescisão de contrato para as áreas de interface no Hospital.

Acesso ao Dossiê do Contrato

É responsabilidade do setor de contratos a guarda de todos os documentos que compõem o Dossiê de Contratos, incluindo uma via do próprio contrato. O acesso para consulta do Dossiê de Contratos, somente será autorizado pelo Diretor Geral ou Gerência Administrativo Financeira, portanto o local de guarda deve ser restrito.

Esse controle deve ser observado desde o início do contrato, durante o período em que estiver ativo e após seu encerramento.

Indicador de Desempenho

É indicado que o prestador de serviços seja avaliado periodicamente quanto ao seu desempenho. Sugere-se a definição de indicadores que possam representar esse desempenho, como por exemplo:

- Indicadores Operacionais
- Indicadores de Satisfação
- Indicadores de Confiabilidade

Controle de Contratos

Para gestão do ciclo de vida dos contratos a Gestão de Contratos Corporativa e o Setor de Contratos devem usar, no mínimo, as duas planilhas seguintes:

- Cadastro de Contratos da unidade
- Controle da validade dos documentos dos prestadores;

Todos os contratos, aditivos e distrato do Hospital devem estar cadastrados na base de controle do setor de contratos, com acesso remoto para a Gestão de Contratos Corporativa, sendo o setor de contratos responsável por sua atualização permanente.

Termo de Referência

O Termo de Referência é o primeiro passo a ser dado para iniciar um processo de contratação. Ele é determinante para o sucesso de um processo de contratação de prestação de serviços, deve conter além da especificação do objeto de forma detalhada, todas as demais obrigações, como: justificativa da contratação, requisitos necessários, critérios de aceitabilidade do objeto, condições de execução, obrigações das partes envolvidas, gestão e fiscalização do contrato,

condições de pagamento, vigência do contrato, sanções contratuais, orçamento detalhado em planilha com preço unitário e valor global, entre tantas outras exigências.

Um Termo de Referência bem elaborado minimiza riscos de questionamentos e impugnações, além de facilitar a comparação entre as propostas apresentadas pelos concorrentes. Dessa forma, ele contribui para a escolha da proposta.

Objetivos

O Termo de Referência tem como principais objetivos:

- Manter o controle sobre indicadores de qualidade, custos e consumo;
- Mitigar riscos;
- Gerenciar imprevistos;
- Gerenciar projetos;
- Coletar informações e dados precisos;
- Manter a empresa dentro dos preceitos de sustentabilidade;
- Manter a compliance da empresa, agindo sempre de acordo com as regras dos órgãos reguladores e legislação vigente;
- Padronização de qualidade das equipes;
- Padronização na qualidade de uniformes, insumos, instrumentos e ferramentas para execução das atividades

Elaboração

A competência para elaboração do referido instrumento é da unidade administrativa requisitante, quando ela detiver a completa compreensão do objeto, podendo ainda, ser elaborado de maneira corporativa, ou seja, quando é realizado pela área técnica corporativa, com o apoio de outras áreas detentoras de conhecimento sobre o objeto que será contratado. Após a elaboração, o Termo de Referência deve passar por um processo de revisão e aprovação, que pode envolver diferentes Diretorias. Essa etapa é importante para assegurar que o documento esteja completo e atenda a todas as exigências legais e administrativas.

Estrutura

O Instituto Social Mais Saúde possui um modelo padronizado de Termo de Referência, que adota a seguinte estrutura:

- Indicação e Especificação do Objeto do Contrato;
- Justificativa de Contratação;
- Descrição dos Serviços;
- Escopo ou dimensionamento de pessoal ou itens;
- Especificação das responsabilidades das partes;
- Legislação vigente e documentação obrigatória;
- Identificação dos Indicadores de Desempenho (KPIs);
- Fiscalização do Contrato;
- Definição dos procedimentos de monitoramento e resolução de não conformidades;
- Avaliação do Nível de Serviço;
- Condições de pagamento;
- Sanções Contratuais;
- Critérios de qualificação e capacidade técnica.

Implementação

IMPLEMENTAÇÃO DE TERMOS DE REFERÊNCIA

ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO



Avaliação do Nível de Serviço

As Avaliações do Nível de Serviço definem os níveis de serviços (frequência e qualidade) que estão ou serão prestados pelos prestadores de serviços atendendo as necessidades e resultados esperados da contratação.

As definições e critérios de níveis de serviços devem ser parte integrante do Termo de Referência da prestação de serviços apresentando – se de forma estruturada, objetiva e de claro entendimento entre as partes.

Os KPI's, indicadores chave de *performance*, são indicadores utilizados para suportar os controle das Avaliações de Nível de Serviço e devem acompanhar suas respectivas metas de atendimento.

São todos os parâmetros matemáticos que auxiliarão na mensuração e apontamentos lógicos do atendimento ao nível de serviço.

Objetivos

A Avaliação do Nível de Serviço tem como principal objetivo garantir e acompanhar o resultado da contratação e garantir a execução dos serviços negociados entre partes após a assinatura do contrato.

Os acordos de níveis de serviço auxiliam a minimizar a subjetividade de expectativas entre as partes envolvidas por meio de critérios claros e pré-definidos no ato da contratação.

Estruturação

A Avaliação do Nível de Serviços dos prestadores de serviços com mão de obra alocada na unidade é composta pelos módulos abaixo:

1. Gestão de Pessoas

Avaliação dos Indicadores de Gestão de Pessoas: Absenteísmo, Turn Over, Acidente de Trabalho, Cumprimento da LNT e Treinamento Homem x Hora

2. Experiência do Cliente

Avaliação da Satisfação do Cliente externo e Satisfação do Cliente Interno

3. Eficiência Operacional

Avaliação dos resultados dos processos: produtividade, qualidade e custos

4. Confiabilidade

Avaliação da confiabilidade dos processos críticos que envolvem o objeto da prestação de serviços

5. Processos

Acompanhamento dos processos e aderência aos requisitos da Qualidade

6. Contratos

Disponibilização das documentações de colaboradores solicitadas;

Envio das documentações obrigatórias para habilitação do pagamento juntamente com a Nota Fiscal

7. Atendimento

Agilidade e resolubilidade das solicitações realizadas.

A adoção desses critérios assegurará instrumentos para a avaliação e o controle efetivo da qualidade da prestação dos serviços, desenvolvimento dos processos de qualidade institucionais e cumprimento na entrega de documentações obrigatórias

Avaliação

O Diretor Geral do Hospital designará o gestor do contrato que será o responsável pelo acompanhamento das atividades e desempenho do prestador de serviços, bem como a empresa contratada, também, designará um responsável pela operação da prestação de serviços na unidade, acompanhamento das atividades, fornecimento das informações e atendimento ao gestor do contrato.

O procedimento de Avaliação do Nível de Serviços deverá ser efetuado mensalmente pelo gestor do contrato e pelo gestor da contratada, em comum acordo, de forma a gerar relatórios mensais que servirão de fator para os cálculos dos valores a serem lançados nas faturas mensais de prestação dos serviços executados, com base nas pontuações constantes dos relatórios.

Módulos e Pontuação

MÓDULO		PONTUAÇÃO
1	Gestão de Pessoas	1,0
2	Experiência do Cliente	2,0
3	Eficiência Operacional	1,0
4	Confiabilidade	3,0
5	Processos	1,0
6	Contratos	1,0
7	Atendimento	1,0
Total Pontuação		10,0

Os critérios, parâmetros de avaliação e conceitos de pontuação estão previstos no Termo de Referência do serviço contratado, tanto na parte relativa à fiscalização da execução dos serviços, integrante das especificações técnicas, como na cláusula de medição dos serviços constante da minuta do Termo de Contrato.

Pontuações e Liberação da Fatura

A soma do resultado dos módulos indicará os cálculos para obtenção dos pontos para a liberação da fatura, conforme tabela abaixo:

FATURAMENTO	PONTUAÇÃO
Liberação de 100% da Fatura	De 9,1 a 10,0 pontos
Liberação de 95% da Fatura	De 8,1 a 9,0 pontos
Liberação de 90% da Fatura	De 7,1 a 8,0 pontos
Liberação de 85% da Fatura	De 6,1 a 7,0 pontos
Liberação de 80% da Fatura	De 5,1 a 6,0 pontos
Liberação de 75% da Fatura	Abaixo de 5,0 pontos

Desenvolvimento

O **Instituto Social Mais Saúde** considerando os critérios de contratação expostos acima, instituídos pelo Manual de Gestão de Contratos Corporativo apresenta como proposta os Termos de Referência para contratação de prestação de Serviços de Higiene e Limpeza Hospitalar e Vigilância Hospitalar.

3.3.5.1. *Prestação de Serviços de Higiene e Limpeza Hospitalar*

TERMO DE REFERÊNCIA – SHL

1. OBJETO

O presente termo tem como objeto a contratação de empresa especializada em prestação de **Serviços de Higiene e Limpeza Hospitalar**, a fim de atender as necessidades do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, situado na Rua Baltazar Saldanha, 1501 – Jardim Ipanema, CEP 79900 - 000, Ponta Porã/MS, gerido pelo Instituto Social Mais Saúde, por meio do **Contrato de Gestão nº XXXXXX** celebrado com o Estado do Mato Grosso do Sul, por intermédio da Secretária de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul.

1. JUSTIFICATIVA

- 1.1. O **INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE** celebrou com o Estado do Mato Grosso do Sul, por intermédio da Secretária do Estado de Mato Grosso do Sul o **Contrato de Gestão nº XXXXXXXX** que tem como objeto o gerenciamento, operacionalização e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, visando a garantia da assistência universal e gratuita à população, observadas as normas, os princípios e legislações do Sistema Único de Saúde – SUS.
- 1.2. A cotação se justifica em razão da necessidade de se selecionar a melhor proposta, conforme preceitua o Manual de Compras e Contratações do Instituto Social Mais Saúde, sendo balizado nos princípios administrativos da publicidade, moralidade, impessoalidade e eficiência, bem como em critérios técnicos necessários a execução dos serviços acima descritos.
- 1.3. O serviço aqui proposto é essencial, visando à obtenção de adequada condição de salubridade e higiene em dependências médico-hospitalares, com a disponibilização de mão de obra qualificada, de produtos saneantes domissanitários, de materiais e equipamentos em locais determinados na relação de endereços.

- 1.4. A prestação de serviços de limpeza hospitalar consiste na limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis, a redução ou destruição de microrganismos patogênicos e o controle de disseminação de contaminação biológica, química etc., mediante aplicação das energias química, mecânica ou térmica em um determinado período, nas superfícies das diversas áreas hospitalares.

2. ENDEREÇO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

- 2.1. Os serviços propostos neste Termo de Referência deverão ser executados no endereço abaixo:

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, situado na Rua Baltazar Saldanha, 1501
– Jardim Ipanema, CEP 79900 - 000, Ponta Porã/MS

3. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

- 3.1. Os serviços serão executados em superfícies como: pisos, paredes/divisórias, tetos, portas, visores, janelas, equipamentos, instalações sanitárias, grades de ar-condicionado e/ou exaustor, mobiliários (inclusive camas) e em demais instalações, conforme especificadas abaixo:
- limpeza concorrente e terminal;
 - desinfecção e descontaminação de superfícies;
 - limpeza de leitos, teto, dutos de exaustão da cozinha e coifas;
 - limpeza de áreas externas, inclusive calçadas;
 - limpeza de vidros e brises;
 - limpeza de carros de coleta e de armazenamento de resíduos;
 - higienização de bebedouros;
 - impermeabilização do piso;

- coleta, pesagem de resíduos e seu registro;
 - elaboração e apresentação de indicadores de resultado.
- 3.2. A empresa contratada deverá garantir que os procedimentos de limpeza a serem adotados observem as boas práticas das normas técnicas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de desinfecção hospitalar, conforme Manual – Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Limpeza e Desinfecção de Superfícies – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.
- 3.3. Os procedimentos de limpeza deverão observar a prática da boa técnica e as normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de infecção hospitalar, destacando:
- 3.3.1. Habilitar os profissionais de limpeza para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas críticas, semicríticas e não críticas.
 - 3.3.2. Identificar e sinalizar corredores e áreas de grande circulação durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido.
 - 3.3.3. Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho.
 - 3.3.4. Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive quando realizados com a utilização de luvas.
 - 3.3.5. Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área do hospital antes dos procedimentos de limpeza.
 - 3.3.6. Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo, em movimento único, do fundo para a frente e de dentro para fora.
 - 3.3.7. Realizar a coleta do lixo pelo menos 3 (três) vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. O lixo deverá ser transportado em carro próprio, fechado, com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emendas na sua estrutura.
 - 3.3.8. Usar luvas, panos e baldes de cores padronizadas para cada procedimento.
 - 3.3.9. Usar mop plano para a limpeza de piso.
 - 3.3.10. Lavar os utensílios utilizados na prestação de nas salas de utilidades indicadas pela unidade contratante, diariamente ou sempre que utilizados em locais contaminados.

- 3.3.11. Utilizar na prestação dos serviços somente produtos que possuam garantia de qualidade, conforme norma ABNT NBR ISO 9001, ou similar, bem como atender aos requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente e submetidos à prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).
- 3.3.12. Disponibilizar germicidas que possuam Certificado de Registro no Ministério da Saúde, contendo as características básicas do produto aprovado e laudos específicos.
- 3.4. Tipos de limpeza preconizados:
- 3.4.1. Limpeza concorrente ou diária: é o processo de limpeza realizado diariamente com a finalidade de remover a sujidade e repor o material de higiene.
- 3.4.2. Limpeza terminal: é o processo de limpeza e/ou desinfecção de toda a área hospitalar, incluindo todas as superfícies, mobiliários e equipamentos, com a finalidade de remover a sujidade e diminuir a contaminação ambiental, abastecendo as unidades com material de higiene, e a ser realizado sempre que necessário.
- 3.5. Métodos e equipamentos de limpeza de superfícies:
- 3.5.1. Limpeza úmida: consiste na utilização de água como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser por processo manual ou mecânico;
- 3.5.2. Limpeza com jatos de vapor de água: trata de alternativa de inovação tecnológica por meio de limpeza realizada com equipamentos de jatos de vapor d'água saturada sob pressão, sendo destinada predominantemente para a limpeza terminal. Sua utilização será precedida de avaliação das vantagens e desvantagens, a ser realizada pelo Contratante;
- 3.5.3. Limpeza molhada: consiste na utilização de água abundante como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser manual ou mecânica, destinada principalmente para a limpeza terminal.
- 3.5.4. Limpeza seca: consiste na retirada de sujidade, pó ou poeira sem a utilização de água.
- Parágrafo Único - A limpeza com vassouras é recomendável somente em áreas externas.
- 3.6. Técnicas de desinfecção:
- 3.6.1. A desinfecção é o processo aplicado a superfícies inertes com a finalidade de eliminar microrganismos na forma vegetativa, não garantida a eliminação total dos esporos

bacterianos. Este processo pode ser realizado por meio de processos químicos ou físicos. A desinfecção consiste em: retirar o excesso de carga contaminante com papel absorvente, utilizando luvas apropriadas, expurgar o papel em sacos plásticos de lixo e proceder à limpeza da superfície com água e sabão. Opcionalmente, a critério da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), poderá ser aplicado sobre a área afetada desinfetante adequado, retirando-o com pano molhado após o tempo recomendado.

3.7. Produtos utilizados:

- 3.7.1. Germicidas: são agentes químicos que inibem ou destroem os microrganismos, podendo ou não destruir esporos. São classificados em: esterilizantes, desinfetantes e antissépticos. Obs.: Na seleção dos germicidas é preciso se considerar a necessidade de seu uso e a avaliação dos produtos disponíveis no mercado (formulação, ação sobre patógenos, efeitos de alcalinidade ou acidez; incompatibilidade, corrosividade, efeitos tóxicos, suscetibilidade a inativações por matérias orgânicas, efeito cumulativo e/ou residual e custos).
- 3.7.2. Desinfetantes: são agentes químicos capazes de destruir microrganismos na forma vegetativa, podendo destruir parcialmente os esporos em artigos ou superfícies, sendo divididos segundo seu nível de atividade em: alto, médio ou baixo.
- 3.7.3. Detergentes de baixo nível (sanificantes): são aqueles destituídos de ação tuberculicida, esporicida e virucida, devendo ter baixa toxicidade.
- 3.7.4. Detergentes: são substâncias tensoativas, solúveis em água e dotadas de capacidade de emulsificar gorduras e manter resíduos em suspensão. São utilizados para limpeza de artigos e superfícies e para lavagem das mãos.
- 3.7.5. Hipoclorito de sódio: atua como desinfetante devido ao cloro ativo. Para a desinfecção de equipamentos e superfícies contaminados com material biológico, utiliza-se soluções de hipoclorito de sódio de 1% de cloro ativo (10.000 ppm) estável. O uso de hipoclorito de sódio não é recomendado em metais e mármore devido à sua ação corrosiva.
- 3.7.6. Cloro orgânico: o dicloroisocianurato de sódio age da mesma forma que o hipoclorito de sódio. Apresentado em pó, pode ser associado a tensoativos. Para a desinfecção de superfícies fixas é utilizado em concentração de 3%.
- 3.7.7. Álcoois: o mais utilizado é o álcool etílico, por possuir maior atividade germicida, menor custo e toxicidade. Para a desinfecção de superfícies, recomenda-se a concentração de 77% volume/volume, que corresponde a 70% em peso/volume. O uso em acrílico,

borrachas e tubos plásticos é contraindicado, pois estes materiais podem ser danificados.

- 3.8. A utilização de produtos, utensílios e equipamentos para a limpeza e desinfecção deve atender às determinações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), às recomendações dos órgãos públicos de saúde, e às especificidades apresentadas pelos fabricantes

Na seleção de produtos de limpeza de superfícies, deverão ser considerados:

- 3.9. Quanto a superfícies, equipamentos e ambientes:

- Natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada;
- Tipo e grau de sujidade;
- Tipo de contaminação;
- Qualidade da água;
- Método de limpeza; e
- Segurança na manipulação e uso de produtos de limpeza.

- 3.10. Quanto ao tipo de germicida:

- Tipo de agente químico e concentração;
- Tempo de contato para ação;
- Influência de luz, temperatura e pH;
- Interação com íons;
- Toxicidade;
- Inativação ou não em presença de matéria orgânica;
- Estabilidade;
- Prazo de validade para uso;
- Condições para uso seguro; e
- Necessidade de retirar resíduos do desinfetante após utilização.

Equipamentos de proteção a serem utilizados:

Equipamento de Proteção Individual (EPI): tem por finalidade a proteção do indivíduo durante a realização de determinadas tarefas, sendo composto por óculos, luvas grossas de borracha de cano longo, botas de borracha, avental, máscara, gorro descartável, capa de chuva, cintos de segurança para janelas etc.

- 3.10.1. Equipamento de Proteção Coletiva (EPC): tem por finalidade a proteção coletiva durante a realização de determinadas tarefas, sendo composto por placas sinalizadoras, cones, fitas zebreadas e outros.
- 3.10.2. Manter seus empregados uniformizados, com idade igual ou acima de 18 (dezoito anos), obrigatoriamente identificados, num só padrão, devidamente identificados através de crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), conforme normas e legislações vigentes.
- 3.10.3. Fornecer gratuitamente a todos os seus empregados uniforme completo, em padronagem diferente da contratante e de outras empresas terceiras inclusive de inverno, sempre limpo, do mesmo padrão e na quantidade suficiente, assegurando o seu uso contínuo e obrigatório.
- 3.10.4. Fornecer todo equipamento de higiene e de segurança do trabalho aos seus empregados no exercício de suas funções, utilizando de forma correta os equipamentos de proteção individual (EPIs), nos termos da Norma Regulamentadora nº 32 (NR 32), com a redação atualmente vigente, em conformidade com os atos normativos do Ministério do Trabalho e Previdência.
- 3.10.5. Manter número de funcionários em quantitativo igual ao descrito na proposta da CONTRATADA, mesmo nos finais de semana e feriado providenciando substituição imediata, em até 2 (duas) horas após a identificação da ausência de profissional.
- 3.10.6. Realizar, por meio de responsável técnico especialmente designado, treinamentos e reciclagens periódicas aos empregados que estejam executando limpeza no hospital, conforme disposições contidas na NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.
- 3.10.7. O Enfermeiro da CONTRATADA, deverá participar como convidado nas reuniões mensais das Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital, fornecendo dados para a mesma;
- 3.10.8. O Enfermeiro da CONTRATADA será sempre o elo entre a equipe atuante e a direção do Hospital;
- 3.10.9. Instruir seus empregados quanto à necessidade de acatar as orientações do Contratante, inclusive quanto ao cumprimento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, tal como prevenção de incêndio nas áreas do Contratante.
- 3.10.10. Exercer controle no que se refere à assiduidade e à pontualidade de seus empregados.

- 3.10.11. Manter a disciplina entre os seus empregados.
- 3.10.12. Assegurar que todo profissional que cometer falta disciplinar não seja mantido nas dependências da execução dos serviços ou em quaisquer outras instalações do Contratante.
- 3.10.13. Atender de imediato às solicitações do Contratante quanto às substituições de profissionais não qualificados ou entendidos como inadequados para a Prestação dos Serviços de Limpeza Hospitalar.
- 3.10.14. Manter o controle de vacinação dos profissionais diretamente envolvidos na execução dos serviços, nos termos da legislação vigente.
- 3.10.15. Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus profissionais acidentados ou com mal súbito, por meio de seus encarregados.
- 3.10.16. Fornecer, obrigatoriamente, cesta básica e vale-refeição que estejam previstos na convenção, acordo coletivo de trabalho ou sentença normativa, e legislação aplicável aos empregados envolvidos na Prestação de Serviços de Limpeza Hospitalar.
- 3.10.17. Apresentar, quando solicitados, os comprovantes de fornecimento de benefícios e encargos.
- 3.10.18. Preservar e manter o Contratante à margem de todas as reivindicações, queixas e representações de qualquer natureza referentes aos serviços, responsabilizando-se expressamente pelos encargos trabalhistas e previdenciários.
- 3.10.19. Observar a legislação trabalhista, inclusive quanto à jornada de trabalho e outras disposições previstas em normas coletivas da categoria profissional.
- 3.10.20. Manter arquivo na unidade Contratante com comprovante de entrega de equipamento de proteção individual com CA e treinamento para sua utilização assinados
- 3.10.21. Todo o pessoal designado deverá cumprir integralmente a sua jornada de trabalho na Unidade CONTRATANTE, sendo vetado o deslocamento de pessoal para outras unidades ou postos de trabalho após iniciada a jornada diária. Deverão ser previstos substitutos para as férias, e licenças de todas as categorias profissionais de forma a garantir o número mínimo diário, proposto em contrato, de profissionais na unidade;
- 3.10.22. Deverá ser mantido quadro complementar para cobertura de faltas, sendo, as mesmas, comunicadas ao gestor do Contrato do CONTRATANTE após o início de cada turno;
- 3.10.23. No caso das faltas não repostas haverá o desconto na fatura referente ao número de faltas não repostas durante mês. O valor de 01 falta será calculado sobre o valor de 01 dia de trabalho colaborador, ou seja, 1/30 do valor per capita;

- 3.10.24. A CONTRATADA deverá manter o número total de postos de trabalho ativos previstos nesse Termo de Referência, sendo que férias, licença gestacional e licença gestacional deverá ser realizada a cobertura efetiva pela CONTRATADA. A não reposição de postos por férias ou licenças acarretará desconto na fatura do valor per capita do posto não coberto;
- 3.10.25. Manter cadastro atualizado de funcionários e apresenta- ló à CONTRATANTE sempre que for solicitado;
- 3.10.26. Apresentar dimensionamento do SESMT da empresa de acordo com o quadro II da NR 4 que compõe Portaria nº 3214 de 08 de junho de 1978 e suas alterações;
- 3.10.27. Manter arquivo da Unidade CONTRATANTE de cópia dos exames admissionais, periódicos, demissionais, mudança de função, carteira de vacinação e retorno ao trabalho, conforme o preconiza NR7 que compõe Portaria 3214 de 08 de junho de 1978 e suas alterações;
- 3.10.28. Estabelecer cronograma anual de treinamento para toda Equipe, visando a melhoria e aperfeiçoamento desses profissionais
- 3.10.29. Identificar, acompanhar e orientar adequadamente o funcionário no período de experiência;
- 3.10.30. Apresentar relação de equipamentos de proteção individual (EPI) que serão distribuídos aos funcionários, essa relação deverá conter a função e os equipamentos específicos destinados a cada um;
- 3.10.31. Observar as condições de uso de sistema de escrituração digital de obrigações previdenciárias, trabalhistas e fiscais que sejam estabelecidas por legislação federal, atendendo ao disposto no art. 16 da Lei Federal nº 13.874/2019.
- 3.10.32. Apresentar a NOTA FISCAL, para ser atestada pelos empregados responsáveis pela fiscalização e verificação do cumprimento do objeto do contrato (contendo: competência / descrição com mês de execução / valor), juntamente com:
- a. Das certidões de regularidade com o Fisco Federal, Estadual, Municipal, Seguridade Social (CND) e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e
 - b. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
 - c. Relação de profissionais com nome completo, função exercida, dias trabalhados, horas extras, férias, licenças, faltas, ocorrências;
 - d. Cópia da escala de trabalho;
 - e. Cópia de folha de ponto;

- f. Resumo da folha de pagamento e/ou contracheque dos funcionários.
 - g. Comprovante de pagamento dos salários e outros benefícios;
 - h. GFIP E SEFIP;
 - i. Fichas de entrega de EPI's;
 - j. Relatório analítico da GRF (FGTS);
 - k. Guia GRF (FGTS);
 - l. Comprovante de pagamento da GRF (FGTS);
 - m. Relatório analítico de GPS (INSS);
 - n. Guia GPS (INSS);
 - o. Comprovante de pagamento de GPS (INSS);
 - p. Protocolo de conectividade;
 - q. Relatório detalhado de execução de serviço.
- 3.11. Implantar, de forma adequada, a planificação, a execução e a supervisão permanente dos serviços, garantindo suporte para atender a eventuais necessidades para a manutenção de limpeza das áreas requeridas.
- 3.12. Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os produtos e materiais, observando o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e as recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente, em especial a NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, atentando-se para as seguintes:
- 4.12.1 Sacos plásticos para acondicionamento de resíduos constituídos de material resistente à ruptura e vazamento, impermeável, de acordo com o disposto na NBR 9191/2008, da ABNT, sendo proibido seu esvaziamento ou reaproveitamento;
- 4.12.2 Todos os utensílios e equipamentos deverão ter a quantidade, a qualidade e a tecnologia adequadas para a boa execução dos serviços.
- 3.13. Realizar limpeza e desinfecção de todas as unidades da Instituição;
- 3.14. Realizar a limpeza de desinfecção de cadeiras de rodas, macas e divãs;
- 3.15. Dar ciência imediata e por escrito ao Contratante no que se refere a qualquer anormalidade que seja verificada na execução dos serviços, inclusive no que tange à correta segregação dos resíduos.

- 3.16. Prestar os esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações de seus serviços, resolvendo-as no menor tempo possível.
- 3.17. Executar os serviços em horários que não interfiram no bom andamento da rotina de funcionamento do Contratante.
- 3.18. Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus ao Contratante, para que não haja interrupção dos serviços prestados.
- 3.19. Distribuir nos sanitários papel higiênico, sabonetes e papel toalha, de forma a garantir a manutenção de seu funcionamento.
- 3.20. Permitir e colaborar com a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados do Contratante, que mensalmente emitirão relatório sobre a qualidade dos serviços prestados, indicando os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados.
- 3.21. A CONTRATADA deverá enviar mensalmente os indicadores listados abaixo, para o gestor do contrato e Departamento de Qualidade:
- Taxa de absenteísmo da Equipe;
 - Taxa de rotatividade Turn Over;
 - Número de Acidentes de Trabalho;
 - Treinamento homem x horas;
 - Número total de limpezas terminais programadas e realizadas (meta: igual ao número de limpezas terminais programados no plano de trabalho);
 - Tempo médio de limpeza terminal de leito;
 - Tempo médio de limpeza terminal de enfermaria;
 - Tempo médio de limpeza de sala cirúrgica;
- 3.22. Atribuições do gestor da contratada
- 3.22.1. Responsabilizar se tecnicamente pelas atividades do serviço de higiene desenvolvidas pela empresa, na unidade da CONTRATADA e coordenar o trabalho dos demais profissionais;
- 3.22.2. Planejar as atividades do serviço de higiene de acordo com os critérios estabelecidos no presente contrato;
- 3.22.3. Elaborar e implantar o manual de normas e rotinas e revisá-lo periodicamente;

- 3.22.4. Manter o PAD (Programa de Atividades Diárias) sempre atualizado e acompanhar o cumprimento das atividades relacionadas;
- 3.22.5. Elaborar e implantar o cronograma de impermeabilização do piso;
- 3.22.6. Elaborar e implantar o cronograma de limpeza de vidros;
- 3.22.7. Participar de reuniões técnicas com as comissões da CONTRATANTE;
- 3.22.8. Elaborar registros de dados pertinentes a unidade e elaborar quadro de indicadores até o 5º dia útil do mês subsequente, conforme previsto pela administração da unidade;
- 3.22.9. Elaborar escalas de folgas mensal do pessoal e mantê-la em quadro disponível aos colaboradores e entregar uma cópia ao gestor do contrato da CONTRATANTE até o dia 20 do mês anterior;
- 3.22.10. Registrar absenteísmo e rotatividade e providenciar as substituições;
- 3.22.11. Apresentar diariamente ao gestor do contrato da CONTRATANTE o status do quadro de pessoal da CONTRATADA;
- 3.22.12. Vistoriar diariamente a execução das tarefas da equipe;
- 3.22.13. Fornecer todos os dados referente a execução de serviços e quadro de pessoal em até 24h após a solicitação;
- 3.22.14. Apresentar cronograma de treinamento anual e comprovante de aplicação (mensalmente);
- 3.23. O cronograma de limpeza terminal deverá ser estruturado juntamente com o gestor do contrato, assinada pelo Responsável da Empresa limpadora e validado pelo SCIH. Cópias deverão ser disponibilizadas à CONTRATANTE;
- 3.24. O Encarregado da CONTRATANTE deverá fazer a conferência da limpeza e registrar e impresso próprio: CHECK LIST;
- 3.25. Os armários para guarda de EPIs deverão ser fechados com cadeados fornecidos pela CONTRATADA;
- 3.26. A Equipe deverá ser orientada à: não guardar materiais e objetos estranhos aos EPIs, limpar periodicamente os armários e não fumar em horário de trabalho;
- 3.27. O Manual de Normas e Rotinas, scripts de padronizações deverão ficar disponíveis em todos os DMLs;
- 3.28. A CONTRATADA deverá realizar a limpeza dos tapetes (Capachos) com jateadora, semanalmente;

- 3.29. A CONTRATADA deverá atender todas as exigências e procedimentos solicitados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e outras exigências legais buscando a excelência nos serviços prestados e segurança do paciente.
- 3.30. Quanto aos produtos utilizados:
- 3.30.1. Fornecer todos os produtos necessários e suficientes para a execução dos serviços de limpeza no período em quantidade e qualidade adequadas. Utilizar produtos com os princípios ativos permitidos segundo a Resolução RDC nº 700, de 13 de maio de 2022, da ANVISA. Utilizar somente produtos com diluição automatizada.
- 3.30.2. Cabe à Contratada completar ou substituir o material considerado inadequado pelo Contratante no prazo de 5 dias úteis.
- 3.30.3. Apresentar à Contratante cópia dos Certificados de Registros no Ministério da Saúde emitidos em nome dos fornecedores dos produtos, com validade na data da aquisição e com as características básicas dos produtos aprovados, bem como respectivos laudos de testes de laboratório credenciado para esse fim;
- 3.30.4. Apresentar ao Contratante, sempre que solicitada, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com pacientes ou profissionais da Contratada ou com terceiros.
- 3.30.5. No início de cada mês, fornecer ao Contratante todos os produtos necessários para a execução dos serviços de limpeza no período em quantidade e qualidade adequadas, para a aprovação pela fiscalização do contrato.
- 3.30.6. Respeitar a legislação vigente para o transporte, manuseio e armazenagem dos saneantes domissanitários e dos produtos químicos.
- 3.30.7. Os dispositivos de álcool gel e saboneteira deverão ser higienizados ao término de cada produto e identificado com etiqueta contendo a data da higienização e nome do colaborador que realizou o procedimento, tanto na parte externa quanto interna
- 3.30.8. Utilizar produtos somente após a devida aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e autorização do gestor/fiscal do Contratante.
- 3.30.9. Observar conduta adequada na utilização dos produtos e materiais destinados à prestação dos serviços, objetivando a correta higienização dos utensílios e das instalações, objeto da Prestação de Serviços de Limpeza Hospitalar.
- 3.30.10. Seguir os seguintes cuidados em relação ao uso de produtos químicos:
- Estabelecer quais produtos podem ser utilizados;

- Adquirir somente produtos com notificação e registro deferidos no Ministério da Saúde;
- Realizar a diluição em local adequado e por pessoal treinado;
- Observar as condições de armazenamento (local e embalagem); e
- Orientar para que não sejam realizadas misturas de produtos.

3.30.11. Produtos padronizados:

- Detergente líquido neutro sem enxague, baixa formação de espuma, adequado para a limpeza de pisos impermeabilizados;
- Detergente e desengraxante solúvel em água, para higienização da área de carga e descarga;
- Limpador Multiuso de alta performance para limpeza de superfícies não porosos e vidros;
- Desinfetante para uso hospitalar com baixo odor, princípio ativo a base de peróxido de hidrogênio para áreas críticas e isolamentos;
- Detergente desincrustante ácido para remoção de sujidades em banheiros;
- Pasta/líquido para polimento de metais;
- Cera de acabamento Ultra High Speed, impermeabilizante, à base de polímeros acrílicos sintéticos puros de alta resistência a abrasão, à água e química. O filme após seco deverá apresentar brilho espontâneo wet look;
- Base seladora acrílica indicada para pisos porosos;
- Removedor de cera, isento de derivados do petróleo de baixo odor;
- Restaurador de brilho, com ação cristalizadora para eliminar marcas e arranhões;
- Álcool a 70%
- Outros produtos considerados necessários à boa, plena e completa execução dos serviços.

3.30.12. Evitar o uso de desinfetante com odor forte;

3.31. Quanto aos equipamentos e utensílios:

- 3.31.1. Identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios de sua propriedade, tais como aspiradores de pó, enceradeiras, mangueiras, baldes, carrinhos para transporte de

resíduos, escadas e outros, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade do Contratante.

- 3.31.2. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em até 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos na rede elétrica.
- 3.31.3. Utilizar rótulos (símbolos e expressões) para identificar os recipientes de acondicionamento e os carros de transporte interno e externo, atendendo aos parâmetros referenciados na norma ABNT NBR 7500, que trata dos símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de material, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.
- 3.31.4. Manter conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando a correta higienização dos utensílios e das instalações, objeto da Prestação de Serviços de Limpeza Hospitalar.
- 3.31.5. O Mop a ser padronizado deverá ser Mop plano;
- 3.31.6. O mop plano poderá ser utilizado para a limpeza das áreas críticas, semi – críticas e não críticas;
- 3.31.7. Deverá ser padronizada fibras coloridas do tipo não- risca para a limpeza de superfície e as mesmas deverão ser identificadas de forma a não causar o uso inadequado nas diversas superfícies e cruzamento entre as áreas. A guarda das fibras no carro funcional deverá ser feita de forma segregada, para evitar a contaminação cruzada;
- 3.31.8. Responsabilizar se pela higienização dos panos e Mops conforme técnicas preconizadas pela ANVISA, em equipamentos próprios, com processo de lavagem aprovado pelo SCIH da CONTRATANTE;
- 3.31.9. Os carros funcionais deverão ser fornecidos em quantidade adequada ao quadro de pessoal e postos de trabalho, e deverão ter as seguintes características: leves, de fácil higienização e dotado de rodas giratórias, completamente fechados, com gavetas internas e portas com fechaduras bem como os seguintes acessórios: kits de baldes coloridos, cestos para armazenamento de materiais, ganchos para a fixação de rodos, mops, suporte LT e suporte lamelo. É imprescindível que todos os carros funcionais do hospital e acessórios seja padronizado na mesma cor e modelo;
- 3.31.10. Os recipientes para transporte interno de resíduos devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do

equipamento acionada por pedal, cantos e bordas e arredondados, e ser identificados com o símbolo correspondente ao risco de resíduo neles contidos, de acordo com o Regulamento Técnico. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído;

- 3.31.11. A fim de padronizar os materiais de consumo e equipamentos que sejam de qualidade, todos e quaisquer produtos deverão estar de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, e nesse caso a CONTRATADA deverá apresentar no ato da entrega da proposta, a relação detalhada dos mesmos em quantidade, marca e fabricante. Os produtos e equipamentos a serem utilizados, serão submetidos a análise de equipe técnica da CONTRATANTE. O desinfetante a ser utilizado deverá comprovadamente não possuir efeito corrosivo em metais;
- 3.31.12. A CONTRATADA obriga-se a realizar análise dos produtos empregados, em Órgão Oficial, quando solicitado pela CONTRATANTE, às expensas da CONTRATADA.
- 3.31.13. A CONTRATADA deverá padronizar:
- a. Materiais e equipamentos:
 - Carro funcional conforme especificado acima.
 - Baldes plásticos com cores distintas e diferenciadas para limpeza de: paredes, pisos, banheiros etc.
 - Panos duplos de saco alvejado (fechado), medindo: 40X70cm, para limpeza identificados com tarja colorida em um dos cantos ou central, para diferentes superfícies, conforme TABELA abaixo:

CORES	LOCAIS
AZUL	Tetos, paredes, portas, mobiliários e pias (inclusive dos banheiros).
AMARELA	Lixos e pisos (inclusive dos banheiros).
VERMELHA	Isolamentos

- Conjunto vassourinha e pá coletora de lixo com cabo longo, em alumínio ou plástico;

- Rodos de alumínio 40cm e 60cm, tipo profissional (cabo longo e lâmina de borracha com extensão apropriada para a área onde será utilizado);
- Escova lavatina plástica com suporte, confeccionada em plástico;
- Escova manual, multiuso de cerdas de nylon (plástica);
- Espátula rígida confeccionada em aço;
- Luva de látex, forrada, de diferentes cores, para limpeza de mobiliários, pisos, banheiros, etc;
- Máquinas lavadoras de pisos de alta e baixa rotação, com discos para: polir, lavar e remover. As máquinas devem ser dimensionadas em quantidade mínima de 01 por andar e as áreas críticas devem possuir máquinas exclusivas;
- Instalocks – Base para instalação de discos abrasivos de 350mm e 510mm;
- Máquina polidora elétrica high speed;
- Máquinas lavadoras e extratoras de líquidos, para piso;
- Fibras de limpeza branca, verde e não risca azul e/ou rosa;
- Discos removedores, limpadores e restauradores (preto, verde, vermelho e pelo de porco) de 350mm e 510mm;
- Kit para limpeza de paredes, rodapés, peitoris e demais locais de difícil acesso (suporte LT com cabo de alumínio);
- Kit para limpeza vidros e tetos, incluindo extensores;
- Placas de sinalização e fita demarcatória para as áreas onde estão sendo realizados procedimentos de limpeza úmida;
- Aspirador de pó e líquido;
- Máquina hidrojateadora (alta pressão);
- Máquinas lava e seca;
- Escada de alumínio com 3 e 7 degraus antiderrapantes, corrimão alto e seguro, patamar em alumínio largo;
- Carros para transporte de resíduos, para: resíduos infectantes/resíduos químicos e resíduos comuns;
- MOP plano em microfibra;
- Vassourão para varredura de área externa;

- Pulverizadores com etiquetas adesivas para os saneantes diluídos;
- Etiquetas adesivas laváveis;
- Canecas plásticas confeccionadas em plástico resistente, com alça, volume de 1L, transparente com graduação de volume;
- Carro coletor para área externa com rodas e tampa acionada por pedal.

3.31.14. A CONTRATADA deverá fornecer:

- Saneantes Domissanitários e produtos químicos necessários para a plena execução do objeto do contrato;
- Insumos para Tratamento, Remoção, Impermeabilização dos pisos;
- Materiais e insumos diversos de limpeza;
- Equipamentos de Limpeza;
- Maquinários para a Limpeza;
- Material descartável: sacos de lixo infectante, químico, resíduo comum e recicláveis;
- Dispensadores de Papel Toalha, Papel Higiênico, Álcool Gel e sabonete líquido;
- Materiais de consumo: papel higiênico, papel toalha, sabonete líquido e álcool em gel;
- Lixeiras de diversas capacidades.

3.32. Dos resíduos:

- 3.32.1. Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme a legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da unidade contratante e demais exigências legais nos termos da Lei Estadual nº 12.300, de 16 de março de 2006; dos Decretos Estaduais nº 54.645, de 05 de agosto de 2009, e nº 55.565, de 15 de março de 2010; da Resolução RDC nº 222, de 28 de março de 2018, da Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005, e da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC nº 1, de 29 de junho de 1998, com o objetivo do gerenciamento dos resíduos gerados nos serviços de saúde com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente, realizando da Contratada ou com terceiros a segregação no momento da geração do resíduo e destinando adequadamente os materiais perfurocortantes.

- 3.32.2. O procedimento de recolhimento dos resíduos hospitalares deve sempre contemplar as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento e transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e à legislação vigente.
- 3.32.3. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deve ser elaborado pela unidade geradora do Contratante, contemplar todos os Grupos de Resíduos gerados no estabelecimento (Grupos A, B, C, D e E) e atender integralmente ao estabelecido no roteiro constante da Lei Estadual nº 12.300, de 16 de março de 2006, no Decreto Estadual nº 54.645, de 05 de agosto de 2009, na Resolução RDC nº 222, de 28 de março de 2018, da Anvisa, na Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005, e na Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC nº 1, de 29 de junho de 1998. Consideram-se os conceitos a seguir, cuja simbologia e identificação dos locais de geração de resíduos e correspondente fluxo é de responsabilidade do Contratante.
- 3.32.4. Embalar, nos termos do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo II, das normas NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR 9191 – devem constar em saco individual a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionado a um terço da altura a partir de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei Federal nº 6.360/1976, e possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto.
- 3.32.5. Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente e o utilizando até o limite de 80% de sua capacidade.
- 3.32.6. Utilizar obrigatoriamente paramentação, incluindo bota e luva de borracha (expurgo), quando do manuseio do resíduo embalado e de sua retirada após esse procedimento.
- 3.32.7. Utilizar, durante a coleta e o transporte de resíduo interno, carrinho próprio para o grupo de resíduo, fechado com tampa, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondados, sem emenda na estrutura e identificado com o símbolo correspondente ao risco do resíduo nele contido. Deve ser provido de rodas revestidas de material que reduza o ruído.
- 3.32.8. Os contêineres com mais de 400 litros de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Previdência.

- 3.32.9. Elaborar, para a utilização dos elevadores de serviços, planejamento e programação dos horários de retirada interna dos resíduos, de forma a evitar o cruzamento de fluxo com outras atividades, tais como SND (Serviço de Nutrição e Dietética), lavanderia e transporte de pacientes.
- 3.32.10. Armazenar o resíduo devidamente embalado no depósito de resíduos indicado pelo Contratante. Os resíduos, uma vez coletados no ponto de geração, devem permanecer no mesmo recipiente até o armazenamento externo, antes da coleta final.
- 3.32.11. Proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.
- 3.33. Obrigações e responsabilidades específicas - boas práticas ambientais:
- 3.33.1. Elaborar e manter um programa interno de treinamento de seus profissionais, visando à redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes.
- 3.33.2. Receber do Contratante informações a respeito dos programas de uso racional dos recursos que impactem o meio ambiente.
- 3.33.3. Responsabilizar-se pelo preenchimento do Formulário de Ocorrências para Manutenção por seu encarregado, que poderá ser fornecido pelo Contratante.
- 3.33.4. Quando houver ocorrências, o encarregado deverá entregar ao Contratante o Formulário de Ocorrências para Manutenção devidamente preenchido e assinado. Exemplos de ocorrências mais comuns e que devem ser apontadas:
- Vazamentos na torneira ou no sifão de lavatórios e chuveiros;
 - Saboneteiras e toalheiros quebrados;
 - Lâmpadas queimadas ou piscando;
 - Tomadas e espelhos soltos;
 - Fios desencapados;
 - Janelas, fechaduras ou vidros quebrados;
 - Carpete solto, entre outras.
- 3.34. Uso racional da água:
- 3.34.1. A CONTRATADA deverá capacitar parte do seu pessoal quanto ao uso da água.
- 3.34.2. A Contratada deverá adotar medidas para se evitar o desperdício da água tratada.

- 3.34.3. Colaborar com as medidas de redução de consumo e uso racional da água, cujos encarregados devem atuar como facilitadores das mudanças de comportamento de empregados da Contratada, esperadas com essas medidas.
- 3.34.4. Sempre que adequado e necessário, a Contratada deverá utilizar-se de equipamento de limpeza com jatos de vapor de água saturada sob pressão. Trata-se de alternativa de inovação tecnológica, cuja utilização será precedida de avaliação das vantagens e desvantagens pelo Contratante. Em caso de utilização de lavadoras, sempre adotar as de pressão com vazão máxima de 360 litros/hora.
- 3.34.5. Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de equipamentos e complementos que promovem a redução do consumo de água.
- 3.35. Uso racional de energia elétrica:
 - 3.35.1. Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição de produtos e equipamentos que apresentem eficiência energética e redução de consumo.
 - 3.35.2. Durante a limpeza noturna, quando permitido, acender apenas as luzes das áreas que estiverem sendo ocupadas.
 - 3.35.3. Comunicar ao Contratante sobre equipamentos com mau funcionamento ou danificados, como lâmpadas queimadas ou piscando, zumbido excessivo em reatores de luminárias e mau funcionamento de instalações energizadas.
 - 3.35.4. Sugerir ao Contratante ou diretamente à Comissão Interna de Racionalização do Uso de Energia (CIRE) locais e medidas que tenham a possibilidade de redução do consumo de energia, tais como: desligamento de sistemas de iluminação, instalação de interruptores, instalação de sensores de presença, rebaixamento de luminárias etc.
 - 3.35.5. Ao remover o pó de cortinas e persianas, verificar se estas não se encontram impedindo a saída do ar-condicionado ou aparelho equivalente.
 - 3.35.6. Verificar o sistema de proteção elétrica, as condições de segurança de extensões elétricas utilizadas em aspiradores de pó, enceradeiras etc. e se existem vazamentos de vapor ou ar nos equipamentos de limpeza.
 - 3.35.7. Realizar verificações e, se for o caso, manutenções periódicas em seus aparelhos elétricos, extensões, filtros, recipientes dos aspiradores de pó e escovas das enceradeiras. Evitar ao máximo o uso de extensões elétricas.
 - 3.35.8. Repassar a seus empregados todas as orientações referentes à redução do consumo de energia fornecidas pelo Contratante.
- 3.36. Redução de produção de resíduos sólidos:

- 3.36.1. Separar e entregar ao Contratante as pilhas e baterias dispostas para descarte que contenham em suas composições chumbo, cádmio, mercúrio e seus compostos, aos estabelecimentos que as comercializam ou à rede de assistência técnica autorizada pelas respectivas indústrias para repasse aos fabricantes ou importadores, para que estes adotem, diretamente ou por meio de terceiros, os procedimentos de reutilização, reciclagem, tratamento ou disposição final ambientalmente adequada, em face dos impactos negativos causados ao meio ambiente pelo descarte inadequado desses materiais. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA nº 401, de 05 de novembro de 2008.
- 3.36.2. Tratamento idêntico deverá ser dispensado a lâmpadas fluorescentes e frascos de aerossóis em geral.
- 3.36.3. Encaminhar os pneumáticos inservíveis abandonados ou dispostos inadequadamente aos fabricantes para destinação final, ambientalmente adequada, tendo em vista que esses constituem passivo ambiental, que resulta em sério risco ao meio ambiente e à saúde pública. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA nº 416, de 30 de setembro de 2009, e à Instrução Normativa do IBAMA nº 01, de 18 de março de 2010.
- 3.36.4. Quando implantado pelo Contratante Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, colaborar de forma efetiva no desenvolvimento das atividades do programa interno de separação de resíduos sólidos, em recipientes para coleta seletiva nas cores internacionalmente identificadas, disponibilizados pelo Contratante.
- 3.36.5. No Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, a Contratada deverá observar as seguintes regras:
- Materiais não recicláveis:

Materiais denominados “rejeitos”, para os quais ainda não são aplicadas técnicas de reaproveitamento. Dentre eles: lixo de banheiro, papel higiênico, lenço de papel e outros, como cerâmicas, pratos, vidros pirex e similares; trapos e roupas sujas; toco de cigarro; cinza e ciscos (que deverão ser segregados e acondicionados separadamente para destinação adequada); acrílico; lâmpadas fluorescentes (acondicionadas em separado); papéis plastificados, metalizados ou parafinados; papel carbono e fotografias; fitas e etiquetas adesivas; copos descartáveis de papel; espelhos, vidros planos, cristais; pilhas (acondicionadas em separado e enviadas ao fabricante).
 - Materiais recicláveis:

Para os materiais secos recicláveis, deverá ser seguida a padronização internacional para a identificação, por cores, nos recipientes coletores (VERDE para vidro, AZUL para

papel, AMARELO para metal, VERMELHO para plástico e BRANCO para lixo não reciclável).

- 3.36.6. Quando implantadas pelo Contratante operações de compostagem/fabricação de adubo orgânico, a Contratada deverá separar os resíduos orgânicos da varrição de parques (folhas, gravetos etc.) e encaminhá-los posteriormente para as referidas operações, de modo a evitar sua disposição em aterro sanitário.
- 3.36.7. Fornecer sacos de lixo nos tamanhos adequados à sua utilização, com vistas à otimização em seu uso, bem como à redução da destinação de resíduos sólidos.
- 3.36.8. Otimizar a utilização dos sacos de lixo, cujo fornecimento é de responsabilidade da Contratada, adequando sua disponibilização quanto à capacidade e necessidade, esgotando dentro do bom senso e da razoabilidade o volume útil de acondicionamento, objetivando a redução da destinação de resíduos sólidos.
- 3.36.9. Observar, quando pertinente, as disposições da Lei Municipal de São Paulo nº 14.973/2009, e o Decreto Municipal nº 58.701/2019, quanto à organização de sistemas de coleta seletiva nos grandes geradores de resíduos sólidos, bem como o recolhimento periódico dos resíduos coletados e o envio destes para locais adequados que garantam o seu bom aproveitamento, ou seja, a reciclagem.
- 3.37. Saneantes domissanitários:
 - 3.37.1. Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de produtos biodegradáveis, observando o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana nos termos da Resolução RDC nº 700, de 13 de maio de 2022, da ANVISA.
 - 3.37.2. Utilizar racionalmente os saneantes domissanitários cuja aplicação nos serviços deverá observar regra basilar de menor toxicidade, ser livre de corantes e conter redução drástica de hipoclorito de sódio.
 - 3.37.3. Manter critérios de qualificação de fornecedores levando em consideração as ações ambientais por eles realizadas.
 - 3.37.4. Observar, rigorosamente, quando da aplicação e/ou manipulação de detergentes e seus congêneres, as prescrições do artigo 44 da Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, do Decreto Federal nº 8.077, de 14 de agosto de 2013, e da Resolução RDC nº 694, de 13 de maio de 2022, da Anvisa, sujeitando-se a fiscalização por parte das autoridades sanitárias e do Contratante.
 - 3.37.5. Fornecer saneantes domissanitários devidamente registrados no órgão de vigilância sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme disposto no Decreto Federal nº

8.077, de 14 de agosto de 2013, que regulamenta a Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976.

- 3.37.6. Observar a rotulagem quanto aos produtos desinfetantes domissanitários, conforme a Resolução RDC nº 682, de 02 de maio de 2022, da ANVISA, e o artigo 60-A da Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, incluído pela Lei Federal nº 13.236, de 29 de dezembro de 2015.
- 3.37.7. Em face da necessidade de ser preservada a qualidade dos recursos hídricos naturais, de importância fundamental para a saúde, deve-se aplicar somente saneantes domissanitários cujas substâncias tensoativas aniônicas utilizadas em sua composição sejam biodegradáveis, conforme disposições da Resolução RDC nº 694, de 13 de maio de 2022, da ANVISA, que dispõe sobre a biodegradabilidade de tensoativos aniônicos empregados em produtos saneantes domissanitários:
- 3.37.8. A determinação da biodegradabilidade de tensoativos aniônicos deve observar o disposto na Resolução DC nº 694, de 13 de maio de 2022, da ANVISA;
- 3.37.9. O Contratante poderá coletar uma vez por mês, e sempre que entender necessário, amostras de saneantes domissanitários, que deverão ser devidamente acondicionadas em recipientes esterilizados e lacrados, para análises laboratoriais;
- 3.37.10. Os laudos laboratoriais deverão ser elaborados por laboratórios habilitados pela Secretaria de Vigilância Sanitária. Deverão constar obrigatoriamente do laudo laboratorial, além do resultado dos ensaios de biodegradabilidade, os resultados da análise química da amostra analisada.
- 3.37.11. Quando da aplicação de álcool, deverá ser observada a Resolução RDC nº 691, de 13 de maio de 2022, da ANVISA, que dispõe sobre condições para a industrialização, e posição venda ou entrega ao consumo do álcool etílico hidratado em todas as graduações e do álcool etílico anidro.
- 3.37.12. Ficam terminantemente proibidos na Prestação de Serviços de Limpeza Hospitalar o fornecimento, a utilização e a aplicação de saneantes domissanitários ou produtos químicos que contenham ou apresentem em sua composição:
- Corantes – relacionados no Anexo I da Portaria nº 9 MS/SNVS, de 10 de abril de 1987;
 - Componente não permitido, componente que exceda limite estabelecido constante em regulamento específico, ou componente que apresente efeitos comprovadamente mutagênicos, teratogênicos ou carcinogênicos em mamíferos,

observando-se o disposto no artigo 9º da Resolução RDC nº 59, de 17 de dezembro de 2010, da Anvisa;

- Saneantes domissanitários fortemente alcalinos – apresentados sob a forma de líquido premido (aerossol) ou líquido para pulverização, tais como produtos desengordurantes, conforme a Resolução RDC nº 697, de 13 de maio de 2022, da ANVISA;
- Benzeno – conforme a Resolução RDC nº 648, de 24 de março de 2022, da ANVISA, e recomendações dispostas na Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, no Decreto Federal nº 8.077, de 14 de agosto de 2013, e na Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, uma vez que, de acordo com estudos da IARC (International Agency Research on Cancer), agência de pesquisa referenciada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a substância benzeno foi categorizada como cancerígena para humanos;
- Inseticidas e raticidas – nos termos da Resolução Normativa CNS nº 01, de 04 de abril de 1979.

3.37.13. Os produtos químicos relacionados pela Contratada, de acordo com sua classificação de risco, composição, fabricante e utilização, deverão ter notificação ou registro deferido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) do Ministério da Saúde, conforme Resolução RDC nº 59, de 22 de dezembro de 2010. A consulta aos saneantes notificados e registrados está disponível na seção de consulta ao banco de dados, no site da Anvisa: <https://consultas.anvisa.gov.br/>.

3.37.14. Recomenda-se que a Contratada utilize produtos detergentes de baixa concentração e baixo teor de fosfato.

3.37.15. A Contratada deve apresentar ao Contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com profissionais da Contratada ou com terceiros.

3.38. Poluição sonora:

Para os equipamentos de limpeza que gerem ruído em seu funcionamento, observar a necessidade de Selo Ruído, como forma de indicação do nível de potência sonora, medido em decibel – dB(A) –, conforme Resolução CONAMA nº 20, de 07 de dezembro de 1994, em face de o ruído excessivo causar prejuízo à saúde física e mental, afetando particularmente a audição. A utilização de tecnologias adequadas e conhecidas permite atender às necessidades de redução de níveis de ruído.

4. METODOLOGIA DE APLICAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SERVIÇO

- 4.1. A Avaliação do Nível de Serviços, em comum acordo entre o Gestor do Contrato e Responsável da Contratada, poderá ter os eixos 3. Eficiência Operacional e 4. Confiabilidade alterados de forma a garantir a especificidade da unidade.

1. OBJETIVO
Estabelecer orientações referente a metodologia da Avaliação do Nível de Serviços pela Contratada, descrevendo os critérios e as pontuações a serem empregadas pelo Contratante na gestão de contratos. Os resultados do controle da qualidade dos serviços prestados indicarão os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados. Na hipótese de adoção dessa metodologia ou de qualquer outra julgada mais conveniente, recomenda-se que os critérios, parâmetros de avaliação e conceitos de pontuação estejam devidamente previstos no Termo de Referência do serviço contratado, tanto na parte relativa à fiscalização da execução dos serviços, integrante das especificações técnicas, como na cláusula de medição dos serviços constante da minuta do Termo de Contrato. A adoção desses critérios assegurará ao Contratante instrumentos para a avaliação e o controle efetivo da qualidade da prestação dos serviços, desenvolvimento dos processos de qualidade institucionais e cumprimento na entrega de documentações obrigatórias.
2. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES
Avaliação do Nível de Serviços – Serviço de Higiene e Limpeza
3. SETORES RELACIONADOS
Contratos Facilities
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
TR – Termo de Referência
5. DESCRIÇÃO
5.1 Regras Gerais A Avaliação do Nível de Serviços consiste na análise dos seguintes módulos: 1. Gestão de Pessoas 2. Experiência do Cliente 3. Eficiência Operacional 4. Confiabilidade 5. Processos 6. Contratos 7. Atendimento avaliando os serviços, observando, entre outros, os seguintes critérios: ▪ Avaliação dos Indicadores de Gestão de Pessoas: Absenteísmo, Turn Over, Acidente de Trabalho, Cumprimento da LNT e Treinamento Homem x Hora; ▪ Avaliação da Satisfação do Cliente externo e/ou interno; ▪ Avaliação da eficiência operacional do serviço prestado;

- Avaliação da confiabilidade dos processos críticos que envolvem o objeto da prestação de serviços;
- Acompanhamento dos processos e aderência aos requisitos da Qualidade;
- Disponibilização das documentações de terceiros solicitadas;
- Envio das documentações obrigatórias para habilitação do pagamento juntamente com a Nota Fiscal;
- Disponibilidade de atendimento e resolubilidade das solicitações realizadas.

O procedimento de Avaliação do Nível de Serviços está vinculado aos contratos de prestação de serviços com alocação de mão de obra, integrando as especificações técnicas como obrigação e responsabilidade do Contratante. Deverá ser efetuado mensalmente pelo gestor do contrato, de forma a gerar relatórios mensais que servirão de fator redutor para os cálculos dos valores a serem lançados nas faturas mensais de prestação dos serviços executados, com base nas pontuações constantes dos relatórios.

5.2 Critérios

Na avaliação, devem ser atribuídos no Formulário de Avaliação do Nível de Serviços os conceitos de “Meta” e “Conforme”, equivalentes, respectivamente, a Meta Atingida/ Conforme: pontuação alcançada, Meta não Atingida/ Não Conforme: pontuação não alcançada para cada item avaliado, conforme indica o quadro a seguir.

5.3 Módulos e Pontuações:

MÓDULO	PONTUAÇÃO
1 Gestão de Pessoas	1,0
2 Experiência do Cliente	2,0
3 Eficiência Operacional	1,0
4 Confiabilidade	3,0
5 Processos	1,0
6 Contratos	1,0
7 Atendimento	1,0
Total Pontuação	10,0

5.4 Pontuações e Liberação da Fatura:

FATURAMENTO	PONTUAÇÃO
Liberação de 100% da Fatura	De 9,1 a 10,0 pontos
Liberação de 95% da Fatura	De 8,1 a 9,0 pontos
Liberação de 90% da Fatura	De 7,1 a 8,0 pontos
Liberação de 85% da Fatura	De 6,1 a 7,0 pontos
Liberação de 80% da Fatura	De 5,1 a 6,0 pontos
Liberação de 75% da Fatura	Abaixo de 5,0 pontos

5.5 Módulos e Itens de Pontuação

Módulos		Atributos	Pontos
1	Gestão de Pessoas	1.1 Absenteísmo	0,2
		1.2 Turn Over	0,2
		1.3 Acidente de Trabalho	0,2
		1.4 Cumprimento da LNT	0,2
		1.5 Treinamento Homem x Hora	0,2
2	Satisfação do Cliente	2.1 Satisfação do Cliente Externo - SAU	1
		2.2 Satisfação do Cliente Interno	1
3	Eficiência Operacional	3.1 Tempo Médio de Limpeza leitos Clínicos	0,25
		3.2 Tempo Médio de Limpeza leitos de UTI	0,25
		3.3 Tempo Médio de Limpeza de Sala Cirúrgica	0,25
		3.4 Taxa de Cumprimento do Cronograma de Limpeza Terminal	0,25
4	Confiabilidade	4.1 Conformidade no processo de Limpeza Terminal	1,5
		4.2 Conformidade no processo de Limpeza Concorrente	1,5
5	Processos	5.1 Indicadores de resultados inseridos no SAS	0,2
		5.2 Atualização de documentos	0,2
		5.3 Efetividade das ações inseridas no SAS	0,2
		5.4 Notificações analisadas no prazo	0,2
		5.5 Atualização do Quadro de Gestão à Vista	0,2
6	Contratos	6.1 Check List Documentação de Terceiros	0,25
		6.2 Check List Documentação Nota Fiscal	0,5
		6.3 Relatório de Produção	0,25
7	Atendimento	7.1 Disponibilidade no atendimento telefônico, e-mail, reuniões	0,5
		7.2 Eficiência na resolução das solicitações	0,5

5.6 Critérios e Pontuação dos Itens Avaliados

5.6.1. Recursos Humanos

Descrição e Critérios dos Itens Avaliados	Pontos
1.1 Absenteísmo	
A Taxa de Absenteísmo mensal é menor ou igual a meta	0,2
A Taxa de Absenteísmo mensal é maior que a meta	0
1.2 Turn Over	
A Taxa de Turn Over mensal é menor ou igual a meta	0,2
A Taxa de Turn Over mensal é maior que a meta	0
1.3 Acidente de Trabalho	
A Taxa de Acidente de Trabalho mensal é igual a zero	0,2
A Taxa de Acidente de Trabalho mensal é maior zero	0
1.4 Cumprimento da LNT	
A Taxa de Cumprimento da LNT mensal é menor ou igual a meta	0,2
A Taxa de Cumprimento da LNT mensal é maior que a meta	0
1.5 Treinamento Homem x Hora	
A Taxa de Treinamento Homem X Hora mensal é maior ou igual a meta	0,2
A Taxa de Treinamento Homem X Hora mensal é menor que a meta	0

5.6.2 Experiência do Cliente

Descrição e Critérios dos Itens Avaliados	Pontos
2.1 Satisfação do Cliente Externo - SAU	
A Taxa de Satisfação do Cliente Externo mensal é maior ou igual a meta	1
A Taxa de Satisfação do Cliente Externo mensal é menor que a meta	0
2.2 Satisfação do Cliente Interno	
A Taxa de Satisfação do Cliente Interno mensal é maior ou igual a meta	1
A Taxa de Satisfação do Cliente Interno mensal é menor que a meta	0

5.6.3. Eficiência Operacional

Descrição e Critérios dos Itens Avaliados	Pontos
3.1 Tempo Médio de Limpeza Leitos Clínicos	
O Tempo Médio de Limpeza de Leitos Clínicos é menor ou igual a meta	0,25
O Tempo Médio de Limpeza de Leitos Clínicos é maior que a meta	0
3.2 Tempo Médio de Limpeza leitos de UTI	
O Tempo Médio de Limpeza de Leitos de UTI é menor ou igual a meta	0,25
O Tempo Médio de Limpeza de Leitos de UTI é maior que a meta	0
3.3 Tempo Médio de Limpeza de Sala Cirúrgica	
O Tempo Médio de Limpeza de Sala Cirúrgica é menor ou igual a meta	0,25
O Tempo Médio de Limpeza de Sala Cirúrgica é maior que a meta	0
3.4 Taxa de Cumprimento do Cronograma de Limpeza Terminal	
A Taxa de Cumprimento do Cronograma de Limpeza Terminal é maior ou igual a meta	0,25
A Taxa de Cumprimento do Cronograma de Limpeza Terminal é menor que a meta	0

5.6.4. Confiabilidade

Descrição e Critérios dos Itens Avaliados	Pontos
4.1 Conformidade no processo de Limpeza Terminal	
A Taxa de Conformidade de Limpeza Terminal é maior ou igual a meta	1,5
A Taxa de Conformidade de Limpeza Terminal é menor que a meta	0
4.2 Conformidade no processo de Limpeza Concorrente	
A Taxa de Conformidade de Limpeza Concorrente é maior ou igual a meta	1,5
A Taxa de Conformidade de Limpeza Concorrente é menor que a meta	0

5.6.5. Processos

Descrição e Critérios dos Itens Avaliados	Pontos
5.1 Indicadores de resultados inseridos no SAS	
Os indicadores de resultados do mês foram inseridos no SAS	0,2
Os indicadores de resultados do mês não foram inseridos no SAS	0
5.2 Atualização de documentos	
As documentações operacionais estão atualizadas e inseridas no SAS	0,2
As documentações operacionais estão atualizadas e inseridas no SAS	0
5.3 Efetividade das ações inseridas no SAS	
As ações do mês previstas no SAS estão concluídas	0,2
As ações do mês previstas no SAS estão atrasadas	0
5.4 Notificações analisadas no prazo	
As Notificações recebidas no mês foram analisadas no prazo	0,2
As Notificações recebidas no mês não foram analisadas no prazo	0
5.5 Atualização do Quadro de Gestão à Vista	
O Quadro de Gestão à Vista está atualizado com as informações do mês anterior	0,2
O Quadro de Gestão à Vista não está atualizado com as informações do mês anterior	0

5.6.6. Contratos

Descrição e Critérios dos Itens Avaliados	Pontos
6.1 Check List Documentação de Terceiros	
Todas as documentações de terceiros foram entregues, conforme check list	0,25
As documentações de terceiros foram entregues incompletas	0
6.2 Check List Documentação Nota Fiscal	
Todas as documentações de habilitação de pagamento foram entregues, conforme check list	0,5
As documentações de habilitação de pagamento foram entregues incompletas	0
6.3 Relatório de Atividades e/ou Produção	
O relatório de atividades e/ou produção foram entregues	0,25
O relatório de atividades e/ou produção não foram entregues	0

5.6.7. Atendimento

Descrição e Critérios dos Itens Avaliados	Pontos
7.1 Disponibilidade no atendimento telefônico, e-mail, reuniões	
O CONTRATADO está disponível para contato telefônico, o retorno de emails é realizado em tempo hábil e participam das reuniões convocadas	0,5
O CONTRATADO não está disponível para contato telefônico, o retorno de emails não ocorre em tempo hábil e há ausência nas reuniões convocadas	0
7.2 Eficiência na resolução das solicitações	
O CONTRATADO demonstra agilidade no atendimento e eficiência resolução das solicitações	0,5
O CONTRATADO demonstra morosidade no atendimento e ineficiência resolução das solicitações	0

5.7 Recomendações Gerais

- O CONTRATADO deverá designar um responsável pela operação da prestação de serviços na unidade, acompanhamento das atividades, fornecimento das informações e atendimento do CONTRATANTE;
- O representante do CONTRATANTE e o representante do CONTRATADO deverão preencher juntos a Avaliação de Nível de Serviços, em comum acordo, e ambos deverão validar o Formulário com as devidas assinaturas e carimbos;
- Os módulos que obtiverem pontuação 0 (zero) após 3 (três) meses consecutivos, deverão ser rediscutidos com um Plano de Ação e, se necessário alteração de meta.;
- As avaliações deverão ser entregues até o dia 15 do mês subsequente da prestação de serviços;
- O CONTRATANTE e o CONTRATADO terão 90 dias para realização das adequações internas necessárias, ajustes de processos e alinhamento para a implementação da Liberação da Fatura por pontuação.

5. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SERVIÇOS

		FORMULÁRIO					
		Check - List: Avaliação do Nível de Serviço - SHL					
		Código:FOR.ISMS.GCONT.xxx		Versão: 01		Página: 1 / 3	
Unidade:				Mês de Competência:			
Nome da Empresa:				CNPJ:			
Objeto do Contrato:							
Responsável:				E-mail:			
1. Gestão de Pessoas							
Item	Atributos	Meta	Peso	Resultado	Alcance		
1.1	Absenteísmo	5%	0,2				
1.2	Turn Over	5%	0,2				
1.3	Acidente de Trabalho	0	0,2				
1.4	Cumprimento da LNT	100%	0,2				
1.5	Treinamento Homem x Hora	1	0,2				
TOTAL			1,0				
2. Experiência do Cliente							
2.1	Satisfação do Cliente Externo - SAU	90%	1,0				
2.2	Satisfação do Cliente Interno	90%	1,0				
TOTAL			2,0				
3. Eficiência Operacional							
3.1	Tempo Médio de Limpeza leitos Clínicos	0:30	0,25				
3.2	Tempo Médio de Limpeza leitos de UTI	0:40	0,25				
3.3	Tempo Médio de Limpeza de Sala Cirúrgica	0:15	0,25				
3.4	Taxa de Cumprimento do Cronograma de Limpeza Terminal	90%	0,25				
TOTAL			1,0				
4. Confiabilidade							
4.1	Conformidade no processo de Limpeza Terminal	90%	1,5				
4.2	Conformidade no processo de Limpeza Concorrente	90%	1,5				
TOTAL			3,0				
5. Processos							
5.1	Indicadores de resultados inseridos no SAS	E	0,2				
5.2	Atualização de documentos	E	0,2				
5.3	Efetividade das ações inseridas no SAS	E	0,2				
5.4	Notificações analisadas no prazo	E	0,2				
5.5	Atualização do Quadro de Gestão à Vista	E	0,2				
TOTAL			1,0				

	FORMULÁRIO		
	Check - List: Avaliação do Nível de Serviço - SHL		
	Código: FOR.ISMS.GCONT.xxx	Versão: 01	Página: 2 / 3

6. Contratos					
6.1	<u>Check</u> List Documentação de Terceiros	E	0,25		
6.2	Check List Documentação Nota Fiscal	E	0,5		
6.3	Relatório de Atividades/ Produção	E	0,25		
TOTAL			1,0		
7. Atendimento					
7.1	Disponibilidade no atendimento telefônico, e-mail, reuniões	E	0,5		
7.2	Eficiência na resolução das solicitações	E	0,5		
TOTAL			1,0		
Pontuação Possível (Tt.1 + Tt.2 + Tt.3 + Tt.4 + Tt.5 + Tt.6 + Tt.7)			10,0		
Pontuação Alcançada (Al.1 + Al.2 + Al.3 + Al.4 + Al.5 + Al.6 + Al.7)					
Observação:					
Responsável pela Avaliação:					
<u>Gestor do Contrato:</u> _____ <u>Data:</u> ____/____/____ <u>Assinatura/ Carimbo</u> <u>Representante do Contratado:</u> _____ <u>Data:</u> ____/____/____ <u>Assinatura/ Carimbo</u> <u>Sector de Contratos:</u> _____ <u>Data:</u> ____/____/____ <u>Assinatura/ Carimbo</u> <u>Diretoria Geral:</u> _____ <u>Data:</u> ____/____/____ <u>Assinatura/ Carimbo</u>					
Observação: As documentações relacionadas deverão ser salvas no diretório de Contratos					

3.3.5.2. *Prestação de Serviços de Controle de Acesso*

TERMO DE REFERÊNCIA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONTROLE DE ACESSO

1. OBJETO

O presente termo tem como objeto a contratação de empresa especializada em prestação de serviços de controle, operação e fiscalização de portarias e atendimento ao público, com a efetiva cobertura dos postos designados, nos locais especificados na relação de postos e locais especificados em contrato, a fim de atender as necessidades do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, situado na Rua Baltazar Saldanha, 1501 – Jardim Ipanema, CEP 79900 - 000, Ponta Porã/MS, gerido pelo Instituto Social Mais Saúde, por meio do **Contrato de Gestão nº XXXX**, celebrado com o Estado do Mato Grosso do Sul, por intermédio da Secretária do Estado do Mato Grosso do Sul.

Os serviços de controle, operação e fiscalização de portarias e edifícios e atendimento ao público caracterizam-se pela efetiva cobertura dos postos, objeto deste termo de referência, cujas atividades a serem desenvolvidas não se confundem com as que podem ser desempenhadas somente por profissionais regidos e regulamentados por legislação específica, qual seja: Lei Federal nº 7.102/1983 e respectivas alterações, regulamentada pelos Decretos nº 89.056, de 24 de novembro de 1983, e nº 1.592, de 10 de agosto de 1995, pelas Portarias DPF nº 891/1999, DFP nº 320/2004 e DG/DPF nº 3.233/2012, bem como pela alteração do art. 193 da CLT, dada pela Lei Federal nº 12.740/2012.

2. JUSTIFICATIVA

2.1. O **INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE** celebrou com o Estado do Mato Grosso do Sul, por intermédio da Secretária do Estado do Mato Grosso do Sul, o Contrato de Gestão nº XXXX que tem como objeto o gerenciamento, operacionalização e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, visando a

garantia da assistência universal e gratuita à população, observadas as normas, os princípios e legislações do Sistema Único de Saúde – SUS.

2.2. A cotação se justifica em razão da necessidade de se selecionar a melhor proposta, conforme preceitua o Manual de Compras e Contratações do Instituto Social Mais Saúde, sendo balizado nos princípios administrativos da publicidade, moralidade, impessoalidade e eficiência, bem como em critérios técnicos necessários a execução dos serviços acima descritos.

2.3. O serviço aqui proposto é essencial, pois sua interrupção pode comprometer o tratamento de pacientes, acompanhantes, visitantes e funcionários, tornando-se imprescindível à contratação de empresa especializada para a execução dos serviços nas instalações da unidade hospitalar.

2.4. A Lei de terceirização contempla esses serviços que, por sua natureza, são necessárias ao órgão, cuja paralisação pode ocasionar transtornos ao bom andamento das suas atividades. Os serviços solicitados se enquadram perfeitamente nessa essência, são de natureza necessária e, portanto, devem ser executados de forma contínua para que não venha comprometer a ordem e causar sérios prejuízos para a Administração.

2.5. Diante dos fatos relatados é de suma importância a execução do serviço proposto no presente Termo de Referência, de acordo com todas as normas de segurança e legislação vigentes, concernentes à atividade de controlador de acesso, realizado por empresa que demonstrar aptidão, experiência e solidez no ramo a que se dedica e será a garantia de benefícios à instituição e à população.

ENDEREÇO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

3.1. Os serviços propostos neste Termo de Referência deverão ser executados no endereço abaixo:

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, situado na Rua Baltazar Saldanha, 1501 – Jardim Ipanema, CEP 79900 - 000, Ponta Porã/MS

4. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. A prestação de serviços de controle, operação e fiscalização de portarias e atendimento ao público nos postos fixados pelo CONTRATANTE envolve a alocação, pela CONTRATADA de profissionais capacitados para:

4.1.1. Assumir o posto devidamente uniformizados, identificados com crachá na altura do peito e com aparência pessoal adequada;

4.1.2. Comunicar imediatamente ao CONTRATANTE quaisquer anormalidades verificadas, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;

4.1.3. Manter afixado no posto, em local visível, o número de telefone da Delegacia de Polícia da região, do Corpo de Bombeiros, da Polícia Ambiental, dos responsáveis pela administração da instalação e outros de interesse;

4.1.4. Operar equipamentos de controle de acesso, inclusive em meios eletrônicos;

4.1.5. Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas;

Obs.: Quando o documento de identidade for indispensável para a entrada da pessoa, seus dados serão anotados no ato e o documento imediatamente devolvido ao interessado, conforme disposto na Lei Federal nº 9.453/1997.

4.1.6. Fiscalizar a entrada e a saída de veículos nas instalações, identificando o motorista e anotando a placa do veículo, inclusive de profissionais autorizados a estacionar seus carros particulares na área interna da instalação, mantendo sempre os portões fechados;

4.1.6. Fiscalizar a entrada e a saída de ambulâncias nas instalações, identificando e anotando o nome do motorista e anotando a placa do veículo e origem, inclusive anotar o nome do paciente e setor de destino, mantendo sempre os portões fechados. Em caso de emergências, autorizar a entrada, comunicando o volante/ líder por rádio afim de acompanhamento e anotação das informações;

4.1.7. Fiscalizar a entrada e a saída de carros funerários, IML e SVO nas instalações, identificando e anotando o nome do motorista e anotando a placa do veículo e origem, realizar a efetiva liberação do óbito conforme protocolo institucional, inclusive anotar o nome do óbito e local de destino, mantendo sempre os portões fechados;

4.1.8. Fiscalizar a entrada e a saída de materiais mediante conferência das notas fiscais ou de controles próprios do Contratante;

- 4.1.9. Não permitir a saída de nenhum tipo de material, caixa, equipamentos sem a autorização expressa e formal do Gestor do Contrato designado pelo CONTRATANTE;
- 4.1.10. Controlar a entrada e a saída de veículos, profissionais e visitantes após o término de cada expediente de trabalho, feriados e fins de semana, na conformidade do que venha a ser estabelecido pelo Contratante;
- 4.1.11. Proibir o ingresso de vendedores ambulantes e assemelhados nas instalações sem que estejam devidas e previamente autorizados pelo Contratante;
- 4.1.12. Não permitir a entrada e circulação na área interna das instalações de taxistas, motoristas de aplicativos, entregadores delivery;
- 4.1.13. Fiscalizar e orientar o trânsito interno de profissionais, visitantes ou pessoas, bem como dos estacionamentos de veículos, anotando eventuais irregularidades e comunicando ao Contratante;
- 4.1.14. Percorrer sistematicamente o entorno dos locais a que foi designado, inspecionando suas dependências, para evitar incêndios, roubos, entrada de pessoas estranhas e outras anormalidades;
- 4.1.15. Registrar em livro de ocorrências próprio quaisquer situações anômalas presenciadas durante a realização de suas atividades regulares;
- 4.1.16. Reportar, imediatamente, a Diretoria do Hospital ou ao gestor do contrato designado para esta atividade situações problema e riscos à segurança, sugerindo medidas saneadoras;
- 4.1.17. Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando à manutenção das condições de segurança;
- 4.1.18. Constando furto e/ou roubo deverá, após cientificado o Gestor do Contrato e Diretoria, convocar imediatamente as autoridades públicas competentes;
- 4.1.19. Reportar, imediatamente, a Diretoria Geral ou ao Gestor do Contrato designado para esta atividade situações problema e riscos à segurança, sugerindo medidas saneadoras;
- 4.1.20. Colaborar com as Polícias Civil e Militar nas ocorrências de ordem policial dentro das instalações do Contratante. Facilitar, na medida do possível, a atuação das mesmas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventuais acontecimentos;
- 4.1.21. Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;
- 4.1.22. Repassar para o (s) controlador (s) de Acesso que está (ão) assumindo o Posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações e suas imediações;

- 4.1.23. Manter o (s) controlador (s) de Acesso no Posto, não devendo se afastar (em) de seus afazeres, principalmente para atender chamados ou cumprir tarefas solicitadas por terceiros não autorizados;
- 4.1.24. Proibir a utilização do posto para guarda de objetos estranhos ao local e de bens particulares de profissionais ou de terceiros;
- 4.1.25. Comunicar ao Contratante a presença de aglomerações de pessoas junto ao posto;
- 4.1.26. Manter absoluto sigilo quanto às informações contidas nos documentos ou materiais manipulados, dedicando especial atenção à sua guarda quando for o caso;
- 4.1.27. Orientar aos usuários quanto à localização e horário de funcionamento dos serviços bem como organizar filas para atendimento, dando preferência aos idosos, gestantes e deficientes, conforme previsto em lei.
- 4.1.28. Utilizar aplicativos de informática para edição de textos, planilhas, elaboração e montagem de documentação;
- 4.1.29. Prestar informações aos usuários, pessoalmente, por telefone ou qualquer outro meio de comunicação, vinculadas as normas internas de funcionamento do Hospital e Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado e Hospital e Pronto Socorro da Criança Zona Leste;
- 4.1.30. Orientar aos usuários quanto à localização e horário de funcionamento dos serviços, bem como organizar filas para atendimento, dando preferência aos idosos, gestantes e deficientes, conforme previsto em lei;
- 4.1.31. Manter absoluto sigilo sobre as informações recebidas ou adquiridas no exercício da função;
- 4.1.32. Perfil geral para todos os profissionais a serem alocados nos postos de Trabalho
- a. Dinamismo;
 - b. Discrção;
 - c. Boa dicção;
 - d. Responsabilidade;
 - e. Senso de organização;
 - f. Bom humor e autocontrole;
 - g. Facilidade de comunicação;
 - h. Aptidão para atendimento ao público;

- i. Capacitação para o desenvolvimento das atividades;
- j. Sigilo sobre documentos elaborados e assuntos tratados;
- k. Iniciativa para o desempenho das atribuições demandadas;
- l. Cumprimento de todas as normas e determinações legais emanadas do fiscal do contrato;
- m. Abster-se da execução de atividades alheias aos objetivos previstos neste Termo de Referência.

4.1.33. A Contratada deverá cumprir a programação dos serviços feita periodicamente pelo Contratante, com atendimento sempre cortês aos profissionais e às pessoas em geral que se façam presentes.

4.1.34. Os trabalhos deverão ser executados de forma a garantir os melhores resultados, cabendo à Contratada otimizar a gestão de seus recursos (humanos e materiais) com vistas ao aprimoramento e à manutenção da qualidade dos serviços e à satisfação do Contratante. 4.1.35. A Contratada responsabilizar-se-á integralmente pelos serviços contratados, cumprindo, evidentemente, as disposições legais que interfiram em sua execução.

4.1.36. O início da execução do objeto deste instrumento somente será autorizado após a apresentação da relação de profissionais da Contratada que atuarão no âmbito desta contratação e a assinatura dos respectivos Termos de Confidencialidade, Sigilo e Uso, comprometendo-se a observar as normas de segurança, privacidade e proteção de dados e informações.

4.1.37. Atender às descrições e demais condições referentes à função segundo o código 5221 da Classificação Brasileira de Ocupações.

5. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

O CONTRATANTE responsabiliza-se por:

- 6.1. Efetuar periodicamente a programação dos serviços a serem executados pela Contratada;
- 6.2. Exercer a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados;
- 6.3. Notificar a CONTRATADA por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições no curso da execução dos serviços, fixando prazo de 24 (vinte e quatro) horas para a sua correção;
- 6.4. Indicar formalmente o gestor para acompanhamento da execução contratual;

- 6.5. Expedir autorização de serviços com antecedência mínima de 3 (três) dias úteis da data de início da execução dos mesmos;
- 6.6. Encaminhar a liberação de pagamento das faturas da prestação de serviços aprovadas;
- 6.7. Disponibilizar uma sala com mobiliário mínimo de uma mesa, três cadeiras, pontos de energia e estrutura física para a instalação de internet e telefonia. Sendo a contratação de serviços de internet, telefonia e servidor de responsabilidade do CONTRATANTE;
- 6.8. Indicar vestiários;
- 6.9. Zelar para que durante toda a vigência do contrato sejam mantidas, em compatibilidade com as obrigações assumidas pela CONTRATADA, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na contratação;
- 6.10. Informar à CONTRATADA sobre quaisquer alterações de horários e rotinas de serviço;
- 6.11. Entregar para a CONTRATADA o Manual de Controle de Acesso e demais normativas,
- 6.12. Informativos da unidade que visem o direcionamento dos serviços.

6. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Para a prestação dos serviços de Controle, Operação e Fiscalização de Portarias e Atendimento ao Público, a Contratada obriga-se a:

- 7.1. Implantar, no prazo estabelecido pela autorização de início dos serviços, os respectivos postos relacionados nesse Termo de Referência e nos horários fixados na escala de serviço aprovada pelo CONTRATANTE;
- 7.2. Responsabilizar-se integralmente pelos serviços contratados, nos termos da legislação vigente;
- 7.3. Disponibilizar empregados em quantidade necessária para garantir a operação dos postos contratados, estando os mesmos uniformizados e portando crachá com foto recente, com o devido registro em suas carteiras de trabalho;
- 7.4. Fornecer uniformes e complementos adequados para o desenvolvimento das atividades, submetendo-os previamente à aprovação do Contratante, sem ônus para os profissionais.
- 7.5. O uniforme deverá compreender as seguintes peças do vestuário: Calça Social, Camisa Social Manga curta, Blazer, Sapato fechado na cor preta e Crachá de identificação com foto.

- 7.5.1. As peças devem ser confeccionadas para gêneros masculinos e femininos com tecido e material de qualidade. Devido ao clima quente, o tecido deverá ser adequado à temperatura.
- 7.5.2. Uniformes do SUPERVISÃO e LIDERANÇA com cor diferenciada dos demais colaboradores
- 7.5.3. Disponibilizar 2 (dois) conjuntos completos ao empregado no início da execução do contrato, devendo ser substituído 01 (um) conjunto completo de uniforme a cada 06 (seis) meses, ou a qualquer época, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, após comunicação escrita da CONTRATANTE, sempre que não atendam as condições mínimas de apresentação;
- 7.5.4. Os uniformes deverão ser entregues aos funcionários da CONTRATADA mediante recibo (relação nominal, impreterivelmente assinada e datada por profissional), cuja cópia, acompanhada do original para conferência, deverá ser enviado ao gestor do contrato.
- 7.5.5. No ato da entrega dos uniformes aos colaboradores, caso seja necessário efetuar ajustes e consertos, estes deverão ocorrer até em 15 dias corridos após a entrega, sendo que eventuais despesas deverão ser arcadas pela CONTRATADA. T
- 7.5.6. Todos os itens dos uniformes (modelos, tecidos e etc.) deverão ser aprovados antecipadamente pela equipe da CONTRATANTE como medida de conformidade;
- 7.5.7. Ocorrendo a gravidez de alguma colaboradora, o uniforme deverá ser adequado à sua situação, devendo também ser aprovado pela equipe da fiscalização.
- 7.6. Fornecer colaboradores com instrução mínima de ensino médio ou equivalente, comprovada por escola reconhecida, não devem possuir antecedentes criminais. Os colaboradores devem ser qualificados em serviços de controle, operação e fiscalização de portarias e edifícios Hospitalares, digitação e operação de sistemas de controle de acesso, equipamentos de proteção, preenchimento de fichas e relatórios de atividades e ocorrências, controle de veículos e pessoas, com experiência mínima de 1 (um) ano na função e ser responsável pelos treinamentos e capacitação da equipe;
- 7.7. A empresa é responsável e, se faz obrigatório, o fornecimento aos colaboradores rádio HT para comunicação, sistema de bastão de ronda para checagem em aplicativo, lanterna LED, apito com cordão, disponibilizar capa de chuva, ombrelone e cadeiras caixa alta para postos fixos;
- 7.8. Efetuar a reposição da mão de obra nos postos, de imediato, em eventual ausência, não sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho (dobra);
- 7.9. Manter controle de frequência e pontualidade de seus profissionais sob esta contratação;

- 7.10. Assegurar que todo empregado que cometer falta disciplinar não seja mantido no posto ou em quaisquer outras instalações do Contratante;
- 7.11. Atender, de imediato, às solicitações do Contratante quanto às substituições de profissionais não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;
- 7.12. Relatar ao Contratante toda e qualquer irregularidade observada nos postos;
- 7.13. Apresentar mensalmente e sempre que solicitado, os comprovantes de pagamento de benefícios e encargos e/ou qualquer documentação solicitado pelo CONTRATANTE;
- 7.14. Fornecer, obrigatoriamente, alimentação ou vale-refeição que estejam previstos na convenção, acordo coletivo de trabalho ou sentença normativa, e legislação aplicável aos profissionais envolvidos na prestação dos serviços;
- 7.15. Instruir seus profissionais quanto à necessidade de acatar as orientações do Contratante, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, tais como prevenção de incêndio nas áreas do Contratante.;
- 7.16. Implantar com o gestor do contrato designado pelo CONTRATANTE a avaliação de satisfação do cliente interno;
- 7.17. Manter na unidade o Prontuário do Colaborador com os seguintes documentos:
- a) Cópia da Ficha Cadastral;
 - b) Cópia da Carteira de Vacinação;
 - c) Cópia dos ASO's, inclusive periódicos;
 - d) Ficha de entrega de EPI's.
- 7.18. Apresentar ao gestor do contrato, os documentos abaixo:
- a) Escala de Trabalho;
 - b) Escala por Posto de Trabalho;
 - c) Descrição de Cargos;
 - d) Fluxo de Acidente de Trabalho;
 - e) Cronograma Anual de Treinamento;
 - f) Lista de Presença de Treinamentos;
 - g) Avaliação da reação de Treinamentos;
 - h) Programa de Integração de novos colaboradores – Trilha do Conhecimento;
 - i) Descrição de atividade por posto de trabalho;
 - j) Mapeamento de Processos;
 - k) Mapeamento de Riscos;
 - l) Plano de Contingência;
 - m) Instruções de Trabalho;

n) Planilhas, formulários e controles.

7.19. Apresentar mensalmente os indicadores de qualidade, descritos abaixo:

- a) Absenteísmo
- b) Turn Over
- c) Treinamento Homem X Hora
- d) Acidente de Trabalho
- e) Taxa de Cumprimento da LNT
- f) Índice de ocorrências
- g) Quantitativo de QRU's
- h) Satisfação do Cliente interno

7.20. A Contratada deverá atender todas as exigências e procedimentos solicitados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e outras exigências legais buscando a excelência nos serviços prestados e segurança do paciente;

7.21. Observar a legislação trabalhista, inclusive quanto à jornada de trabalho e outras disposições previstas em normas coletivas da categoria profissional;

7.22. Observar as condições de uso de sistema de escrituração digital de obrigações previdenciárias, trabalhistas e fiscais que sejam estabelecidas por legislação federal, atendendo ao disposto no art. 16 da Lei Federal nº 13.874/2019;

7.23. Apresentar a NOTA FISCAL, para ser atestada pelos empregados responsáveis pela fiscalização e verificação do cumprimento do objeto do contrato (contendo: competência/descrição detalhada do serviço com mês de execução / valor), juntamente com:

- a) Das certidões de regularidade com o Fisco Federal, Estadual, Municipal, Seguridade Social (CND) e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- b) Relação de profissionais com nome completo, função exercida, dias trabalhados, horas extras, férias, licenças, faltas, ocorrências;
- c) Cópia da escala de trabalho;
- d) Cópia de folha de ponto;
- e) Resumo da folha de pagamento e/ou contracheque dos funcionários;
- f) Comprovante de pagamento dos salários e outros benefícios;

- g) GFIP E SEFIP;
- h) Fichas de entrega de EPI's;
- i) Relatório analítico da GRF (FGTS);
- j) Guia GRF (FGTS);
- k) Comprovante de pagamento da GRF (FGTS);
- l) Relatório analítico de GPS (INSS);
- m) Guia GPS (INSS);
- n) Comprovante de pagamento de GPS (INSS);
- o) Protocolo de conectividade;
- p) Relatório detalhado de execução de serviço.

8. FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1. A fiscalização do Contratante terá livre acesso aos locais de execução do serviço;

8.2. O Contratante exercerá a fiscalização dos serviços contratados, de modo a assegurar o efetivo cumprimento da execução do escopo contratado, cabendo-lhe também realizar avaliação periódica das atividades desenvolvidas pela Contratada;

8.3. O Contratante poderá ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição de profissionais da Contratada que estiverem sem uniforme ou crachá, que embarçarem ou dificultarem a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a exclusivo critério do Contratante, julgar inconveniente;

8.4. Com vistas a melhoria contínua na prestação de serviços será estabelecido a Avaliação do Nível de Serviços nas condições descritas no Termo de Referência, o qual a CONTRATADA deverá cumprir;

8.5. O CONTRATANTE utilizará o Procedimento de Avaliação de Nível de Serviços de Controle de Acesso de pleno conhecimento das partes, para acompanhamento do desenvolvimento dos trabalhos, medição dos níveis de qualidade e correção de rumos;

8.6. O CONTRATANTE executará mensalmente a medição dos serviços pela quantidade de postos/dia efetivamente cobertos, descontando-se do valor devido o equivalente à indisponibilidade dos serviços contratados e por motivos imputáveis à CONTRATADA, bem como percentual decorrente da Avaliação do Nível de Serviços, sem prejuízo das sanções disciplinadas em contrato.

9. METODOLOGIA DE APLICAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SERVIÇOS

1. OBJETIVO
Estabelecer orientações referente a metodologia da Avaliação do Nível de Serviços pela Contratada, descrevendo os critérios e as pontuações a serem empregadas pelo Contratante na gestão de contratos. Os resultados do controle da qualidade dos serviços prestados indicarão os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados. Na hipótese de adoção dessa metodologia ou de qualquer outra julgada mais conveniente, recomenda-se que os critérios, parâmetros de avaliação e conceitos de pontuação estejam devidamente previstos no Termo de Referência do serviço contratado, tanto na parte relativa à fiscalização da execução dos serviços, integrante das especificações técnicas, como na cláusula de medição dos serviços constante da minuta do Termo de Contrato. A adoção desses critérios assegurará ao Contratante instrumentos para a avaliação e o controle efetivo da qualidade da prestação dos serviços, desenvolvimento dos processos de qualidade institucionais e cumprimento na entrega de documentações obrigatórias.
2. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES
Avaliação do Nível de Serviços – Controle de Acesso Avaliação Operacional do Serviço de Controle de Acesso
3. SETORES RELACIONADOS
Contratos - Facilities
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
TR – Termo de Referência
5. DESCRIÇÃO
5.1 Regras Gerais A Avaliação do Nível de Serviços consiste na análise dos seguintes módulos: 1. Gestão de Pessoas 2. Experiência do Cliente 3. Eficiência Operacional 4. Confiabilidade 5. Processos 6. Contratos 7. Atendimento Caberá ao Diretor Hospitalar designar um responsável pelo acompanhamento das atividades a serem executadas, avaliando os serviços, observando, entre outros, os seguintes critérios: ▪ Avaliação dos Indicadores de Gestão de Pessoas: Absenteísmo, Turn Over, Acidente de Trabalho, Cumprimento da LNT e Treinamento Homem x Hora; ▪ Avaliação da Satisfação do Cliente externo e/ou interno; ▪ Avaliação da eficiência operacional do serviço prestado;

- Avaliação da confiabilidade dos processos críticos que envolvem o objeto da prestação de serviços;
- Acompanhamento dos processos e aderência aos requisitos da Qualidade;
- Disponibilização das documentações de terceiros solicitadas;
- Envio das documentações obrigatórias para habilitação do pagamento juntamente com a Nota Fiscal;
- Disponibilidade de atendimento e resolubilidade das solicitações realizadas.

O procedimento de Avaliação do Nível de Serviços está vinculado aos contratos de prestação de serviços com alocação de mão de obra, integrando as especificações técnicas como obrigação e responsabilidade do Contratante. Deverá ser efetuado mensalmente pelo gestor do contrato, de forma a gerar relatórios mensais que servirão de fator redutor para os cálculos dos valores a serem lançados nas faturas mensais de prestação dos serviços executados, com base nas pontuações constantes dos relatórios.

5.2 Critérios

Na avaliação, devem ser atribuídos no Formulário de Avaliação do Nível de Serviços os conceitos de "Meta" e "Conforme", equivalentes, respectivamente, a Meta Atingida/ Conforme: pontuação alcançada, Meta não Atingida/ Não Conforme: pontuação não alcançada para cada item avaliado, conforme indica o quadro a seguir.

5.3 Módulos e Pontuações:

MÓDULO	PONTUAÇÃO
1 Gestão de Pessoas	1,0
2 Experiência do Cliente	1,5
3 Eficiência Operacional	3,0
4 Confiabilidade	1,5
5 Processos	1,0
6 Contratos	1,0
7 Atendimento	1,0
Total Pontuação	10,0

5.4 Pontuações e Liberação da Fatura:

FATURAMENTO	PONTUAÇÃO
Liberação de 100% da Fatura	De 9,1 a 10,0 pontos
Liberação de 95% da Fatura	De 8,1 a 9,0 pontos
Liberação de 90% da Fatura	De 7,1 a 8,0 pontos
Liberação de 85% da Fatura	De 6,1 a 7,0 pontos
Liberação de 80% da Fatura	De 5,1 a 6,0 pontos
Liberação de 75% da Fatura	Abaixo de 5,0 pontos

5.5 Módulos e Itens de Pontuação

Módulos		Atributos	Pontos
1	Gestão de Pessoas	1.1 Absenteísmo	0,2
		1.2 Turn Over	0,2
		1.3 Acidente de Trabalho	0,2
		1.4 Cumprimento da LNT	0,2
		1.5 Treinamento Homem x Hora	0,2
2	Satisfação do Cliente	2.1 Satisfação do Cliente Externo - SAU	0,75
		2.2 Satisfação do Cliente Interno	0,75
3	Eficiência Operacional	3.1 Nota 8.1 a 10 pontos	3,0
		3.2 Nota 6.1 a 8 pontos	2,0
		3.3 Nota 4.1 a 6 pontos	1,5
		3.4 Nota 2.1 a 4 pontos	1,0
		3.5 Nota 0 a 2 pontos	0
4	Confiabilidade	4.1 Taxa de Cumprimento das Rondas Programadas	0,75
		4.2 Taxa de Efetividade na Liberação de Óbitos	0,75
5	Processos	5.1 Indicadores de resultados inseridos no SAS	0,2
		5.2 Atualização de documentos	0,2
		5.3 Efetividade das ações inseridas no SAS	0,2
		5.4 Notificações analisadas no prazo	0,2
		5.5 Atualização do Quadro de Gestão à Vista	0,2
6	Contratos	6.1 ~~Check List~~ Documentação de Terceiros	0,25
		6.2 ~~Check List~~ Documentação Nota Fiscal	0,5
		6.3 Relatório de Produção	0,25
7	Atendimento	7.1 Disponibilidade no atendimento telefônico, e-mail, reuniões	0,5
		7.2 Eficiência na resolução das solicitações	0,5

5.6 Critérios e Pontuação dos Itens Avaliados

5.6.1. Recursos Humanos

Descrição e Critérios dos Itens Avaliados	Pontos
1.1 Absenteísmo	
A Taxa de Absenteísmo mensal é menor ou igual a meta	0,2
A Taxa de Absenteísmo mensal é maior que a meta	0
1.2 Turn Over	
A Taxa de Turn Over mensal é menor ou igual a meta	0,2
A Taxa de Turn Over mensal é maior que a meta	0
1.3 Acidente de Trabalho	
A Taxa de Acidente de Trabalho mensal é igual a zero	0,2
A Taxa de Acidente de Trabalho mensal é maior zero	0
1.4 Cumprimento da LNT	
A Taxa de Cumprimento da LNT mensal é menor ou igual a meta	0,2
A Taxa de Cumprimento da LNT mensal é maior que a meta	0
1.5 Treinamento Homem x Hora	
A Taxa de Treinamento Homem X Hora mensal é maior ou igual a meta	0,2
A Taxa de Treinamento Homem X Hora mensal é menor que a meta	0

5.6.2 Experiência do Cliente

Descrição e Critérios dos Itens Avaliados	Pontos
2.1 Satisfação do Cliente Externo - SAU	
A Taxa de Satisfação do Cliente Externo mensal é maior ou igual a meta	1
A Taxa de Satisfação do Cliente Externo mensal é menor que a meta	0
2.2 Satisfação do Cliente Interno	
A Taxa de Satisfação do Cliente Interno mensal é maior ou igual a meta	1
A Taxa de Satisfação do Cliente Interno mensal é menor que a meta	0

5.6.3. Eficiência Operacional

Descrição e Critérios dos Itens Avaliados	Pontos
Avaliação Operacional do Controle de Acesso	
3.1 Nota 8.1 a 10 pontos	3,0
3.2 Nota 6.1 a 8 pontos	2,0
3.3 Nota 4.1 a 6 pontos	1,5
3.4 Nota 2.1 a 4.0 pontos	1,0
3.5 Nota 0 a 2.1 pontos	0

5.6.4. Confiabilidade

Descrição e Critérios dos Itens Avaliados	Pontos
4.1 Taxa de Cumprimento das Rondas Programadas	
A Taxa de Cumprimento das Rondas Programadas é maior ou igual a meta	0,75
A Taxa de Cumprimento das Rondas Programadas é menor que a meta	0
4.2 Taxa de Efetividade na Liberação de Óbitos	
A Taxa de Efetividade na Liberação de Óbitos é maior ou igual a meta	0,75
A Taxa de Efetividade na Liberação de Óbitos é menor que a meta	0

5.6.5. Processos

Descrição e Critérios dos Itens Avaliados	Pontos
5.1 Indicadores de resultados inseridos no SAS	
Os indicadores de resultados do mês foram inseridos no SAS	0,2
Os indicadores de resultados do mês não foram inseridos no SAS	0
5.2 Atualização de documentos	
As documentações operacionais estão atualizadas e inseridas no SAS	0,2
As documentações operacionais estão atualizadas e inseridas no SAS	0
5.3 Efetividade das ações inseridas no SAS	
As ações do mês previstas no SAS estão concluídas	0,2
As ações do mês previstas no SAS estão atrasadas	0
5.4 Notificações analisadas no prazo	
As Notificações recebidas no mês foram analisadas no prazo	0,2
As Notificações recebidas no mês não foram analisadas no prazo	0
5.5 Atualização do Quadro de Gestão à Vista	
O Quadro de Gestão à Vista está atualizado com as informações do mês anterior	0,2
O Quadro de Gestão à Vista não está atualizado com as informações do mês anterior	0

5.6.6. Contratos

Descrição e Critérios dos Itens Avaliados	Pontos
6.1 Check List Documentação de Terceiros	
Todas as documentações de terceiros foram entregues, conforme ~~check list~~	0,25
As documentações de terceiros foram entregues incompletas	0
6.2 Check List Documentação Nota Fiscal	
Todas as documentações de habilitação de pagamento foram entregues, conforme ~~check list~~	0,5
As documentações de habilitação de pagamento foram entregues incompletas	0
6.3 Relatório de Atividades e/ou Produção	
O relatório de atividades e/ou produção foram entregues	0,25
O relatório de atividades e/ou produção não foram entregues	0

5.6.7. Atendimento

Descrição e Critérios dos Itens Avaliados	Pontos
7.1 Disponibilidade no atendimento telefônico, e-mail, reuniões	
O CONTRATADO está disponível para contato telefônico, o retorno de ~~emails~~ é realizado em tempo hábil e participam das reuniões convocadas	0,5
O CONTRATADO não está disponível para contato telefônico, o retorno de ~~emails~~ não ocorre em tempo hábil e há ausência nas reuniões convocadas	0
7.2 Eficiência na resolução das solicitações	
O CONTRATADO demonstra agilidade no atendimento e eficiência resolução das solicitações	0,5
O CONTRATADO demonstra morosidade no atendimento e ineficiência resolução das solicitações	0

5.7 Recomendações Gerais

- O CONTRATADO deverá designar um responsável pela operação da prestação de serviços na unidade, acompanhamento das atividades, fornecimento das informações e atendimento do CONTRATANTE;
- O representante do CONTRATANTE e o representante do CONTRATADO deverão preencher juntos a Avaliação de Nível de Serviços, em comum acordo, e ambos deverão validar o Formulário com as devidas assinaturas e carimbos;
- Os módulos que obterem pontuação 0 (zero) após 3 (três) meses consecutivos, deverão ser rediscutidos com um Plano de Ação e, se necessário alteração de meta;
- As avaliações deverão ser entregues até o dia 15 do mês subsequente da prestação de serviços;
- O CONTRATANTE e o CONTRATADO terão 90 dias para realização das adequações internas necessárias, ajustes de processos e alinhamento para a implementação da Liberação da Fatura por pontuação.

10. AVALIAÇÃO OPERACIONAL CONTROLE DE ACESSO

Unidade:	Empresa:		
Mês de Competência:	Data da Avaliação:		
Gestor do Contrato:	Gestor da Contratada:		
Grupo 1 – Desempenho Profissional			
ITEM	Peso	Nota	Subtotal
Cumprimento das atividades	25%		
Cobertura dos postos nos horários determinados	30%		
Qualificação/atendimento ao público/postura	30%		
Uniformes e identificação	15%		
TOTAL	100%		
Grupo 2 – Desempenho das Atividades			
Especificação técnica dos serviços	40%		
Equipamentos e acessórios	20%		
Atendimento às ocorrências	40%		
TOTAL	100%		
Grupo 3 - Gerenciamento			
Periodicidade da supervisão	30%		
Gerenciamento das atividades operacionais	40%		
Atendimento às solicitações	30%		
TOTAL	100%		
ITEM	Peso	Nota	Subtotal
Grupo 1 – Desempenho Profissional	30%		
Grupo 2 – Desempenho das Atividades	50%		
Grupo 3 - Gerenciamento	20%		
TOTAL	100%		
Nota Final – Grupo 1 + Grupo 2 + Grupo 3: _____			

Instruções para o Preenchimento do Formulário de Avaliação Operacional dos Serviços de Controle, Operação e Fiscalização de Acessos

Grupo 1 – <u>Desempenho Profissional</u>	Notas: Excelente (10) Ótimo (8) Bom (6), Regular (3), Péssimo (0)
Cumprimento das atividades	Cumprimento das atividades definidas nas especificações técnicas dos serviços em contrato, tais como: - Assumir o posto devidamente uniformizado e com aparência pessoal adequada; - Comunicar imediatamente ao Contratante qualquer anormalidade verificada; - Manter afixado no posto, em local visível, o número de telefone da Delegacia de Polícia da região, do Corpo de Bombeiros, da Polícia Ambiental, da CETESB, dos responsáveis pela administração da instalação e outros de interesse; - Operar equipamentos de controle de acesso, inclusive em meios eletrônicos; - Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas; - Fiscalizar a entrada e a saída de veículos nas instalações, identificando o motorista e anotando a placa do veículo, mantendo sempre os portões fechados; - Fiscalizar a entrada e a saída de materiais mediante conferência das notas fiscais ou de controles próprios do Contratante; - Controlar a entrada e a saída de veículos, profissionais/funcionários e visitantes após o término de cada expediente de trabalho, feriados e finais de semana; - Fiscalizar e orientar o trânsito interno de profissionais, visitantes ou pessoas, bem como dos estacionamento de veículos, anotando eventuais irregularidades comunicando ao Contratante; - Proibir o ingresso de vendedores ambulantes e assemelhados às instalações sem que estes estejam <u>devida e previamente autorizados</u> pelo Contratante; - Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando à manutenção das condições de segurança; - Colaborar com as Polícias Civil e Militar nas ocorrências de ordem policial dentro das instalações do Contratante; <u>Registrar</u> e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços; - Manter-se no posto, não devendo se afastar de seus afazeres; - Proibir a utilização do posto para a guarda de objetos estranhos ao local, assim como de bens particulares de profissionais ou de terceiros; - Comunicar ao Contratante a presença de aglomerações de pessoas junto ao posto; - Repassar para o(s) porteiro(s) que está(ão) assumindo o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventuais anomalias observadas nas instalações.

Grupo 1 – Desempenho Profissional	Notas: Excelente (10) Ótimo (8) Bom (6), Regular (3), Péssimo (0)
Cobertura dos postos nos horários determinados	- Disponibilização de empregados em quantidade necessária, estando os mesmos uniformizados e portando crachá com foto recente e devidamente <u>registrados</u> em sua carteira de trabalho; - Cobertura dos postos nos horários determinados, com o desenvolvimento das atividades descritas; e - Cumprimento integral de horários e frequência de trabalho estabelecidos em contrato e seus anexos.
Qualificação/atendimento ao público/postura	- Conduta dos empregados da Contratada com o cliente e com o público; - Empregados com instrução mínima de primeiro grau ou equivalente, comprovada por escola reconhecida; - Empregados qualificados em serviços de controle, operação e fiscalização de portarias, digitação e operação de sistemas de controle de acesso, equipamentos de proteção, preenchimentos de fichas e relatórios de atividades e ocorrências, controle de veículos e pessoas, com experiência mínima de um ano na função; e - Empregados capacitados e treinados com conhecimento para operação em sistemas de controle de acesso, inclusive aqueles dotados de tecnologia da informação.
Uniformes e identificação	- Uso de uniformes em perfeito estado de conservação, com aparência pessoal adequada e portando crachá de identificação pessoal com foto recente; - Empregados com aparência e porte adequados ao desenvolvimento dos trabalhos; e - Utilização de equipamentos de proteção individual e uniformes adequados às tarefas que executam e às condições climáticas.

Grupo 2 – Desempenho das Atividades	Notas: Excelente (10) Ótimo (8) Bom (6), Regular (3), Péssimo (0)
Especificação técnica dos serviços	Conformidade dos serviços prestados com o especificado no contrato e seus anexos.
Equipamentos e acessórios	Utilização de equipamentos e acessórios (equipamentos de proteção individual) compatíveis, em bom estado (funcionalidade, conservação, higiene e limpeza) e adequados às tarefas que executam e às condições climáticas.
Atendimento às ocorrências	- Atendimento das ocorrências dentro do prazo máximo estabelecido e na qualidade desejada, observada a eficácia da ação do porteiro diante da situação; <u>Registro</u> e controle diários das ocorrências do posto; - Efetuar a reposição da mão de obra nos postos de imediato, em eventual ausência, não sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho (dobra); e - Assegurar que todo empregado que cometer falta disciplinar não seja mantido no posto ou em quaisquer outras instalações do Contratante.



Grupo 3 – Gerenciamento	Notas: Excelente (10) Ótimo (8) Bom (6), Regular (3), Péssimo (0)
Periodicidade da supervisão	- Implantar, de forma adequada, a planificação, execução e supervisão permanente dos serviços de maneira estruturada, mantendo constante suporte para dar atendimento a eventuais necessidades para o suprimento de roupas limpas; - Execução de supervisão por parte da Contratada e na periodicidade acordada; - Indicação de 1 (um) preposto que será o responsável por todas as ações administrativas da prestação de serviço, tais como controle de manutenção e limpeza dos equipamentos, emissão de relatórios gerenciais etc.
Gerenciamento das atividades operacionais	Administrar as atividades <u>operacionais</u>;
Atendimento às solicitações	Atender, de imediato, as solicitações do Contratante quanto às substituições de profissionais não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços.

11. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SERVIÇO CONTROLE DE ACESSO

	FORMULÁRIO				
	Check - List: Avaliação do Nível de Serviço – Controle de Acesso				
	Código: <u>FOR JSMS_GCONT.011</u>		Versão: 01		Página: 1 / 3

Unidade:	Mês de Competência:
Nome da Empresa:	CNPJ:
Objeto do Contrato:	
Responsável:	E-mail:

1. Gestão de Pessoas					
Item	Atributos	Meta	Peso	Resultado	Alcance
1.1	Absenteísmo	5%	0,2		
1.2	Turn Over	5%	0,2		
1.3	Acidente de Trabalho	0	0,2		
1.4	Cumprimento da LNT	100%	0,2		
1.5	Treinamento Homem x Hora	1	0,2		
TOTAL			1,0		

2. Experiência do Cliente					
2.1	Satisfação do Cliente Externo - SAU	90%	0,75		
2.2	Satisfação do Cliente Interno	90%	0,75		
TOTAL			1,5		

3. Eficiência Operacional					
Avaliação Operacional do Serviço de Controle de Acesso					
Escala de Notas		Pontos	Nota Obtida		
3.1	Nota 8.1 a 10 pontos	3,0			
3.2	Nota 6.1 a 8.0 pontos	2,0			
3.3	Nota 4.1 a 6.0 pontos	1,5			
3.4	Nota 2.1 a 4.0 pontos	1,0			
3.5	Nota 0 a 2.0 pontos	0			
TOTAL			3,0		

4. Confiabilidade					
4.1	Taxa de Cumprimento de Rondas Programadas	90%	0,75		
4.2	Taxa de Efetividade na Liberação de Óbitos	100%	0,75		
TOTAL			1,5		

5. Processos					
5.1	Indicadores de resultados inseridos no SAS	E	0,2		
5.2	Atualização de documentos	E	0,2		

	FORMULÁRIO				
	Check - List: Avaliação do Nível de Serviço – Controle de Acesso				
	Código: <u>FOR-ISMS-GCONT-011</u>		Versão: 01		Página: 2 / 3

5.3	Efetividade das ações inseridas no SAS	E	0,2		
5.4	Notificações analisadas no prazo	E	0,2		
5.5	Atualização do Quadro de Gestão à Vista	E	0,2		
TOTAL			1,0		
6. Contratos					
6.1	<u>Check List Documentação</u> de Terceiros	E	0,25		
6.2	Check List Documentação Nota Fiscal	E	0,5		
6.3	Relatório de Atividades/ Produção	E	0,25		
TOTAL			1,0		
7. Atendimento					
7.1	Disponibilidade no atendimento telefônico, e-mail, reuniões	E	0,5		
7.2	Eficiência na resolução das solicitações	E	0,5		
TOTAL			1,0		
Pontuação Possível (Tt.1 + Tt.2 + Tt.3 + Tt.4 + Tt.5 + Tt.6 + Tt.7)			10,0		
Pontuação Alcançada (Al.1 + Al.2 + Al.3 + Al.4 + Al.5 + Al.6 + Al.7)					
Observação:					
Responsável pela Avaliação:					
<u>Gestor do Contrato:</u> _____ Data: ____/____/____ Assinatura/ Carimbo <u>Representante do Contratado:</u> _____ Data: ____/____/____ Assinatura/ Carimbo Sector de Contratos: _____ Data: ____/____/____ Assinatura/ Carimbo Diretoria Geral: _____ Data: ____/____/____ Assinatura/ Carimbo					
Observação: As documentações relacionadas deverão ser salvas no diretório de Contratos					

3.3.5.3. *Prestação de Serviços de Nutrição*

1. OBJETO

A prestação dos serviços de nutrição e alimentação destinada a pacientes (adultos e infantis), acompanhantes legalmente instituídos na legislação vigente (Lei Federal nº 11.108/2005, Lei Federal nº 13.146/2015, Lei Federal nº 8.069/1990 e a Lei Federal nº 10.741/2003) e colaboradores visando ao fornecimento de dietas, englobando todas as etapas para a operacionalização e o desenvolvimento do processo de produção, administração e apoio à nutrição clínica e ambulatorial, de modo a assegurar uma alimentação balanceada, dentro dos padrões de segurança alimentar e em condições higiênico-sanitárias adequadas, conforme os parâmetros estabelecidos nas normas técnicas e sanitárias vigentes.

Para a prestação desses serviços, ficam sob a responsabilidade da Contratada a aquisição dos gêneros alimentícios, o fornecimento de gás, os equipamentos (fornecimento ou adequação), os utensílios, os controles de segurança alimentar (análise microbiológicas dos alimentos e análise de potabilidade da água), a mão de obra (encargos e benefícios), os materiais de higiene (ambiente e pessoal), os materiais descartáveis, assim como todo o material necessário para a distribuição das refeições. A prestação desses serviços pela Contratada contempla, ainda, as manutenções preventivas e corretivas das instalações e dos equipamentos.

Os serviços propostos neste Termo de Referência deverão ser executados no endereço abaixo:

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, situado na Rua Baltazar Saldanha, 1501 – Jardim Ipanema, CEP 79900 - 000, Ponta Porã/MS

2. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS – SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR

2.1. A Prestação de Serviços de Nutrição e Alimentação Hospitalar realizar-se á com observância das seguintes diretrizes:

2.1.1. A utilização das dependências do CONTRATANTE, onde a alimentação será preparada, porcionada e distribuída pela CONTRATADA;

2.1.2. O fornecimento pela CONTRATADA de gêneros e produtos alimentícios, materiais de consumo em geral (utensílios, louças, descartáveis, materiais de higiene e limpeza, entre outros), o abastecimento de gás, a mão de obra especializada, operacional e administrativa, em quantidades suficientes para desenvolver todas as atividades previstas, observadas as normas vigentes da vigilância sanitária;

2.1.3. A CONTRATADA deverá disponibilizar os equipamentos necessários para a prestação de serviço que porventura não houver na unidade, bem como realizar adequações necessárias nos equipamentos disponibilizados pelo CONTRATANTE;

2.1.4. É de responsabilidade da CONTRATADA a manutenção dos equipamentos e dos utensílios utilizados, inclusive aqueles disponibilizados pelo CONTRATANTE;

2.1.5. A CONTRATADA também se responsabiliza pela manutenção, adaptações e adequações prediais que se fizerem necessárias nas dependências e instalações do serviço de nutrição dietética do CONTRATANTE.

2.2. Informações dos Serviços

Serão consideradas as seguintes informações específicas para o serviço de nutrição e alimentação hospitalar:

2.2.1. Quantitativo Estimado

2.2.1.1 Estimativa mensal de cada tipo de refeição

a) Alimentação de Pacientes

Quadro 1: Refeição Pacientes - estimativa mensal por tipo de refeição

Tipo de Refeição	Unidade de Medida	Projeção Mensal
Desjejum	Refeição	
Colação	Refeição	
Almoço	Refeição	
Lanche da Tarde	Refeição	
Jantar	Refeição	
Ceia	Refeição	

b) Alimentação Acompanhantes**Quadro 2: Refeição Acompanhantes - estimativa mensal por tipo de refeição**

Tipo de Refeição	Unidade de Medida	Estimativa Mensal
Desjejum	Refeição	
Colação	Refeição	
Almoço	Refeição	
Lanche da Tarde	Refeição	
Jantar	Refeição	
Ceia	Refeição	

c) Alimentação Colaboradores**Quadro 3: Refeição Colaboradores - estimativa mensal por tipo de refeição**

Tipo de Refeição	Unidade de Medida	Projeção Mensal
Desjejum	Refeição	
Almoço	Refeição	
Jantar	Refeição	

d) Alimentação Médicos

Quadro 4: Refeição Médicos - estimativa mensal por tipo de refeição

Tipo de Refeição	Unidade de Medida	Projeção Mensal
Desjejum	Refeição	*
Almoço	Refeição	*
Jantar	Refeição	*

2.3 Descrição dos Serviços – Convencional

2.3.1. Dietas Gerais destinadas a Colaboradores e Dietas Especiais Destinadas a Pacientes Adultos e Infantis

a) A prestação de serviços de nutrição e alimentação envolverá todas as etapas do processo de operacionalização e distribuição das dietas aos pacientes, acompanhantes e colaboradores conforme o padrão de alimentação estabelecido, o número de pacientes, os tipos de dieta e os respectivos horários definidos.

b) Os serviços consistem na execução de todas as atividades necessárias à obtenção do escopo contratado, entre as quais se destacam:

- Programação das atividades de nutrição e alimentação;
- Elaboração de cardápios diários completos por tipo de dietas (com repetição quinzenal);
- Aquisição, armazenamento e controle quantitativo e qualitativo de gêneros e produtos alimentícios e materiais de consumo geral;
- Pré-preparo, preparo e cocção da alimentação;
- Porcionamento uniforme das dietas, utilizando utensílios apropriados;
- Coleta e guarda de amostras da alimentação preparada;
- Transporte interno e distribuição das copas/leitos;
- Recolhimento dos utensílios e resíduos descartados utilizados pelos pacientes, quando houver, conforme prazo pré-determinado;
- Afixação, em local visível, do cardápio semanal no refeitório;
- Higienização e limpeza de todas as dependências utilizadas, dos equipamentos, utensílios de cozinha e utensílios utilizados pelos pacientes.

- c) A alimentação fornecida deverá ser equilibrada, racional e estar em condições higiênico-sanitárias adequadas.
- d) Os serviços deverão estar sob a responsabilidade técnica do profissional Nutricionista com experiência comprovada, cujas funções abrangem o desenvolvimento de todas as atividades técnico-administrativas inerentes ao serviço de nutrição.
- e) Os serviços deverão ser prestados nos padrões técnicos recomendados e contar com o quadro de pessoal técnico, operacional e administrativo qualificado e em número suficiente.
- f) A operacionalização, o porcionamento e a distribuição das dietas deverão ser supervisionados pelo responsável técnico da CONTRATADA, de maneira a observar sua apresentação, aceitação, o porcionamento e a temperatura para serem feitas alterações ou adaptações, caso seja necessário, visando ao atendimento adequado e satisfatório.

2.4 Horários de Distribuição

a) Alimentação de Pacientes

Quadro 5: Refeição Pacientes – Horário de Entrega de Refeições

Tipo de Refeição	Horário de Entrega
Desjejum	06 – 07 horas
Colação	09 – 10 horas
Almoço	11h30 – 13h
Lanche da Tarde	15h – 16h
Jantar	17h30 – 19h
Ceia	21 – 22h

b) Alimentação de Colaboradores

Quadro 6: Refeição Colaboradores – Horário de funcionamento do refeitório

Tipo de Refeição	Horário do Refeitório
Almoço	11h – 14h
Jantar	18h – 20h

2.5 CARDÁPIO

2.5.1. Para a elaboração do cardápio diário, deverá ser observada a relação de gêneros e produtos alimentícios padronizados, com os respectivos consumos per capita e frequência de utilização, atendendo às necessidades energéticas diárias requeridas, de acordo com a idade e atividade do indivíduo, segundo o Recommended Dietary Allowances (RDA), revisão 1989.

2.5.2. Apresenta-se, no Apêndice 1 deste Anexo I, o documento denominado “Sugestões para a Composição dos Cardápios – Alimentos Prontos”, com a finalidade de orientar a operacionalização, auditoria e fiscalização do contrato na conferência das gramaturas a serem servidas aos pacientes.

Recomenda-se seguir as orientações abaixo:

2.5.2.1. A técnica dietética de preparo ficará a critério da CONTRATADA, observado o cardápio previamente aprovado pelo CONTRATANTE;

2.5.2.2. Para o atendimento das necessidades nutricionais diárias recomendadas, deverão ser organizados cardápios variados com base na relação de gêneros e produtos alimentícios padronizados;

2.5.2.3. Os cardápios deverão ser elaborados trimestralmente e ser compatíveis com as estações climáticas, com frequência de repetição quinzenal pela CONTRATADA;

2.5.2.4. Os cardápios deverão ser apresentados completos ao CONTRATANTE, com antecedência de 30 (trinta) dias em relação ao 1º dia de utilização, para a devida aprovação, que deverá ser realizada no prazo máximo de 8 (oito) dias úteis, podendo o CONTRATANTE, em condições especiais, alterar o cardápio apresentado, mantendo os padrões estabelecidos em contrato;

2.5.2.5. Os cardápios elaborados deverão obedecer aos critérios de sazonalidade e ser planejados conforme as condições físicas e as patologias do indivíduo, atendendo as leis fundamentais de alimentação de Escudero (quantidade, qualidade, harmonia e adequação);

2.5.2.6. Os cardápios aprovados somente poderão ser alterados pela CONTRATADA se aprovado pelo CONTRATANTE após análise das motivações formais, encaminhadas com o prazo de antecedência de 48 horas úteis, salvo se forem relativos a itens de hortifrutigranjeiros;

2.5.2.7. A elaboração de cardápios normais ou especiais (dietas) obedecerá às normas estabelecidas pelo Serviço de Nutrição e Dietética (SND) do Contratante;

2.5.2.8. Os cardápios deverão apresentar preparações variadas, equilibradas e de boa aparência, proporcionando um aporte calórico necessário e uma boa aceitação por parte dos pacientes;

2.5.2.9. Deverão ser planejados cardápios diferenciados para pacientes em datas especiais (Páscoa, Natal, Ano-Novo, Dia das Crianças, Dia dos Pais, Dias das Mães, Festas Juninas, Aniversário da Unidade Hospitalar, Dia Internacional da Mulher etc.), respeitando-se as características específicas de cada dieta, conforme padrão determinado pelo Serviço de Nutrição e Dietética (SND);

2.5.2.10. Para estimular a aceitabilidade das refeições nas diversas dietas, poderão ser requisitados molhos especiais à base de limão, pimenta, especiarias, ervas aromáticas, tomate etc., os quais devem ser preparados de acordo com as recomendações dos Nutricionistas do CONTRATANTE;

2.5.2.11. Deve-se ressaltar a importância da apresentação de todas as preparações servidas como forma de estímulo à ingestão de uma alimentação adequada, visando à recuperação e/ou à manutenção do estado nutricional dos pacientes;

2.5.2.12. Deverão ser previstos cardápios diferenciados aos pacientes cujo padrão alimentar tenha influências de preceitos religiosos, tabus, hábitos alimentares e socioculturais, bem como o atendimento de solicitações de pacientes classificados como paliativos, em consonância com o estado clínico e nutricional do mesmo.

2.5.3. Crianças de 01 a 12 Anos

2.5.3.1. O balanceamento nutricional da alimentação infantil deverá estar na proporção adequada de calorias e de nutrientes (carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas e sais minerais) necessários para garantir o perfeito crescimento e desenvolvimento da criança, atendendo à Ingestão Diária Recomendada (IDRS) para cada faixa etária;

2.5.3.2. A textura dos alimentos deve ser adequada, enfatizando que se deve estimular a mastigação, principalmente em crianças que não são mais lactentes. Evitar a oferta de alimentos com consistência parecida, procurando manter o equilíbrio entre as preparações;

2.5.3.3. Alimentos com cores equivalentes devem ser evitados na preparação de um mesmo prato, visto que a variedade de cores nas preparações estimula a sua aceitação por parte dos

comensais. Ressalta-se que a troca das hortaliças, seguindo o critério da coloração, pode acarretar mudanças na oferta de vitaminas e sais minerais;

2.5.3.4. A variedade de alimentos deverá proporcionar a oferta de carnes, leguminosas, leite e derivados, e frutas de forma alternada e acumulativa, objetivando atingir uma alimentação balanceada e equilibrada, sob o ponto de vista nutricional, e adequada às necessidades fisiológicas e patológicas do indivíduo;

2.5.3.5. A alimentação infantil não difere da alimentação padrão do adulto, mas reserva algumas particularidades que devem ser respeitadas nas terapias nutricionais aplicadas;

2.5.3.6. A distribuição da dieta para paciente infantil deverá ser efetuada em 6 (seis) refeições diárias: desjejum, colazione, almoço, merenda, jantar e ceia, em horários regulares e definidos pelo Contratante.

2.5.4. Crianças até 06 Anos

Para esta faixa etária deve-se considerar:

2.5.4.1. Cuidados na seleção de seus utensílios, que devem ser adequados e escolhidos com o intuito de dar conforto e segurança à criança;

2.5.4.2. Nesta fase, a descoberta do alimento a ser ingerido é feita de forma gradativa. Ocorre, ocasionalmente, a descoberta do poder de decisão na escolha da dieta, de modo que, ora o alimento é aceito, ora é rejeitado. Outro fator importante é que as temperaturas extremas devem ser evitadas, pois a palatabilidade da criança nesta fase é aguçada. Ainda assim, a palatabilidade nesta fase evidencia prontamente a detecção de sabores, principalmente os estranhos ao seu paladar.

2.5.5. Crianças após 06 Anos Para esta faixa etária deve-se considerar que:

2.5.5.1. Nessa faixa etária as crianças são capacitadas na escolha de preferências alimentares por já saberem selecionar os alimentos preferidos, tendo facilidade para incorporar hábitos e exemplos alimentares de quem admira;

2.5.5.2. Deve-se estar atento à anorexia, que pode estar associada à carência de vitaminas e minerais, em especial o ferro. O crescimento nesta faixa é lento, porém constante e acompanha um aumento na ingestão alimentar;

2.5.5.3. As preparações devem ser variadas, a fim de provocar a estimulação sensorial;

2.5.5.4. Deve-se fornecer nutrientes adequados por meio de alimentos apetitosos e preparados com segurança, considerando os padrões de desenvolvimento cultural no planejamento de cardápios.

2.5.6. Acompanhantes Legalmente Instituídos

2.5.6.1. A refeição será fornecida nos padrões estabelecidos para o paciente da dieta geral, podendo ser servida no refeitório de colaboradores;

2.5.6.2. A dieta geral destinada aos acompanhantes deverá se adequar, sempre que possível, aos hábitos alimentares da comunidade, sendo distribuída em 3 (três) refeições diárias (desjejum, almoço e jantar) e em horários regulares, fornecendo no mínimo 2.700 calorias por dia.

2.5.7. Colaboradores

2.5.7.1. Para elaboração e execução dos cardápios, deverá ser observado o que segue:

Quadro 7: Modelo de Cardápio Básico padrão

Refeição	Composição
Desjejum	Bebida láctea (leite com café ou achocolatado e outros); Pão (francês, forma, bisnaga e outros) com margarina ou geleia ou requeijão
Almoço e Jantar	Arroz; Feijão ou leguminosas; Carne bovina, suína, aves, peixes etc.; Segunda opção do prato principal; Guarnição – à base de legumes ou vegetais folhosos; Sopa; Salada; Sobremesa: fruta alternada com doce; Suco artificial;
Lanche	Lanche de pão com frios; Suco de fruta; Fruta.

2.5.7.2. Relação de gêneros e produtos alimentícios com os respectivos consumos per capita e a frequência de utilização, constante no Anexo 1;

2.5.7.3. Os componentes do cardápio básico padrão poderão ser substituídos pelos demais gêneros constantes no Anexo 1;

2.5.7.4. As dietas especiais deverão ser atendidas somente com prescrição médica expedida pela medicina do trabalho e autorização do Nutricionista do Contratante, sem custos adicionais;

2.5.7.5. Os cardápios deverão apresentar preparações variadas, de modo a garantir uma boa aceitabilidade, conforme sugestões constantes no cardápio mensal para almoço ou jantar e desjejum;

2.5.7.6. Deverão ser previstos cardápios diferenciados para as refeições, sem custos adicionais, para atendimento em datas comemorativas tais como: Dia do Funcionário Público, Páscoa, Natal, Ano-Novo etc.;

2.5.7.7. Os cardápios deverão ser apresentados completos ao Contratante, com antecedência de 30 (trinta) dias em relação ao 1º dia de utilização, para a devida aprovação, podendo a Contratada, em condições especiais, alterar o cardápio apresentado, desde que mantenha os padrões estabelecidos em contrato e que apresente, com antecedência de 48 (quarenta e oito) horas, motivações formais ao Contratante e este as aceite.

2.5.8. CLASSIFICAÇÃO DAS DIETAS

2.5.8.1. Dieta Geral

O cardápio da dieta geral poderá servir de base para a composição das demais dietas, considerando as características específicas de cada dieta, como: a idade do paciente, a restrição a alimentos, a consistência, a gramatura, a frequência, o valor calórico e o tipo de preparação em que a dieta será servida.

2.5.8.2. Paciente Infantil

A distribuição da dieta geral para paciente infantil deverá ser efetuada em 6 (seis) refeições diárias: desjejum, colação, almoço, jantar, merenda e ceia, em horários regulares. Ressalta-se que, para as dietas destinadas ao paciente infantil, o cardápio apresentado no quadro a seguir deverá ser adequado a essa fase, levando em consideração a gramatura e a frequência da utilização.

2.5.8.3. Paciente Adulto

Destinada aos pacientes adultos que necessitam de uma alimentação normal, sem restrição a qualquer nutriente e sem necessidades de acréscimos nutricionais.

- Consistência: normal, devendo se adequar, sempre que possível, aos hábitos alimentares da comunidade;
- Características: normoglicídica, normolipídica e normoproteica;
- Distribuição: em 6 (seis) refeições diárias (desjejum, colação, almoço, merenda, jantar e ceia), em horários regulares, fornecendo em média 2.700 calorias/dia. Como exemplo, tem-se:

Quadro 8: Composição do Cardápio – Dieta geral

Refeição	Composição
Desjejum	Bebida láctea (leite com café ou achocolatado ou bebida à base de extrato de soja ou outros) Pão (francês ou forma ou bisnaga ou outros) com margarina ou geleia ou requeijão em sachê e fruta
Colação	Iogurte ou mingau ou vitamina de frutas ou bebidas à base de extrato de soja
Almoço e Jantar	Arroz Feijão ou leguminosas Carne bovina ou aves ou peixe Guarnição – à base de legumes ou vegetais folhosos ou massas Salada: folhas ou legumes ou leguminosas Sobremesa: fruta alternada com doce Suco de frutas natural – diversos sabores
Merenda	Bebida láctea (leite com café ou achocolatado em embalagem individual ou iogurte em embalagem individual ou outros, ou bebida à base de soja e outros) Pães variados ou bolo ou bolacha ou torradas em sachê Com frios ou margarina ou requeijão ou geleia em sachê
Ceia	Bebida láctea (leite com café ou achocolatado e outros) ou chá Bolachas ou biscoitos ou torradas ou outros em sachê Com margarina ou geleia em sachê

2.8.4. Dieta Branda

Destinada aos pacientes com problemas mecânicos de ingestão, digestão, mastigação e deglutição, que impeçam a utilização da dieta geral, havendo, assim, a necessidade de abrandar os alimentos por processos mecânicos ou de cocção para melhor aceitabilidade. É adotada em alguns casos de pós-operatórios para facilitar o trabalho digestivo e também como transição para a dieta geral. Deve fornecer calorias de acordo com as necessidades do paciente, com as seguintes características:

- Consistência: macia. A celulose e o tecido conectivo (fibras da carne) devem ser abrandados por cocção ou ação mecânica;
- Distribuição: 6 (seis) refeições diárias (desjejum, colação, almoço, merenda, jantar e ceia);
- Características: normoglicídica, normolipídica e normoproteica. O almoço e o jantar deverão apresentar as mesmas preparações da dieta geral, usando, sempre que possível, os mesmos ingredientes, com as seguintes ressalvas:
- Incluir apenas o caldo do feijão;
- Não incluir vegetais crus nas saladas;
- Evitar frutas muito ácidas e as de consistência dura que, todavia, poderão ser servidas depois de cozidas;
- Restringir alimentos, como condimentos fortes que possam provocar distensão gasosa;
- Não incluir frituras, embutidos e doces concentrados.

2.8.5. Dieta Pastosa

Destinada a pacientes com problemas de mastigação e deglutição, em alguns casos de pós-operatórios e em casos neurológicos. Deve fornecer calorias de acordo com as necessidades do paciente, com as seguintes características:

- Os alimentos que constam dessa dieta devem estar abrandados e cozidos, apresentando o grau máximo de subdivisão e cocção e uma consistência pastosa;
- Distribuição: 6 (seis) refeições diárias (desjejum, colação, almoço, merenda, jantar e ceia);
- Características: normoglicídica, normolipídica e normoproteica;
- A composição das refeições deve ser a mesma da dieta branda, evitando apenas os alimentos que não possam ser transformados em consistência pastosa.

2.8.6. Dieta Leve

Destinada a pacientes com problemas de deglutição e intolerância a alimentos sólidos, em pré-preparo de exames e pré e pós-operatórios. É usada também como transição para a dieta branda e dieta geral. Deve fornecer calorias de acordo com as necessidades do paciente, com as seguintes características:

- Consistência: semilíquida;
- Distribuição: 6 (seis) refeições diárias (desjejum, colação, almoço, merenda, jantar e ceia);
- Características: normoglicídica, normolipídica e normoproteica;

- Composição das refeições: sopa contendo carne ou substituto, leguminosa (ervilha, lentilha, feijão branco, grão de bico, feijão etc.), dois tipos de vegetais (um folhoso e o outro legume), tipo de feculento (batata, mandioca, cará, inhame etc.), tipo de cereal (arroz, macarrão, fubá, aveia etc.);
- Deve ser preparada utilizando uma quantidade mínima de óleo, cebola, tomate e cheiro-verde;
- Deve ser prevista a inclusão de suplementos/módulos nutricionais, disponibilizados pelo Contratante em quantidades suficientes para cobrir as necessidades nutricionais dos pacientes e atingir o mínimo calórico estabelecido e recomendado para este tipo de dieta. No quadro a seguir, é apresentado o modelo de cardápio para pacientes com dieta leve.

Quadro 9: Composição do Cardápio – Dieta leve

Refeição	Composição
Desjejum	Bebida láctea (leite com café ou achocolatado ou outros) Bolachas ou biscoitos ou torradas em sachê com margarina ou manteiga ou geleia ou requeijão em sachê 1 fruta
Colação	Vitamina ou suco natural ou mingau etc
Almoço e Jantar	Sopa (variada) Purê de legumes ou feculentos Carne bovina ou aves ou peixes, desfiadas ou moídas ou ovo pochê Sobremesa (doce de consistência pastosa ou fruta cozida) Suco de fruta natural
Merenda e Ceia	Bebida láctea (leite com café ou achocolatado ou outros) Vitamina ou suco natural ou mingau etc

2.8.7. Dieta Líquida

Destinada a pacientes com problemas graves de mastigação e deglutição, em casos de afecção do trato digestivo (boca, esôfago), nos pré e pós-operatórios, e em determinados preparos de exames. Deve fornecer calorias de acordo com as necessidades do paciente, com as seguintes características:

- Consistência: líquida, sendo que alimentos e preparações desta dieta são os mesmos da dieta leve, devendo ser liquidificados para que apresentem consistência líquida;
- Distribuição: 6 (seis) refeições diárias (desjejum, colação, almoço, merenda, jantar e ceia);
- Características: normoglicídica, normolipídica e normoproteica;

- Deve ser prevista a inclusão de suplementos/módulos nutricionais, disponibilizados pelo Contratante, em quantidades suficientes para cobrir as necessidades nutricionais do paciente e atingir o mínimo calórico estabelecido para este tipo de dieta.

2.8.8. Dieta para Diabéticos

2.8.8.1. Destinada a manter os níveis de glicose sanguínea dentro dos parâmetros de normalidade, suprimindo as calorias necessárias para conservar ou alcançar o peso ideal em adultos, manter índices de crescimento normal e de desenvolvimento em crianças e adolescentes, promover o aumento das necessidades metabólicas durante a gravidez e lactação ou para a recuperação de doenças catabólicas. Esta dieta é indicada para indivíduos diabéticos do tipo I, tipo II, gestante diabética ou diabetes gestacional, utilizando os percentuais dentro do padrão normal. As dietas para diabéticos deverão atender às recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes.

2.8.8.2. Para a elaboração dos cardápios da dieta para diabéticos, deve-se observar as seguintes substituições:

- Restrições aos açúcares das preparações, que deverão ser substituídos por adoçantes artificiais em sachê, previamente aprovados pelo Nutricionista do Contratante e em quantidade determinada pelo Contratante;
- As sobremesas doces deverão ser substituídas por frutas da época ou preparações dietéticas, conforme Portaria Anvisa nº 29, de 13 de janeiro de 1998, que trata do Regulamento Técnico referente a alimentos para fins especiais (dietéticos);
- No desjejum e na merenda, pães, bolachas, torradas, bolos etc. deverão ser substituídos pela forma integral ou com fibras;
- No almoço e no jantar deverá haver acréscimo de uma preparação à base de legumes ou vegetal folhoso cozido, de forma a garantir o aporte de fibras de no mínimo 20 g por dia;
- As guarnições à base de farinha deverão ser substituídas por outras com menor teor de glicídios sempre que houver restrições ao total calórico;
- Quando a necessidade energética ou de outro nutriente for maior que a oferecida pelo cardápio normal, a dieta deve ser suplementada com as preparações ou com alimentos diversos. Para esta dieta deverão ser observadas as seguintes orientações:
- Deverá ser utilizado leite de vaca desnatado ou extrato de soja;
- Deverão ser utilizadas carnes magras (boi, peixe, ave) sem couro, sem pele e sem molhos gordurosos;
- O arroz integral poderá ser substituído por macarrão com molho magro de tomate natural;

- Queijos mussarela light, ricota e minas frescal poderão ser utilizados em substituição do ovo ou da carne, em igual quantidade;
- Deverá ser utilizado óleo de origem vegetal (azeite, milho, soja);
- Não utilizar açúcar, preferir adoçante artificial (conforme prescrição dietética);
- Não utilizar sorvetes industrializados, chocolate comum, enlatados, mel de qualquer tipo, rapadura, farinha, frituras de qualquer tipo, doces em geral, refrigerantes comuns e bebidas alcoólicas;
- Massas deverão ser de aveia, maisena ou integrais;
- Pesar os alimentos uma vez, colocar em xícaras e depois repetir cada vez que for usar;
- Usar no preparo da dieta: sal, vinagre, limão, cebola, alho, coentro, colorau, cominho, louro, salsa e ervas, se permitido;
- Utilizar à vontade: chá, café e refresco, utilizando as opções de frutas do grupo A indicadas abaixo, com adoçante.

No quadro a seguir, é apresentado o modelo de cardápio para pacientes diabéticos:

Quadro 10: Composição do Cardápio – Diabéticos

Refeição	Composição
Desjejum	Bebida láctea (leite desnatado com café com adoçante ou achocolatado diet e outros diet) Pão (francês ou de forma ou bisnaga integrais ou com fibras) com margarina ou geleia diet ou requeijão em sachê ou queijo fresco ou ricota; Fruta
Colação	Mingau ou vitamina de frutas ou iogurte light/diet ou bebida à base de soja light/diet
Almoço e Jantar	Arroz Feijão Carne bovina ou aves ou peixe ou ovo 2 porções de guarnição – sendo uma a base de vegetais folhosos e outra à base de legumes Salada: folhas e legumes Sobremesa: fruta alternada com doce diet/light (máximo 3 vezes na semana) Suco de frutas natural – diversos sabores

Merenda	Bebida láctea (leite desnatado com café com adoçante ou achocolatado diet ou iogurte light/diet ou bebida à base de soja light/diet ou outros) em embalagem individual Pães variados ou bolo ou bolacha ou torradas integrais ou com fibras em sachê Com frios ou margarina ou requeijão ou geleia diet em sachê
Ceia	Iogurte light/diet ou leite desnatado com café ou achocolatado diet ou chá Bolacha ou torrada integral em sachê Com margarina ou geleia diet em sachê

2.8.9. Dieta Hipossódica

Destinada a pacientes que necessitam de controle do sódio para a prevenção e o controle de edemas, problemas renais e hipertensão.

O cardápio e a consistência devem ser os mesmos da dieta geral, com a redução do sal de cozinha, oferecendo sachês individualizados de adição de sal (1 g).

Para esta dieta, fica proibida a utilização de temperos prontos, devendo ser substituídos por sachê de óleo composto, sal e limão ou vinagrete e outros temperos naturais.

Devem garantir o mesmo aporte calórico da dieta geral, atendendo à consistência requerida (dieta branda, leve ou líquida).

2.8.10. Dieta Hipercalórica e Hiperprotéica

Destinada a pacientes que apresentam condições hipermetabólicas e infecciosas (pessoas convivendo com HIV, câncer/quimioterapia, diálise/hemodiálise, transplante, queimaduras etc.), com necessidades nutricionais aumentadas e diferenciadas.

O cardápio e a consistência devem ser os mesmos da dieta geral, embora acrescidos de alguns alimentos e com porções diferenciadas.

Quando necessário, para completar o aporte calórico e nutricional, devem ser incluídos suplementos de proteínas e de carboidratos em sopas, sucos e bebidas.

Na ceia, incluir suplemento nutricional, de acordo com a disponibilidade da Unidade Hospitalar. Características: hiperglicídica, normolipídica e hiperproteica.

O cardápio e a consistência devem ser os mesmos da dieta geral, acrescidos dos seguintes alimentos:

- Desjejum: frios ou geleia;

- Colação: vitamina ou iogurte ou mingau;
- No almoço e no jantar: acrescentar outra porção de carne bovina, aves ou ovos, além da porção estabelecida no cardápio, guarnição à base de legumes ou massas. Incluir suplementos de proteínas e de carboidratos em sopas, sucos e bebidas, para completar o aporte calórico e nutricional necessário;
- Na merenda e na ceia: servir leite com café ou achocolatado ou iogurte ou bebida à base de soja, pães variados com frios ou bolo e uma fruta da estação.

No quadro a seguir, é apresentado o modelo de cardápio para pacientes com dieta hipercalórica e hiperproteica.

Quadro 11: Composição do Cardápio – Hipercalórica e Hiperprotéica

Refeição		Composição
Desjejum		Bebida láctea (leite com café ou achocolatado ou outros) Pão (francês, ou de forma ou bisnaga ou outros) com frios ou geleia ou requeijão em sachê com baixo índice de gordura saturada; Fruta
Colação		Iogurte ou mingau ou vitamina de frutas ou bebidas à base de extrato de soja
Almoço e Jantar	e	Arroz Feijão ou leguminosas Sopa 2 porções de carne bovina ou aves ou peixe ou ovos Guarnição à base de legumes ou vegetais folhosos ou massas Salada: folhas, legumes ou leguminosas Sobremesa: fruta alternada com doce Suco de frutas natural – diversos sabores
Merenda e Ceia	e	Bebida láctea (leite com café ou achocolatado ou iogurte ou bebida à base de soja ou outros) Pães variados ou bolo ou bolacha ou torradas em sachê com frios ou margarina ou requeijão ou geleia em sachê com baixo índice de gordura saturada Fruta da estação

2.8.11. Dieta Hipocalórica

Destina-se a indivíduos com problemas de obesidade que necessitam perder peso, evitando o acúmulo de gorduras no tecido adiposo. As dietas hipocalóricas terão o seu Valor Calórico Total (VCT) determinado por meio de cálculos efetuados pelos Nutricionistas do Contratante, a partir da avaliação nutricional. Exemplo de dieta hipocalórica de cardápio de 1.200 calorias.

No quadro a seguir, é apresentado o modelo de cardápio para pacientes com dieta hipocalórica.

Quadro 12: Composição do Cardápio – Hipocalórica

Refeição	Composição
Desjejum	200 ml de leite desnatado 1 unidade de pão francês (30g) 1 unidade de margarina em sachê 1 porção pequena de fruta
Colação	1 porção pequena de fruta
Almoço e Jantar	2 colheres de sopa de arroz Prato principal: 1 porção pequena de carne bovina ou aves ou peixe ou ovos Guarnição: 3 colheres de sopa de vegetais folhosos cozidos Salada: folhas à vontade Sobremesa: 1 porção pequena de fruta
Merenda	200 ml de iogurte desnatado 1 unidade de pão francês (30g) 1 unidade de margarina em sachê
Ceia	1 porção pequena de fruta

2.8.12. Dieta Hipercalórica

A dieta hipercalórica é destinada a pacientes que apresentam condições hipermetabólicas com necessidades calóricas aumentadas e para pacientes psiquiátricos, com polifagia (aumento de apetite), devido ao uso contínuo de moderadores de humor.

- Características: normoglicídica, normoproteica e hipercalórica;
- Distribuição: 6 (seis) refeições diárias (desjejum, colação, almoço, merenda, jantar e ceia);
- O almoço e o jantar deverão ser servidos em 2 (duas) embalagens de polipropileno descartável com três divisórias, com tampa, com capacidade mínima de 850 ml, ou em recipiente em polipropileno descartável com três divisórias, com tampa, com a capacidade aproximada de 1.800 ml;

- A consistência das refeições deverá ser a mesma da dieta geral;
- As porções deverão ser maiores do que as da dieta geral.

O quadro a seguir apresenta a composição das refeições.

Quadro 13: Composição do Cardápio – Hipercalórica

Refeição	Composição
Desjejum	Bebida láctea (leite com café ou achocolatado ou bebida à base de extrato de soja ou outros) 2 pães (francês, ou forma ou bisnaga ou outros) com margarina ou geleia ou requeijão em sachê Fruta
Colação	Iogurte ou mingau ou vitamina de frutas ou bebidas à base de extrato de soja
Almoço e Jantar	2 porções de arroz 2 porções de feijão ou leguminosas Sopa Carne bovina ou aves ou peixe ou ovos 2 guarnições - Guarnição 1: composta de purê à base de legumes ou macarrão ou farofa; - Guarnição 2: composta de legumes ou vegetais folhosos. Salada: folhas, legumes ou leguminosas Sobremesa: fruta alternada com doce Suco de frutas natural – diversos sabores
Merenda	Bebida láctea (leite com café ou achocolatado ou iogurte ou bebida à base de soja ou outros) 2 pães variados ou 2 porções de bolo; ou bolacha ou torradas em sachê Com frios ou margarina ou requeijão ou geleia em sachê
Ceia	Bebida láctea (leite com café ou achocolatado ou iogurte ou outros) 2 pães variados ou 2 porções de bolo; ou bolacha ou torradas em sachê Com frios ou margarina ou requeijão ou geleia em sachê Fruta da estação

2.8.13. Dieta Hipocolesterolêmica

Destinada aos indivíduos que necessitam de restrição de alimentos ricos em colesterol e gorduras saturadas, tais como carnes gordurosas, bacon, banha, embutidos, pele de frango, óleo de dendê, gordura de coco, manteiga de cacau, queijos gordurosos, laticínios integrais, produtos de panificação com creme, gordura vegetal hidrogenada e alimentos preparados com a mesma, frutos do mar, gema de ovo e outros.

Recomenda-se o aumento de fibras solúveis na dieta.

2.8.14. Dieta Rica em Fibra ou Laxativa

Destinada a pacientes que apresentam obstipação intestinal ou com necessidades elevadas de fibras. Na elaboração dessas dietas deverão ser acrescidos:

- Desjejum, merenda e ceia: biscoitos ricos em fibras ou de cereal integral;
- Almoço e jantar: uma porção extra de verdura ou legumes ricos em fibra;
- Sobremesa deve ser à base de fruta crua rica em fibra. As recomendações dietéticas para este tipo de dieta são aproximadamente de 20 g a 35 g de fibra dietética por dia para pacientes adultos. Para pacientes infantis (acima de 2 anos), somar a idade mais 5 g.

2.8.15. Outras Dietas Especiais

A Contratada deverá seguir o Manual de Dietas do Serviço de Nutrição e Dietética (SND) para atender às dietas especiais e específicas de cada Unidade Hospitalar ou apresentar um manual de dietas para a aprovação do Contratante.

2.9. LANCHES

2.9.1. Lanche Pós-exames/Terapias Especiais

Lanche destinado a pacientes submetidos a exames laboratoriais que requerem jejum ou pacientes em hemodiálise. Para pacientes portadores de diabetes, a bebida normal deverá ser substituída por uma bebida dietética.

Composição do lanche pós-exames/terapias especiais: suco de fruta natural, sanduíche com recheio proteico, fruta, geleia e café com leite.

Obs.: A fruta e o sanduíche deverão ser embalados individualmente, e todos os itens deverão ser acondicionados em bandejas.

2.9.2. Lanche Pós-jejum

Composição do lanche pós-jejum: 1 unidade de suco de fruta individual ou 1 unidade de achocolatado individual e uma porção de bolachas de 40 g (doce ou salgada), sendo acondicionado em uma sacola.

Conforme a patologia, deverão ser servidos um suco diet e uma fruta.

3. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA – SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO

A CONTRATADA responsabilizar-se-á integralmente pelo serviço a ser prestado, pela operacionalização, preparo e distribuição das refeições, bem como pelo apoio à nutrição clínica e ambulatorial, observado o estabelecido nos itens a seguir.

3.1. Dependências e Instalações Físicas do Serviço de Nutrição e Dietética (SND)

3.1.1. Efetuar os reparos e as adaptações que se fizerem necessárias nas dependências dos serviços de nutrição, observada a legislação vigente;

3.1.2. Assegurar que as instalações físicas e dependências do serviço da SND, objeto do contrato, estejam em conformidade com as determinações estabelecidas na legislação vigente;

3.1.3. Responsabilizar-se pela manutenção predial das dependências que envolvem a operacionalização e o preparo das refeições, tais como forro, azulejos, paredes, cantoneiras, borrachas de proteção, pisos, instalações hidráulicas e elétricas vinculadas ao serviço, realizando reparos imediatos, às suas expensas;

3.1.4. Garantir que as dependências vinculadas à execução dos serviços, bem como as instalações e os equipamentos colocados à disposição sejam de uso exclusivo para atender ao objeto do contrato;

3.1.5. Manter as dependências e equipamentos vinculados à execução dos serviços em perfeitas condições de uso, responsabilizando-se por eventuais extravios ou quebras;

3.1.6. Fornecer todos os utensílios e materiais de consumo em geral necessários à execução dos serviços (descartáveis, materiais de limpeza e higiene, entre outros);

3.1.7. Realizar a limpeza e o esgotamento preventivo e corretivo das caixas de gordura da cozinha, sempre que necessário, a critério do CONTRATADA;

3.1.8. Responsabilizar-se pelos entupimentos causados na rede de esgoto, vinculados à prestação de serviço, realizando reparos imediatos;

3.1.9. Promover a instalação de equipamentos necessários à prestação de serviços, os quais poderão ser retirados no término desta contratação, sem qualquer ônus para o CONTRATANTE;

3.1.10. Fornecer, manter e colocar à disposição do CONTRATANTE os equipamentos e os utensílios considerados necessários para a execução do escopo contratado;

3.1.11. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso, substituindo aqueles que vierem a ser considerados impróprios pelos Nutricionistas do Contratante devido ao mau estado de conservação;

3.1.12. Identificar todos os equipamentos de sua propriedade, de forma que não sejam confundidos com similares de propriedade do CONTRATANTE;

3.1.13. Efetuar imediatamente as reposições dos equipamentos e dos utensílios pertencentes ao CONTRATANTE e que forem inutilizados por quebra ou extravio. As especificações técnicas e o modelo do equipamento deverão ter prévia autorização do CONTRATANTE. Os equipamentos repostos em substituição aos equipamentos pertencentes ao CONTRATANTE por inutilização ou extravio serão considerados de patrimônio do CONTRATANTE, não sendo permitida a retirada deste equipamento no término do contrato;

3.1.14. Providenciar imediatamente a substituição de qualquer utensílio, material ou equipamento que não se apresentar dentro dos padrões de qualidade do CONTRATANTE;

3.1.15. Realizar as manutenções preventiva e corretiva, bem como a operacionalização dos equipamentos de propriedade do CONTRATANTE, substituindo-os quando necessário, sem quaisquer ônus para o CONTRATANTE;

3.1.16. Executar a manutenção corretiva de todas as instalações e equipamentos danificados no prazo máximo de 48 horas, a fim de que seja garantido o bom andamento do serviço e a segurança dos profissionais da CONTRATADA e do Hospital;

3.1.17. Apresentar ao CONTRATANTE um relatório mensal informando as ações corretivas e preventivas realizadas em cada equipamento;

3.1.18. Responder ao Contratante pelos danos ou avarias causados ao seu patrimônio;

3.2. Equipe de Trabalho

3.2.1. Designar, por escrito, no ato de recebimento da autorização dos serviços, preposto para tomar as decisões compatíveis com os compromissos assumidos e com poderes para resolução de possíveis ocorrências durante a execução do contrato;

3.2.2. Manter profissional Nutricionista responsável técnico pelos serviços e garantir a efetiva e imediata substituição do profissional por pelo menos outro do mesmo nível, ato contínuo a eventuais impedimentos, conforme previsto na Lei Federal nº 8.666/1993 e na Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas nº 600/2018;

3.2.3. Manter quadro de pessoal técnico, operacional e administrativo em número necessário e suficiente para atender ao cumprimento das obrigações assumidas;

3.2.4. Assegurar a observância e o atendimento dos parâmetros quantitativos de profissionais estabelecidos na Resolução do CFN nº 600/2018, e comprovar, quando solicitado, o registro e a regularidade de seus Nutricionistas e técnicos envolvidos na prestação dos serviços, junto ao Conselho Regional de Nutricionistas (CRN) da 3ª região SP-MS;

3.2.5. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade de seus profissionais;

- 3.2.6. Providenciar a imediata reposição de profissionais para cobrir folgas, faltas, férias, demissões, licenças (saúde, maternidade), afastamentos etc., de pessoal da área técnica, operacional e administrativa, mantendo o quadro de profissionais completo, necessário à execução da presente contratação;
- 3.2.7. Fornecer uniformes, equipamentos de proteção individual e coletiva e crachás de identificação a todos os seus profissionais em serviço nas dependências do Contratante;
- 3.2.8. Manter no hospital os arquivos de cópia dos exames admissionais, periódicos, demissionais, de mudanças de riscos ocupacionais, e de retorno ao trabalho, nos termos da Norma Regulamentadora nº 7, com a redação atualmente vigente, em conformidade com os atos normativos do Ministério do Trabalho e Previdência, fornecendo cópias sempre que solicitado;
- 3.2.9. Apresentar mensalmente relatórios com os resultados dos exames admissionais, periódicos, demissionais, de mudanças de riscos ocupacionais, e de retorno ao trabalho, realizados nos termos da Norma Regulamentadora nº 7, com a redação atualmente vigente, em conformidade com os atos normativos do Ministério do Trabalho e Previdência;
- 3.2.10. Apresentar ao Contratante, quando exigido, os comprovantes de pagamento de salários, seguro contra acidentes de trabalho, quitação de suas obrigações trabalhistas e previdenciárias relativas aos empregados que estejam ou tenham estado a serviço do Contratante, por força desta contratação;
- 3.2.11. Afastar imediatamente das dependências do hospital qualquer profissional, por mais qualificado que seja, cuja presença venha a ser considerada inadequada ao Contratante, promovendo a sua imediata substituição;
- 3.2.12. Manter o profissional em condição de saúde compatível com suas atividades, realizando, às suas expensas, exames periódicos de saúde, inclusive exames específicos, de acordo com a legislação vigente;
- 3.2.13. Manter os profissionais dentro do padrão de higiene recomendado pela legislação vigente, fornecendo uniformes, paramentação e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) específicos para o desempenho das suas funções;
- 3.2.14. Comprovar a entrega de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) aos profissionais, de modo que a relação deverá conter o nome e a função do favorecido e a especificação do equipamento destinado a cada um;
- 3.2.15. Proporcionar aos seus profissionais as condições necessárias para a realização dos serviços, fornecendo-lhes os equipamentos e materiais adequados à natureza das tarefas desenvolvidas;

3.2.16. Promover treinamentos periódicos específicos, teóricos e práticos de toda a equipe de trabalho, por meio de programa de treinamento destinado aos profissionais operacionais, administrativos e técnicos, abordando os aspectos de higiene pessoal, ambiental, dos alimentos, técnicas culinárias e, obrigatoriamente, a prevenção de acidentes de trabalho e combate a incêndio (biossegurança), apontando a pauta administrada com lista de presença assinada pelos profissionais e a periodicidade em que será realizado, apresentando cronograma ao Contratante;

3.2.17. Responder pela disciplina de seus profissionais durante a sua permanência nas dependências do Contratante, orientando-os a manter o devido respeito e cortesia com os colegas de trabalho e com profissionais do SND do Contratante;

3.2.18. Manter a qualidade e a uniformidade no padrão de alimentação e do serviço, independentemente das escalas de serviço adotadas;

3.2.19. Assumir o ônus pelo recolhimento de seguro de acidente de trabalho para seus empregados;

3.2.20. Responsabilizar-se por eventuais paralisações do serviço, por parte de seus profissionais, garantindo a continuidade dos serviços contratados, sem repasse de qualquer ônus ao CONTRATANTE;

3.2.21. Cumprir as posturas do município e as disposições legais, estaduais e federais que se relacionem com a prestação de serviços, objeto desta contratação;

3.2.22. Observar a legislação trabalhista, inclusive quanto à jornada de trabalho e outras disposições previstas em normas coletivas da categoria profissional;

3.2.23. Observar as condições de uso de sistema de escrituração digital de obrigações previdenciárias, trabalhistas e fiscais que sejam estabelecidas por legislação federal, atendendo ao disposto no art. 16 da Lei Federal nº 13.874/2019;

3.2.24. Apresentar a NOTA FISCAL, para ser atestada pelos empregados responsáveis pela fiscalização e verificação do cumprimento do objeto do contrato (contendo: competência / descrição com mês de execução / valor), juntamente com:

a) Das certidões de regularidade com o Fisco Federal, Estadual, Municipal, Seguridade Social (CND) e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

b) Relação de profissionais com nome completo, função exercida, dias trabalhados, horas extras, férias, licenças, faltas, ocorrências;

c) Cópia da escala de trabalho;

d) Cópia de folha de ponto;

- e) Resumo da folha de pagamento e/ou contracheque dos funcionários.
- f) Comprovante de pagamento dos salários e outros benefícios;
- g) GFIP E SEFIP;
- h) Fichas de entrega de EPI's;
- i) Relatório analítico da GRF (FGTS);
- j) Guia GRF (FGTS);
- k) Comprovante de pagamento da GRF (FGTS);
- l) Relatório analítico de GPS (INSS);
- m) Guia GPS (INSS);
- n) Comprovante de pagamento de GPS (INSS);
- o) Protocolo de conectividade;
- p) Relatório detalhado de execução de serviço.

3.2.25. Apresentar ao gestor do contrato, os documentos abaixo:

- a) Escala de Trabalho
- b) Escala por Posto de Trabalho
- c) Descrição de Cargos
- d) Fluxo de Acidente de Trabalho
- e) Cronograma Anual de Treinamento
- f) Lista de Presença de Treinamentos
- g) Avaliação da reação de Treinamentos
- h) Programa de Integração de novos colaboradores – Trilha do Conhecimento
- i) Descrição de atividade por posto de trabalho
- j) Mapeamento de Processos
- k) Plano de Contingência
- l) Cronograma de Limpeza de equipamentos;
- m) Controle de temperatura dos equipamentos de conservação;
- n) Controle de temperatura da cadeia de distribuição de alimentos paciente;

- o) Controle de temperatura da cadeia de distribuição de alimentos refeitório;
- p) Laudo de potabilidade da água;
- q) PMOC – Programa de Manutenção Preventiva dos Equipamentos de Refrigeração;
- r) Manual de Dietas
- s) Manual de Boas Práticas de Fabricação de Alimentos (Conforme RDC 216/2004);
- t) Controle de Limpeza Terminal e Limpeza Concorrente;
- u) Cronograma de Manutenção Preventiva dos Equipamentos;
- v) Documentos ocupacionais: PGR, PCMSO, LTCAT, ASO's admissionais, demissionais e periódicos.

3.2.26. Apresentar mensalmente os indicadores de qualidade, descritos abaixo:

- a) Absenteísmo
- b) Turn Over
- c) Treinamento Homem X Hora
- d) Acidente de Trabalho
- e) Resto ingesta paciente almoço e jantar
- f) Resto ingesta refeitório almoço e jantar
- g) Índice de Satisfação dos Pacientes
- h) Índice de Satisfação dos Colaboradores
- i) Taxa de Aderência ao Cardápio Mensal do Refeitório
- j) Taxa de Aderência as Dietas prescritas aos pacientes

3.2.27. A CONTRATADA deverá atender todas as exigências e procedimentos solicitados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e outras exigências legais buscando a excelência nos serviços prestados e segurança do paciente.

3.3. Padrão de Alimentação

Cardápios

3.3.1. A CONTRATADA deverá elaborar cardápios diários, semanais, quinzenais ou mensais completos, de dietas gerais e especiais, para pacientes adultos e de pediatria, submetendo-os à apreciação do Contratante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias de sua utilização;

3.3.2. Elaborar cardápios diferenciados para datas especiais (Páscoa, Dia do Funcionário, Dia das Mães, Dia dos Pais, Dia das Crianças, Natal, Ano-Novo, Festa Junina etc.), observadas as características de atendimento, sem custos adicionais;

3.3.3. Fornecer diariamente o cardápio completo para fixação em local visível ao atendimento nas dependências do Contratante;

3.3.4. Apresentar, por escrito e com justificativas, alteração de cardápio já aprovado, e só efetuar esta alteração caso a mesma seja aprovada pelo Contratante;

3.3.5. Aceitar a solicitação do Contratante de alterar o cardápio já aprovado, com as devidas justificativas, em até 48 horas antes do preparo.

Aquisição, Recebimento, Armazenamento e Controle de Estoque

3.3.6. Responsabilizar-se pelas despesas relativas aos gêneros alimentícios, mercadorias, produtos de limpeza, conservação e higiene, pessoal, taxas, impostos e demais encargos necessários à execução dos serviços;

3.3.7. Executar o controle de gêneros e produtos alimentícios utilizados quanto à qualidade, ao estado de conservação, acondicionamento, condições de higiene, transporte, recebimento, armazenamento, pré-preparo e preparo, cocção e distribuição;

3.3.8. Apresentar listagem de seus fornecedores, marcas e/ou fichas técnicas e/ou amostras dos produtos utilizados, quando solicitado, para análise técnica e sensorial pelo SND do Contratante;

3.3.9. Utilizar somente gêneros alimentícios, materiais, utensílios e outros de primeira qualidade, em bom estado de conservação e livres de contaminação;

3.3.10. Manter seus estoques de matéria-prima em nível seguro, compatível com as quantidades per capita estabelecidas na presente contratação e com a periodicidade das entregas, responsabilizando-se pelo controle de qualidade, observando prazos de validade e datas de vencimento, e comprometendo-se a não utilizar nenhum alimento fora do prazo de validade indicado ou com alterações de características, ainda que dentro da validade;

3.3.11. Providenciar gêneros alimentícios perecíveis ou não, utensílios e outros produtos que não sejam comumente utilizados na unidade, mas de hábito do paciente e necessários à sua recuperação, conforme solicitação do Contratante e sem ônus ao mesmo;

- 3.3.12. Programar o recebimento de gêneros alimentícios em horários administrativos que não coincidam com os horários de distribuição das refeições e/ou saída de lixo até o local apropriado, cedido pelo Contratante;
- 3.3.13. Realizar o controle de temperatura no recebimento de gêneros alimentícios;
- 3.3.14. Estabelecer o controle de qualidade e quantidade de materiais descartáveis, de produtos de limpeza e de industrializados, a fim de evitar a falta dos mesmos, ocasionando transtorno ao serviço;
- 3.3.15. Armazenar convenientemente os gêneros alimentícios, de forma a evitar a sua deterioração e a perda parcial ou total de valor nutritivo, a mudança das características organolépticas ou os riscos de contaminação de qualquer espécie;
- 3.3.16. Estocar, em separado, os gêneros e os produtos alimentícios dos demais materiais de consumo;
- 3.3.17. Garantir a alimentação nas condições higiênico-sanitárias adequadas;
- 3.3.18. Preparar e distribuir as refeições com o mesmo padrão de qualidade, quantidade e com os mesmos procedimentos durante os finais de semana e feriados.

Preparo e Distribuição

- 3.3.19. Observar os horários estabelecidos para o fornecimento de refeições, formulações e complementos aos pacientes;
- 3.3.20. Executar o preparo das refeições em todas as etapas, observando as técnicas culinárias recomendadas, nos padrões de higiene e segurança;
- 3.3.21. Manter os alimentos não consumidos imediatamente após o preparo à temperatura superior a 65 °C (10 °C para saladas e sobremesas) até o momento de serem servidos;
- 3.3.22. Manter em temperaturas recomendadas os alimentos em preparação e/ou prontos para distribuição em recipientes tampados ou cobertos com fita filme;
- 3.3.23. Efetuar a higienização dos alimentos, principalmente os vegetais crus em processo de desinfecção, em solução clorada, e conservar sob refrigeração até o momento da distribuição;
- 3.3.24. Utilizar água potável e filtrada para a diluição de sucos;
- 3.3.25. Manter os alimentos em preparação ou prontos, utensílios e equipamentos sempre cobertos com tampas ou filmes plásticos transparentes;
- 3.3.26. Entregar as porções de todas as refeições elaboradas ao Contratante para a degustação com a devida antecedência, devendo realizar imediatamente alteração ou substituição das

preparações ou alimentos que se apresentarem impróprios para consumo pelo SND do Contratante;

3.3.27. Responsabilizar-se pela qualidade dos alimentos fornecidos, inclusive perante as autoridades sanitárias competentes, suspendendo o consumo e substituindo por outros sempre que houver a suspeita de deterioração ou de contaminação dos alimentos in natura ou preparados, providenciando, de imediato, o encaminhamento para análise microbiológica;

3.3.28. Supervisionar a qualidade, a apresentação e as condições de temperatura das refeições fornecidas estabelecidas pelo CONTRATANTE;

3.3.29. Observar a aceitação das preparações servidas. No caso de haver rejeição por parte dos comensais, excluí-las dos cardápios futuros;

3.3.30. Desprezar, após cada refeição, as sobras de alimentos. Salienta-se que eventuais reservas devem ser acondicionadas no máximo por 60 minutos;

3.3.31. Comprovar o uso das quantidades de alimentos previstas na presente contratação através de documentos e/ou procedimentos de pesagem sempre que solicitado;

3.3.32. Conservar as refeições em recipientes e equipamentos apropriados e de acordo com a especificidade do alimento e/ou preparação, enquanto aguarda a distribuição;

3.3.33. Transportar as refeições dos pacientes de acordo com as normas sanitárias vigentes;

3.3.34. Coletar amostras de todas as refeições preparadas, que deverão ser devidamente acondicionadas em recipientes esterilizados e lacrados, mantendo-as sob refrigeração adequada pelo prazo de 72 (setenta e duas) horas para eventuais análises laboratoriais;

3.3.35. Manter o registro das medições realizadas em todo o processo de operacionalização dos alimentos (controle de temperatura) em planilhas próprias e de fácil acesso ao Contratante;

3.3.36. Encaminhar, mensalmente ou conforme solicitação do CONTRATANTE, amostras de alimentos ou preparações servidas aos pacientes para análise microbiológica, a fim de monitorar os procedimentos higiênicos e a qualidade dos insumos. Essas amostras deverão ser coletadas na presença de Nutricionistas ou técnicos do CONTRATANTE, responsabilizando-se a Contratada pelo custo dos exames realizados e comprometendo-se a entregar os resultados assim que estiverem disponíveis. Nos casos de suspeita de toxinfecções de origem alimentar, a CONTRATADA deverá encaminhar as amostras imediatamente para análise microbiológica, de acordo com a solicitação do CONTRATANTE;

3.3.37. Realizar a análise de Swab das mãos e utensílios do profissional envolvido na manipulação dos alimentos, a fim de monitorar o ambiente de produção no controle de possíveis fontes de contaminação. Essas amostras deverão ser coletadas na presença de Nutricionistas

ou técnicos do CONTRATANTE, responsabilizando-se a CONTRATADA pelo custo dos exames realizados e comprometendo-se a entregar os resultados assim que estiverem disponíveis;

3.3.38. Realizar a análise de potabilidade da água utilizada no preparo das refeições, a fim de monitorar as possíveis fontes de contaminação. Essas amostras deverão ser coletadas na presença de Nutricionistas técnicos do CONTRATANTE, responsabilizando-se a CONTRATADA pelo custo dos exames realizados e comprometendo-se a entregar os resultados assim que estiverem disponíveis;

3.3.39. Controlar a saída do refeitório durante as refeições para acompanhantes e colaboradores, impedindo a saída de bebidas, alimentos preparados ou não, e dos talheres usados;

3.3.40. Manter o controle dos pratos, dos recipientes e dos talheres em inox em quantidades suficientes para o número de refeições de acompanhantes e colaboradores servidas no refeitório, para garantir o bom atendimento ao comensal. Deverá manter impresso próprio para essa finalidade, com acesso do CONTRATANTE;

3.3.41. Elaborar e implementar, dentro de 30 (trinta) dias após o início da prestação de serviços, o Manual de Normas de Boas Práticas de Elaboração de Alimentos e Prestação de Serviços específicos da unidade e os Procedimentos Operacionais Padrão, de comum acordo com o SND do CONTRATANTE;

3.3.42. Elaborar e implantar o Manual de Dietas específico da unidade, contemplando as dietas gerais e especiais, as preparações de exames, com o cálculo do valor nutritivo aproximado (valor calórico total, macro e micronutrientes), e a tabela de substituições, devendo ser aprovado pela equipe de Nutricionistas do CONTRATANTE;

3.3.43. Entregar uma cópia dos Manuais Técnicos acima citados (Manual de Boas Práticas, Manual de Dietas e Manual do Lactário) ao SND do Contratante, dentro de no máximo 30 dias após o início da vigência do contrato, procedendo periodicamente à revisão e atualização anual dos mesmos;

3.3.44. Manter os manuais técnicos (manual de boas práticas, manual de dietas e manual de procedimentos) à disposição de eventuais consultas e disponibilizá-los ao CONTRATANTE, quando solicitado;

3.3.45. Sugere-se estabelecer a entrega da água mineral aos pacientes dentro da rotina de distribuição das refeições, devendo ocorrer no período diurno e/ou vespertino, e na ocorrência de internações e liberação de jejum, sempre que solicitado.;

3.3.46. Realizar a distribuição de galões de água de 20 litros nos setores.

3.4. Higiênização

- 3.4.1. Atender ao que dispõe a legislação vigente, referente aos Parâmetros e Critérios para o Controle Higiênico-sanitário em Estabelecimento de Alimentos;
- 3.4.2. Manter a absoluta higiene no recebimento, no armazenamento, na manipulação, no preparo e na distribuição dos alimentos;
- 3.4.3. Recolher e proceder à higienização dos utensílios utilizados pelos comensais na área destinada para esse fim;
- 3.4.4. Manter os utensílios, os equipamentos e os locais de preparação dos alimentos rigorosamente higienizados, antes e após sua utilização, com uso de produtos registrados no Ministério da Saúde;
- 3.4.5. Proceder à higienização e à desinfecção de pisos, ralos, paredes, janelas, incluindo área externa (local de recebimento de gêneros e de materiais) das dependências vinculadas ao serviço, observadas as normas sanitárias vigentes e de boas práticas, fazendo uso de produtos de limpeza regularizados pela Anvisa, dando preferência a produtos e insumos com fórmulas biodegradáveis, evitando o uso de compostos ácidos e substituindo detergentes com alto teor de espuma. É aconselhável também o uso de produtos concentrados, visto que utilizam quantidade menor de água em sua produção. Sempre que possível, dar preferência a produtos que dispensam o uso de água;
- 3.4.6. Proceder à higienização dos refeitórios (mesas, bancos) das unidades do CONTRATANTE, inclusive com o recolhimento de restos alimentares e de descartáveis, se houver, acondicionando-os de forma adequada e encaminhando-os ao local determinado pelo Contratante;
- 3.4.7. Recolher, diariamente e quantas vezes se fizerem necessárias, os resíduos alimentares das dependências utilizadas (refeitório, copas, lactário), acondicionando-os em sacos plásticos de cor apropriada e encaminhando-os até local determinado pelo CONTRATANTE, observada a legislação ambiental, ou a critério da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)/Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (CGRSS) da Unidade Hospitalar;
- 3.4.8. Remover para os locais apropriados e/ou indicados pelo CONTRATANTE os resíduos ou sobras de mercadorias, materiais, alimentos e outros, devidamente embalados, de acordo com as normas sanitárias vigentes, não sendo permitida a liberação de lavagem, conforme o que determina a Vigilância Sanitária;
- 3.4.9. Acompanhar o controle integrado de pragas, procedimentos de prevenção e eliminação de insetos e roedores em todas as dependências dos serviços de nutrição;

3.4.10. Exercer o controle de qualidade de produtos para higienização e outros materiais de consumo necessários, observando o registro nos órgãos competentes e de qualidade comprovada;

3.4.11. Recolher e armazenar lixo, descartáveis etc. e sobras de alimentos em sacos plásticos de cor apropriada nos vários setores do refeitório, copas, lactário e unidades de internação até o local do expurgo, ou a critério da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da Unidade Hospitalar;

3.4.12. Manter em perfeitas condições de uso e higiene as instalações, os equipamentos, móveis e utensílios utilizados na execução dos serviços desta contratação de alimentação hospitalar;

3.4.13. Proceder à periódica higienização e desinfecção dos pisos, paredes, equipamentos e utensílios das dependências utilizadas na prestação dos serviços (cozinha, copas etc.), dentro das normas sanitárias vigentes;

3.4.14. Supervisionar diariamente a higiene pessoal e a limpeza dos uniformes de seus profissionais;

3.4.15. Realizar a higienização dos alimentos, principalmente vegetais crus e frutas, pelo processo de desinfecção de solução clorada, de acordo com as normas vigentes.

3.5. Segurança, Medicina e Meio Ambiente do Trabalho

3.5.1. Submeter-se às normas de segurança recomendadas pelo CONTRATANTE e pela legislação específica, quando do acesso às suas dependências;

3.5.2. Obedecer, na execução e no desenvolvimento do seu trabalho, às determinações da Lei Federal nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, regulamentada pela Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978, do Ministério do Trabalho, e suas alterações, além de normas e procedimentos internos do Contratante relativos à engenharia de segurança, medicina e meio ambiente do trabalho, que sejam aplicáveis à execução específica da atividade;

3.5.3. Apresentar, quando solicitada, comprovação do cumprimento das normas de segurança e saúde no trabalho, inclusive, nas hipóteses em que forem exigidos pela respectiva legislação, cópia do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), com o conteúdo mínimo determinado pelas Normas Regulamentadoras nºs 1, 7 e 9, com a redação atualmente vigente, em conformidade com os atos normativos do Ministério do Trabalho e Previdência, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho;

3.5.4. Instalar e manter Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), nas circunstâncias

em que forem exigidos pela respectiva legislação, considerando o número total de trabalhadores nos serviços, para o fiel cumprimento da legislação em vigor.

3.6. Situações de Emergência

3.6.1. Manter o planejamento de esquemas alternativos de trabalho ou planos de contingência para situações emergenciais tais como: falta de água, energia elétrica/gás, vapor, quebra de equipamentos, greves e outros, assegurando a continuidade dos serviços estabelecidos no presente Termo de Referência;

3.6.2. Responsabilizar-se pelo abastecimento de água potável necessária ao preparo das refeições e higienização em geral, em caso de falta da mesma na rede pública de abastecimento, sem qualquer ônus para o Contratante.

3.7. Suplementares

3.7.1. Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições que culminaram em sua habilitação e qualificação na fase da tomada de preços;

3.7.2. Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, as refeições fornecidas em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução dos serviços ou de materiais empregados;

3.7.3. Fornecer, sempre que solicitado, documentos e estatísticas de consumo e de restos de alimentos, demonstrativos de custos e quaisquer outras informações que possam instruir estudos, análises e pesquisas do CONTRATANTE;

3.7.4. Permitir o acesso de visitantes após autorização do SND do CONTRATANTE, e no caso de acesso às áreas de manipulação de alimentos, somente com a paramentação adequada;

3.7.5. Responsabilizar-se pelas chaves referentes às áreas físicas utilizadas para execução dos serviços, objeto do contrato. Ao CONTRATANTE é reservado o direito de manter cópias de todas as chaves das instalações colocadas à disposição da CONTRATADA;

3.7.6. Responsabilizar-se pelo abastecimento diário de sabonete líquido, toalha descartável e papel higiênico utilizados nas dependências do SND, onde desenvolve suas atividades, inclusive no refeitório;

3.7.7. Garantir, a qualquer momento, o acesso dos Nutricionistas ou técnicos do CONTRATANTE, devidamente paramentados, às áreas de estocagem e produção de alimentos para acompanhar os procedimentos adotados no recebimento e armazenamento de gêneros, pré-preparo e produção de refeições;

- 3.7.8. Responsabilizar-se expressamente pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução desta contratação, sem ônus para o CONTRATANTE;
- 3.7.9. Realizar, para fins de pagamento, o controle de dietas pelo número de refeições efetivamente consumidas. Ocorrendo diferenças, prevalecerá o número do CONTRATADA. Apresentar semanalmente ao CONTRATANTE a listagem assinada e/ou controle da catraca do refeitório;
- 3.7.10. Os casos não previstos, considerados imprescindíveis para a perfeita execução do contrato, deverão ser resolvidos entre o SND do CONTRATANTE e da CONTRATADA;
- 3.7.11. Manter o planejamento de esquemas alternativos de trabalho ou planos de contingência para situações emergenciais tais como: falta de água, energia elétrica/gás, vapor, quebra de equipamentos, greves e outros, assegurando a manutenção do atendimento adequado;
- 3.7.12. Providenciar, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término do contrato, a contagem e verificação dos utensílios, equipamentos e mobiliário, na presença de elemento designado pelo CONTRATANTE, bem como a avaliação das condições dos mesmos e das instalações, além de promover os reparos necessários antes do término da vigência do contrato;
- 3.7.13. Recusar o atendimento no refeitório de pessoas estranhas ao quadro de profissionais do Contratante, exceto quando autorizados pelo Serviço de Nutrição e Dietética do Contratante (SND), solicitando sempre a identificação dos usuários;
- 3.7.14. Reexecutar serviços sempre que solicitado pelo Contratante, quando estiverem em desacordo com as técnicas e procedimentos aplicáveis aos mesmos;
- 3.7.15. Comunicar ao Contratante sempre que ocorrer quaisquer mudanças no Contrato Social da Empresa, após a assinatura do contrato, devendo encaminhar, através de Ofício, cópia autenticada do instrumento de alteração, devidamente protocolado pelo órgão fiscalizador competente;
- 3.7.16. Comprovar a regularidade em relação às obrigações previdenciárias da Lei Federal nº 8.212/1991 durante todo o período de execução do contrato. Encaminhar ao Contratante mensalmente antes do vencimento da fatura;
- 3.7.17. Encaminhar relatório de medição dos serviços prestados para análise do Contratante;
- 3.7.18. Prever as situações de contingências (reforma, desinsetização da cozinha do Contratante, greve etc.), de forma a não haver solução de continuidade na distribuição das refeições e dietas contratadas;

3.7.19. Observar as disposições de sua competência estabelecidas na Lei Federal nº 12.305, de 02 de agosto de 2010, quanto à produção, ao acondicionamento e à destinação final de resíduos sólidos.

3.8. Responsabilidade Civil

3.8.1. A Contratada reconhece que é a única e exclusiva responsável civil e criminal por danos ou prejuízos que vier a causar ao Contratante, propriedade ou pessoa de terceiros, em decorrência da execução do objeto, ou danos advindos de qualquer comportamento de seus profissionais em serviço, correndo às expensas da Contratada, sem quaisquer ônus para o Contratante, ressarcimento ou indenizações que tais danos ou prejuízos possam causar;

3.8.2. Responsabilizar-se única, integral e exclusivamente pelo bom estado e boa qualidade dos alimentos, refeições e lanches servidos, respondendo perante a administração do Contratante ou órgão do poder público, por ocorrência de qualquer alimento, condimento e/ou ingredientes contaminados, deteriorados ou de qualquer forma inadequados para os fins previstos na presente contratação.

3.9. Boas Práticas Ambientais

As boas práticas ambientais envolvem a utilização de estratégias de uso racional dos recursos necessários à produção de refeições (alimentos, água e energia), de minimização da geração de líquidos efluentes (resíduos provenientes das indústrias, dos esgotos e das redes pluviais que são lançados no meio ambiente na forma de líquidos ou de gases) e resíduos sólidos. As estratégias adotadas são apresentadas a seguir.

3.9.1. O Uso Racional de Água

Recomenda-se a adoção de procedimentos corretos com o uso adequado da água, utilizando-a com economia, sem desperdício, e sem deixar de garantir a adequada higienização do ambiente, dos alimentos e dos utensílios, envolvendo capacitação de profissionais e atividades educativas para comensais, identificando pontos de uso, hábitos e vícios de desperdício de água, conforme Decreto Estadual nº 48.138, de 07 de outubro de 2003.

a) Recomenda-se evitar as seguintes ações/atitudes:

- Ao lavar as folhas e os vegetais, colocá-los de molho em vasilhame com água, ficando com a torneira aberta durante todo o processo, quando da lavagem individual das mesmas;
- Manter a torneira aberta com o recipiente embaixo, transbordando água sem uso no momento;
- Executar operações de lavar e de descascar legumes simultaneamente, mantendo a torneira aberta enquanto executa a tarefa de descascar;
- Limpar aves, carnes, peixes e outros com a torneira aberta durante todo o processo;

- Encher os vasilhames (bacias, panelas, caldeirões) por completo, para efetuar a lavagem de seu interior;
- Realizar descongelamento de quaisquer alimentos com a torneira aberta diretamente sobre as embalagens por longo período;
- Realizar o procedimento de dessalgue de proteínas 24 horas dentro de uma cuba, com a torneira aberta para a retirada do sal.

b) Os procedimentos para a lavagem de folhas, legumes e frutas devem seguir:

- Desfolhar as verduras; separar as folhas, desprezando as partes estragadas, sempre com a torneira fechada. Iniciar a lavagem quando todo o lote estiver desfolhado;
- Lavar em água corrente, retirando todos os resíduos;
- Desinfetar em uma cuba específica ou em monobloco exclusivo para esse fim, imergindo os alimentos em solução clorada a 200 ppm por 20 minutos (1 colher de sopa de água sanitária a 2,0-2,5% em um litro de água potável – mín. 100 e máx. 250 ppm);
- Monitorar a concentração de cloro, que não deve estar inferior a 100 ppm;
- Monitorar a turvação da solução e a presença de resíduos;
- Enxugar em cuba específica ou em monobloco exclusivo, com água potável ou em solução de água ou vinagre a 2% (2 colheres de sopa para 1 litro de água potável);
- Picar, quando necessário, observando rigorosamente as condições de higiene (mão, luvas descartáveis e utensílios/equipamentos desinfetados);
- Para as frutas comestíveis com casca, efetuar o mesmo procedimento.

c) Outras práticas que podem ser adotadas para a redução do desperdício de água:

- Adotar redutores de vazão em torneiras (arejadores), pois são dispositivos que contribuem para a economia de água em torno de 25%;
- Utilizar bocais de torneiras com chuveiros dispersantes, que aumentam a área de contato dos legumes, frutas e folhas;
- Atentar-se para a lavagem dos equipamentos e utensílios, utilizando a quantidade de água necessária e administrando o tempo para efetuar o procedimento.

3.9.2. Controle de Poluição Sonora

Para os equipamentos que geram ruídos no seu funcionamento, observar a necessidade do Selo Ruído, como forma de indicação do nível de potência sonora, medido em decibel – dB (A) –, conforme Resolução CONAMA nº 20, de 07 de dezembro de 1994, em face de o ruído excessivo

causar prejuízo à saúde física e mental, afetando particularmente a audição. A utilização de tecnologias adequadas e conhecidas permite atender às necessidades de redução de níveis de ruído.

3.9.3. Uso de Produtos de Limpeza/Produtos Biodegradáveis

Deve-se observar as seguintes medidas:

3.9.3.1. Utilizar somente produtos regularizados pela Anvisa, mantendo critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de produtos biodegradáveis;

3.9.3.2. Utilizar os saneantes domissanitários na operacionalização dos serviços de acordo com a necessidade, observando a sua aplicação e respeitando a regra de menor toxicidade, garantindo que sejam livres de corantes e que tenham drástica redução de hipoclorito de sódio e compostos ácidos;

3.9.3.3. Manter critérios de qualificação de fornecedores, levando em consideração as ações ambientais por estes realizadas;

3.9.3.4. Observar, rigorosamente, quando da aplicação e/ou manipulação de detergentes e seus congêneres, as prescrições do artigo 44 da Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, do Decreto Federal nº 8.077, de 14 de agosto de 2013, e da Resolução RDC nº 694, de 13 de maio de 2022, da ANVISA, sujeitando-se a fiscalização por parte das autoridades sanitárias e do Contratante;

3.9.3.5. Recomenda-se a utilização de produtos detergentes de baixa concentração e baixo teor de fosfato, dando preferência para os detergentes com baixo teor de espuma;

3.9.3.6. É aconselhável também o uso de produtos concentrados, visto que utilizam quantidade menor de água em sua produção. Sempre que possível dar preferência aos produtos que dispensam o uso de água.

3.9.4. O Uso Racional de Energia

Algumas medidas podem ser adotadas com a finalidade de promover o uso adequado de energia, tais como:

3.9.4.1. Desenvolver junto aos profissionais programas de racionalização do uso de energia;

3.9.4.2. Efetuar a manutenção dos equipamentos, identificando problemas de lâmpadas queimadas ou piscando, zumbido excessivo em reatores de luminárias e o mau funcionamento das instalações energizadas;

3.9.4.3. Desligar as luzes dos ambientes não ocupados e acender apenas as luzes necessárias;

3.9.4.4. Verificar periodicamente os sistemas de aquecimento e refrigeração. A formação de gelo, chamas amareladas e fuligem nos recipientes podem ser sinal de mau funcionamento dos equipamentos;

3.9.4.5. Verificar o local de instalação dos sistemas de aquecimento para que correntes de ar não apaguem as chamas;

3.9.4.6. Assegurar que haja boa dissipação de calor e economia de energia elétrica, ventilação no local de instalação e inexistência de sujeira no condensador do sistema de refrigeração;

3.9.4.7. Todas as instalações (elétrica, gás, vapor etc.) realizadas nas dependências da Contratada devem seguir as normas do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO) e os padrões internos estabelecidos para seu adequado funcionamento;

3.9.5. Minimização da Geração de Resíduos Sólidos

Envolve o planejamento de cardápios, a compra de alimentos e seu processo de preparo até o consumo, de forma a gerar menos resíduos e manter-se saudável; e também a inclusão no cardápio de alimentos oriundos de produtores locais, alimentos orgânicos, utilização de fichas técnicas de preparo, utilização integral dos alimentos, entre outras.

3.9.6. Minimização de Produção de Resíduos Alimentares

Objetiva-se a minimização de produção de resíduos e o melhor aproveitamento dos alimentos. Para isso:

3.9.6.1. O Nutricionista da CONTRATADA, sempre que possível, deverá adequar na formulação dos cardápios a prática de reutilização de partes não convencionais de alimentos, propiciando uma maior economia de alimentos (desde que atenda às necessidades nutricionais diárias recomendadas), reduzindo, assim, a produção de resíduos alimentares;

3.9.6.2. Na formulação do cardápio diário, deve ser observada a sazonalidade de alguns alimentos, assim como todas as possibilidades de aproveitamento dos gêneros alimentícios, desde o prato principal, seus acompanhamentos/guarnições, sucos e sobremesas;

3.9.6.3. As refeições em que serão utilizadas partes não convencionais de alimentos deverão compor os cardápios submetidos à apreciação do CONTRATANTE,

3.9.7. Encaminhamento dos Resíduos Sólidos Gerados para Reciclagem

3.9.7.1. Diagnosticar o quantitativo de resíduos gerados, por tipo, para serem encaminhados adequadamente para a reciclagem. Conforme mencionado na Política Nacional de Resíduos sólidos que aponta etapas necessárias para resíduos gerados em qualquer atividade humana:

identificação dos resíduos sólidos na fonte geradora, segregação, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final.

3.9.7.2. Materiais recicláveis: Para os materiais secos recicláveis, deverá ser seguida a padronização internacional para a identificação, por cores, nos recipientes coletores (VERDE para vidro, AZUL para papel, AMARELO para metal, VERMELHO para plástico e BRANCO para lixo não reciclável).

3.9.7.3. Sacos de lixo: Otimizar a utilização dos sacos de lixo, adequando a sua disponibilização quanto à capacidade e necessidade, objetivando a redução da destinação de resíduos sólidos.

3.9.8. Resíduos de Óleos Utilizados em Frituras e Cocções

Objetivando minimizar impactos negativos ocasionados pela deposição de resíduo de óleo comestível nas redes de esgoto, deverá ser implantado programa de reciclagem de óleo destinado a organizações assistenciais que efetivem o reaproveitamento do óleo para a produção de sabão.

4. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE

- 4.1. Indicar formalmente o gestor e/ou o fiscal para o acompanhamento da execução contratual;
- 4.2. Disponibilizar à Contratada as dependências e instalações físicas destinadas ao preparo e distribuição das refeições;
- 4.3. Fornecer produtos lácteos e produtos enterais, suplementos e módulos nutricionais para que a Contratada proceda à manipulação e/ou distribuição;
- 4.4. Analisar e aprovar os cardápios de dietas gerais, especiais e de alimentação infantil elaborados pela Contratada, assim como as eventuais alterações que se façam necessárias, a qualquer tempo;
- 4.5. Conferir e aprovar a medição somente das refeições efetivamente fornecidas e aceitas;
- 4.6. Encaminhar, para liberação de pagamento, as faturas aprovadas da prestação de serviços;
- 4.7. Entregar à Contratada, quando do início da prestação do serviço, relação onde conste: descrição e estado de conservação da área e relação de equipamentos/utensílios existentes na cozinha e despensas (se existirem na unidade), registrando também as condições dos mesmos;
- 4.8. Responsabilizar-se pelas despesas de consumo de água e energia elétrica das dependências colocadas à disposição da Contratada;
- 4.9. Fornecer à Contratada local para guarda de seus equipamentos, utensílios e gêneros alimentícios;

4.10. Disponibilizar para a Contratada todas as normas e/ou rotinas de segurança vigentes na unidade;

4.11. Comunicar por escrito à Contratada qualquer falha ou deficiência do serviço, exigindo a imediata correção;

4.12. O Contratante colocará à disposição da Contratada as instalações do serviço de nutrição.

5. Fiscalização da Execução dos Serviços

5.1. Ao Contratante, por intermédio do gestor e/ou fiscal, é assegurada a fiscalização dos serviços contratados, de forma a acompanhar a execução contratual, assegurando o cumprimento da execução do escopo contratado, cabendo, entre outros:

5.1.1. Verificar o cumprimento dos horários estabelecidos, as quantidades de refeições e descartáveis previstos, a compatibilidade com o cardápio estabelecido, registrando eventuais ocorrências;

5.1.2. Realizar a conferência diária do quantitativo de refeições fornecidas aos pacientes e acompanhantes, mantendo o registro por tipo de refeição servida;

5.1.3. Realizar a fiscalização das atividades desenvolvidas pela Contratada, efetivando avaliações periódicas;

5.1.4. Fiscalizar a qualidade in natura dos gêneros adquiridos, estocados ou empregados nas preparações, englobando também processos de preparações, que a juízo da fiscalização, poderão ser interrompidos, refeitos ou não aceitos, quando constatado que o produto final não é próprio para consumo;

5.2. A fiscalização do Contratante terá, a qualquer tempo, acesso a todas as dependências dos serviços da Contratada, podendo:

5.2.1. Examinar a qualidade dos gêneros alimentícios, solicitando a substituição imediata de gêneros e/ou alimentos que apresentem condições impróprias ao consumo;

5.2.2. Verificar as condições de higiene e de conservação de dependências, equipamentos, utensílios e veículos utilizados para o transporte dos gêneros.

5.2.3. A fiscalização dos serviços pelo Contratante não exclui nem diminui a completa responsabilidade da Contratada por qualquer inobservância ou omissão à legislação vigente e às cláusulas contratuais.

ANEXO I – COMPOSIÇÃO DO CARDÁPIO

Tipos de Refeições	Composição do Cardápio
Desjejum dos acompanhantes e colaboradores	- Café preto (adoçado e não adoçado) - Café com leite (adoçado e não adoçado) - Mingau: aveia, tapioca, milho ou fubá (máximo de 2x por mês) - Pão francês ou pão massa fina com manteiga ou Bolo comum de frutas ou de leite.
Desjejum dos pacientes	- Café preto ou com leite (adoçado e não adoçado) - Leite puro e/ou Leite com Achocolatado -Pão francês ou pão massa fina com manteiga/manteiga sem sal para os pacientes - Fruta: laxativa, obstipante, com restrição hídrica e pobre em potássio; obs: Avaliar conforme prescrição de dieta e seguir conforme manual de dietas Hospitalares
Colação dos pacientes	- Frutas ou sucos (naturais/polpa), salada de frutas (mínimo de 3 frutas variadas) ou gelatina, ou iogurte, ou mingau de aveia/tapioca/milho/fubá ou vitamina de frutas variadas, ou água de Coco; obs: Avaliar conforme prescrição de dieta e seguir conforme manual de dietas Hospitalares
Almoço Paciente, acompanhantes e colaboradores	- Salada folhosa - Salada crua - Salada cozida - Arroz (branco e/ou integral com verduras/legumes) - Feijão (rajado, carioquinha, fradinho ou tropeiro) - Carnes (duas opções, sempre com 1 tipo de carne vermelha e 1 tipo de carne branca);

	- Vísceras (fígado, língua, bucho 1x por mês) devendo, obrigatoriamente, ser servido outra opção de proteína; - Guarnição (legumes cozidos ou em forma de purês, verduras, farofas, massas, etc); - Sopas: devem obrigatoriamente conter legumes variados, massas e proteína. Podendo ser liquidificada ou não, conforme prescrição do nutricionista da CONTRATANTE. - Sobremesa pode variar entre doce e fruta obs: Avaliar conforme prescrição de dieta e seguir conforme manual de dietas Hospitalares
ou	- Café preto (adoçado e não adoçado) - Bebida (leite puro, Leite com achocolatado, suco de fruta natural ou polpa, vitaminas) - Salgados: pão francês ou massa fina com manteiga, pão francês ou massa fina com frios (queijo tipo muçarela ou prato + presunto de peru), sanduiche tipo natural (queijo tipo muçarela ou prato, patê de frango/atum, salada crua), pão de queijo, bolo comum ou de frutas, biscoitos tipo cookies, cracker, maisena ou maria; obs: Avaliar conforme prescrição de dieta e seguir conforme manual de dietas Hospitalares
Jantar pacientes, colaboradores e acompanhantes	- Salada folhosa - Salada crua - Salada cozida - Arroz (branco e/ou integral com verduras/legumes) - Feijão (rajado, carioquinha, fradinho ou tropeiro) - Carne (duas opções, sempre com 1 tipo de carne vermelha e 1 tipo de carne branca) - Vísceras (fígado, língua, bucho 1x por mês), devendo ter uma outra opção de proteína;

	- Guarnição (legumes cozidos ou em forma de purês, verduras, farofas, massas); - Sopas: devem obrigatoriamente conter legumes variados, massas e proteína. Podendo ser liquidificada ou não, conforme prescrição do nutricionista da CONTRATANTE. - Sobremesa pode variar entre doce e fruta obs: Avaliar conforme prescrição de dieta e seguir conforme manual de dietas Hospitalares
Ceia pacientes	- Iogurte, ou bebida láctea, ou fruta, ou suco (natural/polpa)/chá/leite com bolacha tipo cracker, maisena ou maria, ou mingau de aveia, tapioca, milho e fubá. obs: Avaliar conforme prescrição de dieta e seguir conforme manual de dietas Hospitalares

ANEXO II – COMPOSIÇÃO PER CAPITA/ GRAMATURA DO CARDÁPIO (PORCIONAMENTO MÍNIMO)

Composição e gramaturas do Cardápio		
Produtos de panificação		
Alimentos	Per-capta	Observação
Pão-Francês	50g	com ou sem sal
Pão Doce variados	50 - 70g	caseiro, careca, milho, batata, hambúrguer, chá, etc.
Pão de Forma	2 fatias	Integral ou Normal.
Bolo	80g	Sabores diversos. Com ou sem calda. Normal, diet e integral.
Torradas	5 unidades ou 50g	Com ou sem sal/ Com ou sem orégano.
Salgados Diversos tamanhos lanchonete	120g	Enroladinho de queijo, pão de queijo, esfirra de carne ou frango, mini pizza, americano, dentre outros previamente aprovados pelo Nutricionista da CONTRATANTE.
Produtos não perecíveis		
Alimentos	Per capta	Observação
Bolachas	5 unidades ou 35g pacote individual	Água e sal, integral ou doce (leite, rosquinha de coco, maisena, maria, amanteigada).
Outros		

Alimentos	Per capita	Observação
Margarina (adição em pães)	10g	com sal, sem sal ou light
Geleia	20g/ 1 sachê	normal ou diet, sabores diversos
Sopa ou caldo	500ml	Com proteína (carne, frango, ovo)
Adoçante	2 sachês de 800mg cada.	Frutose ou stevia
Sal	1 Sachê de 1g	
Massa para tapioca/ Biju	120g	
Mingau	300ml	Com ou sem açúcar (aveia, tapioca, milho, fubá).
Bebidas		
Alimentos	Per capita	Observação
Café	200ml	Com ou sem açúcar
Leite	200ml	Integral, desnatado, semidesnatado, sem lactose ou bebida vegetal.
Leite com achocolatado	200ml	15g de achocolatado (normal ou diet) por pessoa
Vitamina ou creme	200ml	Com fruta ou polpa
Iogurte	200ml ou 1 unidade	Natural, sabores diversos, light, sem açúcar.
Suco	200ml	Da polpa ou natural. Com ou sem açúcar obs: Não é permitido: sucos artificiais, xaropes, néctares, refrescos e afins.

Bebidas vegetais	200ml	Sabores diversos sem açúcar
Chá	200ml	Sem açúcar.
Água de Coco	200ml	
Sobremesas ou frutas		
Alimentos	Per capita	Observação
Abacaxi descascado	150g	Rodelas
Abacaxi	100g	Em Cubos - porcionado em potes.
Abacate	100g	Em Cubos - porcionado em potes.
Banana Prata	1 unidade - 100g	Embalada individualmente
Laranja	1 unidade -150g	Embalada individualmente
Laranja	100 g	Em Cubos - porcionado em potes.
Maçã	130g - 1 unidade	Embalada individualmente
Mamão	150g - fatia	Embalada individualmente
Mamão	150g	Em Cubos - porcionado em potes.
Manga	100g	Em Cubos - porcionado em potes.
Melancia Fatiada Com casca	200g	Fatia embalada individualmente
Melancia	100g	Em Cubos - porcionado em potes.
Melão Fatia com casca	150g	Fatia embalada individualmente

Melão	100g	Em Cubos - porcionado em potes.
Pera	1 unidade - 110g	Embalada individualmente
Salada de frutas	150g	Em Cubos - porcionada em potes. Com no mínimo 3 variedades de frutas.
Doce em pasta	40g	Exemplo: goiabada, doce de leite pastoso, etc. Normal ou diet.
Gelatina/ mousse/ sorvete	80g	Podendo ser normal ou diet.
Paçoquinha ou pé de moleque	22g - 1 unidade	Podendo ser normal ou diet.
Guarnição		
Alimentos	Per capita	Observação
Banana frita	90g - 1 und	Banana da terra
Purê	120g	Misto ou simples.
Legumes Sauté	90g	Batata, cenoura, abobrinha, chuchu, etc
Couve refogada	40g	
Farofa	90g	
Massas cozidas	100g	
Torta Salgada	150g	
Cereais e leguminosas		
Alimentos	Per-capta	Observação
Arroz	150g	Podendo ser: Arroz Branco, integral, à grega,

		legumes ou leguminosas
Arroz com carne (branca ou vermelha)	200g	Podendo ser: arroz com galinha, Maria Isabel etc. obs: caso seja o prato principal 500g
Baião de dois	150g	Arroz, feijão da colônia
Feijão em caldo	90g	
Feijão Tropeiro	100g	
Pratos Proteicos		
Alimentos	Per-capta	Observação
Proteínas sem osso	150g	Carne vermelha ou branca obs: não deverá ser usado carnes com excesso de gordura
Proteínas com osso	230g	Carne vermelha ou branca obs: não deverá ser usado carnes com excesso de gordura
Carne moída ou almôndegas	130g	
Ovo	2 unidades	Inteiro, mexido, cozido e etc.
Saladas		
Alimentos	Per capta	Observação
Salada de Folhosos	35g	Salada de folhosos cru: alface, agrião, rúcula, couve manteiga, etc.
Salada crua de vegetais	30g	Salada de vegetais: beterraba, cenoura, repolho roxo, repolho verde, etc.

Tomate	80g	Vinagrete, rodela, cubos, etc.
Salada Cozida de Vegetais	45g	Abobrinha, jerimum, batata, batata-doce, berinjela, brócolis, chuchu, couve flor, mandioquinha salsa, quiabo, vagem, jiló, etc.
Para dieta Líquidas Pastosas, para dieta Líquidas Completas e Líquidos claros		
Alimentos	Per capita	Observação
Desjejum/lanches/Ceia	300ml	Conforme o solicitado no Manual de dietas Hospitalares
Almoço e jantar	500ml	Conforme o solicitados no Manual de dietas Hospitalares

ANEXO III – PARÂMETROS MÍNIMOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A operacionalização dos serviços contempla todas as etapas no processo de manipulação da alimentação destinada a pacientes e acompanhantes, englobando as devidas condições de higiene, desde o recebimento de gêneros alimentícios, materiais e outros, até a distribuição. Para garantir a manutenção da qualidade dos serviços, a Contratada deverá elaborar o Manual de Boas Práticas, assim como o Procedimento Operacional Padrão (POP), com base na legislação vigente, considerando que a prestação de serviços de nutrição e alimentação realizar-se-á mediante a utilização das dependências do Contratante, onde a alimentação será preparada e distribuída.

O Manual de Boas Práticas é um documento que descreve a operacionalização dos serviços que serão executados pela Contratada e que inclui, no mínimo, os requisitos sanitários do edifício, a higienização das instalações, dos equipamentos e dos utensílios, o controle de qualidade da água para consumo humano, o controle integrado de pragas urbanas, o controle microbiológico dos alimentos, o controle da higiene e saúde dos manipuladores e a garantia de qualidade do produto final.

Neste estudo, serão apresentados os parâmetros mínimos para a operacionalização dos serviços, com suas características específicas para os postos de manipulação de dietas

especializadas e para o lactário, assim como os parâmetros para todo processo operacional geral.

1. OPERACIONALIZAÇÃO DA COZINHA GERAL

1.1. Recebimento de Gêneros Alimentícios, Materiais e Outros Deverão ser observadas pela Contratada:

- 1.1.1. As condições higiênicas dos veículos dos fornecedores;
- 1.1.2. A existência de Certificado de Vistoria do veículo de transporte;
- 1.1.3. A higiene pessoal e a adequação do uniforme do entregador;
- 1.1.4. A integridade e a higiene da embalagem;
- 1.1.5. A adequação da embalagem, de modo que o alimento não mantenha contato direto com papel, papelão ou plástico reciclado;
- 1.1.6. A realização da avaliação sensorial dos produtos, de acordo com os critérios definidos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT);
- 1.1.7. As características específicas de cada produto, bem como controle de temperatura no recebimento dos gêneros alimentícios, de acordo com os critérios técnicos estabelecidos pelas legislações vigentes;
- 1.1.8. A correta identificação do produto no rótulo: nome, composição do produto e lote; número do registro no Órgão Oficial, CNPJ, endereço e outros dados do fabricante e do distribuidor; temperatura recomendada pelo fabricante e condições de armazenamento; quantidade (peso) e datas de validade e de fabricação de todos os alimentos, e respectivo registro nos órgãos competentes de fiscalização;
- 1.1.9. A Contratada deverá programar o recebimento dos gêneros alimentícios e produtos em horários que não coincidam com os horários de distribuição de refeições e/ou saída de lixo da câmara. Devem ser observados os horários de recebimento de mercadorias estabelecidos pelo Contratante, de forma que possa ser exercida a fiscalização dos gêneros alimentícios entregues na unidade.

1.2. Recebimento de Produtos de Origem Animal (Bovina, Suína, Aves, Pescados etc.)

- 1.2.1. Deverão ser de procedência idônea, com o carimbo de fiscalização do Serviço de Inspeção Federal (SIF) do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento ou de órgão competente, transportados em carros fechados refrigerados, acondicionados em monoblocos ou caixas de papelão lacradas, embalados em sacos plásticos ou a vácuo, em condições corretas e adequadas de temperatura, respeitando-se as características organolépticas próprias de cada produto.

1.2.2. Temperaturas recomendadas para o recebimento de carnes:

Quadro 1: Tabela de Temperatura – recebimento de carnes

Alimentos	Temperatura
Carnes refrigeradas (aves, pescados, bovinos e suínos)	Até 6 °C, com tolerância até 7 °C
Carnes congeladas	-18 °C, com tolerância até -15 °C
Frios e embutidos industrializados	Até 10 °C ou de acordo com o fabricante
Produtos salgados, curados ou defumados	Temperatura ambiente ou recomendada pelo fabricante

1.3. Recebimento de Hortifrutigranjeiros

1.3.1. Deverão ser observados tamanho, cor, odor, grau de maturação, ausência de danos físicos e mecânicos. A triagem deve ser feita retirando-se folhas velhas, frutos verdes e deteriorados antes da pré-higienização e do acondicionamento em embalagens adequadas. Os ovos devem estar em caixas de papelão, protegidos por bandejas tipo gavetas, apresentando a casca íntegra e sem resíduos.

1.3.2. Temperaturas recomendadas para o recebimento de hortifrutigranjeiros:

Quadro 2: Tabela de Temperatura – recebimento de Hortifrutigranjeiros

Tipos de Hortifrutigranjeiros	Temperatura
Hortifrutigranjeiros pré-processados congelados	-18 °C, com tolerância até -15 °C
Hortifrutigranjeiros pré-processados resfriados	Até 10 °C ou de acordo com o fabricante
Hortifrutigranjeiros pré-processados <i>in natura</i>	Temperatura ambiente

1.4. Recebimento de Leite e Derivados

1.4.1. Deverão ser de procedência idônea, com o carimbo de fiscalização do SIF, MS ou do órgão competente, transportados em carros fechados refrigerados, em embalagens e temperaturas corretas e adequadas, respeitando as características do produto. Deverão ser conferidos rigorosamente o prazo de validade do leite e dos derivados, combinado com o prazo de planejamento de consumo, assim como as condições das embalagens, de modo que não se apresentem estufadas ou alteradas.

1.4.2. Temperaturas recomendadas para o recebimento de leite e derivados:

Quadro 3 – Tabela de Temperatura – recebimento de laticínios e derivados

Tipo de Produto	Temperatura
Laticínios	Até 10 °C ou de acordo com o fabricante
Embalagens tipo longa vida	Temperatura ambiente

1.5. Recebimento de Estocáveis

1.5.1. Devem apresentar-se com embalagens íntegras, próprias para cada tipo, dentro do prazo de validade e com as identificações corretas no rótulo. Cereais, farináceos e leguminosas não devem apresentar vestígios de insetos, umidade excessiva e objetos estranhos. As latas não devem estar enferrujadas, estufadas ou amassadas e os vidros não devem apresentar vazamentos nas tampas, formação de espumas, ou qualquer outro sinal de alteração ou violação do produto.

1.5.2. Temperatura recomendada para o recebimento de estocáveis:

Quadro 4: Tabela de Temperatura – recebimento de estocáveis

Produtos Estocáveis	Temperatura Ambiente
Nome do produto	Temperatura em que se encontra

1.6. Recebimento de Sucos e demais Produtos Industrializados

1.6.1. Deverão ser de procedência idônea, de boa qualidade, com embalagens íntegras, não estufadas e não violadas, dentro do prazo de validade e com as identificações corretas no rótulo.

1.6.2. Temperaturas recomendadas para o recebimento de sucos e produtos industrializados:

Quadro 5 – Tabela de Temperatura – recebimento de sucos e produtos industrializados

Tipo de produtos	Temperatura
Concentrados (xaropes) congelados	-18 °C, com tolerância até -15 °C
Concentrados (xaropes) resfriados	Até 10 °C ou de acordo com o fabricante
Concentrados (xaropes) estabilizados	Temperatura ambiente ou de acordo com o fabricante
Polpa de frutas (congeladas)	- 18 °C, com tolerância até -15 °C
Produtos industrializados	Temperatura registrada na embalagem

1.7. Recebimento de Descartáveis, Produtos e Materiais de Limpeza

1.7.1. Os materiais de limpeza e os descartáveis devem se apresentar com embalagens íntegras, próprias para cada produto e com a identificação correta no rótulo, deve-se observar, ainda, o prazo de validade, combinado com o prazo de planejamento de consumo.

1.7.2. Cada produto domissanitário deverá possuir registro atualizado na entidade competente que seja exigido pela legislação e atender ao ordenamento jurídico vigente.

1.8. Armazenamento de Gêneros Alimentícios, Materiais e Outros Deverão ser observados:

1.8.1. Não manter caixas de madeira na área do estoque ou em qualquer outra área do SND;

1.8.2. Manusear caixas com cuidado, evitando submetê-las a peso excessivo;

1.8.3. Apoiar os alimentos ou os recipientes com alimentos sobre estrados ou em prateleiras, não permitindo o contato direto com o piso. Os gêneros alimentícios deverão ficar afastados a uma altura mínima de 25 cm do piso, garantindo a boa circulação de ar, mantendo-os afastados da parede e entre si;

1.8.4. Organizar os produtos de acordo com as suas características: enlatados, farináceos, grãos, garrafas, descartáveis etc.;

1.8.5. Dispor os produtos obedecendo à data de fabricação, de modo que os produtos com a data de fabricação mais antiga fiquem posicionados de forma a serem consumidos em primeiro lugar;

1.8.6. Os produtos de prateleira devem ser mantidos distantes do forro em no mínimo 60 cm e afastados da parede em 35 cm, sendo 10 cm o mínimo aceitável, conforme o tamanho da área do estoque, a fim de favorecer a ventilação;

1.8.7. Manter sempre limpas as embalagens dos produtos, higienizando-as por ocasião do recebimento;

1.8.8. Conservar alinhado o empilhamento de sacarias, em altura que não prejudique as características do produto e com a amarração em forma de cruz, para proporcionar uma boa ventilação;

1.8.9. Atentar para eventuais e quaisquer irregularidades com os produtos;

1.8.10. Identificar todos os alimentos armazenados, sendo que, na impossibilidade de se manter o rótulo original do produto, as informações devem ser transcritas em etiquetas, de acordo com a legislação pertinente;

1.8.11. Depois de abertos, os alimentos devem ser transferidos das embalagens originais e acondicionados em contentores higienizados, adequados (impermeáveis, laváveis e atóxicos), cobertos e devidamente identificados, conforme determinações da legislação vigente;

1.8.12. Os sacos plásticos apropriados ou os papéis impermeáveis utilizados para a proteção dos alimentos devem ser de uso único e exclusivo para este fim e jamais devem ser reaproveitados;

1.8.13. Armazenar os diferentes gêneros alimentícios nas unidades refrigeradas, respeitando a seguinte disposição:

- Alimentos prontos para o consumo nas prateleiras superiores;
- Os semiprontos e/ou pré-preparados nas prateleiras do meio;
- Restante, como produtos crus e outros, nas prateleiras inferiores.

Obs.: Os alimentos deverão ser armazenados separados entre si e dos demais produtos.

1.8.14. Refrigerar ou congelar os alimentos em volumes com altura máxima de 10 cm ou em peças de até 2 kg (porções menores favorecem o resfriamento, descongelamento e a própria cocção);

1.8.15. Não manter as caixas de papelão em áreas de armazenamento sob o ar frio, pois essas embalagens são porosas, isolantes térmicas e favorecem a contaminação externa;

1.8.16. Podem ser armazenados diferentes tipos de alimentos no mesmo equipamento para congelamento, desde que devidamente embalados e separados;

1.8.17. Colocar os produtos destinados à devolução em locais apropriados, devidamente identificados por fornecedor, para que não comprometam a qualidade dos demais;

1.8.18. Respeitar rigorosamente as recomendações do fornecedor para o adequado armazenamento dos alimentos;

1.8.19. Atentar para o fato de que, após a abertura das embalagens originais, perde-se imediatamente o prazo da validade do fabricante;

1.8.20. É proibido recongelar os alimentos que tenham sido descongelados anteriormente para serem manipulados;

1.8.21. Programar o uso das carnes congeladas: após o seu descongelamento, estas somente podem ser armazenadas sob refrigeração até 4 °C por até 72 horas para bovinos e aves, e por até 24 horas para os pescados;

1.8.22. Observar que os alimentos retirados de suas embalagens originais para serem manipulados crus poderão ser armazenados sob refrigeração (até 4 °C) ou sob congelamento (-18 °C), desde que devidamente etiquetados;

1.8.23. Respeitar os critérios de temperatura e de tempo para o armazenamento dos alimentos, de acordo com a legislação vigente;

1.8.24. Descartáveis, produtos e materiais de limpeza devem ser armazenados à temperatura ambiente e em locais adequados. Os produtos de limpeza devem ser armazenados em locais diferentes, para evitar contaminação ou impregnação com odores estranhos.

1.9. Pré-preparo e Preparo dos Alimentos

A Contratada deve obedecer aos seguintes procedimentos e critérios técnicos em relação ao pré-preparo e preparo dos alimentos:

1.9.1. Garantir que todos os manipuladores higienizem as mãos antes de manusear qualquer alimento, durante os diferentes estágios do processamento e a cada mudança de tarefa de manipulação; Atentar para que não ocorra a contaminação cruzada entre os vários gêneros de alimentos durante a manipulação, no pré-preparo e no preparo final;

1.9.2. Proteger os alimentos em preparação ou prontos, garantindo que estejam sempre cobertos com tampas, filmes plásticos ou papéis impermeáveis, os quais não devem ser reutilizados;

1.9.3. Manter os alimentos em preparação ou preparados sob temperaturas de segurança, ou seja, inferior a 10 °C ou superior a 65 °C;

1.9.4. Planejar o processo de cocção para que mantenha, tanto quanto possível, todas as qualidades nutritivas dos alimentos;

1.9.5. Garantir que os alimentos, no processo de cocção, cheguem a atingir 74 °C no seu centro geométrico ou combinações conhecidas de tempo e temperatura que confirmem a mesma segurança; 1.9.6. Elevar a temperatura de molhos quentes a serem adicionados em alguma preparação, garantindo que tanto os molhos quanto os alimentos atinjam 74 °C no seu interior;

1.9.7. Atentar para que as gorduras e os óleos utilizados nas frituras não sejam aquecidos a mais de 180 °C. Fica proibido o reaproveitamento dos mesmos;

1.9.8. Realizar o pré-preparo de carnes em pequenos lotes, ou seja, retirar da refrigeração apenas a quantidade suficiente de matéria-prima a ser preparada por 30 minutos sob temperatura ambiente. A mesma deve retornar à refrigeração (até 4 °C), devidamente etiquetada, assim que estiver pronta. Retirar nova partida e prosseguir sucessivamente;

1.9.9. Grelhar, fritar ou cozinhar as carnes ou outros produtos perecíveis em lotes adequados, isto é, retirar da refrigeração apenas a quantidade suficiente para trabalhar por 30 minutos por lote. Atentar para as temperaturas de segurança nas etapas de espera: carne crua = abaixo de 4 °C e carne pronta = acima de 65 °C;

1.9.10. Evitar as preparações com demasiada manipulação das carnes, especialmente nos casos de frangos e pescados;

1.9.11. Utilizar somente maionese industrializada. Não utilizar ovos crus para as preparações (maionese caseira, mousses etc.);

1.9.12. Garantir 74 °C na cocção dos empanados (dorê, milanesa), bolos, doces etc.;

1.9.13. A Contratada deverá realizar o registro das temperaturas de cocção em planilhas próprias, colocando-as à disposição do Contratante, sempre que solicitado.

1.10. Ações para Preservar o Valor Nutritivo das Hortaliças e Frutas

Para preservar o valor nutritivo dos alimentos, alguns cuidados são indispensáveis na hora do preparo de hortaliças e frutas, como por exemplo:

1.10.1. Ao descascá-las, não retirar cascas grossas. Sempre que possível, cozinhar as hortaliças ou frutas com casca, de preferência inteiras;

1.10.2. Não as cortar com faca de ferro, mas sim com faca de aço inoxidável, e pouco antes de serem utilizadas;

1.10.3. Cozinhar as hortaliças apenas por tempo suficiente para que fiquem macias, em pouca água, até abrir fervura; ou simplesmente refogá-las;

1.10.4. Cozinhar em panela destampada as hortaliças com cheiro forte (como repolho, couve-flor e brócolis), bem como suas folhas e talos.

1.11. Procedimentos para Evitar a Contaminação Cruzada

Regras Básicas

1.11.1. Higienizar e desinfetar corretamente as superfícies, os equipamentos e os utensílios;

1.11.2. Os alimentos prontos devem ser manipulados somente com garfos, travessas, pinças ou com as mãos protegidas com luvas descartáveis;

1.11.3. Evitar o contato entre os alimentos crus e os cozidos em todas as fases de armazenamento, preparo, cozimento e no momento de servir;

1.11.4. As portas das geladeiras e das câmaras frias devem ser mantidas bem fechadas;

1.11.5. Reaquecer adequadamente os alimentos cozidos, segundo os critérios de tempo e de temperatura (74 °C por 5 minutos);

1.11.6. Utilizar água potável;

1.11.7. Os profissionais não devem falar, tossir ou espirrar sobre os alimentos e utensílios;

1.11.8. Para a degustação do alimento, deve-se utilizar talheres e pratinho, que não devem voltar a ter contato com os alimentos;

1.11.9. Os alimentos que sobram nas latas devem ser transferidos para recipientes de plástico branco atóxico ou de inox e ser cobertos com tampas ou filme plástico, e identificados por meio de etiquetas de validade. O prazo de validade dos enlatados, após abertos, é de 24 horas, desde que armazenados a no máximo 6 °C;

1.11.10. Para o corte, a montagem e a decoração, o manipulador deverá utilizar luvas descartáveis;

1.11.11. Os alimentos em espera para distribuição deverão ser armazenados em câmaras ou geladeiras a no máximo 10 °C.

1.12. Higienização dos Alimentos

Hortifrutigranjeiros

1.12.1. Os vegetais folhosos deverão ser lavados folha a folha e os legumes e frutas um a um, retirando as partes estragadas e danificadas, sendo colocados em imersão de água clorada a 200 ppm, por no mínimo 15 minutos;

1.12.2. Os ovos deverão ser lavados em água corrente antes da sua utilização.

Cereais e leguminosas

1.12.3. Escolher os grãos a seco (arroz, feijão, lentilha e outros);

1.12.4. Lavar em água corrente, enxaguando no mínimo 3 (três) vezes antes de levar para a cocção. **1.13. Porcionamento**

1.13.1. O processo de porcionamento das dietas deverá ser efetuado sob o rigoroso controle de tempo de exposição e temperatura, a fim de não ocorrer multiplicação microbiana;

1.13.2. As refeições deverão ser porcionadas, distribuídas e servidas em recipientes individuais descartáveis, devidamente apoiados em bandejas visando à manipulação segura e confortável ao paciente;

1.13.3. Porcionar uniformemente as refeições de acordo com a patologia e seguindo o per capita estabelecido, utilizando-se de utensílios apropriados para cada tipo de preparação.

Acondicionamento

1.13.4. Todas as embalagens descartáveis para a refeição, incluindo as de salada, sopa e sobremesa, deverão ser identificadas, contendo em suas tampas: nome do paciente, quarto, leito e o tipo de dieta, sendo que a terminologia das dietas será determinada pelo Contratante.

1.13.5. A Contratada deverá seguir as condições básicas para a distribuição das dietas gerais e específicas:

1.13.5.1. No desjejum:

- O leite com café ou o seu substituto deverá ser servido em copo descartável que contenha as características mínimas definidas na NBR, com tampa e capacidade de 300 ml;

- O pão deverá ser devidamente acondicionado em embalagem apropriada;

- A fruta deverá ser higienizada e devidamente embalada.

1.13.5.2. No almoço e jantar:

- As saladas deverão ser acondicionadas em embalagem descartável de polipropileno com tampa transparente e com capacidade para 350 ml;

- O arroz, o feijão, a guarnição e o prato principal deverão ser acondicionados em embalagem descartável de polipropileno de três divisórias ou em bandeja térmica refil, com tampa transparente e com capacidade aproximada para 1.200 ml específicas para uso em carrinhos térmicos;

- A sopa dos lactentes e a dieta líquida deverão ser acondicionadas em embalagem descartável de polipropileno igual, com tampa transparente e capacidade aproximada de 500 ml específicas para uso em carrinhos térmicos;

- Sucos, vitaminas, iogurtes, achocolatados, chás etc. deverão ser servidos em copo descartável com tampa, com capacidade de 300 ml.

1.13.5.3. Quanto à sobremesa:

- A fruta deverá ser higienizada e devidamente embalada; - Doce (quando cremoso), gelatina ou pudim deverão ser acondicionados em recipiente descartável com tampa, com capacidade de 100 ml.

1.13.6. A Contratada deverá disponibilizar talheres descartáveis adequados a cada refeição, guardanapos embalados individualmente e bandejas forradas com toalha descartável, devidamente aprovados pelo Contratante.

1.13.7. A Contratada deverá disponibilizar molhos e/ou demais temperos em sachês, como: azeite, vinagre, molho de soja e outros, respeitada a prescrição dietética.

1.13.8. As refeições infantis deverão ser acondicionadas em embalagens descartáveis de polipropileno com tampa transparente, adequadas às necessidades, quantidades e à ergonomia, ainda buscando, por meio de sua decoração, colaborar com a estimulação do consumo efetivo da referida refeição.

1.14. Distribuição das Refeições

1.14.1. Os alimentos deverão ser mantidos sob rigoroso controle de tempo de exposição e de temperatura, a fim de não ocorrer multiplicação microbiana. Para a distribuição dos alimentos quentes, deve-se observar os seguintes critérios de tempo e temperatura: manter as preparações a 65 °C ou mais por no máximo 12 horas, ou manter as preparações a 60 °C por no máximo 6 horas. As mantidas à temperatura abaixo de 60 °C devem ser consumidas em até 3 horas.

1.14.2. Para a distribuição de alimentos refrigerados, devem ser observados os seguintes critérios de tempo e temperatura: manter as preparações em temperaturas inferiores a 10 °C por no máximo 4 horas, ou, quando a temperatura estiver entre 10 e 21 °C, esses alimentos só podem permanecer na distribuição até 2 horas.

1.14.3. A temperatura das dietas servidas aos pacientes deverá ser monitorada e registrada em impressos próprios elaborados pela Contratada, denominado de Procedimento Operacional Padrão (POP).

1.14.4. Toda e qualquer preparação elaborada na cozinha dietética, cozinha geral e lactário destinada a pacientes (adultos e crianças) e acompanhantes, deverá ser identificada com etiquetas adesivas contendo: nome do paciente, quarto, leito e dieta oferecida, conforme padronização do Contratante. Caso seja necessário, a Contratada se responsabiliza por realizar a modificação nas etiquetas de identificação para atender às exigências de órgãos competentes e/ou solicitação do Contratante.

1.14.5. O transporte de alimentos e outros deve ser efetuado em carros de preferência térmicos fechados e apropriados, atendendo às exigências da legislação vigente.

1.14. Higienização

1.14.1. Higiene pessoal

Nas atividades diárias, o funcionário da Contratada deverá:

1.14.1.1. Usar uniformes completos, limpos, passados e identificados com crachá da empresa;

1.14.1.2. Fazer a barba diariamente;

1.14.1.3. Não aplicar maquiagem em excesso;

1.14.1.4. Conservar as unhas curtas, limpas e sem esmalte;

1.14.1.5. Utilizar a rede de cabelo e a touca descartável, de maneira que os cabelos permaneçam totalmente cobertos;

1.14.1.6. Manter sapatos e botas limpos;

1.14.1.7. Limpar, cobrir e proteger qualquer ferimento;

1.14.2. Manter a higiene adequada das mãos:

1.14.2.1. Os profissionais deverão higienizar as mãos adotando técnicas e produtos de assepsia, de acordo com a Cartilha sobre Boas Práticas para Serviços de Alimentação, publicada pela Anvisa, para o cumprimento das regras da resolução nº 216, de 15 de setembro de 2004, que dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação e a Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde.

1.14.2.2. Usar luvas descartáveis sempre que for manipular alimentos, trocar de função ou atividade, e não dispensar a lavagem frequente das mãos, devendo as luvas serem descartadas ao final do procedimento;

1.14.2.3. Não usar joias, bijuterias, relógio e outros adereços.

1.14.4. Higienização das instalações

A adoção de procedimentos de higienização adequados e eficazes é fundamental na inocuidade, garantindo a ausência de perigos físicos, químicos e biológicos em níveis que poderão ocasionar danos à saúde do indivíduo, considerando, portanto, a base para a qualidade e segurança alimentar.

A Contratada deverá garantir que os procedimentos de higienização não interfiram nas propriedades nutricionais e sensoriais dos alimentos e preservem sua pureza e suas características microbiológicas.

Para tanto, a Contratada deve:

1.14.4.1. Apresentar um cronograma de higienização das diversas áreas do SND, dos equipamentos, das copas e dos refeitórios;

1.14.4.2. Os produtos utilizados na higienização deverão ser de boa qualidade e adequados à higienização das diversas áreas e das superfícies, de maneira a não causar danos nas dependências e aos equipamentos, não deixando resíduos ou cheiros, podendo ser vetado pelo Contratante;

1.14.4.3. O piso deverá permanecer sempre seco, sem acúmulos de água;

1.14.4.4. Realizar o polimento nas bancadas, mesas de apoio, portas e pias;

1.14.4.5. Deverão ser higienizadas periodicamente as grelhas e colmeias do sistema de exaustão da cozinha;

1.14.4.6. A higienização do refeitório será de responsabilidade da Contratada, inclusive a manutenção das condições de higiene durante todo o processo de distribuição das refeições aos comensais;

1.14.4.7. A Contratada deverá instalar saboneteiras e papeleiras em pontos adequados do SND, quando necessário, e abastecê-las com produtos próprios e adequados à higienização das mãos. O quadro apresentado a seguir exemplifica e especifica os procedimentos básicos de boas práticas de higienização que deverão ser seguidos pela Contratada nos processos operacionais de higienização na unidade de alimentação e nutrição.

1.14.5. Higienização dos equipamentos e utensílios

1.14.5.1. Todos os equipamentos, utensílios ou materiais deverão ser higienizados diariamente, após o uso, e semanalmente, com detergente neutro com alto teor ativo de desengordurante, quando for o caso;

1.14.5.2. Louças, talheres e bandejas deverão ser higienizados na máquina de lavar com detergente sanitizante próprio, secante e álcool a 70%;

1.14.5.3. Os equipamentos e utensílios, carrinhos de transporte e de distribuição deverão ser polidos diariamente;

1.14.5.4. As painéis, placas de alumínio, tampas e bandejas deverão ser substituídas sempre que estiverem amassadas, a fim de evitar incrustações de gordura e sujeira;

1.14.5.5. Os utensílios, equipamentos e o local de preparação dos alimentos deverão estar rigorosamente higienizados antes e após a sua utilização. Deverá ser utilizado detergente neutro e, quando for o caso, detergente com alto teor de desengordurante. Após enxágue, pulverizar com álcool a 70% ou limpador multiuso à base de peróxido de hidrogênio;

1.14.5.6. Após o processo de higienização, os utensílios e os equipamentos devem permanecer cobertos com filme ou saco plástico transparente em toda a sua extensão ou superfície;

1.14.5.7. Não permitir a presença de animais domésticos na área de serviço ou nas imediações;

1.14.5.8. Remover o lixo em sacos plásticos duplos e resistentes, sempre que necessário;

1.14.5.9. Utilizar pano de limpeza de boa qualidade como do sistema cross hatch. O mesmo deverá ser desprezado após sua utilização.

1.14.6. Embalagens

1.14.6.1. As embalagens deverão ser lavadas em água corrente antes de serem armazenadas sob refrigeração (sacos de leite e garrafas) e deverão ser identificadas quanto a nome e composição do produto, data de fabricação, lote e data de validade.

1.15. Controle Integrado de Pragas

1.15.1. Realizar a desinsetização e a desratização, mensalmente e sempre que houver necessidade, nas áreas internas e externas do SND e copas, sem ônus ao Contratante. No caso de ineficácia, compromete-se a repetir a desinsetização.

1.15.2. Os produtos utilizados deverão apresentar registro na entidade competente que seja exigido pela legislação e ser de boa qualidade.

1.15.3. A Contratada deverá apresentar um cronograma referente à programação dos referidos serviços.

1.16. Controle Microbiológico dos Alimentos

1.16.1. A Contratada é responsável pela execução e a manutenção do controle de qualidade em todas as etapas de processamento dos alimentos fornecidos a pacientes e acompanhantes, através do método de Análise dos Pontos Críticos de Controle (APCC);

1.16.2. A Contratada deverá realizar a coleta de amostras de todas as preparações fornecidas aos pacientes e acompanhantes, diariamente, as quais deverão ser armazenadas em temperaturas adequadas por 72 (setenta e duas) horas, obedecendo aos critérios técnicos adequados para coleta e transporte das amostras;

1.16.3. A Contratada deverá encaminhar, mensalmente ou conforme solicitação do Contratante, amostras de alimentos ou preparações servidas aos comensais para a análise microbiológica, a fim de monitorar os procedimentos higiênicos e a qualidade dos insumos;

1.16.4. A Contratada deverá coletar as amostras na presença do Gestor do Contrato ou Nutricionistas da Contratante, responsabilizando-se a Contratada pelo custo dos exames realizados e comprometendo-se a entregar os resultados assim que estiverem disponíveis.

1.16.5. Nos casos de suspeita de toxinfecções de origem alimentar, as amostras dos alimentos suspeitos deverão ser encaminhadas imediatamente para análise microbiológica, de acordo com a solicitação do Contratante.

1.16.6. A Contratada poderá selecionar o laboratório de sua preferência, porém o mesmo deverá ser especializado nessa área, a fim de realizar as análises microbiológicas e físicoquímicas dos alimentos, sendo, posteriormente, os resultados encaminhados ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Contratante para avaliação.

1.17. Análise de Potabilidade da Água

1.17.1. A Contratada deverá realizar semestralmente a coleta de água para análise.

1.17.2. As amostras deverão ser armazenadas em temperatura adequada, conforme orientação do laboratório, e obedecendo aos critérios técnicos para coleta e transporte das amostras.

1.17.3. A coleta de água para análise deverá ser realizada a partir de pontos destinados à higienização dos alimentos, preparo de refrescos e outros;

1.17.4. As amostras deverão ser coletadas na presença do Gestor do Contrato, Nutricionistas ou de técnicos do Contratante, responsabilizando-se a Contratada pelo custo dos exames realizados e comprometendo-se a entregar os resultados assim que estiverem disponíveis.

1.17.5. Nos casos de suspeita de toxinfecções de origem alimentar, as amostras da água deverão ser encaminhadas imediatamente para análise de potabilidade de água, de acordo com a solicitação do Contratante.

1.17.6. O laboratório será de livre escolha da Contratada, porém, o mesmo do mesmo deverá ser especializado nessa área, a fim de realizar as análises e, posteriormente, os resultados serem encaminhados ao Serviço de Nutrição e Dietética do Contratante para avaliação

1.18. Análise de Swab

1.18.1. A Contratada deverá realizar a análise de Swab trimestralmente. Essa análise é um controle microbiológico realizado a partir da amostra coletada das mãos do profissional envolvido diretamente na atividade de manipulação dos alimentos e dos utensílios utilizados no processo produtivo. Essa análise visa monitorar o ambiente de produção no controle e na eliminação das possíveis fontes de contaminação.

1.18.2. As amostras deverão ser coletadas na presença do Gestor do Contrato ou Nutricionista do Contratante, responsabilizando-se a Contratada pelo custo dos exames realizados e comprometendo-se a entregar os resultados assim que estiverem disponíveis. O laboratório será de livre escolha da Contratada, porém, o mesmo deverá ser especializado nessa área, a fim de realizar as análises e, posteriormente, os resultados serem encaminhados ao Serviço de Controle de Infecção do Contratante para avaliação.

1.18.3. Para essas análises foram definidas as seguintes coletas:

1.18.3.1. Análise de Swab das mãos

- Contagem de coliformes fecais e totais e *Staphylococcus aureus*;
- Para 1 (um) profissional envolvido diretamente na manipulação dos alimentos, estipulado pelo Contratante;
- Será realizada uma análise por setor de manipulação. Neste caso, a cozinha geral.

1.18.3.2. Análise de Swab de utensílios

- Contagem de microrganismos Aeróbios mesófilos e coliformes fecais e totais;
- Para 1 (um) utensílio utilizado no processo produtivo da refeição, estipulado pelo Contratante;
- Será realizada uma análise por setor de manipulação. Neste caso, a cozinha geral.

3.3.6. Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 09/10/2025 | Edição: 193 | Seção: 1 | Página: 87
Órgão: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

PORTARIA SAES/MS Nº 3.323, DE 7 DE OUTUBRO DE 2025

Defere a Concessão do CEBAS do Instituto Social Mais Saúde,
com sede em São Paulo (SP).

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.489, de 04 de junho de 2025, resolve:

Art. 1º Fica deferida, a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), do Instituto Social Mais Saúde, CNPJ nº 18.963.002/0001-41, com sede em São Paulo (SP), em razão da comprovação pela atuação exclusiva na promoção da saúde, sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados, em conformidade com o art. 13 da Lei complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021 e seus regulamentos, nos termos da Parecer Técnico nº 462/2025-CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.032234/2025-11.

Parágrafo único. A Concessão terá validade pelo período de 3 (três) anos a contar da data de publicação no Diário Oficial da União - DOU.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MOZART JULIO TABOSA SALES

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO - Seção 1

ISSN 1677-7042

Nº 193, quinta-feira, 9 de outubro de 2025

ANEXO III
PROCEDIMENTOS ALTERADOS

Código do procedimento	Nome do procedimento	Alteração de atributos
02.02.03.024-5	INTRADERMOREACAO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)	Altera o nome para: "PROVA TUBERCULÍNICA (PT)" Inclui categoria de CBO "2231 - Médicos / 2251 - Médicos Clínicos / 2234 - Farmacêuticos / 2235 - Enfermeiros e Afins" Inclui a modalidade 06 - Atenção Domiciliar Inclui RENASES para: 016 - Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Transmissíveis Epidemiologicamente Relevantes para o País" Alterar descrição para: "Consiste em aplicação de derivado proteico purificado ou proteínas recombinantes de micobactéria por via intradérmica e leitura do endurecido proveniente da reação de hipersensibilidade cutânea diante das proteínas do bacilo da tuberculose."

PORTARIA SAES/MS Nº 3.318, DE 3 DE OUTUBRO DE 2025

Habilita, em regime de Hospital Dia, o Hospital Nossa Senhora do Rosário.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.489, de 04 de junho de 2025, resolve:

Art. 1º Fica habilitado, no código 12.02 - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos em Regime de Hospital Dia, o estabelecimento a seguir descrito.

UF	IBGE	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	GESTÃO	Nº LEITOS	PROPOSTA SAIPS	PROCESSO
RS	432040	SERAFINA CORREA	2260050	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSARIO	MUNICIPAL	07	217359	25000.168496/2025-13

Art. 2º A habilitação concedida por esta Portaria não acarretará impacto financeiro ao estado e/ou município, conforme dispõe o art. 7º V, 1, do Anexo 1 do Anexo XXIV, da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MOZART JULIO TABOSA SALES

PORTARIA SAES/MS Nº 3.323, DE 7 DE OUTUBRO DE 2025

Deferir a Concessão do CEBAS do Instituto Social Mais Saúde, com sede em São Paulo (SP).

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.489, de 04 de junho de 2025, resolve:

Art. 1º Fica deferida, a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), do Instituto Social Mais Saúde, CNPJ nº 18.963.002/0001-41, com sede em São Paulo (SP), em razão da comprovação pela atuação exclusiva na promoção da saúde, sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados, em conformidade com o art. 13 da Lei complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021 e seus regulamentos, nos termos da Parecer Técnico nº 462/2025-CGCR/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.032234/2025-11.

Parágrafo único. A Concessão terá validade pelo período de 3 (três) anos a contar da data de publicação no Diário Oficial da União - DOU.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MOZART JULIO TABOSA SALES

PORTARIA SAES/MS Nº 3.324, DE 7 DE OUTUBRO DE 2025

Deferir, em grau de Reconsideração, a Concessão do CEBAS do Instituto de Gestão Administração e Pesquisa em Saúde - IGAPS, com sede em Santo André (SP).

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.489, de 04 de junho de 2025, resolve:

Art. 1º Fica deferida, em grau de Reconsideração, a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), do Instituto de Gestão Administração e Pesquisa em Saúde - IGAPS, CNPJ nº 06.879.414/0001-19, com sede em Santo André (SP), em razão da comprovação da prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), em conformidade com o art. 9º da Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021 e seus regulamentos, nos termos da Nota Técnica nº 271/2025-CGCR/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.185598/2024-12.

Parágrafo único. A Concessão terá validade pelo período de 3 (três) anos a contar da data de publicação no Diário Oficial da União - DOU.

Art. 2º Fica sem efeito a Portaria SAES/MS nº 2.933, de 16 de junho de 2025, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 119, de 27 de junho de 2025, seção 1, página 231.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MOZART JULIO TABOSA SALES

PORTARIA SAES/MS Nº 3.325, DE 7 DE OUTUBRO DE 2025

Indeferir a Concessão do CEBAS do Instituto Beneficente de medicina Social - IBMES, com sede em Belford Roxo (RJ).

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.489, de 04 de junho de 2025, resolve:

Art. 1º Fica indeferida a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), do Instituto Beneficente de medicina Social - IBMES, CNPJ nº 49.507.343/0001-36, com sede em Belford Roxo (RJ), em razão da não comprovação dos requisitos da Lei Complementar nº 187/2021 e seus regulamentos, nos termos da Parecer Técnico nº 471/2025-CGCR/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.020238/2025-49.

Art. 2º A instituição requerente fica notificada para, caso queira, apresentar recurso administrativo no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data da presente publicação, conforme legislação pertinente.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MOZART JULIO TABOSA SALES

PORTARIA SAES/MS Nº 3.326, DE 7 DE OUTUBRO DE 2025

Deferir, em grau de Reconsideração, a Renovação do CEBAS da Assistencial e Beneficente de Ibitiara - SABI, com sede em Ibitiara (BA).

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.489, de 04 de junho de 2025, resolve:

Art. 1º Fica deferido, em grau de Reconsideração, a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), da Sociedade Assistencial e Beneficente de Ibitiara - SABI, CNPJ nº 13.229.778/0001-19, com sede em Ibitiara (BA), em razão da comprovação da prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), em conformidade com o art. 9º da Lei Complementar 187, de 16 de dezembro de 2021 e seus regulamentos, nos termos da Nota Técnica nº 278/2025-CGCR/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.170304/2023-69.

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2026.

Art. 2º Fica sem efeito a Portaria SAES/MS nº 2.525, de 10 de fevereiro de 2025, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 29, de 11 de fevereiro de 2025, seção 1, página 70.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MOZART JULIO TABOSA SALES

PORTARIA SAES/MS Nº 3.328, DE 7 DE OUTUBRO DE 2025

Deferir a Concessão do CEBAS do Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada - ICIPE, com sede em Brasília (DF).

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto nº 12.489, de 04 de junho de 2025, resolve:

Art. 1º Fica deferida, a Concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), do Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada - ICIPE, CNPJ nº 10.942.995/0001-63, com sede em Brasília (DF), em razão da comprovação da prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), em conformidade com o art. 9º da Lei Complementar nº 187/2021 e seus regulamentos, nos termos da Parecer Técnico nº 474/2025-CGCR/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.022081/2025-96.

Parágrafo único. A Concessão terá validade pelo período de 3 (Três) anos a contar da data de publicação no Diário Oficial da União - DOU.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MOZART JULIO TABOSA SALES

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO
E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE

PORTARIA SETICS/MS Nº 79, DE 7 DE OUTUBRO DE 2025

Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o micofenolato de mofetila e micofenolato de sódio para o tratamento da síndrome nefrótica primária em crianças e adolescentes, conforme Protocolo Clínico do Ministério da Saúde. Ref.: 25000.040182/2025-49

A SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem a alínea "c" do inciso I do art. 32 do Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, e tendo em vista o disposto nos arts. 20 e 23 do Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, resolve:

Art. 1º Incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o micofenolato de mofetila e micofenolato de sódio para o tratamento da síndrome nefrótica primária em crianças e adolescentes, conforme Protocolo Clínico do Ministério da Saúde.

Art. 2º Conforme determina o art. 25 do Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, as áreas técnicas terão o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para efetivar a oferta no SUS.

Art. 3º O relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - Conitec sobre essa tecnologia estará disponível no endereço eletrônico: <https://www.gov.br/conitec/pt-br>.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDA DE NEGREI



Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico
<http://www.in.gov.br/interatividade.html>, pelo código 05152025100802087

87

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.202-2 de 24/08/2001,
que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.



3.4. Ciência e tecnologia

3.4.1. Apresentação de projeto de Tecnologia da Informação, descrição do sistema de gerenciamento eletrônico e sua relação com os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar, com vistas à melhoria dos registros quali-quantitativos de produção, do atendimento ao usuário e de controle gerencial da Unidade.

Introdução

O **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, localizado em Ponta Porã-MS, representa um polo estratégico na rede de saúde da macrorregião Cone Sul, sendo uma unidade hospitalar com perfil de média complexidade. Este documento apresenta o planejamento operacional detalhado para o Setor de Tecnologia da Informação (TI), um componente crucial para suportar e otimizar as operações vitais e a prestação de cuidados de saúde neste hospital. A TI no contexto hospitalar moderno evoluiu de uma função de suporte para uma área estratégica que impulsiona a eficiência, a segurança do paciente e a qualidade assistencial. Uma gestão tecnológica eficaz é fundamental para garantir a integração dos serviços, a segurança dos dados e a inovação contínua, atendendo às rigorosas metas de desempenho e qualidade exigidas no **Chamamento Público nº 001/2025/SES**.

Objetivos do Documento

Este documento é projetado para estabelecer um plano robusto para a gestão de TI no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, cobrindo os seguintes aspectos:

- **Estrutura Organizacional e Capacidade de TI:** Definir a composição das equipes de TI e as responsabilidades de cada cargo, garantindo que todas as operações de TI sejam executadas com eficiência.
- **Políticas e Normas de Segurança da Informação:** Desenvolver e implementar políticas rigorosas para proteger as informações sensíveis e garantir conformidade com as

regulamentações aplicáveis, como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), exigida na Minuta do Contrato de Gestão.

- **Procedimentos Operacionais de TI:** Estabelecer processos claros para o suporte técnico, gestão de incidentes, mudanças e gestão de ativos de TI, conforme as melhores práticas de mercado.
- **Descrição das Tecnologias que serão implantadas:** Apresentar em detalhe as soluções tecnológicas a serem implementadas, incluindo sistemas integrados, infraestrutura de rede e softwares especializados, com o objetivo de modernizar o ambiente hospitalar, garantindo maior eficiência operacional, segurança da informação e qualidade no atendimento.

Importância Estratégica da TI

A infraestrutura e os sistemas de TI no HRDJSN são essenciais para habilitar novas capacidades clínicas e administrativas. A integração efetiva da TI nos processos hospitalares melhora a eficiência operacional e eleva a qualidade do atendimento ao paciente, facilitando o acesso rápido e seguro às informações de saúde. Nossa proposta de TI é a base para o cumprimento de metas contratuais estratégicas, como a busca por certificações de qualidade (com prazos para ONA 1, 2 e 3), a implantação da metodologia de Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG) em até 24 meses e o modelo de remuneração baseado em valor (Pay-for-performance) em até 36 meses, todos exigidos no edital.

Abordagem do Documento

Este planejamento operacional é apresentado como um guia abrangente para a comissão avaliadora e demais partes interessadas do HRDJSN, detalhando as estruturas e políticas, assim como estratégias para enfrentar desafios futuros e aproveitar oportunidades emergentes na área da saúde. Por meio deste documento, reiteramos nosso compromisso com a excelência operacional, assegurando que o setor de TI será capaz de atender às demandas atuais e se adaptar às necessidades futuras do setor de saúde.

Estrutura Organizacional e Composição das Equipes

Recursos Humanos de TI

A excelência na prestação de serviços de saúde em um ambiente hospitalar moderno está intrinsecamente ligada à estabilidade, segurança e eficiência de sua infraestrutura tecnológica. Para tal, propomos uma equipe de Tecnologia da Informação (TI) qualificada, dedicada e

estruturada para atender às demandas de um ambiente de alta criticidade, garantindo que a tecnologia seja uma ferramenta que potencialize o cuidado ao paciente.

Estrutura e Funcionamento

Para garantir a máxima disponibilidade dos sistemas críticos que suportam o atendimento de "urgência e emergência 24 horas ininterruptas" e a operação da "Unidade de Terapia Intensiva para adultos", a equipe de TI funcionará em regime de suporte presencial contínuo, **24 horas por dia, 7 dias por semana**. Esta abordagem proativa assegura uma resposta imediata a qualquer incidente, minimizando o tempo de inatividade e garantindo a continuidade dos serviços assistenciais.

Composição da Equipe e Escalas de Trabalho

Em conformidade com o **Anexo III (Roteiro para Elaboração da Proposta Técnica)**, que solicita o detalhamento dos recursos humanos, apresentamos uma equipe dimensionada para máxima eficiência e cobertura completa, composta por:

- **Supervisor de TI (1 profissional):**
 - **Funções:** Responsável pela gestão estratégica e tática do setor, coordenação de projetos, gestão de contratos com fornecedores de tecnologia, segurança da informação e pelo alinhamento da TI com a diretoria do hospital e com a SES/MS. Será o ponto focal para demandas complexas e planejamento de melhorias.
 - **Carga Horária:** Atuará em horário administrativo, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, com disponibilidade para acionamentos emergenciais.
- **Técnicos de Suporte (4 profissionais):**
 - **Funções:** Serão responsáveis pelo suporte técnico direto aos usuários (Nível 1 e 2), manutenção preventiva e corretiva da infraestrutura de rede e hardware, monitoramento dos sistemas e execução das rotinas operacionais (backups, checklists, etc.).
 - **Carga Horária:** Atuarão em regime de **escala 12x36**, com dois técnicos alocados no plantão diurno (7h às 19h) e dois no plantão noturno (19h às 7h), assegurando a presença constante de ao menos um profissional na unidade para garantir a operação ininterrupta.



Estrutura de Suporte e Níveis de Atendimento

Nosso modelo de atendimento será organizado em níveis para garantir agilidade e especialização na resolução de chamados:

- **Nível 1 (N1):** Primeiro atendimento, realizado pelos Técnicos de Suporte para registro, triagem e resolução de incidentes e solicitações comuns (ex: problemas de acesso, configuração de impressoras, suporte a softwares de escritório).
- **Nível 2 (N2):** Atendimento de questões mais complexas, também a cargo dos Técnicos de Suporte, que exigem análise aprofundada de infraestrutura (servidores, rede) ou dos sistemas hospitalares.
- **Nível 3 (N3):** Suporte especializado para incidentes críticos, problemas complexos que não foram resolvidos no N2 ou que demandem interação com fornecedores de software/hardware. Esta responsabilidade será do Supervisor de TI, que atuará como ponto de escalonamento técnico e gerencial.

Rotinas Operacionais

Nesta seção, em atendimento à solicitação do **Anexo III (Roteiro para Elaboração da Proposta Técnica)**, que demanda a descrição do "modelo gerencial" e das "ferramentas e instrumentos de modernização gerencial", detalharemos as rotinas operacionais que garantirão um serviço de TI previsível, organizado e alinhado às melhores práticas do mercado, como o ITIL (Information Technology Infrastructure Library).

Suporte Técnico 24h

Conforme o perfil assistencial definido para a unidade, que inclui atendimento de **"urgência e emergência 24 horas ininterruptas"** e uma **"Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tipo II adulto"**, nosso modelo de suporte de TI será presencial e contínuo. Este compromisso garante que, a qualquer hora do dia ou da noite, haverá um técnico qualificado no local para responder imediatamente a qualquer incidente, minimizando o tempo de inatividade de sistemas e equipamentos essenciais ao cuidado do paciente.

Procedimentos de Atendimento e Suporte Técnico

Para atender à necessidade de apresentar "ferramentas e instrumentos de modernização gerencial", implementaremos um **Sistema de Gestão de Chamados (Help Desk)**. Esta plataforma centralizará 100% das solicitações e incidentes de TI, permitindo:

- **Registro e Rastreabilidade:** Cada solicitação gera um "ticket" com um número de protocolo único, permitindo que o usuário e a gestão acompanhem todo o histórico do atendimento.
- **Priorização Baseada em Impacto:** Os chamados serão categorizados e priorizados conforme seu impacto na operação assistencial, garantindo que incidentes em áreas críticas como UTI, Centro Cirúrgico e Pronto-Socorro sejam tratados com a máxima urgência.
- **Gestão de SLAs (Acordos de Nível de Serviço):** A ferramenta permitirá definir e monitorar tempos de resposta e solução para cada tipo de chamado, gerando indicadores de desempenho para a própria equipe de TI.
- **Base de Conhecimento:** O registro das soluções dos chamados alimentará uma base de conhecimento, agilizando a resolução de problemas recorrentes.

Gestão de Incidentes e Problemas

Demonstrando um "modelo gerencial" maduro, conforme solicitado pelo Anexo III, nosso fluxo operacional seguirá as melhores práticas para:

- **Gestão de Incidentes:** Foco em restabelecer o serviço o mais rápido possível, minimizando o impacto adverso nas operações do hospital.
- **Gestão de Problemas:** Após a resolução de incidentes críticos ou recorrentes, iniciaremos um processo para investigar a causa raiz, documentá-la e implementar uma

solução definitiva, visando prevenir futuras ocorrências e aumentar a estabilidade do ambiente.

Gestão de Mudanças

Como pilar de governança do nosso "modelo gerencial" (**Anexo III**), implementaremos um processo formal para o **Gerenciamento de Mudanças (GMUD)**. Nenhuma alteração significativa no ambiente de produção (ex: atualização de sistema, alteração em servidores) será executada sem uma análise de impacto, planejamento detalhado, plano de reversão (rollback) e aprovação formal do Supervisor de TI. Este processo visa mitigar riscos, evitar paradas de serviço não planejadas e garantir a estabilidade do ambiente tecnológico.

Gestão de Ativos de TI

Em resposta à nossa responsabilidade sobre os bens públicos detalhados no **Anexo X (Relatório de Bens)** e regidos pelo **Anexo V ao CG (Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis)**, utilizaremos um **Sistema de Inventário** para a gestão completa do ciclo de vida dos ativos de TI. Esta ferramenta permitirá:

- Manter um registro atualizado de todo o parque de hardware (computadores, servidores, switches, impressoras) e licenças de software.
- Controlar a localização e o usuário responsável por cada ativo.
- Gerenciar contratos de garantia e manutenção.
- Planejar o ciclo de vida dos equipamentos, programando a substituição (refresh tecnológico) antes que se tornem obsoletos.

Políticas e Normas Gerais

Nesta seção, em atendimento às exigências de governança e segurança estipuladas na **Cláusula Décima Sexta da Minuta do Contrato de Gestão (Anexo XI)**, detalharemos as políticas e normas gerais que nortearão o uso e a proteção dos ativos de informação do hospital. Nossa gestão será pautada pela aplicação de um conjunto de políticas corporativas já consolidadas e testadas em nossas operações, garantindo um ambiente de TI seguro, padronizado e em total conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Segurança da Informação

Aplicaremos nossa **Política de Segurança da Informação (PSI)** corporativa, um documento mestre que atende diretamente aos requisitos da LGPD, conforme a **Cláusula Décima Sexta do Anexo XI**. Nossos procedimentos padrão incluem:

- **Controle de Acesso:** Definição de perfis de acesso baseados na função do colaborador, seguindo o princípio do "menor privilégio" (cada colaborador acessa apenas o que é estritamente necessário para sua função).
- **Gestão de Senhas:** Exigência de senhas fortes, com complexidade e rotação periódica obrigatória.
- **Proteção de Dados:** Uso de criptografia para dados sensíveis em repouso (nos servidores) e em trânsito (na rede).
- **Resposta a Incidentes:** Execução do nosso plano corporativo de resposta a incidentes, que prevê a notificação formal à gestão do hospital e à SES/MS, em conformidade com o item 16.8 da Minuta do Contrato.

Política de Uso de Recursos de TI

Para orientar os colaboradores e garantir o uso adequado dos recursos, aplicaremos nossa **Política de Uso Aceitável (PUA)** corporativa. Este documento, que complementa o "modelo gerencial" solicitado no **Anexo III**, é apresentado a todos os colaboradores e estabelece diretrizes claras sobre:

- **Uso Profissional dos Ativos de TI:** Regras para o uso da internet, e-mail corporativo e equipamentos da instituição.
- **Segurança de Endpoints:** Obrigatoriedade do uso de antivírus corporativo homologado e atualizado em todas as estações de trabalho.
- **Instalação de Softwares:** Proibição da instalação de softwares não autorizados pela equipe de TI.

Normas de Compliance e Conformidade

Nossas políticas são desenhadas para garantir a conformidade contínua com o ambiente regulatório.

- **Aderência à LGPD:** Nossa operação é estruturada para atender a todos os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados, conforme exigido pela **Cláusula Décima Sexta do Anexo XI**.

- **Auditoria e Rastreabilidade:** Nossos sistemas padrão, incluindo o Prontuário Eletrônico, possuem trilhas de auditoria (logs) que registram todas as interações com os dados dos pacientes, garantindo a rastreabilidade necessária para auditorias, em conformidade com o item 16.4 da Minuta do Contrato.
- **Política de Backup e Retenção:** Nossa política corporativa de backup e retenção de dados define as rotinas de cópia e os períodos de guarda das informações, alinhados às exigências legais e do Conselho Federal de Medicina para a manutenção de prontuários.

Infraestrutura de TI

A infraestrutura de TI do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) será projetada sob um modelo híbrido, combinando a performance de um datacenter local com a resiliência e a segurança da computação em nuvem. Esta arquitetura visa garantir a máxima disponibilidade para as operações críticas de saúde, em total alinhamento com a necessidade de operação 24x7 da unidade.

Datacenter e Servidores

Em atendimento à necessidade de uma infraestrutura robusta e utilizando o espaço físico previsto no **Anexo I (Descrição da Unidade)**, nossa estratégia se divide em:

- **Ambiente Local (On-Premise):** O datacenter local, localizado na "Sala de equipamentos da Tecnologia da Informação", será modernizado para hospedar os serviços que exigem latência mínima, como o banco de dados do prontuário eletrônico e sistemas de imagem. Utilizaremos servidores físicos robustos, incluindo o servidor Dell EMC já listado no **Anexo X (Relatório de Bens)**, com tecnologia de virtualização para otimizar o uso de recursos, garantir alta disponibilidade (HA) e facilitar a gestão.
- **Ambiente em Nuvem (Cloud):** Contrataremos um ambiente de nuvem privada em um provedor de mercado com certificações de segurança (ISO 27001). Este ambiente servirá como nosso site de **Recuperação de Desastres (Disaster Recovery)**, garantindo a continuidade dos negócios mesmo em caso de uma falha completa no ambiente local, uma medida essencial para a segurança do paciente.

Serviços de Rede

Para garantir a comunicação segura entre os diversos setores do hospital, a rede interna será reestruturada. Utilizando os ativos de rede, como os switches de rede gerenciáveis (layer 3), implementaremos a segmentação da rede com VLANs para isolar o tráfego de dados sensíveis (sistemas clínicos), administrativos e de visitantes. Servidores de domínio redundantes serão

configurados para garantir a autenticação segura e a aplicação centralizada de políticas de acesso.

Conectividade

A operação ininterrupta do hospital, conforme descrito no **Anexo II (Perfil Assistencial)**, depende de conectividade constante. Para isso, garantiremos a contratação de, no mínimo, dois links de internet de operadoras distintas, gerenciados por um firewall de nova geração (NGFW). Este equipamento fará o balanceamento de carga (load balance) e a comutação automática em caso de falha de um dos links (failover), assegurando que o hospital permaneça sempre conectado.

Estratégia de Backup e Recuperação de Desastres (DRP)

Em estrita conformidade com os requisitos de integridade e segurança de dados da **Cláusula Décima Sexta do Anexo XI (Minuta do Contrato de Gestão)**, aplicaremos nossa política corporativa de backup, que já opera com armazenamento em nuvem. Nossa estratégia segue a regra de ouro "3-2-1":

- **Backup Local:** Diariamente, serão realizados backups completos dos servidores e bancos de dados críticos. A primeira cópia será armazenada em um equipamento de armazenamento em rede (NAS) no datacenter local, permitindo uma restauração extremamente rápida para falhas operacionais comuns.
- **Backup em Nuvem (Off-site):** Em linha com nossa prática corporativa atual, a segunda cópia do backup será transmitida diariamente, de forma segura e criptografada, para um repositório de armazenamento em nuvem. Esta cópia off-site é a nossa garantia contra desastres de grande escala que possam afetar a estrutura física do hospital.
- **Plano de Recuperação de Desastres (DRP):** Em caso de um desastre que inutilize a infraestrutura local, nosso DRP será ativado. O plano consiste em provisionar uma nova infraestrutura de servidores (seja adquirindo novo hardware emergencialmente ou ativando servidores sob demanda na nuvem) e iniciar a restauração completa dos sistemas a partir da cópia segura armazenada na nuvem. O Tempo Objetivo de Recuperação (RTO) para este cenário de desastre total é estimado entre 24 e 48 horas, um prazo seguro e adequado para a reconstrução do ambiente tecnológico.

Sistemas

Esta seção apresenta nosso projeto de sistemas, em resposta direta ao item de maior pontuação da proposta, o **"projeto de Tecnologia da Informação, descrição do sistema de**

gerenciamento eletrônico", solicitado no **Anexo IV (Matriz de Avaliação), Item C - TÉCNICA**, que corresponde a **5,00 pontos**.

Nossa estratégia consiste em implementar um ecossistema de sistemas de informação integrados, líderes de mercado e já testados em nossas operações, que formarão o núcleo digital do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). As soluções propostas são:

- Sistema de Gestão Hospitalar (ERP) com Prontuário Eletrônico (PEP): **Philips Tasy**
- Sistema de Prestação de Contas: **BRGAAP**
- Sistema de Compras e Suprimentos: **Bionexo**
- Sistema de Folha de Pagamento: **Bitti**
- Sistema de Gestão de Qualidade e Indicadores: **Suite SA da Interact**
- Sistema de Análises Laboratoriais (LIS): **Matrix Saúde**
- Sistema de Arquivamento e Comunicação de Imagens (RIS/PACS)
- Sistema de Gestão de Custos do SUS: **ApuraSUS**

A seguir, detalhamos as principais plataformas que compõem nossa solução.

Sistema de Gestão Hospitalar (SGH/ERP) e Prontuário Eletrônico (PEP): Philips Tasy

Em total conformidade com o **Anexo XI (Minuta do Contrato de Gestão), item 3.22**, que exige um sistema de gestão abrangente, o núcleo da nossa operação será o **Philips Tasy**. Trata-se de uma solução de gestão em saúde baseada na web, reconhecida por sua capacidade de integrar a gestão do ciclo de receitas, operações clínicas e financeiras em uma única plataforma.

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), parte integrante do Tasy, centralizará todas as informações clínicas, garantindo um registro digital unificado, seguro e acessível. Esta abordagem minimiza erros, otimiza o tempo da equipe assistencial e garante a segurança e a rastreabilidade dos dados, em alinhamento com a **Cláusula Décima Sexta do Anexo XI (LGPD)**. A interoperabilidade do Tasy com os Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e ambulatoriais (SIA) garante a sincronização e o fluxo contínuo de dados, eliminando redundâncias e otimizando os processos.

Sistema de Prestação de Contas: BRGAAP

Para atender à exigência explícita do **Anexo XI, item 3.35**, que obriga a implantação de uma "plataforma eletrônica de prestação de contas" em até **30 dias**, implementaremos o sistema

BRGAAP. Esta é nossa solução corporativa padrão para esta demanda, sendo uma ferramenta essencial para instituições que buscam máxima conformidade e transparência financeira. O BRGAAP simplifica as operações financeiras, integrando transações em um sistema centralizado que facilita a auditoria e a geração de relatórios contábeis, garantindo o controle rigoroso dos recursos públicos e a agilidade na prestação de contas à SES/MS.

Sistema de Gestão de Qualidade e Indicadores: Suite SA da Interact

O sistema **Suite SA da Interact** será nossa ferramenta estratégica para a gestão da qualidade e monitoramento de desempenho. Ele é a solução tecnológica para garantir o cumprimento das metas qualitativas que compõem a parcela variável do contrato, conforme o **Anexo III ao CG (Sistemática de Pagamento)**. Este sistema permite o monitoramento e a análise contínua de todos os indicadores de desempenho críticos listados no **Anexo II ao CG (Indicadores e Metas)**. Sua integração com o SGH Philips Tasy proporcionará uma base de dados robusta para a geração de relatórios precisos e a tomada de decisões informadas, sendo fundamental para o processo de acreditação ONA, cujos prazos são definidos no **Anexo XI, item 3.26**.

Demais Sistemas de Suporte

Para complementar a gestão integrada e suportar as operações especializadas descritas no **Anexo II (Perfil Assistencial)**, adotaremos as seguintes plataformas:

- **Sistema de Compras e Suprimentos (Bionexo):** Solução líder de mercado para a gestão de compras e suprimentos médicos. Permite a otimização de aquisições através da comparação de preços em tempo real, gerando significativa redução de custos operacionais e garantindo a eficiência da cadeia de suprimentos.
- **Sistema de Análises Laboratoriais (Matrix Saúde):** Solução LIS (Laboratory Information System) que automatiza e gerencia todo o fluxo de trabalho do laboratório, desde o registro de amostras até a entrega de resultados, garantindo agilidade e precisão diagnóstica.
- **Sistema de RIS/PACS:** Essencial para a gestão de imagens radiológicas e informações associadas. A plataforma integra a captura, o armazenamento seguro e a distribuição de imagens médicas digitais, facilitando o acesso rápido e a análise pelos radiologistas e médicos solicitantes.
- **Sistema de Gestão e Análise de Dados do SUS (ApuraSUS):** Ferramenta para gestão e análise de dados relacionados ao SUS. Sua utilização, em conformidade com o **Anexo XI, item 3.21.1**, garante o alinhamento das operações do hospital com as diretrizes e sistemas de informação do DATASUS

Detalhamento técnico dos Sistemas

Esta seção aprofunda a descrição técnica de cada sistema que compõe nossa solução integrada, em resposta direta à exigência de "**descrição do sistema de gerenciamento eletrônico**" do **Anexo IV (Matriz de Avaliação), Item C - TÉCNICA (5,00 pontos)**. O objetivo é demonstrar de forma inequívoca que nosso ecossistema tecnológico não apenas atende, mas excede os requisitos funcionais e de integração do edital.

Sistema de Gestão Hospitalar (SGH/ERP): Philips Tasy com Prontuário Eletrônico (PEP)

Em total conformidade com o **Anexo XI (Minuta do Contrato de Gestão), item 3.22**, que exige um sistema de gestão abrangente, o núcleo da nossa operação será o **Philips Tasy**. Trata-se de uma solução de gestão em saúde (ERP) líder de mercado, baseada na web, que integra todas as operações clínicas, administrativas e financeiras em uma única plataforma, eliminando silos de informação e promovendo uma gestão baseada em dados.

Aderência aos Requisitos do Prontuário Eletrônico e SGH:

O Philips Tasy foi escolhido por atender plenamente às exigências do edital, conforme detalhado abaixo:

- **Prontuário Único do Paciente:** O sistema opera com um prontuário 100% digital, unificado e centrado no paciente, garantindo que "todas as informações completas do quadro clínico, sua evolução e intervenções e exames realizados" sejam registradas de forma clara, precisa, datada e assinada digitalmente pelo profissional responsável, conforme exigido pelo **Anexo XI, item 3.44**.
- **Módulos Integrados:** A plataforma contempla nativamente todos os módulos mínimos exigidos no **Anexo XI, item 3.22**, incluindo:
 - **Gestão de Pacientes:** Registros de atendimento/recepção, agendamento, gestão de leitos e censo hospitalar.
 - **Gestão Clínica:** Prescrição eletrônica com suporte à decisão clínica (alertas de alergia e interação medicamentosa), evolução multiprofissional, solicitação de exames e cirurgias.
 - **Gestão Administrativa e Financeira:** Módulos de controladoria, contabilidade/financeiro (contas a pagar e receber), faturamento SUS e relatórios gerenciais.
 - **Cadeia de Suprimentos:** Módulos de plataforma de compras, controle de estoques/almoxarifado e farmácia.

- **Recursos Humanos:** Módulo de pessoal/RH.
- **Integração com Sistemas do SUS:** O Tasy possui interoperabilidade comprovada com os sistemas de informação do SUS. Garantiremos a integração para o envio de dados ao **Sistema de Informações Hospitalares (SIH)** e ao **Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)**, requisito fundamental do **Anexo III, item 1509**, e da **Matriz de Avaliação (Anexo IV)**.
- **Segurança e Auditoria:** O sistema possui trilhas de auditoria robustas, registrando cada acesso e alteração nos dados do paciente, garantindo a rastreabilidade e a conformidade com a **Cláusula Décima Sexta do Anexo XI (LGPD)**.

Sistema de Prestação de Contas: BRGAAP

Para atender à exigência explícita do **Anexo XI, item 3.35**, que obriga a implantação de uma "plataforma eletrônica de prestação de contas" em até **30 dias**, implementaremos o sistema **BRGAAP**. Esta é nossa solução corporativa padrão, especializada em gestão financeira para o terceiro setor. O BRGAAP garante a precisão e a transparência nas operações financeiras, integrando todas as transações em um sistema centralizado que facilita a auditoria e a geração de relatórios contábeis, assegurando o controle rigoroso dos recursos públicos e a agilidade na prestação de contas à SES/MS.

Sistema de Gestão de Qualidade e Indicadores: Suite SA da Interact

O sistema **Suite SA da Interact** será nossa ferramenta estratégica para a gestão da qualidade e monitoramento de desempenho. Ele é a solução tecnológica para garantir o cumprimento das metas que compõem a parcela variável do contrato, conforme o **Anexo III ao CG (Sistemática de Pagamento)**. A plataforma permite o monitoramento e a análise contínua de todos os indicadores de desempenho listados no **Anexo II ao CG (Indicadores e Metas)**, através de dashboards interativos e relatórios automatizados, sendo um pilar para o processo de acreditação ONA, cujos prazos são definidos no **Anexo XI, item 3.26**.

Sistema de Gestão de Qualidade e Indicadores: Suite SA da Interact

Para complementar a gestão integrada e suportar as operações especializadas descritas no **Anexo II (Perfil Assistencial)**, adotaremos as seguintes plataformas:

- **Sistema de Compras (Bionexo):** Otimiza a cadeia de suprimentos através de um marketplace que permite a comparação de preços em tempo real, gerando economia e eficiência no processo de aquisição.

- **Sistemas de Laboratório (LIS) e Radiologia (RIS/PACS):** Soluções especializadas que automatizam os fluxos de trabalho dos respectivos setores, desde o agendamento do exame até a entrega do laudo, integrando-se diretamente ao Prontuário Eletrônico do Paciente para consolidar as informações de saúde.
- **Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS):** Conforme **Anexo XI, item 3.21.1**, manteremos a alimentação do sistema ApuraSUS, garantindo o alinhamento com o Programa Nacional de Gestão de Custos e as diretrizes do DATASUS.

Impacto nos Registros Quantitativos e Qualitativos

A implementação do nosso ecossistema de sistemas de TI integrados gerará impactos positivos e mensuráveis em todas as esferas do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). Nossa tecnologia é a ferramenta que nos permitirá alcançar a "resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS", um dos princípios fundamentais estabelecidos no **Anexo II (Perfil Assistencial)**.

Melhoria na Qualidade e Segurança do Atendimento

- **Acesso Instantâneo a Informações Clínicas:** Com o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), os profissionais de saúde terão acesso imediato ao histórico completo do paciente, incluindo alergias, diagnósticos anteriores e tratamentos em curso. Isso reduz drasticamente o risco de erros médicos, otimiza o tempo de consulta e qualifica a tomada de decisão clínica.
- **Protocolos de Segurança do Paciente:** O sistema permitirá a incorporação dos Protocolos de Segurança do Paciente, como o checklist de cirurgia segura e a correta identificação do paciente, exigidos no Anexo II (Perfil Assistencial). A adesão a esses protocolos será monitorada eletronicamente, garantindo o cumprimento de indicadores de qualidade, como a "Taxa de adesão ao checklist de cirurgia segura" de 100%.

Aumento da Eficiência Operacional

- **Automação de Processos:** Sistemas como o Philips Tasy (SGH), Bionexo (Compras) e Bitti (Folha de Pagamento) automatizam inúmeras operações clínicas e administrativas. Isso reduz o tempo gasto em tarefas manuais, minimiza erros de registro e agiliza o fluxo de trabalho, desde a admissão do paciente até o faturamento da conta hospitalar.
- **Gestão Otimizada de Recursos:** A gestão de leitos e agendamentos de centros cirúrgicos, facilitada pelo SGH, assegurará uma alocação eficaz dos recursos do hospital. Isso permitirá um melhor gerenciamento de indicadores como a "Taxa de

ocupação hospitalar" (meta $\geq 80\%$) e o "Tempo médio de permanência" (meta ≤ 5 dias), ambos listados no Anexo II ao CG.

Melhor Conformidade e Controle Gerencial

- **Transparência Financeira:** A utilização do sistema BRGAAP garante que as operações financeiras estejam alinhadas às normas contábeis, fortalecendo o controle interno e assegurando uma administração transparente e auditável dos recursos públicos, atendendo à necessidade de monitoramento da execução orçamentária, conforme **Anexo VI ao CG**.
- **Monitoramento de Indicadores:** A implementação do Suite SA da Interact para gestão de indicadores permite ao hospital monitorar em tempo real os padrões de atendimento e os resultados, identificando áreas de melhoria e garantindo o cumprimento das metas de desempenho e qualidade.

Estratégia de TI como Habilitadora da Acreditação Hospitalar (ONA)

Nossa plataforma tecnológica é concebida para ser a fundação sobre a qual os processos de qualidade e segurança, exigidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), serão construídos e gerenciados. A tecnologia é um **acelerador** para cumprirmos os prazos contratuais de acreditação definidos no **Anexo XI (Minuta do Contrato de Gestão), item 3.26**: ONA 1 em até 24 meses, ONA 2 em até 36 meses e ONA 3 em até 48 meses.

Nossa estratégia se apoia em três pilares fundamentais, habilitados por nossas soluções de TI:

Segurança do Paciente e Rastreabilidade Clínica

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é a principal ferramenta para mitigar riscos e garantir a segurança do paciente, atendendo a múltiplos requisitos da ONA. Recursos como a prescrição eletrônica com checagem de interações medicamentosas, alertas clínicos automatizados e a integração com pulseiras de identificação garantem a administração segura de medicamentos e procedimentos. Todas as ações são registradas com data, hora e identificação do profissional, criando uma trilha de auditoria completa e inviolável.

Padronização de Processos e Gestão de Protocolos

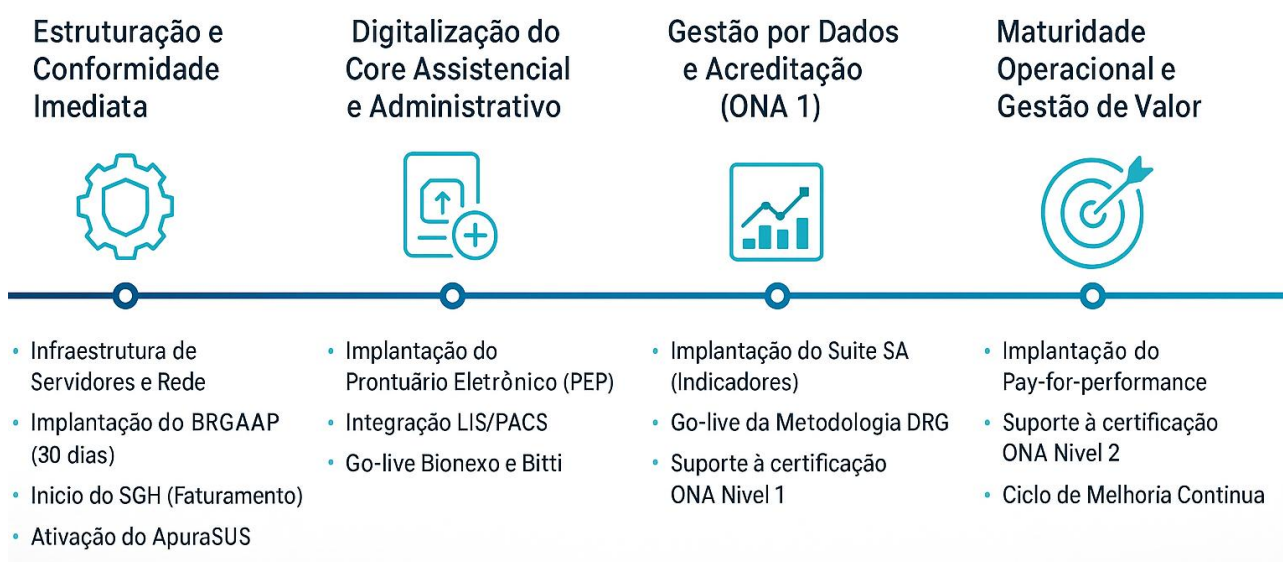
A acreditação exige processos padronizados. Nosso Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) garantirá a implementação de protocolos clínicos e assistenciais diretamente no sistema, guiando os profissionais de saúde a seguirem as melhores práticas de forma consistente. Os fluxos de trabalho digitais, desde a admissão até a alta, asseguram que todas as etapas sejam cumpridas e documentadas, facilitando as auditorias internas e externas.

Gestão de Indicadores e Melhoria Contínua

A ONA se baseia em um ciclo de melhoria contínua orientado por dados. Nossa solução de *Business Intelligence* (BI), o Suite SA da Interact, será o motor desta gestão. O sistema coletará automaticamente os dados necessários para a composição dos indicadores de qualidade e desempenho exigidos pela ONA e pelo contrato. Dashboards em tempo real permitirão que os gestores monitorem os indicadores, identifiquem desvios e implementem ações corretivas de forma proativa, em linha com a exigência de uma "Gestão hospitalar baseada em indicadores de desempenho e sistema de metas".

Plano de Implementação e cronograma

Nesta seção, em resposta direta ao critério de **6,00 pontos do Anexo IV (Matriz de Avaliação)**, que exige a apresentação de um "roteiro contendo planejamento, cronograma de execução...", detalhamos nosso plano de implementação para a infraestrutura e sistemas de TI no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). O cronograma foi projetado em fases para garantir uma transição suave, com entregas de valor progressivas, e para cumprir rigorosamente todos os prazos mandatórios estabelecidos na **Minuta do Contrato de Gestão (Anexo XI)**.



Fase 1: Estruturação e Conformidade Imediata (Meses 1 a 3)

Objetivo: Estabelecer a infraestrutura base e cumprir as obrigações contratuais de curtíssimo prazo.

- **Infraestrutura de TI:** Será realizada a instalação física e configuração dos servidores, equipamentos de rede e do firewall de nova geração. Os links de internet redundantes serão ativados para garantir a conectividade da unidade.
- **Sistema de Prestação de Contas (BRGAAP):** A implantação do sistema BRGAAP será tratada como prioridade máxima para atender à exigência de uma "plataforma eletrônica de prestação de contas" em até **30 dias** da assinatura do contrato.
- **Sistemas Essenciais:** Daremos início à implantação do SGH Philips Tasy, começando pelos módulos de Admissão, Agendamento e Faturamento. Simultaneamente, iniciaremos a implantação do sistema **ApuraSUS**, para atender à exigência de implementação "Imediato a partir da assinatura do Contrato de Gestão".

Fase 2: Digitalização do Core Assistencial e Administrativo (Meses 4 a 9)

Objetivo: Digitalizar o núcleo da operação assistencial e administrativa para ganho de eficiência e segurança.

- **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP):** Foco total no rollout dos módulos clínicos do Philips Tasy, incluindo Prescrição Eletrônica, Evolução Clínica e de Enfermagem, e Checagem à beira-leito.
- **Sistemas de Apoio Diagnóstico:** Implantação e integração dos sistemas de Laboratório (LIS) e Radiologia (RIS/PACS) para suportar os serviços de diagnóstico descritos no **Anexo II (Perfil Assistencial)**.
- **Sistemas Administrativos:** Implantação dos sistemas de Compras (Bionexo) e Folha de Pagamento (Bitti) para otimizar os processos de backoffice.

Fase 3: Gestão por Dados e Acreditação ONA (Meses 10 a 24)

Objetivo: Implementar as metodologias avançadas de gestão e alcançar a primeira grande certificação de qualidade.

- **Gestão da Qualidade:** Implantação do sistema Suite SA da Interact, com integração ao SGH para o monitoramento automatizado dos **Indicadores e Metas de Desempenho e Qualidade**.
- **Metodologia DRG:** Início do projeto e implantação da metodologia de Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG), visando o cumprimento do prazo contratual de até **24 meses**.

- **Acreditação ONA Nível 1:** A TI dará suporte intensivo aos processos de auditoria e à gestão de documentos e indicadores para alcançar a certificação ONA Nível 1, em conformidade com o prazo de até **24 meses**.

Fase 4: Maturidade Operacional e Gestão de Valor (Meses 25 a 36)

Objetivo: Alcançar a maturidade da gestão baseada em valor e avançar no nível de acreditação.

- **Modelo Remuneratório:** Implantação do Modelo Remuneratório Baseado em Valor (Pay-for-performance), cumprindo o prazo de até **36 meses**.
- **Acreditação ONA Nível 2:** A tecnologia continuará a suportar o ciclo de melhoria contínua para alcançar a certificação ONA Nível 2, visando o prazo contratual em até **36 meses**.

Plano de integração

Nesta seção, em resposta direta à exigência do **Edital (item 9.1)**, que determina a necessidade de integração com os sistemas de saúde existentes, detalhamos nossa estratégia de interoperabilidade. Nosso objetivo é garantir que o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN) opere como um nó coeso e comunicativo dentro da rede de saúde estadual e nacional, utilizando o "modelo de gestão da informação" solicitado no **Anexo III**.

Integração com Sistemas Corporativos da SES/MS

Garantiremos a plena integração com as plataformas estaduais, um requisito fundamental para a operação em rede:

- **Sistema de Regulação Estadual (CORE):** Nosso Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) será integrado ao CORE para a gestão de leitos e agendamentos. Conforme a tabela do **Edital (item 9.2)**, esta é uma integração de implementação "Imediata a partir da assinatura do Contrato de Gestão". A interoperabilidade permitirá a atualização do mapa de leitos em tempo real, o recebimento de solicitações de internação e o envio de informações de alta de forma automatizada.
- **Plataforma de Prestação de Contas:** Nosso sistema financeiro (BRGAAP) será configurado para gerar e transmitir os dados no formato exato exigido pela plataforma eletrônica da SES/MS, garantindo o cumprimento das obrigações de transparência.

Integração com Sistemas Nacionais do

Para cumprir a obrigação de "Implantar e manter os Sistemas de Informação do SUS", conforme o **Anexo XI (Minuta do Contrato de Gestão), item 3.21**, nosso SGH assegurará a geração de arquivos nos padrões do DATASUS para:

- **SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares):** Para o faturamento de todas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).
- **SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial):** Para o registro e faturamento da produção ambulatorial (BPA/APAC).
- **SCNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde):** Manteremos os dados cadastrais da unidade e dos profissionais rigorosamente atualizados, conforme exigido no **Anexo XI, item 3.32**.

Estratégia Técnica de Interoperabilidade

Nossa abordagem técnica para a integração será baseada em padrões modernos de mercado para garantir a flexibilidade e a segurança na troca de informações. Utilizaremos **APIs RESTful** para integrações em tempo real (como a comunicação com o CORE) e, para a troca de dados clínicos, adotaremos o padrão internacional **HL7 (Health Level Seven)**, garantindo que as informações do Prontuário Eletrônico possam ser compartilhadas de forma estruturada e segura com outras plataformas que adotem o mesmo padrão.

O processo de integração será conduzido em fases, em colaboração direta com a equipe de TI da SES/MS, para garantir uma transição suave e sem impacto nas operações.

Capacitação e treinamento em sistemas de TI

A introdução de um ecossistema tecnológico avançado exige uma estratégia de capacitação robusta para garantir a rápida adoção, o uso correto das ferramentas e a maximização do retorno sobre o investimento. Em resposta à solicitação do **Anexo III (Roteiro para Elaboração da Proposta Técnica)** por um "plano anual de treinamento / capacitação", e em linha com a diretriz de "educação permanente em saúde" do **Anexo II (Perfil Assistencial)**, detalhamos nossa metodologia.

- **12.1 Mapeamento de Perfis e Necessidades:** Antes de qualquer treinamento, nossa equipe, em conjunto com as lideranças do hospital, realizará um mapeamento detalhado dos perfis de usuários (médicos, enfermeiros, faturistas, gestores) e suas respectivas

interações com os novos sistemas. Isso nos permitirá criar trilhas de aprendizagem personalizadas e eficientes.

- **12.2 Treinamento de Implantação (Prático e Imersivo):** Durante o rollout dos sistemas, especialmente do SGH Philips Tasy, executaremos um programa de treinamento prático e "hands-on". As sessões ocorrerão em um ambiente de treinamento que simula o sistema real, utilizando cenários do dia a dia de cada setor. Capacitaremos "usuários-chave" em cada departamento para que se tornem multiplicadores do conhecimento e pontos de apoio locais.
- **12.3 Educação Continuada e Plataforma EAD:** Para garantir a sustentabilidade do conhecimento, implementaremos um programa de educação permanente que inclui:
 - **Portal de Educação a Distância (EAD):** Disponibilizaremos uma plataforma online acessível 24/7 com videoaulas, manuais, guias rápidos em PDF e FAQs para consulta autônoma.
 - **Workshops Periódicos:** Realizaremos workshops para apresentar novas funcionalidades dos sistemas e para reciclar o conhecimento sobre processos críticos.
 - **Treinamento de Integração:** Novos colaboradores passarão por um treinamento obrigatório nos sistemas como parte de seu processo de integração.
- **12.4 Critérios de Avaliação:** Conforme solicitado no **Anexo III**, a eficácia do treinamento será avaliada por meio de listas de presença, avaliações de reação pós-treinamento e, principalmente, pela observação direta da correta utilização do sistema na operação, permitindo-nos identificar e corrigir eventuais lacunas de conhecimento.

Segurança da informação e privacidade dos dados

A segurança e a privacidade dos dados são pilares prioritários em nossa proposta de gestão para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Esta seção detalha as estratégias e medidas técnicas que serão adotadas para proteger as informações contra acessos não autorizados, perdas ou violações, em estrita conformidade com a **Cláusula Décima Sexta da Minuta do Contrato de Gestão (Anexo XI)**, que rege o tratamento de dados sob a luz da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

13.1 Objetivos

- **Proteção de Dados Sensíveis:** Assegurar que todos os dados sensíveis dos pacientes e do hospital sejam protegidos conforme os mais altos padrões de segurança, garantindo a confidencialidade e o sigilo exigidos contratualmente.

- **Conformidade com Regulamentações:** Cumprir todas as leis e regulamentações pertinentes à proteção de dados e privacidade, com destaque para a LGPD.
- **Minimização de Riscos de Segurança:** Adotar "medidas técnicas e administrativas aptas a promover a segurança" para reduzir os riscos de violações e garantir respostas rápidas e eficazes a incidentes.

13.2 Estratégias de Segurança de Dados

- **Implementação de Políticas de Segurança:** Serão aplicadas nossas políticas corporativas de segurança de dados, que definem claramente os procedimentos para o manuseio, armazenamento e transmissão de informações sensíveis.
- **Treinamento de Conscientização em Segurança:** Serão realizados treinamentos regulares com todos os funcionários sobre as práticas de segurança de dados, enfatizando a importância da proteção das informações dos pacientes e as responsabilidades individuais.

13.3 Tecnologias de Proteção de Dados

- **Criptografia de Dados:** Será implementada criptografia forte em todos os dados sensíveis, tanto em repouso (armazenados em servidores e backups) quanto em trânsito (na rede), garantindo que as informações sejam acessíveis apenas por pessoas autorizadas.
- **Controles de Acesso:** Serão utilizados sistemas de controle de acesso baseados em perfis para assegurar que apenas usuários autorizados, com base em sua função, possam acessar informações sensíveis, minimizando o risco de acessos indevidos.

13.4 Monitoramento e Resposta a Incidentes

- **Monitoramento Contínuo:** Serão implementadas soluções de monitoramento contínuo para detectar atividades suspeitas ou não autorizadas em tempo real.
- **Plano de Resposta a Incidentes:** Conforme exigido pelo **Anexo XI, item 16.7**, possuímos um plano abrangente de resposta a incidentes de segurança. Em caso de violação, o plano será ativado imediatamente para mitigação rápida dos impactos e para a notificação às partes interessadas e autoridades, conforme os ritos contratuais e legais.

13.5 Avaliação e Melhoria Contínua

- **Auditorias de Segurança:** Serão realizadas auditorias de segurança regulares para avaliar a eficácia das políticas e práticas de segurança, identificando áreas para melhoria contínua.
- **Atualizações de Políticas e Tecnologias:** As políticas de segurança e as tecnologias utilizadas serão revisadas e atualizadas regularmente, com base nas mudanças nas ameaças cibernéticas e nas melhores práticas do setor.

13.6 Impacto Esperado

- **Confiança e Conformidade:** A implementação destas medidas fortalecerá a confiança dos pacientes e funcionários na capacidade do hospital de proteger suas informações, garantindo a conformidade com os requisitos legais e contratuais.
- **Resiliência Organizacional:** A estratégia de segurança aumentará a resiliência do hospital contra ameaças cibernéticas, minimizando potenciais interrupções operacionais e financeiras decorrentes de violações de dados.

Conclusão

Esta Proposta Técnica de Tecnologia da Informação representa mais do que um plano operacional; é o nosso compromisso formal com a transformação digital e a excelência em gestão de saúde no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). Compreendemos que a TI é o sistema nervoso de um hospital moderno, e nossa solução foi projetada para ser robusta, inteligente e totalmente alinhada aos objetivos estratégicos do **Chamamento Público nº 001/2025/SES**.

Nossa proposta se sustenta em pilares sólidos que, em conjunto, garantem a entrega de um serviço de TI de alta performance e valor agregado:

1. **Governança e Operação de Excelência:** Propomos uma **equipe técnica presente na unidade 24 horas por dia, 7 dias por semana**, garantindo a continuidade assistencial em áreas críticas como a UTI e o Pronto-Socorro. Nossa gestão será pautada por rotinas operacionais maduras e alinhadas ao ITIL, com processos claros para gestão de chamados, incidentes e mudanças, assegurando um serviço previsível e controlado, conforme o "modelo gerencial" solicitado no **Anexo III**.
2. **Tecnologia Integrada e de Ponta:** Implementaremos um **ecossistema de sistemas de informação líderes de mercado**, com o ERP **Philips Tasy** como núcleo, para unificar a jornada do paciente e a gestão hospitalar. Esta plataforma integrada, que inclui soluções como **BRGAAP** para transparência financeira e **Suite SA** para gestão de indicadores, é a ferramenta que nos permitirá não apenas operar, mas otimizar cada

processo da unidade, respondendo com profundidade à exigência de um "projeto de Tecnologia da Informação" de alto valor no **Anexo IV (Matriz de Avaliação)**.

3. **Execução Estratégica e Conformidade Rigorosa:** Apresentamos um **cronograma de implementação detalhado e factível**, que cumpre com rigor todos os prazos mandatórios do edital, desde a implantação da plataforma de prestação de contas em **30 dias** até a certificação **ONA Nível 1 em 24 meses**. Nossa arquitetura de segurança e nossas políticas corporativas garantem a total conformidade com a **LGPD**, conforme a **Cláusula Décima Sexta do Anexo XI**, protegendo o bem mais valioso da instituição: a informação.

Em suma, nossa solução tecnológica foi desenhada para ir além do suporte técnico. Ela é a ferramenta estratégica que permitirá ao HRDJSN:

- **Elevar a qualidade e a segurança do atendimento** ao paciente, através de um prontuário eletrônico completo e da padronização de protocolos.
- **Garantir a máxima eficiência operacional e financeira**, otimizando o uso de recursos e proporcionando total transparência na prestação de contas.
- **Alcançar as certificações de qualidade** e implementar as metodologias de gestão mais avançadas do setor de saúde, conforme exigido contratualmente.

O Instituto Social Mais Saúde possui a expertise, as ferramentas e o plano detalhado para executar este projeto com sucesso. Estamos prontos para ser o parceiro tecnológico e estratégico que o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto necessita para se consolidar como uma referência de excelência em saúde pública para o estado de Mato Grosso do Sul. Nossa proposta é um passaporte para o futuro da gestão hospitalar, e estamos prontos para iniciar esta jornada.

3.5. Política de recursos humanos

3.5.1. Proposta para estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho e avaliação de desempenho, com sugestões de condutas para combater absenteísmo e estimular a produção.

3.5.1.1. Introdução – Diretrizes de Integridade, Competência e Valorização Humana na Gestão de Pessoas

A excelência na gestão hospitalar pública exige muito mais que eficiência técnica — requer integridade, meritocracia e compromisso com as pessoas. O **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**, enquanto Organização Social de Saúde (OSS), estrutura sua política de gestão de pessoas sob esses princípios, garantindo que a ética, a transparência e o desempenho profissional sejam as bases do seu modelo de governança.

A Proposta para estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho e avaliação de desempenho, para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** com sugestões de condutas para combater absenteísmo e estimular a produção que se apresenta visa demonstrar a capacidade institucional do ISMS para implementar normas e práticas modernas de gestão de pessoas, abrangendo seleção, contratação, avaliação de desempenho, combate ao absenteísmo e estímulo à produtividade, conforme exigido pelo Edital e em consonância com as melhores práticas de gestão pública e privada.

O ISMS adota um modelo integrado de Gestão por Competências (GCPEC), que orienta todo o ciclo de vida do colaborador — desde o processo de recrutamento e seleção, baseado em perfis estruturados por competências técnicas e comportamentais (PEC), até a avaliação de desempenho, o desenvolvimento profissional e o reconhecimento por performance. Esse modelo assegura que cada colaborador seja selecionado, desenvolvido e reconhecido de acordo com sua contribuição efetiva para os resultados assistenciais e administrativos da instituição.

Complementarmente, o Instituto mantém a **Política de Pagamento por Performance**, que estabelece um sistema meritocrático de reconhecimento financeiro e moral, vinculado ao atingimento de metas institucionais e individuais, alinhadas aos resultados pactuados com o

Poder Público. Essa política funciona como instrumento de motivação e engajamento, reforçando a cultura de resultados e a valorização do mérito.

O **Código de Integridade** do ISMS, que integra o **Programa de Ética e Compliance** da instituição, garante que todos os processos de gestão de pessoas sejam conduzidos com probidade, transparência e isonomia, prevenindo conflitos de interesse e assegurando que todas as contratações, promoções e reconhecimentos sejam pautados exclusivamente em critérios técnicos e éticos. Esse documento estabelece o compromisso institucional com a ética, a humanização, a sustentabilidade e a diversidade, aplicando-se a todos os colaboradores, gestores e parceiros.

Assim, a gestão de pessoas no ISMS é norteada por quatro eixos fundamentais e interdependentes:

1. **Ética e Integridade** – todos os processos de RH seguem o Código de Integridade e são auditáveis, garantindo conformidade com a legislação trabalhista e com os princípios do SUS.
2. **Gestão por Competências** – mapeamento, desenvolvimento e avaliação estruturada de competências técnicas e comportamentais, vinculadas aos resultados institucionais.
3. **Reconhecimento por Performance** – estímulo à produtividade e à entrega de resultados por meio de critérios objetivos de desempenho e bonificação meritocrática.
4. **Qualidade de Vida e Engajamento** – políticas voltadas à prevenção do absenteísmo, equilíbrio emocional e valorização do ambiente de trabalho saudável e inclusivo.

Esses instrumentos formam um sistema de governança de pessoas sólido, rastreável e integrado ao planejamento estratégico institucional, permitindo que o ISMS atenda às metas contratuais com eficiência, transparência e responsabilidade social, sempre sob a supervisão do compliance e das áreas técnicas competentes.

Em síntese, a proposta do ISMS traduz-se em uma política institucional de gestão de pessoas centrada na competência, ética e resultados, capaz de assegurar a seleção criteriosa, o desenvolvimento contínuo e o engajamento dos profissionais — pilares essenciais para a entrega de serviços de saúde de qualidade, humanizados e sustentáveis.

3.5.1.2. Normas para Seleção e Recrutamento de Pessoal

O Instituto Social Mais Saúde (ISMS) adota um modelo de gestão de pessoas orientado por processos, competências e integridade, assegurando que todos os colaboradores sejam selecionados de forma técnica, transparente e compatível com as necessidades assistenciais e administrativas da unidade hospitalar.

As normas e fluxos que regem a contratação de pessoal estão definidos no Regulamento de Contratação Institucional e são complementados pelo Manual de Gestão por Competências (GCPEC), que estrutura a metodologia de avaliação e desenvolvimento de talentos.

O processo de recrutamento e seleção é realizado por meio da plataforma Gupy (ATS), sistema que assegura transparência, registro e rastreabilidade de todas as etapas de seleção, observando as competências técnicas e comportamentais definidas no Perfil Estruturado de Competência (PEC).

Esse sistema integrado garante impessoalidade, eficiência, publicidade e conformidade ética, assegurando que cada contratação contribua para o fortalecimento da missão institucional e o cumprimento das metas pactuadas com o poder público.

Diretrizes Institucionais

O Regulamento de contratação Institucional de Recursos Humanos para recrutamento e seleção do ISMS segue as seguintes diretrizes:

- **Planejamento e adequação orçamentária:** toda vaga decorre de necessidade previamente aprovada no plano de trabalho e validada pela Diretoria Administrativa-Financeira (DAF);
- **Impessoalidade e mérito:** os candidatos são avaliados exclusivamente com base em critérios técnicos, comportamentais e de competência;
- **Transparência e publicidade:** todas as oportunidades são divulgadas nos canais oficiais (site institucional, rede interna, murais e redes sociais corporativas);
- **Eficiência e rastreabilidade:** os processos são documentados, auditáveis e realizados com prazos compatíveis às demandas operacionais;
- **Integridade e conformidade:** todas as etapas seguem o Código de Integridade do ISMS, com supervisão da área de compliance e auditoria interna;
- **Gestão por Competências:** as decisões de contratação são fundamentadas nos *Perfis Estruturados por Competência (PECs)* de cada cargo, garantindo aderência técnica, comportamental e cultural.

Essas diretrizes asseguram que a gestão de pessoas ocorra com equilíbrio entre agilidade administrativa e rigor técnico, reforçando o compromisso do ISMS com a ética, a transparência e a entrega de resultados públicos de qualidade.

Apresentamos o Regulamento de contratação institucional de recursos humanos.

Planejamento de Pessoal

O processo de contratação inicia-se com o planejamento de pessoal, conduzido em conjunto pelas áreas de Gestão de Pessoas, Diretoria Administrativa-Financeira (DAF) e Diretoria Geral da Unidade.

Essa etapa inclui:

1. **Levantamento de necessidades de pessoal**, conforme dimensionamento e metas assistenciais do plano de trabalho;
2. **Análise de adequação orçamentária**, garantindo que a despesa esteja prevista e compatível com o limite contratual;
3. **Aprovação formal da vaga** por meio de despacho da Diretoria Geral;
4. **Elaboração do Perfil Estruturado por Competência (PEC)**, conforme o modelo do GCPEC, que descreve as competências técnicas e comportamentais necessárias para a função;
5. **Autorização de abertura do processo seletivo** pelo Gerente Corporativo de Pessoas.

Fluxo e Etapas do Processo Seletivo

O processo seletivo no ISMS segue fluxo padronizado e integrado ao sistema de gestão por competências, conforme o RI.ISMS.RH.001.

As etapas são:

1. **Divulgação da vaga**
 - Publicação nos canais oficiais do ISMS e em plataformas de recrutamento;
 - Divulgação interna para oportunidades de movimentação de colaboradores já vinculados.
2. **Inscrição e triagem de currículos**
 - Análise técnica dos currículos, observando os requisitos mínimos do cargo e as competências essenciais descritas no PEC;
 - A triagem é conduzida pela equipe de RH local e validada pela Gerência Corporativa de Pessoas.
3. **Avaliação técnica e comportamental**
 - Aplicação de entrevista técnica e comportamental, conduzida com base nos instrumentos de entrevista por competência (GCPEC);
 - Quando aplicável, realização de prova prática ou estudo de caso.

- As competências avaliadas incluem: domínio técnico, ética, comunicação, cooperação, foco em resultados e alinhamento cultural.

4. Classificação e parecer de seleção

- Elaboração de relatório técnico contendo pontuação, justificativas e recomendação do candidato mais aderente ao perfil da função;
- Homologação da seleção pelo Gestor de Pessoas e validação final pela Direção Geral.

5. Convocação e documentação

- Solicitação de documentos comprobatórios (identificação, formação, registros profissionais e antecedentes);
- Encaminhamento para exame admissional com o SESMT.

6. Admissão e assinatura contratual

- Formalização do vínculo com assinatura do Contrato de Trabalho, Termo de Adesão ao Código de Integridade, Ficha de Registro e Confirmação de Ciência do GCPEC;
- Registro no sistema eletrônico eSocial.

7. Integração Institucional e Avaliação de Acolhimento

- Participação obrigatória no Programa de Integração Institucional, conduzido pelo NEP;
- Avaliação inicial de adaptação e alinhamento comportamental após 90 dias.

Todo o processo é registrado em **formulários próprios e planilhas corporativas**, com arquivamento digital pelo prazo mínimo de cinco anos, assegurando rastreabilidade e auditabilidade.

Critérios de Seleção Baseados em Competências

O ISMS adota o modelo de Gestão por Competências para garantir que cada profissional selecionado contribua de forma efetiva com o desempenho institucional.

Os critérios de avaliação seguem três dimensões:

Dimensão	Descrição	Instrumentos e Responsáveis
Competências Técnicas	Conhecimentos e habilidades específicas da função, validadas pela experiência profissional e formação.	Análise curricular, prova técnica, entrevista técnica.
Competências Comportamentais	Atitudes e valores compatíveis com os princípios do ISMS e os comportamentos esperados no PEC.	Entrevista por competências (GCPEC), simulações e parecer de gestor.
Aderência Institucional	Identificação com a missão, visão e cultura organizacional; alinhamento ético e propósito institucional.	Avaliação comportamental e termo de compromisso ético.

Essas dimensões são ponderadas de acordo com o nível hierárquico do cargo (operacional, técnico, assistencial, gerencial ou estratégico), assegurando objetividade e equidade.

Recrutamento Interno e Banco de Talentos

O ISMS prioriza a valorização interna e o desenvolvimento de carreira, estimulando a mobilidade entre áreas e unidades.

Para isso, mantém um Banco de Talentos Corporativo com perfis previamente avaliados pelo GCPEC, permitindo agilidade em contratações emergenciais e reposições.

Os processos internos seguem os mesmos princípios de impessoalidade e meritocracia, com base em:

- Histórico de desempenho e avaliação de competências;
- Potencial de desenvolvimento e capacidade de liderança;
- Aprovação formal da Gestão de Pessoas e da Diretoria Geral.

O banco de talentos é composto pelos profissionais que atendam aos critérios abaixo:

- Participação em pelo menos 70% das avaliações de desempenho no período;
- Índice de Desempenho Individual (IDI) igual ou superior a “Satisfatório”;
- Cumprimento integral das normas de integridade e conduta;

- Assiduidade igual ou superior a 95%.

Os profissionais internos poderão se candidatar às vagas publicadas e terão prioridade no processo seletivo, devendo atender aos requisitos do descritivo de cargo. A decisão de aprovação do candidato interno está condicionada a avaliação técnica e comportamental exigida para a posição que será realizada pelo gestor que solicitou a contratação.

Inclusão, Diversidade e Acessibilidade

Os processos de seleção asseguram igualdade de oportunidades a todos os candidatos, observando:

- Cumprimento das cotas legais para pessoas com deficiência e aprendizes;
- Linguagem inclusiva em editais e comunicações;
- Ambientes acessíveis para entrevistas e avaliações;
- Respeito à diversidade cultural, social e de gênero.

Essas ações reforçam o compromisso do ISMS com a responsabilidade social e a equidade organizacional.

Publicidade, Controle e Auditoria

Após o encerramento do processo seletivo:

- Os resultados e relatórios de seleção são registrados e arquivados digitalmente;
- As informações são compartilhadas com a Diretoria Geral e Corporativa e ficam disponíveis para a SES/MS e órgãos de controle;
- O Compliance Institucional realiza auditorias periódicas sobre aderência aos fluxos e integridade do processo;
- A Gestão de Pessoas elabora indicadores de tempo médio de contratação, rotatividade e índice de absenteísmo.

Resultados Esperados

A adoção das diretrizes do Regimento Interno do ISMS, integradas ao modelo GCPEC, assegura:

- Seleções éticas, impessoais e auditáveis;
- Aderência entre competências e demandas organizacionais;
- Eficiência na contratação e adequação orçamentária;
- Valorização do mérito e do desenvolvimento humano;

- Transparência e credibilidade institucional junto aos órgãos de controle e à sociedade.

3.5.1.3. *Contrato de Trabalho e Vínculos Laborais*

A gestão dos vínculos laborais no Instituto Social Mais Saúde (ISMS) fundamenta-se em três pilares indissociáveis: legalidade, integridade e desempenho.

Cada contratação representa uma relação de confiança pautada em responsabilidade social, comprometimento com os resultados do contrato de gestão e valorização do profissional que atua em nome da instituição.

As normas que regem os vínculos estão estabelecidas no Regulamento de Contratação Institucional (RI.ISMS.RH.001), com complementação metodológica do Manual de Gestão por Competências (GCPEC), garantindo que o ciclo laboral seja conduzido de forma transparente, rastreável e orientada a resultados

Natureza e Tipos de Vínculo

O ISMS adota formas de vínculo compatíveis com sua natureza jurídica de Organização Social de Saúde, assegurando flexibilidade administrativa, conformidade trabalhista e eficiência operacional.

São modalidades previstas:

1. **Contrato de Trabalho sob Regime CLT:** forma padrão de vínculo, garantindo direitos trabalhistas e previdenciários, benefícios internos e estabilidade normativa;
2. **Contrato por Prazo Determinado:** utilizado em casos de substituições temporárias, coberturas de afastamentos ou execução de projetos específicos;
3. **Prestação de Serviços por Pessoa Jurídica (PJ):** excepcionalmente aplicada em funções de natureza técnica, científica ou especializada, mediante aprovação formal da DAF e do Jurídico;
4. **Estágio e Programas de Aprendizagem:** voltados à formação e à inserção profissional de jovens e estudantes, observando as legislações específicas.

Todas as contratações seguem critérios técnicos, de competência e aderência cultural, integrados ao GCPEC, e são validadas quanto à disponibilidade orçamentária e conformidade institucional.

Fluxo Institucional de Formalização de Contratos

O processo de contratação é conduzido em etapas normatizadas pelo RI.ISMS.RH.001, com responsabilidade compartilhada entre a Gestão de Pessoas, a Diretoria Administrativa-Financeira (DAF) e a Diretoria Geral.

O fluxo padrão inclui:

1. **Autorização de Contratação:** solicitação formal do gestor imediato, acompanhada de justificativa técnica e parecer da DAF sobre disponibilidade orçamentária;
2. **Seleção e Aprovação do Candidato:** conforme processo seletivo e critérios de competência (GCPEC);
3. **Validação Documental:** conferência de todos os documentos legais e comprovações de formação;
4. **Exame Admissional e Avaliação de Saúde Ocupacional:** conduzido pelo SESMT;
5. **Assinatura Contratual:** emissão de contrato de trabalho, termo de adesão ao Código de Integridade, ficha de registro e assinatura do gestor responsável;
6. **Registro no Sistema Eletrônico eSocial** e arquivamento digital;
7. **Integração Institucional:** acolhimento conduzido pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP), com apresentação das normas, políticas e valores do ISMS.

Esse fluxo garante que nenhum vínculo seja firmado sem prévia validação técnica, orçamentária e de integridade, preservando a segurança jurídica e a transparência da gestão.

Jornada, Escalas e Controle de Frequência

A jornada de trabalho é estabelecida conforme o dimensionamento de pessoal aprovado e a natureza do serviço (assistencial ou administrativo).

O controle é realizado por sistema eletrônico integrado de ponto, auditado pelo RH e pela DAF, permitindo:

- Monitoramento de frequência e assiduidade;
- Acompanhamento de horas extras e compensações;
- Consolidação de indicadores de absenteísmo e produtividade.

Esses dados alimentam o Painel de Gestão de Pessoas e integram os indicadores de desempenho do GCPEC e da Política de Pagamento por Performance (MI.ISMS.RH.005).

Programa de Integração Institucional

Após a assinatura contratual, o colaborador participa do Programa de Integração Institucional, conduzido pelo NEP e supervisionado pelo RH.

O programa tem como objetivo:

- Apresentar a missão, visão, valores e estrutura do ISMS;

- Explicar as regras do Código de Integridade e o compromisso ético esperado;
- Introduzir o modelo de Gestão por Competências, com foco nas competências essenciais da função;
- Reforçar as normas de conduta, segurança, comunicação e atendimento humanizado.

Ao final, o colaborador assina termo de ciência e comprometimento, iniciando o ciclo de acompanhamento de competências previsto no GCPEC.

Desenvolvimento e Avaliação de Desempenho

Após o período de integração, o colaborador passa a integrar o ciclo de gestão do desempenho do ISMS, composto por quatro etapas principais:

1. **Avaliação Inicial (90 dias):** conduzida pelo gestor imediato para validar adaptação e aderência ao cargo;
2. **Avaliação Periódica:** realizada semestralmente, com base nos indicadores de competência técnica, comportamental e resultados alcançados;
3. **Feedback Estruturado:** devolutiva formal do gestor, com registro de pontos fortes e oportunidades de desenvolvimento;
4. **Plano Individual de Desenvolvimento (PDI):** construção conjunta entre colaborador e gestor, acompanhada pelo NEP.

Esses resultados são integrados à Política de Performance, que reconhece financeiramente e institucionalmente os profissionais que atingem metas ou superam padrões esperados, sempre respeitando a limitação orçamentária e Convenções Coletivas de Trabalho.

Alterações Contratuais e Movimentações Internas

Toda alteração contratual, seja promoção, transferência, readequação de função ou jornada, segue processo padronizado:

- Solicitação justificada do gestor imediato;
- Validação técnica pela Gerência de Pessoas e DAF;
- Avaliação de competência e desempenho pelo GCPEC;
- Aprovação final pela Diretoria Geral;
- Formalização por meio de aditivo contratual e atualização cadastral.

Esse processo garante transparência e rastreabilidade, assegurando que movimentações internas reflitam mérito, desenvolvimento e necessidade organizacional.

Encerramento do Vínculo

O encerramento de contrato ocorre conforme as normas trabalhistas e o RI.ISMS.RH.001, respeitando o direito do colaborador e a proteção institucional.

O fluxo inclui:

1. Comunicação formal do desligamento;
2. Realização de entrevista de desligamento, para registro de percepções e motivos da saída;
3. Emissão de cálculo rescisório e homologação digital;
4. Baixa no eSocial e arquivamento;
5. Devolução de bens e assinatura do termo de confidencialidade e responsabilidade pós-vínculo.

Os dados coletados alimentam relatórios de turnover, causas de desligamento e custos de reposição, utilizados para aprimorar a gestão de pessoas e reduzir rotatividade.

Modelo de Contrato de Trabalho

SUMÁRIO DESCRITIVO DO CONTRATO DE TRABALHO	
DADOS PESSOAIS DO EMPREGADO	
Nome do EMPREGADO	
Nacionalidade	
Estado Civil	
Profissão	
RG	
CPF	
Endereço Residencial	
Telefones residencial e celular	

DADOS PROFISSIONAIS DO EMPREGADO	
Função	
Setor	
CTPS (nº e série)	
Intervalo para refeição	
Nº de horas semanais	
Nº de horas mensais	
Local da prestação de serviços	
Salário mensal	
Dados bancários	
DADOS DO EMPREGADOR	
Nome	
CNPJ	
Endereço	
Representante Legal	

CONTRATO DE TRABALHO

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE , pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº XXXXXXXXXXXXXXXX , com sede na XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ANDAR , bairro XXXXXXXX

município de XXXXXXXXXXXXXXXX estado de SP CEP XXXXXXXXXXXX, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Presidente, doravante denominada simplesmente "EMPREGADOR"; e

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX , Brasileiro Nato , Casado(a) , XXXXXXXXXXXXXXXX , residente

e domiciliado à XXXXXXXXXXXX - XXXXXXX - XXXXXX , portador(a) da cédula de identidade RG nº XXXXXX - X e inscrito(a) no CPF/MF sob o nº XXXXXXXXXXXX , neste instrumento denominado(a) simplesmente, “EMPREGADO”

Resolvem firmar o presente Contrato de Trabalho, que será regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 e alterações posteriores, em especial Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017, e demais normas aplicáveis à presente relação empregatícia.

PRAZO

Este contrato de experiência é celebrado pelo prazo de vigência de 45 (quarenta e cinco) dias, podendo ser prorrogado automaticamente uma vez por período igual. Vencido o prazo da prorrogação, o presente contrato passará a vigorar por prazo indeterminado, conforme artigo 443, § 2º, alínea "c", da CLT.

LOCAL DE TRABALHO

O EMPREGADO prestará seus serviços no local de trabalho indicado no sumário descritivo.

Durante a vigência do contrato de trabalho pactuado entre as partes, o EMPREGADO poderá ser transferido, de forma provisória ou definitiva, para exercer a sua função em localidade diversa, desde que decorra de real necessidade do serviço, nos termos do parágrafo 1º do artigo 469 da CLT.

JORNADA DE TRABALHO

A jornada de trabalho está indicada no sumário descritivo. As partes acordam com a realização do regime de banco de horas, conforme artigo 59, parágrafo 5º e 6º, CLT.

O excesso de horas trabalhadas em um dia poderá ser compensado pela correspondente diminuição em outro dia, respeitado os limites de 10 (dez) horas diárias e 44 (quarenta e quatro) semanais, dispensado o acréscimo de salário, conforme artigo 59, § 2º, CLT).

O EMPREGADO exercerá as horas extras devidamente autorizadas previamente pelo EMPREGADOR, em caso de necessidade imperiosa, excedendo o limite legal ou convencionado, seja para fazer face a motivo de força maior, seja para atender à realização ou conclusão de serviços inadiáveis ou cuja inexecução possa acarretar prejuízo manifesto, conforme artigo 61, CLT).

No caso de jornada de trabalho de doze horas seguidas por trinta e seis horas ininterruptas de descanso, não se aplica o regime disposto acima, aplicando-se o disposto nas Convenções ou Acordos Coletivos de Trabalho, bem como o art. 59-A, da CLT. É obrigatória o registro da hora

de entrada e de saída, com período destinado ao repouso e à alimentação sendo pre-assinalado, conforme artigo 74, §2º da CLT).

A pre-assinalação do período destinado ao repouso e à alimentação constará no cabeçalho do ponto eletrônico, o que não desobriga o empregado a usufruir integralmente do seu período de descanso, de acordo com o regime estabelecido no sumário descritivo.

O EMPREGADOR poderá alterar os horários de início e término de cada expediente e dos intervalos para descanso, respeitados os limites legais, bem como o quanto disposto em norma coletiva.

O EMPREGADO poderá trabalhar em regime de alteração de turno e revezamento, conforme as necessidades do EMPREGADOR, podendo ser remanejado(a) de jornada diurna para noturna ou vice-versa, garantidos os adicionais legalmente cabíveis.

ACORDO DE CONFIDENCIALIDADE

O EMPREGADO se compromete a não tirar fotos, realizar filmagens ou utilizar quaisquer destes conteúdos para postagens de qualquer tipo de mídia audiovisual que possa vir a ser incluída em website oficial ou não, redes sociais pessoais ou corporativas como Instagram, Facebook, Twitter, dentre outras, que permitam a identificação do nome do EMPREGADOR, marca, logotipo ou qualquer item referente à sua identidade visual, bem como nada que permita a identificação de equipamentos, localização, prédios, nem qualquer estrutura interna ou externa nas dependências do EMPREGADOR garantindo a privacidade e confidencialidade dos serviços prestados, sendo autorizado seu uso somente mediante autorização prévia do EMPREGADOR.

O EMPREGADO deve manter sigilo absoluto quanto às informações a que tenha acesso por força de suas atribuições funcionais, constituindo-se a sua violação falta grave passível de aplicação das penalidades legais cabíveis, inclusive aquelas dispostas no Anexo I ("Acordo de Confidencialidade"), parte integrante do presente contrato.

LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS – LGPD

Em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), o EMPREGADO autoriza, reconhece e aceita de forma expressa e escrita a coleta de seus dados pessoais constantes no presente instrumento, nos demais documentos referentes a contratação e qualquer outro que venha a surgir durante o período contratual, com a finalidade exclusiva de cumprimento de obrigações legais de âmbito trabalhista, previdenciário e civil.

É direito do COLABORADOR a confirmação da existência de tratamento, o acesso aos dados; a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados, a anonimização, o bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a legislação.

O EMPREGADO deve utilizar nos termos do Anexo II ("Termo de Compromisso de Proteção de Dados"), parte integrante do presente instrumento, exclusivamente as plataformas de hardware (telefones, computadores dentre outros) e software (programas, plataformas, e-mails, bancos de dados, dentre outros) fornecidos pelo EMPREGADOR para o compartilhamento, comunicação, manejo e armazenamento de informações a que tenha acesso por força de suas atribuições funcionais.

IMAGEM E SOM DA VOZ

O EMPREGADO autoriza o EMPREGADOR a utilizar sua imagem e som de voz, a título gratuito, em materiais institucionais (folder, boletins, newsletter, redes sociais, filmagens, calendários, anúncios institucionais, sites, jornais e revistas notícias hospitalares) que poderão ser veiculados em todo território nacional/internacional, por até 2 anos após a rescisão de seu contrato de trabalho.

VIAGENS

O EMPREGADO aceita ordem emanada do EMPREGADOR para realizar viagem, dentro do território nacional, com a finalidade de prestação de seus serviços, quando necessários, ficando a cargo do EMPREGADOR, durante todo o período necessário, todas as despesas EMPREGADO relativas à viagem, alimentação, estadia e equipamentos necessários para execução do serviço, desde que apresentados todos os recibos e notas fiscais das despesas, conforme normas estabelecidas em política institucional vigente.

As despesas efetivadas pelo EMPREGADO, que não compreenderem as categorias acima discriminadas serão de responsabilidade do próprio EMPREGADO.

LEI ANTICORRUPÇÃO

O EMPREGADO garante e concorda que, em cumprimento dos seus deveres e obrigações decorrentes deste Contrato, cumprirá todas as leis aplicáveis, incluindo leis antissuborno, regras, códigos, despachos, regulamentos, decretos, convenções de qualquer jurisdição relevante, incluindo especificamente a Lei nº 12.846/13 (Lei Anticorrupção Brasileira).

a partir da assinatura deste Contrato obriga-se a não dar, oferecer, pagar, prometer pagar ou autorizar o pagamento ou vantagem, direta ou indiretamente, de qualquer quantia ou qualquer coisa de valor a qualquer autoridade governamental, consultores, representantes, parceiros ou quaisquer terceiros, com a finalidade de influenciar qualquer ato ou decisão do agente do governo, em função do presente Contrato.

É vedado ao EMPREGADO utilizar-se de sua condição de empregado no intuito doloso de beneficiar-se de quaisquer favores ou vantagens de distribuidores, clientes ou fornecedores do EMPREGADOR.

DAS OBRIGAÇÕES

Obriga-se o EMPREGADO a:

Tomar ciência por escrito do “regulamento interno” disposto no Anexo III, manuais institucionais, instruções de trabalho, avisos e normas disciplinares e a obedecê-los rigorosamente, pois eles passam a integrar o seu contrato de trabalho.

Usar os uniformes e EPIs (equipamentos de proteção individual) que lhe forem entregues, devendo de- volvê-los nas mesmas condições em que os recebeu, ressalvado o desgaste natural do uso, sob pena de res- sarcimento dos seus custos.

Manter conduta irrepreensível no ambiente de trabalho, seguir criteriosamente os procedimentos de segurança no trabalho do EMPREGADOR, constituindo-se em falta grave a inobservância do quanto aqui esta- belecido, além daquelas previstas no art. 482 da CLT.

Aceitar todas as atividades que lhe forem atribuídas, desde que elas sejam compatíveis com a sua qualificação profissional e condição pessoal.

DISPOSIÇÕES GERAIS

O EMPREGADO exercerá a função mencionada no sumário descritivo acima, que poderá ser desempenhada em qualquer local onde atua ou venha a atuar o EMPREGADOR.

O EMPREGADOR pagará o salário mensal acima mencionado no sumário descritivo na forma e prazo estabe- lecidos pela legislação aplicável.

O EMPREGADO autoriza o pagamento do salário por meio de depósito bancário a ser efetuado na conta corrente acima mencionada, da qual é titular.

O salário será reajustado na forma estabelecida pelas normas sindicais e legais.

O EMPREGADO cede à EMPREGADOR, em caráter irrevogável e irretratável, de forma total e exclusiva, o uso de todo e qualquer trabalho por ele(a) criado e os direitos patrimoniais de autor relativamente a produtos material e/ou intelectual eventualmente resultante deste contrato. A cessão de direitos patri- moniais é efetuada de forma onerosa, em contrapartida ao salário garantido ao EMPREGADO pelo EMPREGADOR, não podendo aquele exigir o pagamento de quaisquer outros valores além dos que lhe serão pagos em razão deste contrato.

O EMPREGADO estará subordinado(a) a legislação vigente no que diz respeito aos descontos de faltas e demais sanções disciplinares contidas na Consolidação das Leis do Trabalho e Convenção Coletiva de Tra- balho.

O EMPREGADO autoriza a descontar de seu salário qualquer importância que lhe forem adiantadas pelo EMPREGADOR em razão de convênios, refeições, participação de planos de benefícios, adiantamentos e outros benefícios concedidos pelo EMPREGADOR, bem como aos

descontos legais, sobretudo, os previdenciários, de alimentação, habitação e vale transporte, em razão do exercício de suas funções laborais;

O EMPREGADO autoriza efetuar todos os descontos pertinentes aos benefícios na folha de pagamento, desde que, o total dos descontos não ultrapasse os limites legais em conformidade com o artigo 462 da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). combinado com o Enunciado 342 do Tribunal Superior do Trabalho.

Independentemente da aplicação de sanções disciplinares, conforme a gravidade do ato, o EMPREGADO responderá civilmente por quaisquer danos e prejuízos materiais ou morais que, direta ou indiretamente, por culpa ou dolo, causar à EMPREGADOR ou a terceiros, ficando está autorizada a ressarcir-se mediante desconto do valor total apurado em folha de pagamento, com o que concorda e autoriza aquele(a).

Sempre que causar algum prejuízo, resultante de alguma conduta dolosa ou culposa, ficará obriga- obrigado(a) o EMPREGADO a ressarcir ao EMPREGADOR por todos os danos causados.

Neste caso, o EMPREGADOR estará autorizado a realizar o desconto na remuneração do EMPREGADO, no montante correspondente ao prejuízo verificado.

A não aplicação de qualquer cláusula deste contrato não implica em renúncia, novação ou alteração contratual, sendo mera liberalidade e tolerância do EMPREGADOR, mantendo-se intacto o aqui pactuado.

As PARTES declaram que se obrigaram de boa-fê, na forma e termos aqui estipulados, não havendo, des- tarte, vícios de consentimento, dolo, erro, simulação, violência ou qualquer coação a macular o ora avençado. Assim, desde logo renunciam, expressamente, ao direito de invocar anulabilidade ou nulidade do presente aditivo ao contrato de trabalho.

SAO PAULO, de de 202

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE TESTEMUNHAS:

NOME DO COLABORADOR

Anexo I -Acordo De Confidencialidade

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE (EMPREGADOR) e COMPROMISSÁRIO quando mencionadas individualmente serão denominadas simplesmente "Parte" e, quando mencionadas em conjunto, serão denominadas "Partes".

CONSIDERANDO QUE:

(i) As Partes firmaram contrato de trabalho em / /202 ,onde o COMPROMISSÁRIO desde então exerce fun- ção laboral nas dependências da Entidade, recebendo, no desempenho

de suas funções, determinadas informações de propriedade/responsabilidade do EMPREGADOR;

Desta forma, as Partes resolvem firmar o presente Acordo de Confidencialidade ("Acordo"), que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

Cláusula Primeira – Definições

1.1 No plural ou no singular, as palavras e expressões listadas nesta cláusula e constantes deste Acordo terão o significado que lhes for aqui atribuído:

"Autoridade Governamental" significa qualquer governo e suas divisões administrativas, autarquia, fundação, ente público, agência regulatória, departamento, comissão, junta, agência ou órgão, bolsa de valores e qualquer corte, tribunal, árbitro, nacional ou estrangeiro.

"Concorrentes" significa pessoas físicas ou Jurídicas que atuem ou pretendam atuar no mesmo Negócio do EMPREGADOR e com ela compitam em qualquer lugar do mundo, direta ou indiretamente.

"Informações Confidenciais" significa todas as informações confidenciais e sigilosas, tangíveis e intangíveis, apresentadas e transmitidas sob quaisquer formas e/ou mídias, tais como, mas não limitadamente a fórmulas, formulações, know-how, técnicas, tecnologias, especificações, manuais, imagens, materiais, produtos, marcas, patentes, modelos, amostras, dados, contratos, planos de negócios, registros, equipamentos, clientes, distribuidores, representantes, números, preços, custos, definições e informações mercadológicas, informações financeiras e/ou comerciais em geral, entre outras, relativas aos NEGÓCIOS, bem como aos clientes, fornecedores e colaboradores do EMPREGADOR e cuja revelação não autorizada a terceiros pode causar danos e prejuízos a esta.

"Negócios" significa as atividades desempenhadas pelo EMPREGADOR na área gestão hospitalar, assistência social e formação de profissionais.

"Pessoa" significa qualquer pessoa física ou jurídica ou consórcio, esteja ela formalmente constituída ou não.

"Representantes" significa em relação a cada uma das Partes e/ou suas Afiliadas os seus COMPROMISSÁRIOS, administradores, procuradores, prepostos, e prestadores de serviço.

Cláusula Segunda – Objeto

2.1 O presente Acordo tem por objeto:

prover a necessária e adequada proteção às Informações Confidenciais dos Negócios do EMPREGADOR;

estabelecer os termos e condições do compromisso de confidencialidade ora assumido;

Cláusula Terceira – Da Confidencialidade

Em relação às Informações Confidenciais, o COMPROMISSÁRIO obriga-se a:

utilizá-las apenas para a consecução das atividades laborais;

mantê-las sob o mais absoluto sigilo;

não revelar sem consentimento por escrito do EMPREGADOR, especialmente a terceiros concorrentes;

Durante a vigência deste contrato e de todo período contratual mantido entre a EMPREGADOR e o COM- PROMISSÁRIO, todas as informações concernentes a segredo industrial e/ou comercial e ideias patenteáveis ou não, bem como quaisquer outras informações de natureza confidencial tituladas pelo EMPREGADOR que o COMPROMISSÁRIO vier a tomar conhecimento e/ou receber, este obriga-se, a mantê-las em absoluto sigilo, sendo-lhe vedado, inclusive após seu término, revelar essas informações a terceiros.

Se qualquer informação relevante de natureza confidencial chegar indevidamente ao conhecimento de terceiros, por ato imputável ao COMPROMISSÁRIO, ainda que indiretamente, tal ocorrência será considerada infração contratual por parte do COMPROMISSÁRIO, aplicando-se a qualquer dessas condutas todas as consequências previstas neste termo e na legislação vigente.

3.4 Todo o material ou projeto gerado ou liderado pelo COMPROMISSÁRIO em decorrência da execução do presente contrato será de propriedade do EMPREGADOR, ficando o COMPROMISSÁRIO vedado de divulgá-los, salvo por autorização expressa do colegiado da Diretoria.

Caso alguma Autoridade Governamental solicite que o COMPROMISSÁRIO revele qualquer Informação Con- fidencial, este ficará obrigado a, imediatamente, notificar o EMPREGADOR e a fornecer todas as informa- ções referentes à solicitação para que se possa adotar as medidas de proteção cabíveis.

Se o EMPREGADOR não conseguir impedir a divulgação das Informações Confidenciais:

o COMPROMISSÁRIO poderá revelar à Autoridade Governamental a Informação Confidencial exigida e envi- dará todos os esforços necessários para assegurar que a Informação Confidencial seja tratada com sigilo;

a divulgação da Informação Confidencial deverá ser feita de forma mais restrita possível, mantendo--se preservadas as Informações Confidenciais não requeridas pelo Autoridade Governamental.

3.5.2. Assim que tomar conhecimento, cada Parte deverá informar a outra Parte, a respeito da existência de qualquer divulgação não autorizada das Informações Confidenciais e tomar todas as ações apropriadas e necessárias para coibir tal divulgação. Cláusula Quarta – Das Declarações

4.1. O COMPROMISSÁRIO entende, reconhece e declara que:

durante o desempenho do seu trabalho como COMPROMISSÁRIO do EMPREGADOR tem acesso a Informações Confidenciais sobre os Negócios do EMPREGADOR;

as Informações Confidenciais a que tiver acesso são de propriedade exclusiva do EMPREGADOR não sendo permitido que o COMPROMISSÁRIO delas se utilize para outros fins que não para a consecução do contrato de trabalho e enquanto vigente o vínculo laboral entre as Partes, ou mantenha cópias em arquivos particulares;

as invenções, novos processos, melhoramentos e inovações descobertas ou introduzidas pelo ou com a colaboração do COMPROMISSÁRIO, durante o exercício da sua atividade na EMPREGADOR, passarão automaticamente a ser de propriedade exclusiva do EMPREGADOR e serão abrangidos pela obrigação de confidencialidade prevista neste contrato;

o COMPROMISSÁRIO obriga-se a manter absolutos sigilo e confidencialidade sobre todas as Informações Confidenciais a que vier a ter conhecimento durante o exercício das suas atividades na EMPREGADOR, abstendo-se de revelá-las a terceiros ou delas fazer uso em proveito próprio ou de terceiros, diretamente ou indiretamente;

a obrigação de não revelação das Informações Confidenciais terá vigência: i) enquanto o durar a relação de emprego; ii) por 05 (cinco) anos, contados da data do término da relação de trabalho, seja por rescisão unilateral por parte do COMPROMISSÁRIO ou por desligamento involuntário, aqui mencionado;

em caso de descumprimento da obrigação de confidencialidade aqui estabelecida, o COMPROMISSÁRIO deverá indenizar a EMPREGADOR por todas as perdas e danos por ela suportados em razão de tal fato e do pagamento de 10 (dez) vezes o último salário vigente do COMPROMISSÁRIO por informação indevidamente revelada, a título de penalidade, sem prejuízo das demais cominações legais, tais como a responsabilização penal e a infração a direito de propriedade intelectual e/ou segredo de negócio.

Cláusula Quinta – Das Disposições Gerais

A tolerância de qualquer das PARTES quanto à infração de qualquer disposição deste Contrato será mera liberalidade, não significando perdão, remissão ou novação.

O presente Contrato somente poderá ser alterado ou modificado mediante termo aditivo assinado pelas PARTES.

Todas as comunicações entre as PARTES deverão ser feitas por escrito, via fax, carta protocolada ou notificação extrajudicial ou judicial, e dirigidos aos endereços constantes neste Contrato.

O não exercício, ou o exercício parcial, pelas Partes de um direito decorrente do presente Acordo, não implicará em renúncia a este direito.

5.5 O presente Acordo será regido e interpretado de acordo com as leis da Brasil e as Partes elegem a Comarca de São Paulo, Estado de São Paulo, como único foro competente para dirimir os conflitos oriundos deste instrumento.

Estando assim justas e contratadas, as Partes assinam este Acordo em duas vias de igual teor e forma

para que produzam os mesmos efeitos.

SAO PAULO, de de 202 .

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE NOME DO COLABORADOR TESTEMUNHAS:

Nome: Nome:

CPF: CPF:

(Folha integrante do Contrato Individual de Trabalho firmado entre INSTITUTO SOCIAL
MAIS SAUDE e X em X

Anexo li -Termo De Compromisso De Proteção De Dados

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE (EMPREGADOR) e COMPROMISSÁRIO quando mencionadas individualmente serão denominadas simplesmente "Parte" e, quando mencionadas em conjunto, serão denominadas "Partes".

CONSIDERANDO QUE:

As Partes firmaram contrato de trabalho em / / ,onde o
COMPROMISSÁRIO desde então

exerce função laboral nas dependências da Entidade, recebendo, no desempenho de suas funções, determinadas informações de propriedade/responsabilidade do EMPREGADOR;

Considerando o disposto na Lei nº 13.709/2018 (e suas alterações posteriores), mais conhecida como Lei Geral de Proteção de Dados, bem como o compromisso ético do EMPREGADOR em observar os princípios e direitos garantidos pela legislação em tela, com as disposições relativas a proteção de dados de pessoas físicas;

Considerando que, no âmbito de suas atribuições, o EMPREGADO poderá ter acesso e manuseio de dados ou informações de pessoas naturais detentoras desses dados, seja por meio de relações de consumo, ou comerciais, do universo virtual, desde aplicativos, redes sociais, dentre outros;

Considerando ainda os impactos de eventual descumprimento desta norma às rotinas internas, mormente em relação ao Compliance e Integridade do EMPREGADOR, que impõe o dever de sigilo e guarda de dados de seus stakeholders (qualquer indivíduo ou organização que, de alguma forma, é impactado pelas ações de uma determinada entidade, tais como colaboradores, fornecedores, prestadores de serviços e, em especial, seus clientes/pacientes), em razão das graves consequências que podem advir de um eventual descumprimento das determinações legais impostas pela legislação, especialmente a multa prevista no art. 52, II, da LGPD, de até 2% do faturamento da entidade,

Resolvem as partes firmar o presente Termo de Compromisso de Proteção de Dados ("Termo de Compromisso"), que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

Cláusula Primeira – Da Proteção de Dados

1.1. As PARTES, através da assinatura do presente Termo de Compromisso, 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 termo de compromisso, que:

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;

Declaram de forma irrevogável e irretroatável, que seus acionistas/quotistas/sócios, conselheiros, administradores, diretores, empregados, prestadores de serviços, inclusive seus subcontratados e prepos- tos, conhecem e cumprem integralmente o disposto nas leis, regulamentos e disposições normativas que tratam da proteção de dados pessoais, nacionais e estrangeiras;

Se absterão da operação de tratamento indevido, irregular ou ilegal, de forma direta e/ou indireta, ativa e/ou passiva, de dados pessoais;

Nas atividades de tratamento de dados pessoais observarão a boa-fé e os demais princípios dispostos nas leis que versem sobre o tema.

Cláusula Segunda – Do tratamento das informações

Para fins do presente Contrato, a expressão “tratamento” significa toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

As PARTES comprometem-se a garantir o direito do cliente a obter, a qualquer momento e mediante requisição a ser enviada, com no mínimo, 10 (dez) dias úteis de antecedência:

a confirmação da existência de tratamento;

o acesso aos dados;

a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;

a anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei nº 13.709/2018;

a portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa e observados os segredos comercial e industrial, de acordo com a regulamentação do órgão controlador;

a eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da Lei nº 13.709/2018;

a informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados;

a informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; e

a revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 13.709/2018.

Cláusula Terceira – Do consentimento do titular das informações

As PARTES somente realizarão o tratamento de dados pessoais mediante o fornecimento de consentimento expresso pelo titular, sendo vedada o compartilhamento dos dados pessoais com terceiros sem que haja o consentimento específico do titular para esse fim, ressalvadas as hipóteses de dispensa do consentimento previsto na legislação.

Cláusula Quarta – Das medidas de segurança

As PARTES comprometem-se a adotar medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes para proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de tratamento, comunicação ou qualquer forma de utilização inadequada ou ilícita previsto em lei.

Cláusula Quinta – Das regras de governança

As Partes obrigam-se a cumprir as regras de Governança de dados pessoais estabelecidos por estas.

Cláusula Sexta – Do descumprimento ou violação da Lei Geral de Proteção de Dados

As Partes serão responsáveis por todas as multas e sanções impostas à outra Parte derivadas diretamente do seu descumprimento deste Contrato ou da violação ou descumprimento das Leis de Proteção de Dados Pessoais.

Clausula Sétima – Da obrigação mútua colaboração para o integral cumprimento das disposições da LGPD

Na execução do presente Contrato, as Partes deverão colaborar entre si para que haja garantia do integral cumprimento das disposições previstas na lei de proteção de dados pessoais, devendo:

tomar medidas razoáveis para informar sua equipe de trabalho sobre as responsabilidades e confiabilidade resultantes da lei de proteção aos dados pessoais;

notificar prontamente a outra Parte por escrito, sempre que souber ou suspeitar que ocorreu um incidente de segurança, ou uma violação à lei de proteção de dados pessoais;

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;

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;

cooperarem razoavelmente entre 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.

SAO PAULO, de _____ de 202__.

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE NOME DO COLABORADOR

TESTEMUNHAS:

Nome: Nome:

CPF: CPF:

(Folha integrante do Contrato Individual de Trabalho firmado entre INSTITUTO SOCIAL
MAIS SAÚDE e XXXX em XXX)

Resultados Esperados

A aplicação integrada do RI.ISMS.RH.001 e do GCPEC proporciona:

- Contratações regulares, íntegras e auditáveis;
- Clareza e rastreabilidade em todos os vínculos e movimentações;
- Valorização do mérito e da performance;
- Desenvolvimento contínuo e retenção de talentos;
- Fortalecimento da imagem institucional do ISMS como Organização Social de referência em governança e gestão de pessoas.

3.5.1.4. Avaliação de Desempenho, Desenvolvimento e Reconhecimento por Performance

A gestão do desempenho no Instituto Social Mais Saúde (ISMS) é conduzida de forma estruturada, contínua e baseada em evidências, constituindo-se como um dos pilares da excelência organizacional.

Seu objetivo é avaliar, desenvolver e reconhecer o desempenho humano de modo alinhado às metas institucionais e às competências necessárias à sustentabilidade dos resultados assistenciais e administrativos.

O modelo adotado pelo ISMS integra os instrumentos do GCPEC (Gestão por Competências) e a Política de Pagamento por Performance, formando um ciclo completo de gestão de pessoas orientado à meritocracia, ética e resultados.

Fundamentos do Modelo de Avaliação

O sistema de avaliação do ISMS tem como princípios:

- **Imparcialidade e transparência:** avaliações com critérios claros, instrumentos padronizados e registros auditáveis;
- **Foco em competências:** cada colaborador é avaliado de acordo com o *Perfil Estruturado por Competências (PEC)* de sua função;
- **Mensuração de resultados:** análise do alcance de metas individuais e coletivas vinculadas ao contrato de gestão;

- **Desenvolvimento contínuo:** o resultado da avaliação gera planos de desenvolvimento individuais (PDI) e institucionais;
- **Reconhecimento do mérito:** o desempenho é base para progressão, mobilidade e bonificação;
- **Alinhamento ético e cultural:** o comportamento institucional é avaliado sob os valores do ISMS e do SUS.

Esse modelo garante uma relação direta entre performance e impacto nos resultados hospitalares, fortalecendo a cultura de responsabilidade e eficiência.

Estrutura e Periodicidade da Avaliação

A avaliação de desempenho é um processo cíclico e sistematizado, conduzido pelo Gestor de Pessoas em conjunto com as lideranças de cada área.

Ela ocorre em **duas etapas anuais**:

1. **Avaliação Parcial (Contínua):** voltada à análise de progresso, feedback intermediário e atualização do PDI. Esta etapa é realizada entre o líder e liderado de forma contínua;
2. **Avaliação Final (Anualmente):** consolidação de resultados, identificação de talentos e cálculo do índice de performance.

Além das avaliações semestrais, há também:

- **Avaliação Inicial (90 dias):** aplicada aos novos colaboradores, validando adaptação e aderência comportamental;
- **Avaliação Específica:** utilizada em movimentações internas, promoções ou planos de sucessão.

Todos os registros são feitos no sistema de gestão de pessoas, permitindo rastreabilidade e acompanhamento histórico individual.

Dimensões Avaliadas

A avalia

ção de desempenho do ISMS é estruturada em três dimensões complementares:

Dimensão	Descrição	Instrumentos Utilizados
Técnica e Funcional	Verifica a execução das atividades, domínio técnico, qualidade do trabalho e cumprimento de prazos e normas.	Ficha de avaliação técnica e relatórios de produtividade.
Comportamental	Analisa atitudes, postura ética, relacionamento interpessoal, comunicação, cooperação e liderança.	Entrevista por competências e autoavaliação.
Resultados e Metas	Mede o alcance dos indicadores definidos no contrato de gestão e metas internas pactuadas.	Painel de indicadores e relatórios de produção.

A pontuação final de cada colaborador é consolidada em um Índice de Desempenho Individual (IDI), que classifica o desempenho em quatro níveis: *Excelente (Azul)*, *Satisfatório (Verde)*, *Em Desenvolvimento (Amarelo)* e *Insatisfatório (Vermelho)*.

Feedback e Acompanhamento Contínuo

O processo de feedback é um componente essencial do modelo de Gestão por Competência.

Os gestores recebem capacitação específica para conduzir conversas estruturadas de devolutiva, com base nos princípios de empatia, escuta ativa e foco em melhoria contínua.

Cada ciclo de feedback deve gerar um Plano Individual de Desenvolvimento (PDI), contendo:

- Competências a serem fortalecidas;
- Ações de capacitação ou mentoria;
- Metas de comportamento e entrega;
- Prazos e indicadores de acompanhamento.

O RH e o NEP monitoram a execução desses planos e garantem que as ações de capacitação estejam integradas ao Plano Anual de Educação Permanente.

Desenvolvimento e Educação Permanente

O ISMS considera o desenvolvimento profissional uma responsabilidade compartilhada entre colaborador e instituição.

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) é o eixo técnico-pedagógico responsável por planejar e implementar programas de capacitação com base nos resultados da avaliação de desempenho.

As ações incluem:

- **Capacitações técnicas** alinhadas aos protocolos assistenciais e administrativos;
- **Treinamentos comportamentais e de liderança** vinculados às competências do GCPEC;
- **Programas de integração e atualização contínua**;
- **Planos de Sucessão** para posições-chave, baseados em desempenho e potencial.

Cada ação formativa é registrada no histórico do colaborador, compondo o dossiê de competências institucionais.

Reconhecimento e Pagamento por Performance

A Política Pagamento por Performance operacionaliza o reconhecimento meritocrático no ISMS.

O modelo vincula o desempenho individual e coletivo ao alcance das metas contratuais e institucionais, premiando equipes e profissionais que contribuem diretamente para os resultados pactuados com o poder público.

Os critérios de elegibilidade incluem:

- Participação em pelo menos 70% das avaliações de desempenho no período;
- Índice de Desempenho Individual (IDI) igual ou superior a “Satisfatório”;
- Cumprimento integral das normas de integridade e conduta;
- Assiduidade igual ou superior a 95%.

A bonificação ocorre de forma proporcional à performance e à disponibilidade orçamentária, sendo aprovada pela DAF e validada pela Diretoria Executiva Corporativa.

Além do incentivo financeiro, o reconhecimento também se dá por meio de ações de valorização simbólica e institucional, como certificados de mérito e inclusão em programas de desenvolvimento avançado.

Monitoramento de Absenteísmo e Produtividade

O combate ao absenteísmo e o estímulo à produtividade estão incorporados ao modelo de desempenho.

O ISMS realiza monitoramento contínuo de frequência, afastamentos e produtividade, com os seguintes mecanismos:

- Relatórios mensais de assiduidade emitidos pelo RH;
- Painel de Indicadores de Pessoal, correlacionando ausências e entregas de resultado;
- Acompanhamento de casos reincidentes pela Gerência de Pessoas e SESMT;
- Programas de Qualidade de Vida e Engajamento, focados em saúde mental, ergonomia e equilíbrio emocional.

Essas medidas são preventivas e educativas, buscando fortalecer a cultura de responsabilidade e o compromisso com o coletivo.

Resultados Esperados

A aplicação integrada do GCPEC e da Política de Performance assegura:

- Profissionais tecnicamente competentes e eticamente comprometidos;
- Melhoria contínua do desempenho e clima organizacional;
- Redução de absenteísmo e aumento da produtividade;
- Alinhamento entre metas individuais e resultados institucionais;
- Fortalecimento da meritocracia e da sustentabilidade organizacional;
- Maior eficiência na gestão pública de saúde, com impacto direto na qualidade assistencial.

3.5.1.5. Estratégias para Combate ao Absenteísmo e Estímulo à Produção

A produtividade e a assiduidade são dimensões estratégicas para o desempenho organizacional e a sustentabilidade dos serviços públicos de saúde.

O Instituto Social Mais Saúde (ISMS) reconhece que o combate ao absenteísmo e o estímulo à produção não dependem apenas de medidas punitivas, mas de uma política integrada de engajamento, acompanhamento e reconhecimento de pessoas, sustentada por dados, ética e gestão humanizada.

Essas ações se articulam aos instrumentos do GCPEC, à Política de Performance e ao Código de Integridade, formando um sistema de gestão que promove eficiência operacional, bem-estar do trabalhador e compromisso coletivo com os resultados do contrato de gestão.

Diagnóstico e Monitoramento do Absenteísmo

O ISMS adota uma metodologia de monitoramento sistemático das ausências e afastamentos, com indicadores mensais consolidados pela área de Gestão de Pessoas e revisados pela Diretoria Administrativa-Financeira (DAF).

Os principais indicadores de acompanhamento são:

- **Taxa de Absenteísmo Global (%):** relação entre horas perdidas e horas previstas;
- **Índice de Afastamentos Médicos:** frequência e duração das licenças por CID;
- **Taxa de Rotatividade (Turnover):** relação entre admissões e desligamentos;
- **Índice de Pontualidade e Assiduidade:** presença efetiva comparada à escala contratual;
- **Correlação entre absenteísmo e produtividade por setor.**

Essas informações são analisadas mensalmente em reuniões de desempenho e apresentadas à Diretoria Executiva e à SES/MS, permitindo a implementação imediata de medidas corretivas ou preventivas.

Ações Preventivas e de Saúde Ocupacional

O combate ao absenteísmo inicia-se pela prevenção.

O ISMS, por meio do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e da Gerência de Pessoas, desenvolve programas contínuos de promoção à saúde e qualidade de vida:

- **Programa de Vigilância em Saúde Ocupacional:** monitoramento dos riscos ergonômicos, físicos e emocionais;
- **Campanhas de Saúde Preventiva:** vacinação, ergonomia, controle de estresse, alimentação saudável e sono reparador;
- **Acompanhamento Psicossocial:** apoio psicológico e atendimento por profissionais capacitados em parceria com o NEP;
- **Ações de retorno ao trabalho:** avaliação clínica e reintegração supervisionada para colaboradores afastados;
- **Treinamentos em segurança do trabalho:** atualização periódica sobre EPIs, biossegurança e prevenção de acidentes.

Essas medidas fortalecem a cultura do cuidado e da corresponsabilidade, reduzindo afastamentos evitáveis e melhorando a satisfação interna.

Ações Corretivas e de Gestão de Frequência

Além das ações preventivas, o ISMS aplica medidas corretivas para garantir equilíbrio entre disciplina e orientação pedagógica, conforme o Regulamento de Contratação de Recursos Humanos e o Código de Integridade.

Os procedimentos incluem:

1. **Análise individualizada de reincidências**, com entrevistas conduzidas pelo RH e pelo gestor imediato;
2. **Elaboração de Plano de Acompanhamento de Frequência (PAF)** para casos reincidentes;
3. **Encaminhamento ao SESMT**, quando houver indício de causas clínicas ou psicossociais;
4. **Aplicação de medidas disciplinares graduais**, em conformidade com a gravidade e frequência das ocorrências;
5. **Monitoramento mensal pela Gerência Corporativa de Pessoas e Diretoria Administrativa-Financeira.**

Essa abordagem prioriza a correção com equidade, valorizando o diálogo e a melhoria comportamental antes de qualquer medida punitiva.

Estímulo à Produtividade e ao Desempenho Coletivo

O estímulo à produtividade é construído a partir de metas claras, mensuráveis e compartilhadas.

As metas são definidas conforme o contrato de gestão e desdobradas por área e função, com acompanhamento mensal no Painel de Gestão Institucional.

Os mecanismos de incentivo incluem:

- **Reconhecimento por Performance:** bonificação proporcional ao desempenho individual e coletivo;
- **Programas de Valorização Simbólica:** certificados, menções honrosas e divulgação de resultados de destaque;
- **Desdobramento de Metas por Área:** produção assistencial (consultas, cirurgias, exames) e produtividade administrativa;
- **Feedbacks mensais e reuniões de resultado**, integrando gestores e equipes em torno de indicadores de eficiência e qualidade.

A meritocracia é aplicada com critérios objetivos, validados pelo GCPEC e supervisionados pela DAF e pela Diretoria Executiva Corporativa, assegurando justiça e impessoalidade nos reconhecimentos.

Educação Permanente e Engajamento

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) atua como vetor de engajamento e desenvolvimento, conectando a educação corporativa à produtividade institucional.

Suas ações incluem:

- **Treinamentos específicos** sobre responsabilidade funcional, ética e trabalho em equipe;
- **Oficinas de engajamento** sobre propósito, comunicação assertiva e motivação profissional;
- **Programas de liderança humanizada**, capacitando gestores para gerir equipes de forma empática e eficaz;
- **Projetos de reconhecimento coletivo**, como campanhas de “Equipes de Excelência”, voltadas a resultados assistenciais e administrativos;
- **Grupos de Melhoria Contínua**, que envolvem colaboradores na proposição de soluções para eficiência de processos.

Essas práticas fortalecem o sentimento de pertencimento e a corresponsabilidade pelos resultados institucionais.

Integração com o Código de Integridade e GCPEC

O combate ao absenteísmo e o estímulo à produtividade estão intrinsecamente vinculados à ética, à responsabilidade e à coerência institucional.

O Código de Integridade do ISMS estabelece condutas esperadas em relação à assiduidade, comprometimento e zelo pelo bem público.

Já o GCPEC fornece as ferramentas de avaliação e acompanhamento que conectam o desempenho individual aos resultados coletivos.

Assim, o desempenho de cada colaborador não é apenas medido em termos de presença, mas de entrega, comportamento ético e contribuição real para o paciente e a sociedade.

Resultados Esperados

A implementação integrada dessas estratégias busca:

- Reduzir o absenteísmo global abaixo de 3% no primeiro ano de contrato;

- Aumentar a produtividade média institucional em 10% com base em indicadores assistenciais e administrativos;
- Promover ambiente de trabalho saudável, ético e participativo;
- Fortalecer o engajamento e o senso de propósito das equipes;
- Assegurar a sustentabilidade financeira e operacional da unidade hospitalar.

Esses resultados representam não apenas ganhos de eficiência, mas o fortalecimento de uma cultura de excelência, integridade e compromisso com o serviço público de saúde.

3.5.1.6. Resultados Esperados e Indicadores de Avaliação da Gestão de Pessoas

A gestão de pessoas do Instituto Social Mais Saúde (ISMS) tem como finalidade assegurar equipes técnicas qualificadas, éticas e engajadas, capazes de contribuir diretamente para a eficiência operacional e a excelência assistencial da unidade hospitalar sob sua responsabilidade.

Os resultados esperados derivam da execução integrada das políticas e instrumentos institucionais, Política de Performance e Código de Integridade, e são mensurados por indicadores quantitativos e qualitativos, que refletem a efetividade do modelo de gestão e o alcance das metas contratuais pactuadas.

Objetivos Gerais

- Promover a gestão de pessoas orientada por competências, integridade e resultados;
- Garantir seleção impessoal, técnica e transparente de colaboradores;
- Manter níveis adequados de assiduidade e produtividade, assegurando eficiência dos recursos humanos;
- Fomentar o desenvolvimento contínuo e o reconhecimento meritocrático;
- Assegurar aderência dos colaboradores aos valores e cultura organizacional do ISMS;
- Fortalecer o clima organizacional e a satisfação interna, promovendo engajamento e qualidade de vida no trabalho;
- Cumprir integralmente as metas e indicadores de desempenho do Contrato de Gestão junto à SES/MS.

Resultados Qualitativos Esperados

Eixo Estratégico	Resultado Esperado	Instrumento / Evidência
Integridade e Ética	Consolidação de uma cultura institucional baseada em conduta ética, transparência e probidade.	Código de Integridade, Termo de Adesão, relatórios de compliance.
Competência Técnica e Comportamental	Profissionais selecionados e desenvolvidos conforme o perfil de competências definido no GCPEC.	Perfis Estruturados por Competência (PEC), avaliações de desempenho, PDI.
Desempenho e Produtividade	Aumento do engajamento e entrega de resultados em todas as áreas assistenciais e administrativas.	Indicadores de produtividade e relatórios de performance setorial.
Educação Permanente	Implementação de programas contínuos de capacitação técnica e comportamental.	Relatórios do NEP, registros de capacitação e certificações.
Qualidade de Vida no Trabalho	Melhoria do clima organizacional e redução de afastamentos por causas ocupacionais.	Pesquisas de clima, relatórios do SESMT e NEP.
Reconhecimento e Valorização	Aplicação regular da Política de Pagamento por Performance e programas simbólicos de reconhecimento.	Relatórios de performance, atas de bonificação, certificados de mérito.

Resultados Quantitativos Esperados

Indicador	Meta Anual (1º Ano de Contrato)	Fonte / Responsável
Taxa de Absenteísmo Global	≤ 3%	Relatórios de RH / DAF
Rotatividade (Turnover)	≤ 10% ao ano	Gestão de Pessoas

Percentual de Colaboradores Avaliados no GCPEC	≥ 95%	GCPEC / RH
Taxa de Adesão ao Código de Integridade	100%	Compliance / RH
Índice Médio de Satisfação Interna	≥ 80%	Pesquisa de Clima / NEP
Taxa de Participação em Programas de Capacitação	≥ 85% dos colaboradores ativos	NEP
Índice de Colaboradores com Desempenho “Satisfatório” ou Superior	≥ 90%	GCPEC / DAF
Redução de Afastamentos Médicos Não Ocupacionais	-10% em relação ao semestre anterior	SESMT / RH
Cumprimento do Cronograma de Avaliação de Desempenho	100% das avaliações no prazo	Gerência Corporativa de Pessoas
Percentual de Bonificação por Performance Executada	≥ 90% da previsão orçamentária disponível	DAF / RH

Esses indicadores são revisados trimestralmente, permitindo o acompanhamento pela Diretoria Executiva Corporativa e pela SES/MS, assegurando a prestação de contas contínua e transparente.

Metodologia de Monitoramento e Avaliação

O ISMS adota metodologia de avaliação integrada para acompanhar o desempenho das políticas de gestão de pessoas.

O monitoramento ocorre por meio de:

- **Relatórios mensais de gestão de pessoas**, com dados de admissões, desligamentos, absenteísmo e produtividade;
- **Reuniões trimestrais de análise de desempenho**, com participação das áreas de RH, DAF, NEP;

- **Auditorias internas e externas**, assegurando aderência às normas e registros institucionais;
- **Indicadores vinculados ao Contrato de Gestão**, integrados ao painel corporativo de resultados;
- **Sistema GCPEC**, que consolida informações sobre competências, desempenho e evolução de cada colaborador.

A metodologia garante que decisões estratégicas sejam tomadas com base em evidências e análises comparativas, promovendo a melhoria contínua da gestão e a conformidade com os objetivos pactuados.

Governança e Prestação de Contas

A governança da gestão de pessoas no ISMS é composta por instâncias de supervisão, controle e decisão integradas:

- **Gestor de Pessoas**: Coordena as atividades e implementa a execução das políticas de RH
- **Diretoria Administrativa-Financeira (DAF)**: Garante viabilidade orçamentária e compatibilidade com metas contratuais.
- **Núcleo de Educação Permanente (NEP)**: Planeja e executa ações formativas e de desenvolvimento.
- **Área de Compliance e Integridade**: Supervisiona conduta ética e conformidade legal.
- **Diretoria Geral**: Homologa os resultados e presta contas à SES/MS.
- **Gerência Corporativa de Pessoas**: Coordena o planejamento e execução das políticas de RH
- **Diretoria Executiva Corporativa**: Estabelecimento de Diretrizes e acompanhamento de resultados

Todos os relatórios e resultados são registrados em arquivos, sistemas e planilhas oficiais, enviados à SES/MS conforme o cronograma de prestação de contas e disponíveis para auditoria.

Impactos Esperados na Unidade Hospitalar

Com a implantação das diretrizes propostas, os impactos esperados incluem:

- Maior eficiência na utilização de recursos humanos e financeiros;
- Redução de afastamentos e desperdícios de força de trabalho;

- Aumento da produtividade e qualidade assistencial;
- Fortalecimento da imagem institucional junto aos órgãos de controle e à sociedade;
- Clima organizacional positivo, com equipes estáveis e comprometidas;
- Gestão transparente, ética e baseada em resultados mensuráveis.

Síntese Final

A consolidação deste modelo permitirá que a gestão de pessoas da unidade hospitalar opere com altos padrões de governança, desempenho e integridade, assegurando que cada profissional atue como agente de transformação e excelência no SUS.

Com isso, o ISMS reafirma seu compromisso de entregar resultados sustentáveis e humanizados, fortalecendo o sistema público de saúde e o valor social de sua atuação.

3.5.1.7. Cronograma

As ações da proposta de gestão de recursos humanos serão implantadas conforme cronograma abaixo:

CRONOGRAMA GERAL DE IMPLANTAÇÃO DO PROJETO			
Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
Seleção interna e contrato de trabalho	Início das atividades	No 1º (primeiro) dia após a assinatura do Contrato de Gestão, para início das atividades	RH/DP
Seleção de vagas remanescentes	Início das atividades	Em até 15 (quinze) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão, para início das atividades.	RH/DP
Análise e Planejamento	Início das atividades	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira

CRONOGRAMA GERAL DE IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

		de Gestão, para início das atividades.	
Revisão das Normas	Início das atividades	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira
Implementação	Início das atividades	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira
Treinamento	Início das atividades	Em até 45 (quarenta e cinco) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira
Avaliação e acompanhamento	Início das atividades	Em até 60 (sessenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira
Monitoramento e ajustes	Início das atividades	Em até 60 (sessenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira
Avaliação de desempenho	Início das atividades	Em 180 (cento e oitenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira

A seguir apresentamos:

- Regulamento de Contratação Institucional
- Política pagamento por performance
- Código de Integridade

Regulamento de Contratação de Recursos Humanos

INTRODUÇÃO

O Regulamento de Contratação de Recursos Humanos do Instituto Social Mais Saúde – ISMS – com a finalidade de fixar parâmetros a serem seguidos no âmbito do Contrato para gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde, em todos os procedimentos de contratação de recursos humanos para atendimento dos serviços públicos pactuados no Contrato de Gestão.

Fica estabelecido que o ISMS não manterá nenhum tipo de relacionamento comercial ou profissional como contratar pessoas físicas que se relacionem com os dirigentes que detenham poder decisório em seu âmbito.

Este regulamento objetiva a apresentação da política e os procedimentos adotados por essa instituição, e, ainda, sanar dúvidas e eliminar divergências identificadas na execução das rotinas referentes à área de Recursos Humanos, trata-se de um aprimoramento das atividades desenvolvidas através da direção, Gerência, Colaboradores e com a legislação vigente.

Cada assunto será abordado em capítulo próprio, buscando orientar quanto aos procedimentos que devem ser adotados definindo diretrizes básicas para a Gestão de Pessoas do Instituto Social Mais Saúde, abrangendo Recrutamento & Seleção, Treinamento & Desenvolvimento.

Missão: Cuidar das Pessoas promovendo saúde e bem-estar.

Visão: Até 2030 ser reconhecido em todo o território nacional pela excelência na gestão de serviços em saúde.

Valores:

- Humanização
- Excelência
- Integridade
- Transparência

- Sustentabilidade
- Diversidade
- Responsabilidade Social

Quem Somos: O Instituto Social Mais Saúde – ISMS é uma instituição privada, sem fins lucrativos que atua em favor das necessidades da população, com sede administrativa nesta capital do Estado de São Paulo, na Rua Alvorada, nº 1.289, 15º Andar, Conjunto 1.501 a 1.506, Vila Olímpia, CEP: 04.546-004, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 18.963.002/0001-41, apresenta o presente Regulamento de Recursos Humanos, o qual determina as normas específicas de condutas em relação ao trabalho.

Objetivo Geral: O objetivo principal do Instituto Social Mais Saúde é a gestão de qualidade dos processos prestados à população, implicando na satisfação do cidadão, visando redução de custos em busca de resultados satisfatórios.

Objetivo Específico desta Normalização: Ajustar os procedimentos a serem adotados referente às regras de recrutamento e seleção de pessoal (interna e externa) para preenchimento de vagas nas áreas técnica, administrativa, assistencial e operacional pelo Instituto Social Mais Saúde, para execução das atividades e serviços de Saúde.

TÍTULO I

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O presente regulamento tem por finalidade:

I – Disciplinar a contratação de recursos humanos necessários ao atingimento dos objetivos previstos no Contrato de Gestão, firmados pelo Instituto Social Mais Saúde.

II – Fixar políticas e diretrizes para os processos de recrutamento, seleção e remanejamento e desenvolvimento dos recursos humanos de que trata o inciso I do caput deste artigo;

§ único – Serão definidas neste regulamento, as modalidades de seleção de pessoal e suas respectivas tramitações procedimentais.

Art. 2º - Para os fins dispostos neste regulamento, entende-se por:

I – Colaborador: são todos os servidores cedidos à entidade, em decorrência do contrato de gestão, cujo vínculo empregatício é regido pelo Estatuto do parceiro público;

II – Empregado: todo e qualquer pessoa natural contratada pela entidade sob o regime jurídico da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho);

III – Estagiário: toda e qualquer pessoa natural na condição de estudante contratada pela entidade com o objetivo de adquirir experiência profissional;

IV – Profissionais contratados: especialistas, pesquisadores, técnicos, autônomos e profissionais liberais;

V – Recrutamento: conjunto de procedimentos que visem atrair candidatos potencialmente qualificados de acordo com as competências indispensáveis para o exercício do emprego a prover;

VI – Seleção: o conjunto de procedimentos que permitam avaliar os candidatos recrutados para o exercício do emprego a prover, através da utilização de métodos e técnicas adequados;

VII – Remanejamento: redistribuição de empregados ou colaboradores, motivada por criação, extinção ou transformação de áreas ou ainda por excesso de empregados ou colaboradores em determinado setor, atendidas as exigências legais;

VIII – Processo de Recrutamento e Seleção: conjunto de procedimentos e operações necessárias à captação e posterior avaliação de candidatos a vagas de emprego, visando maior agilidade e eficiência na contratação de profissionais compatíveis com o perfil desejado pelo emprego a prover e pelo ISMS;

IX – Candidato: pessoa natural que esteja concorrendo a uma vaga, através de Processo de Recrutamento e Seleção;

X – Solicitante: aquele que, autorizado por este regulamento e nos limites de sua atribuição, requerer a contratação de pessoal.

Art. 3º - O processo de Recrutamento e seleção subdivide-se em:

I – Processo de seleção Simplificado: destina-se a contratação de empregados para o exercício de atividades de apoio necessárias ao atingimento das atividades e finalidades principais previstas em Contrato de Gestão firmado pelo Instituto Social Mais Saúde.

II – Processo Seletivo Público: destina-se a contratação de empregados para o exercício das atividades principais do Instituto Mais Saúde, previstas no Contrato de Gestão formalizado pelo Instituto Social Mais Saúde.

Art. 4º O processo de seleção simplificado será cabível nas hipóteses previstas neste Regulamento e subdivide-se em:

I - Recrutamento Interno: destinado ao reaproveitamento de empregado já contratado pelo Instituto Social Mais Saúde, em razão de identificação de seu potencial, respeitando-se à legislação vigente.

II – Processo de Seleção Simplificado Externo: destinado à contratação de candidato quando, após a análise criteriosa do setor responsável, a realização única de recrutamento interno se tornar inviável.

Art. 5º A contratação ou o remanejamento de candidato será precedido de Processo de Recrutamento e Seleção, atendidas as exigências deste Regulamento e observadas às exceções previstas.

Art.6º nas contratações de empregados oriundas de atuação do Instituto Social Mais Saúde como Organização Social serão especialmente observados, no que couber, os princípios constitucionais da impessoalidade, de moralidade, de igualdade, da publicidade, da eficiência e da economicidade.

Art. 7º A área de Gestão de Pessoas do Instituto Mais Saúde ou da unidade Hospitalar será responsável pela execução e coordenação dos Processos de Recrutamento e Seleção.

§ 1º - Para a seleção dos profissionais que apresentem maior qualificação e capacitação para o exercício do emprego a prover, serão utilizadas técnicas previamente definidas, selecionadas e ajustadas à melhor forma de avaliação dos requisitos necessários para cada função.

§ 2º - As técnicas e instrumentos a serem utilizados para aferição dos critérios de avaliação definidos neste Regulamento serão alinhados pela área de Gestão de Pessoas do Instituto Social Mais Saúde ou da Unidade Hospitalar, conforme o emprego prover e os requisitos exigidos, com base na legislação e reconhecimento dos órgãos competentes.

Art. 8º O Instituto Social Mais Saúde poderá contratar terceiros para organizar e realizar o Processo de Recrutamento e Seleção.

TÍTULO II

PROCESSAMENTO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO PESSOAL

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.9º - A realização do Processo de Recrutamento e Seleção e a contratação dos aprovados estão condicionadas ao requerimento dirigido expressamente ao Presidente do Instituto Social Mais Saúde.

§ único – Possui legitimidade para solicitar a contratação de pessoal e a realização de processos de recrutamento e seleção o Diretor Geral da Unidade e o Presidente do Instituto Mais Saúde, definidos neste regulamento como Solicitantes.

Art. 10 – O presidente do Instituto Social Mais Saúde decidirá expressamente o requerimento aprovando ou não a realização do Processo de Recrutamento e Seleção e a contratação dos futuros aprovados.

§ 1º - As decisões previstas no caput deste artigo serão pautadas em um estudo prévio e minucioso do Contrato de Gestão a que se destina a contratação de pessoal.

§ 2º - O estudo de que trata o § 1º deste artigo será baseado na proposta apresentada pelo Instituto Social Mais Saúde à Administração Pública, as rubricas definidas no Contrato de Gestão e o respectivo orçamento.

Art. 11 – Decidindo pela realização do Processo de Recrutamento e Seleção, o Presidente do Instituto Social Mais Saúde definirá a modalidade do processo, dentre as opções previstas neste Regulamento.

§ único – Quando a modalidade de Processo de Recrutamento e Seleção escolhida permitir, o Solicitante poderá participar ativamente das etapas do processo e da decisão final de escolha do candidato a ser contratado ou remanejado.

Art. 12 – No requerimento para a realização do Processo de Recrutamento e Seleção constará a exposição mínima dos motivos, o número de vagas, a função a ser preenchida e os pré-requisitos mínimos que os candidatos deverão atender.

§ único – Se o processo de Recrutamento e Seleção for destinado à formação de cadastro de reserva, deverá constar expressamente do requerimento elaborado pelo Solicitante.

Art. 13 – Autorizada formalmente pelo Presidente do Instituto Mais Saúde, a realização do Processo de Recrutamento e Seleção requerido, a área de Gestão de Pessoas do Instituto Social Mais Saúde dará publicidade ao processo, divulgando-o no sítio eletrônico do Instituto Mais Saúde, em meios de comunicação como jornais, revistas, redes sociais ou sites de divulgação de vagas.

§ único – O texto de divulgação do processo de Recrutamento e seleção conterá resumidamente:

I – As funções do empregado a prover;

II – O número de vagas disponíveis;

III – Os prazos respectivos;

IV – As condições de participação;

V – A data e o local para comparecimento e ou entrega de documentação;

VI – O local para maiores informações;

VII – Demais informações que se façam necessárias.

Art. 14 – O processo de Recrutamento e Seleção atenderá pelo menos a dois seguintes critérios:

I – Análise da Experiência Profissional;

II – Análise de Conhecimentos específicos a cada segmento de carreira;

III – Análise de Competências Técnicas e Comportamentais necessárias para função;

§ único – A comprovação de experiência profissional, quando cabível, se fará através da apresentação de cópia de Carteira profissional ou cópia de declaração de empregador anterior do candidato, em papel timbrado, assinado e carimbado.

Art. 15 – A contratação do candidato ficará condicionada à sua aprovação em todas as fases e avaliações previstas para cada Processo de Recrutamento e Seleção, incluindo o exame médico de caráter eliminatório.

§ único - O candidato que participar de Processo de Recrutamento e Seleção promovido pelo Instituto Social Mais Saúde, além dos requisitos específicos previstos em cada processo, deverá atender os requisitos estabelecidos neste regulamento.

Art. 16 – A aprovação do candidato em todas as fases do Processo de Recrutamento e Seleção não obriga o Instituto Social Mais Saúde a sua contratação.

Art. 17 – A convocação para contratação de candidato aprovado em Processo de Recrutamento e Seleção promovido pelo Instituto Social Mais Saúde será expressamente formalizada.

§ 1º – Na hipótese de o candidato convocado para a contratação desistir da vaga a que concorreu, o Instituto Social Mais Saúde providenciará um termo de desistência que deverá ser assinado pelo candidato convocado, para posterior arquivamento em conjunto com a documentação do processo.

§ 2º – Na impossibilidade de obter a assinatura do candidato no termo de desistência, a área de Gestão de Pessoas deve documentar o ocorrido, justificando a ausência da assinatura do termo de assistência.

Art. 18 – A área de Gestão de Pessoas cuidará para que todo o Processo de Recrutamento e Seleção seja documentado e arquivado, incluindo a divulgação das vagas, o número de candidatos interessados, o número de candidatos selecionados para cada etapa, o cumprimento das etapas, os resultados, as convocações dos candidatos, o comparecimento dos candidatos para a contratação e/ou a desistência do mesmo, sem prejuízo das demais medidas cabíveis.

§ único – Os documentos referentes ao Processo de Recrutamento e Seleção devem ser disponibilizados aos agentes de fiscalização da execução do Contrato de Gestão designados pelo parceiro Público.

Art. 19. Nos termos do Artigo 7º do Decreto Lei nº 7.203 de 2010, bem como da Súmula Vinculante 13 do STF, fica VEDADA, para prestação de serviços, a contratação de cônjuge, companheiro ou de parente em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até terceiro grau de servidor ocupante de cargo de comissão, ou função de confiança, do quadro de pessoal do contratante.

Seção I

Da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD

Art. 20. O Instituto Social Mais Saúde observará o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD (Lei nº 13.709/2018), desta forma constará no edital que o candidato autoriza, reconhece e aceita de forma expressa e escrita a coleta de seus dados pessoais, com a finalidade exclusiva para participação do processo seletivo, pelo período a que durar a seleção, e designa o prazo de 01 (um) ano para manter seus dados em arquivo.

Parágrafo único. O inteiro teor da Política de Privacidade ficará disponível para acesso dos candidatos no site do Instituto Social Mais Saúde.

CAPÍTULO II

DO PROCESSO DE SELEÇÃO SIMPLIFICADO

Art.21 – O Processo de Seleção Simplificado destina-se a contratação de empregados para o exercício de atividades de apoio do Instituto Social Mais Saúde, definidas no art. 3º, inciso I.

§ único – O Processo de Seleção Simplificado subdivide-se em Recrutamento Interno e Processo de Seleção Simplificado Externo.

Seção I

Do Recrutamento Interno

Art. 22 – Ocorrendo a abertura de vagas para os empregos passíveis de preenchimento através de Processo de Seleção Simplificado, será realizado o Recrutamento Interno com a finalidade de oportunizar o crescimento profissional dos empregados e dos colaboradores do Instituto Social Mais Saúde.

§ único – O Recrutador Interno somente ocorrerá quando se apresentarem, no mínimo dois candidatos do emprego a prover.

Art. 23 – Poderão participar do Recrutamento Interno os empregados e os colaboradores que atenderem às seguintes condições:

I – Contar com no mínimo 90 (noventa) dias de emprego e efetivo exercício na função e na unidade em que estiver lotado, na data de início do processo de seleção simplificado;

- II – Ter perfil e qualificação adequados à vaga, estabelecido na descrição da função;
- III – Apresentar bom desempenho no exercício da função que está ocupando;
- IV – Pleitear um cargo que ofereça perspectivas de carreira superior ao que ocupar no momento do processo.

Art. 24 – O Recrutamento Interno automaticamente se converterá em Processo de Seleção Simplificado Externo quando o número mínimo exigido no § único do art. 20 não for alcançado.

§ único – A conversação do Recrutamento Interno não exclui a possibilidade dos empregados e dos colaboradores que preencheram os requisitos deste capítulo participarem do Processo de Seleção Simplificado Externo.

Seção II

Processo de Seleção Simplificado Externo

Art. 25 – O processo de Seleção Simplificado Externo ocorrerá sempre que o Recrutamento Interno for inviabilizado pela ausência de candidatos suficientes ou ainda para formação de cadastro reserva para contratação de empregados para o exercício de atividades de apoio da unidade hospitalar.

Art.26 – o Instituto Social Mais Saúde poderá fazer o uso dos meios mercadológicos disponíveis para o recrutamento de candidatos aptos a participarem do Processo de Seleção Simplificado Externo.

§ único – O recrutamento de que trata este artigo não exclui a obrigatoriedade de divulgação do Processo de Seleção Simplificado Externo no sítio do Instituto Social Mais Saúde, bem como em meios de comunicação como jornais, revistas, redes sociais ou sites de divulgações de vagas.

Seção III

Do Procedimento

Art. 27 – Antes da divulgação do Processo de Seleção Simplificado, a área de Gestão de Pessoas do Instituto Social Mais Saúde dará efetividade às regras gerais previstas no Capítulo I do Título II deste Regulamento.

Art. 28 – O Processo de Seleção Simplificado, em quaisquer das modalidades previstas no art.19, consistirá na participação do candidato em pelo menos duas das três etapas, que serão realizadas em qualquer ordem de preferências.

I - Primeira etapa - Prova objetiva e /ou Redação.

- a) Aplicação de prova objetiva: questões exclusivas do tipo múltipla escolha;

b) Aplicação de redação: redação dissertativa ou narrativa.

II - Segunda etapa - Análise do currículo e documentos comprobatórios de experiência, escolaridade e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação de sua conformidade com os requisitos mínimos exigidos.

III – Terceira Etapa - Composta por duas Entrevistas de Avaliação, ambas de caráter eliminatório.

a) A primeira entrevista será realizada por representante da área de Gestão de Pessoas que indicará ao Solicitante apenas os candidatos aprovados;

b) A segunda entrevista será realizada pelo Solicitante, onde somente participarão os candidatos tecnicamente habilitados e pré-selecionados pela primeira entrevista.

§ único - Cada Etapa de Avaliação poderá ter peso a ser determinado de acordo com o perfil e características do emprego a prover.

Art. 29 – O Instituto Social Mais Saúde, convocará o candidato mais bem avaliado em todas as etapas do Processo de Seleção Simplificado para a ocupação de vaga disponível.

§ 1º – O Processo Seletivo Simplificado realizado para o preenchimento de duas ou mais vagas para uma mesma função contará com a divulgação, pelo Instituto Mais Saúde, da ordem de classificação.

§ 2º – Na hipótese do §1º, o Instituto Mais Saúde convocará os candidatos para a contratação segunda a ordem de classificação divulgada.

§ 3º – O processo Seletivo Simplificado Externo realizado para a formação de cadastro reserva contará com a divulgação da ordem de classificação.

§ 4º – Na hipótese do §3º, o Instituto Social Mais Saúde convocará os candidatos para a contratação segundo a ordem de classificação divulgada, para atender as reais necessidades do Instituto.

Art.30 – A convocação do candidato aprovado para a contratação será formalizada pelo Instituto Social Mais Saúde, podendo ser utilizados os meios eletrônicos disponíveis.

Art. 31 – Na hipótese de o candidato convocado para a contratação não comparecer na data agendada ou previamente recusar-se à contratação, e não sendo a convocação para contratação dos candidatos aprovados e subsequentes, o Instituto Mais Saúde realizará novo Processo de Seleção Simplificado.

§ único – No caso de impossibilidade de convocação do candidato por ausência de dados suficientes ou sua inconsistência, ele será desclassificado do processo.

Art. 32 – O Instituto Social Mais Saúde atentar-se-á para formalização e arquivamento de todas as fases dos procedimentos e disponibilizará aos agentes de fiscalização designados pelo parceiro Público, quando solicitado.

CAPÍTULO III

DOS PROCESSOS SELETIVOS PÚBLICOS

Art. 33 – Para a seleção de empregados destinados ao exercício das atividades precípua do Instituto Social Mais Saúde, previstas em Contratos de Gestão firmados pelo Instituto com a Administração Pública, poderão ser realizados Processos Seletivos Públicos.

§ único – O Processo Seletivo Público será pautado em critérios objetivos de avaliação e realizar-se-á com pelo menos uma prova escrita, que poderá ser objetiva ou discursiva.

Art.34 – Antes da divulgação do Processo Seletivo Público, a área de gestão de pessoas do Instituto Social Mais Saúde dará efetividade às regras gerais previstas no Capítulo I deste regulamento.

Art. 35 – O processo seletivo Público atenderá, no que couber, aos princípios constitucionais da administração Pública e será documentado através de um Edital.

Art. 36 – O Edital de que trata o artigo anterior será público e deverá conter, no mínimo:

- a) Identificação do despacho de autorização da abertura do processo seletivo público;
- b) Identificação de categoria e do número de vagas e/ou cadastros de reserva, incluindo-se as vagas para pessoa portadoras de necessidades especiais;
- c) Regime jurídico de contratação;
- d) Áreas a que o processo seletivo vai abranger;
- e) Procedimentos e documentos exigidos para a inscrição e para a contratação, com previsão expressa de que o candidato é responsável pela indicação correta de seus dados;
- f) Valor da taxa de Inscrição, prazos e forma de pagamento;
- g) Procedimento para o requerimento de isenção de taxa de inscrição;
- h) Local de trabalho, salário, adicionais, carga horária e atribuições da função;
- i) Identificação dos parâmetros de avaliação, métodos, etapas, tipos de prova e critérios de seleção adotados;
- j) O local e o horário da realização das provas e demais etapas;
- k) Divulgação da submissão quando cabível, do candidato aprovado e convocado à exame médico de caráter eliminatório.

- l) Procedimento de divulgação dos resultados parciais e finais;
- m) Procedimento para interposição de recursos administrativos, quando cabíveis;
- n) Procedimento de convocação dos candidatos aprovados e classificados;
- o) Validade do Processo Seletivo e sua prorrogação;
- p) Os meios que serão utilizados para a divulgação das informações relativas ao Processo Seletivo Público;
- q) Aceitação tácita do candidato do inteiro teor do Edital e deste Regulamento;

Art. 37 – O Instituto Social Mais Saúde poderá cobrar taxa de inscrição destinada ao custeio dos processos seletivos públicos.

§ 1º – Nos casos em que o valor da inscrição no Processo Seletivo Público ultrapasse 7% (sete por cento) do valor do Salário-Mínimo Federal, o Instituto Mais Saúde poderá conceder a isenção no pagamento da taxa de inscrição.

§ 2º – Os critérios para a apresentação do requerimento, comprovação dos requisitos e deferimento da isenção de que trata este artigo serão definidos nos respectivos Editais.

§ 3º – O candidato deverá ser comunicado do indeferimento do pedido de que trata o §1º deste artigo anteriormente ao término do prazo previsto para as inscrições.

Art. 38 – O Edital determinará o prazo para correção das provas, divulgação de notas e classificação dos candidatos e ainda:

- I – Os tipos de provas que serão aplicadas;
- II – O caráter de cada prova (eliminatório ou classificatório);
- III - O número total de questões;
- IV – A pontuação mínima de cada prova, para que o candidato seja considerado aprovado;
- V – O número máximo de pontos das provas;
- VI – Os critérios para apuração da nota final e para a classificação dos candidatos;
- VII – Os conteúdos das provas;
- VIII – O tempo de duração das provas;
- IX – Os critérios de desempate e anulação das provas, quando necessários;
- X – Os procedimentos a serem seguidos pelos candidatos para a realização das provas, assim como as situações e objetos proibidos durante a realização delas;
- XI – As sanções que serão aplicadas aos candidatos que desobedecerem às regras do edital;

XII – A forma de preenchimento do cartão de resposta e sua entrega, assim como da prova discursiva, conforme o caso.

Art. 39 – No caso de realização de prova de títulos, o Edital determinará:

I - Os títulos que serão aceitos;

II – Os critérios para a avaliação dos títulos;

III – A pontuação de cada título;

IV – O número máximo de pontos atribuídos aos títulos;

V – O local, período e o horário para entrega dos títulos;

VI – Os procedimentos que precisam ser observados pelo candidato para a entrega dos títulos.

§ único – O Edital esclarecerá que somente os candidatos aprovados na prova escrita deverão entregar os títulos.

Art.40 – Cabendo recurso administrativo ao Diretor da área de Gestão de Pessoas do Instituto Social Mais Saúde, o mesmo poderá ser interposto no prazo de dois (02) dias a contar da data de divulgação dos resultados parciais do Processo Seletivo Público.

§ único – O resultado do recurso administrativo será divulgado até cinco (05) dias úteis após a sua interposição.

Art.41 – Após a divulgação dos resultados dos recursos, quando cabíveis, o Instituto Social Mais Saúde, divulgará a classificação final dos aprovados e sua homologação.

Art. 42 – O Instituto Social Mais Saúde convocará os candidatos para a contratação de acordo com a ordem final de classificação, dentro do prazo de validade do Processo Seletivo Público.

§ único – A validade do Processo Seletivo Público tem início na data de homologação do resultado.

Art. 43 – Os candidatos aprovados dentro do número de vagas previstas no Edital serão convocados para a contratação.

§ único – Nos Processos Seletivos Públicos realizados com a finalidade de formação de cadastro de reserva, o Instituto Social Mais Saúde, convocará o número de candidatos aprovados para a contratação de acordo com as reais necessidades do Instituto.

Art.44 – A convocação dos candidatos para a contratação será realizada de acordo com o edital e com base nas informações de contato prestados no ato da inscrição.

§ 1º – No caso de impossibilidade de convocação por ausência de dados suficientes ou sua inconsistência, o mesmo desclassificado do Processo Seletivo Público e será convocado o candidato subsequente.

§ 2º – Na hipótese de o candidato convocado para a contratação não comparecer na data agendada ou previamente recusar-se à contratação, será convocado o candidato subsequente.

§ 3º – O Instituto Social Mais Saúde cuidará para que os casos previstos nos § 1º e 2º deste artigo sejam documentados e arquivados.

Art. 45 – Os candidatos convocados para a contratação deverão apresentar a documentação necessária de acordo com a norma editalícia, sob pena de desclassificação.

Art. 46 – A área de Gestão de Pessoas do Instituto Social Mais Saúde cuidará para que não haja contratações de empregados em detrimento à ordem de classificação de Processos Seletivos Públicos em aberto.

Art. 47 – Constará expressamente em todas as informações do Processo Seletivo Público a data de sua divulgação no meio elegido pelo Edital.

Seção I

Dos Portadores de Necessidades Especiais

Art. 48 – Será assegurado aos portadores de necessidades especiais o direito de reserva de percentual de vagas do processo de Recrutamento e Seleção, sempre que a natureza da função permitir.

Art. 49 – Os candidatos portadores de necessidades especiais participarão do Processo Seletivo Público em igualdade de condições como os demais candidatos.

Art. 50 – A Inscrição dos candidatos portadores de necessidades especiais far-se-á na forma estabelecida pelo Edital, que conterà:

- a) Os preceitos jurídicos gerais que conformam a inscrição de pessoas portadores de necessidades especiais;
- b) O número de vagas oferecidas;
- c) Os procedimentos que o candidato deverá seguir para inscrever-se e para fazer uso das prerrogativas que lhe são facultadas;
- d) Os procedimentos que serão adotados pela Instituição responsável pela realização do processo seletivo no caso de inexistirem candidatos aprovados para as vagas reservados.

Art. 51 – Após a aprovação os candidatos portadores de necessidades especiais deverão comparecer munidos com laudo médico que ateste a espécie e o grau ou nível de deficiência,

com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID), conforme especificado no Decreto nº 3.298/99 e suas alterações.

§ único – A não observância do disposto acima acarretará a perda do direito às vagas reservadas aos candidatos em tais condições.

Art. 52 – As vagas definidas no Edital, que não forem preenchidas por falta de candidatos portadores de necessidades especiais serão preenchidas pelos demais candidatos aprovados, observando-se rigorosamente os critérios de avaliação e a ordem de classificação.

Art. 53 – Caso haja necessidade de o Instituto Social Mais Saúde disponibilizar condições específicas ao candidato portador de necessidades especiais, no momento da realização das etapas do processo seletivo, o candidato nesta condição deverá solicitá-la no ato da inscrição, indicando claramente quais os recursos especiais necessários, arcando o candidato com as consequências de suas omissões.

CAPÍTULO IV

TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

Art. 54 – O Instituto Social Mais Saúde, implantará sistemas que permitem auferir a atuação do empregado, do colaborador e do profissional contratado, face ao cargo que ocupa, indicando necessidades de treinamento e capacitação e oferecendo oportunidades de melhoria de sua qualificação e perspectivas de ascensão único funcional do Instituto ou na unidade hospitalar.

Art. 55 – Todo empregado, colaborador, estagiário e profissional contratado deverá passar pela integração antes de iniciar suas atividades.

§ único – A área de Gestão de pessoas, por meio do setor competente, é responsável pela integração, devendo:

- a) Documentar a integração;
- b) Arquivar os documentos da integração na pasta funcional.

Art. 56 – A integração consiste em informar o empregado, o colaborador, o estagiário ou o profissional contratado acerca da missão, visão e valores do Instituto Social Mais Saúde, bem como dos objetivos e metas do Contrato de Gestão da unidade hospitalar e das atribuições do cargo ou função que exerça.

§ 1º - O responsável pelo setor, onde o empregado, o colaborador, o estagiário ou o profissional contratado desempenhará suas atividades, realizará integração específica no local de trabalho.

§ 2º - O tempo dispendido com a integração é considerada hora de treinamento.

Art. 57 – Os treinamentos dos Recursos Humanos do Instituto serão formulados mediante a necessidade identificada pelo responsável do setor da unidade hospitalar ou do Instituto Social Mais Saúde, por levantamento da necessidade de treinamento, por entrevistas, para reciclagem ou para apresentar assunto pertinente a um setor da unidade hospitalar.

§ único – Será permitida atividade de treinamento de Recursos Humanos por empregados ou colaboradores do Instituto na unidade hospitalar que atua, em outras unidades hospitalares gerenciadas pelo Instituto, em instituições e centros de pesquisa e desenvolvimento públicos ou privados, bem como a realização de consulta técnicas, com ou sem remuneração, previamente autorizadas pelo Diretor do Hospital ou pelo presidente do Instituto Mais Saúde.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 58 – Os empregados do Instituto Social Mais Saúde serão contratados sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviços.

§ 1º – Os salários adotados pelo Instituto Social Mais Saúde serão estabelecidos respeitando-se os valores praticados em atividades similares na região da unidade hospitalar.

§ 2º – Os reajustes serão fixados por lei, acordos coletivos de cada categoria ou estabelecidos pelo Instituto Social Mais Saúde, levando em consideração a capacidade financeira do Contrato de Gestão e a preservação do equilíbrio orçamentário da unidade hospitalar.

§ 3º – Os benefícios serão concedidos a todos os empregados e colaboradores, de acordo com os preceitos da CLT e dos acordos ou convenções coletivas de cada categoria profissional.

§ 4º – A carga horária será fixada por lei, acordos ou convenções coletivas, aplicável a cada categoria profissional ou estabelecida pelo Instituto Social Mais Saúde.

Art. 59 – Os empregados do Instituto Social Mais Saúde estarão sujeitos às regras estabelecidas nos acordos e convenções coletivas, bem como nos dissídios, de acordo com sua categoria profissional.

Art. 60 – Os empregados, colaboradores e estagiários do Instituto Social Mais Saúde deverão registrar a frequência ao local de emprego por meio de registro manual em folha de ponto, em relógio de ponto mecânico ou em registrador eletrônico de ponto, conforme recurso disponibilizado pela Direção Geral da unidade hospitalar.

Art. 61 – Os empregados, colaboradores e estagiários deverão cumprir os quesitos estabelecidos na Portaria nº 3.214/1978 e suas NR – Normas Regulamentadoras.

§ único – Os exames médicos serão para: admissão, periódico, retorno ao trabalho, mudança de função ou demissão.

Art.62 – O Instituto Social Mais Saúde poderá contratar profissionais (inciso IV do art. 2º deste Regulamento), para atender necessidade transitória e por prazo determinado.

§ único – Os profissionais contratados poderão realizar atividades de pesquisa, consultoria, extensão e desenvolvimento no âmbito do Instituto, voltada à consecução do objeto do Contrato de Gestão.

Art. 63 – Não será exigido Processo de Recrutamento e Seleção para contratação de cargos de chefia, em situação de urgência e emergência ou em fases de transição e troca de gestão, hipóteses em que fica facultada a contratação direta da mão de obra necessária.

§1º - Ao assumir contrato de gestão, da qual a unidade de saúde a ser administrada e operacionalizada já esteja em funcionamento, o Instituto Social Mais Saúde poderá aproveitar, os ex-empregados da gestora anterior, fundamentado no princípio da continuidade da prestação do serviço público essencial.

§ 2º - A contratação na forma do parágrafo anterior será realizada considerando os arts. 14º e 19º deste regulamento, bem como os princípios elencados no art. 6º.

§3º - Nos termos do artigo 62, inciso II, da CLT as vagas de diretoria, gerência, coordenação e supervisão, são cargos de confiança, bem como os cargos de assessoramento direto, que podem ser considerados de confiança imediata do empregador.

§4º - Nos casos emergenciais, o Instituto Social Mais Saúde poderá dispensar a realização de processo de recrutamento e seleção, através de despacho fundamentado do Presidente do Instituto Social Mais Saúde.

a) Considera-se emergência, quando caracterizada urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer o regular funcionamento da unidade.

Art. 64 – Este Regulamento de Contratação de Recursos Humanos é válido para todas as contratações realizadas pelo Instituto Mais Saúde.

Art. 65 – Os casos omissos que não importe em modificações do presente Regulamento serão resolvidos pelo Presidente do Instituto Social Mais Saúde em conjunto com a área de Gestão de Pessoas do Instituto.

Art. 66 – Este regulamento entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da data de assinatura do Contrato de Gestão.

Política Pagamento por Performance

1 – OBJETIVO

A Política de pagamento por performance tem como objetivo incentivar e recompensar os colaboradores que alcançam ou superam as metas e objetivos estabelecidos pela empresa.

2 – ABRANGÊNCIA

Esta política se aplica a todos os colaboradores do Instituto Social Mais Saúde.

3 – DEFINIÇÃO

Desempenho: refere-se ao resultado do trabalho realizado pelos colaboradores em relação às metas e objetivos estabelecidos.

Metas: referem-se aos objetivos específicos estabelecidos pela empresa para cada funcionário ou equipe.

Convenções coletivas: Variam de acordo com as CCTs, podendo estar vinculados a diplomas de graduação, pós-graduação, mestrado, doutorado ou outras certificações relevantes.

Estrutura de Pagamento

Salário base: o salário base é o valor fixo pago aos colaboradores por seu trabalho.

Bônus: o bônus/gratificação é um pagamento adicional baseado no reconhecimento por seu desempenho.

Critérios de Avaliação

Metas alcançadas: os colaboradores que alcançam ou superam as metas estabelecidas serão elegíveis para receber um bônus.

Avaliação de desempenho: a avaliação de desempenho será realizada regularmente para determinar o nível de desempenho dos colaboradores.

Convenção coletiva: Os percentuais variam de acordo com as CCTs.

Pagamento de Bônus

Valor do bônus: o valor do bônus será determinado com base no nível de desempenho alcançado.

Frequência de pagamento: os bônus serão pagos regularmente, conforme estabelecido pela empresa.

Gratificação por responsabilidade técnica

A gratificação por responsabilidade técnica é um adicional concedido a profissionais que assumem a responsabilidade técnica por atividades ou operações que exigem qualificação específica e alto grau de responsabilidade. Essa gratificação é destinada a reconhecer e compensar o profissional por assumir riscos, tomar decisões críticas e garantir que as operações sob sua supervisão

atendam aos padrões técnicos, legais e de segurança exigidos, para estes é concedido uma gratificação conforme CCT ou determinação da diretoria corporativa.

Gratificação por tempo de serviço (Anuênio/Fixação)

A gratificação é calculada um determinado percentual de acordo com a convenção coletiva de trabalho do sindicato da categoria profissional, assim, é o próprio sindicato que estabelece a porcentagem do benefício que precisa ser pago.

Gratificação por Titulação

A gratificação por titulação é um benefício financeiro adicional concedido a profissionais que possuem títulos acadêmicos ou qualificações específicas, além dos requisitos mínimos exigidos para o cargo, essa gratificação é destinada a determinadas categorias profissionais visando reconhecer e incentivar a busca por maior qualificação e especialização, refletindo o impacto positivo que esses conhecimentos adicionais podem ter no desempenho profissional e na qualidade dos serviços prestados.

Gratificação por Preceptoría

A gratificação por preceptação é um adicional concedido a profissionais que atuam como preceptores, ou seja, que supervisionam, orientam e acompanham o aprendizado prático de estudantes ou profissionais em formação, como: residentes, estagiários ou trainees, em ambientes como hospitais, escolas ou outras instituições.

Responsabilidades

Gerentes: os gerentes são responsáveis por estabelecer metas e objetivos claros, seguir a convenção coletiva de trabalho dos colaboradores e/ou avaliar seu desempenho regularmente.

Colaboradores: São responsáveis por trabalhar em direção às metas e objetivos estabelecidos e por alcançar um alto nível de desempenho.

Revisão e Ajuste

Esta política será revisada e ajustada regularmente para garantir que ela continue a atender às necessidades da empresa e dos funcionários.

4 - DOCUMENTOS RELACIONADOS

Regulamento de Contratação de Pessoas

Código de Integridade

Convenções coletivas

5 - HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão inicial.

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data elaboração:	Data revisão:
Gerência Administrativa	Gerente da Qualidade e Segurança do Paciente Corporativo	Diretor Administrativo Financeiro	10/06/2024	09/06/2027

Código de Integridade

Ética e integridade

A saúde é a causa que nos move. Nos dedicamos, diariamente, à melhoria dos serviços para que todos os cidadãos tenham seu direito constitucional exercido.

Acreditamos que a nossa gestão faz a diferença no funcionamento de unidades de saúde e é determinante para a sustentabilidade do serviço.

Assim, por meio da gestão, empenhamos o cumprimento do nosso propósito em benefício das pessoas.

Neste contexto, ética e integridade são pilares fundamentais e parte inegociável na nossa cultura organizacional.

Ao integrar o nosso time, cada colaborador assume sua responsabilidade individual e coletiva para o cumprimento dessa condição.

O comportamento ético deve conduzir todas as relações com nossos públicos estratégicos, sejam eles internos ou externos. E cada parte interessada possui um papel fundamental e decisivo para o sucesso do nosso trabalho.

Ou seja: desde a alta gestão, que segue os mesmos padrões éticos esperados dos demais membros da organização, todos devem exercer as boas práticas que reforçam o nosso jeito de ser e de agir.

Promovemos o respeito à diversidade e o incentivo à criação de um ambiente inclusivo onde pessoas de todas as vozes são ouvidas e valorizadas.

Esse é um processo de aprendizado e de melhoria contínua sempre presente, guiado pela boa-fé e por uma relação aberta e transparente, disposta a abordar dilemas e questões éticas sem receio de retaliações.

Ao mesmo tempo, emprega-se o entendimento consciente de que violações ao nosso Código de Integridade resultarão em medidas disciplinares e administrativas – sempre em favor dos valores que formam a nossa reputação.

Ética e integridade existem e se fortalecem com a prática. Ao promovermos um ambiente inspirador para a sua compreensão e adesão, fortalecemos o nosso propósito.

E garantimos para o cidadão o acesso a um serviço de saúde feito com qualidade e humanidade para esta e para as próximas gerações.

Apresentação

Bem-vindo ao nosso Código de Integridade. Este documento tem como objetivo fornecer orientações claras e diretrizes para promover um ambiente de trabalho ético, respeitoso e profissional. A ética e as condutas adequadas são fundamentais para o cumprimento do nosso propósito e para o bem-estar de todos os envolvidos.

Neste documento, você encontrará diretrizes específicas para diferentes áreas de conduta – desde conflito de interesses, confidencialidade, discriminação, assédio, uso adequado de recursos, entre várias outras.

Este Código de Integridade serve como um guia para promover uma cultura ética e profissional em nossa organização. Ao seguir as diretrizes estabelecidas, estamos construindo um ambiente de trabalho saudável, respeitoso e de confiança.

É responsabilidade de todos manter esses padrões elevados e promover a integridade em todas as nossas atividades.

Lembre-se: este Código de Integridade é passível de atualizações periódicas para refletir mudanças nas legislações, regulamentos e práticas éticas. Estamos comprometidos em garantir que todos tenham as informações necessárias para agir de acordo com os mais altos padrões éticos e de conduta.

Obrigado por fazer parte da nossa organização e por se comprometer com a ética e com as condutas adequadas.

Objetivo

Estabelecer diretrizes e princípios norteadores aos relacionamentos internos e externos, em todos os níveis

hierárquicos, promovendo uma cultura de respeito, confiança e transparência.

Missão, Visão e Valores



Missão:

Cuidar das pessoas promovendo saúde e bem-estar.

Visão:

Até 2030 ser reconhecido em todo o território nacional pela excelência na gestão de serviços em saúde.

Valores:

- Humanização
- Excelência
- Integridade
- Transparência
- Sustentabilidade
- Diversidade
- Responsabilidade Social

Alcance

Este Código de Integridade aplica-se a todos os colaboradores, membros estatutários e executivos do **Instituto Social Mais Saúde**, em todas suas filiais e níveis hierárquicos.

Também é aplicável aos relacionamentos externos – com usuários, fornecedores, prestadores de serviços e outras partes interessadas que se relacionam de alguma forma com o **Instituto Social Mais Saúde**.

Ambiente de trabalho

O **Instituto Social Mais Saúde** zela por um ambiente de trabalho positivo e saudável, sendo este fundamental para o bem-estar e a produtividade dos colaboradores.

Aqui estão alguns elementos que consideramos importantes para criar um ambiente de trabalho positivo:

- ✓ Incentivar e fortalecer a comunicação objetiva e transparente, assegurando assim a troca de informações respeitosa.
- ✓ Praticar o respeito, independente da origem, raça, gênero, idade, religião ou orientação sexual.
- ✓ Promover a diversidade e a inclusão, reconhecendo e valorizando as contribuições únicas de cada indivíduo.
- ✓ Incentivar e oportunizar o desenvolvimento contínuo dos colaboradores, por meio de treinamentos, programas de capacitação e oportunidades de aprendizado.
- ✓ Promover a saúde e o bem-estar dos colaboradores, proporcionando um ambiente seguro, políticas e programas adequados.
- ✓ Coibir o trabalho forçado, infantil ou compulsório, sob ameaça ou coação, desvio de conduta, abuso, assédio e prática de fato tipificado em legislação como crime.
- ✓ Provocar discussões de interesses sociais e de saúde pública.
- ✓ Não facilitar ou permitir, por qualquer meio, a entrada de terceiros em locais restritos ou qualquer dependência do **Instituto Social Mais Saúde**, sem a adequada identificação e expressa autorização.

Responsabilidade Social e Compromisso com o Meio Ambiente

O **Instituto Social Mais Saúde** reconhece a relevância do comprometimento com o meio ambiente e responsabilidade social. Neste sentido, atua incentivando a prática sustentável, minimizando impactos negativos e contribuindo para o bem-estar da sociedade e do meio ambiente. Para tanto, as seguintes condutas serão inegociáveis:

- ✓ Garantir que todas as práticas e operações estejam alinhadas aos princípios dos direitos humanos, respeitando a diversidade, a igualdade e a dignidade de todas as pessoas.
- ✓ Adotar práticas éticas, com transparência, honestidade, em conformidade com as legislações, normativas e regulamentos, combatendo a corrupção e respeitando a concorrência justa.
- ✓ Priorizar a saúde e a segurança dos colaboradores, usuários e comunidade, implementando medidas de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.
- ✓ Integrar a sustentabilidade em todas as áreas de atuação, considerando os impactos ambientais de produtos, serviços e processos, buscando soluções e melhorias sustentáveis, sucessivamente.

- ✓ Promover a eficiência no uso de recursos naturais, como água, energia e matéria-prima, reduzindo o consumo e adotando práticas de reciclagem e reutilização e, ainda, assegurar o tratamento adequado dos descartes realizados.
- ✓ Implementar medidas para reduzir as emissões de gases de efeito estufa, poluição do ar, da água e do solo, minimizando o impacto ambiental das operações.
- ✓ Promover a educação ambiental e a conscientização entre colaboradores, usuários e comunidade, incentivando a adoção de práticas sustentáveis, objetivando a proteção ao meio ambiente.

Através do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e Sustentabilidade, o **Instituto Social Mais Saúde** se compromete a utilizar de forma responsável os recursos ambientais, evitando desperdícios e prevenindo impactos ambientais negativos decorrentes de suas atividades.

Gestão da Informação e Proteção de Dados

O **Instituto Social Mais Saúde** reconhece a importância da confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações e está comprometido em proteger os dados de usuários, colaboradores e fornecedores.

Todos possuem o dever de tratar as informações de forma confidencial com o mais alto grau de sigilo. Isso inclui dados pessoais, segredos comerciais, estratégias de negócios, informações financeiras e/ou qualquer outra informação considerada sensível.

É estritamente proibido comprometer a confidencialidade das informações, assim como utilizar de maneira imprópria ou prejudicar a integridade dessas informações. Todas as informações produzidas pelos colaboradores, bem como aquelas relacionadas aos pacientes e/ou usuários, sejam obtidas diretamente do interessado ou por outros meios, são consideradas confidenciais e devem ser tratadas como tal.

O **Instituto Social Mais Saúde** implementa medidas técnicas e organizacionais visando proteger os dados pessoais de titulares (usuários, colaboradores e fornecedores, entre outros) contra a destruição – acidental ou ilícita –, a perda, a alteração, a comunicação ou difusão, ou o acesso não autorizado, além de garantir que o ambiente (seja ele físico ou tecnológico) utilizado pelo **Instituto Social Mais Saúde** para o tratamento de dados pessoais seja estruturado de forma a atender os requisitos de segurança, aos padrões de boas práticas e de governança e aos princípios gerais previstos na lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD), e demais normas regulamentares aplicáveis.

Assim, caso participe de algum projeto ou atividade que realiza o tratamento de dados pessoais que estão

sob nossa responsabilidade, seja na condição de colaborador ou fornecedor, você possui o grande compromisso na aplicação e no monitoramento dos controles de segurança definidos. Sendo expressamente proibido utilizar essas

informações para fins diferentes daqueles aos quais se destinam e estejam autorizados.

Neste contexto, vale destacar alguns princípios que devem pautar as nossas atividades que envolvem dados pessoais:

- ✓ Seja proativo e não reativo; atue de modo preventivo, não corretivo;
- ✓ A privacidade do titular dos dados pessoais deve ser respeitada a todo o momento no exercício de suas atividades ou na criação de um novo produto ou serviço;
- ✓ Fica vedada a reprodução e/ou compartilhamento de dados pessoais a terceiros. Entenda como exemplos: tirar cópias impressas ou através de fotos de telas de computadores com transmissão nas redes sociais (por exemplo, WhatsApp);
- ✓ Assegure que as partes envolvidas no tratamento de dados pessoais (outros departamentos, parceiros, fornecedores) realizem suas atividades de modo adequado, observando as Políticas, Normas e

Procedimentos do **Instituto Social Mais Saúde** voltados à proteção de dados pessoais, e que entendam claramente quais são os objetivos do tratamento.

Com referidas medidas, o **Instituto Social Mais Saúde** reafirma seu compromisso de cumprimento da LGPD, contribuindo para o fortalecimento da proteção da privacidade do titular de dados pessoais; a liberdade de expressão, de informação, de opinião e de comunicação; a inviolabilidade da intimidade, da honra e da imagem e o desenvolvimento econômico e tecnológico.

Tecnologia da Informação (TI)

Fica estabelecido que o uso dos equipamentos e serviços de tecnologia de informação fornecidos pelo Instituto Social Mais Saúde devem ser exclusivamente para fins de trabalho.

Dessa forma, é importante ressaltar que o conteúdo e as informações contidas nesses equipamentos e serviços, incluindo e-mails, podem ser acessados pela equipe especializada responsável pelo Compliance ou por terceiros contratados para apurações de violações a este Código de Integridade ou de outras normativas do Instituto Social Mais Saúde.

É estritamente proibido que os colaboradores utilizem os equipamentos e recursos fornecidos no ambiente de trabalho para acessar sites inadequados e/ou instalar softwares sem autorização.

O Instituto Social Mais Saúde esclarece ainda que é vedado o compartilhamento de senhas de acessos de e-mails e sistemas entre os colaboradores. Senhas são de uso pessoal e intransferíveis.

A fim de manter a integridade e segurança dos nossos sistemas, é fundamental que todos os colaboradores cumpram rigorosamente essas diretrizes.

Internet e Mídias Digitais

A mídia digital desempenha um papel importante em nossos hábitos de trabalho. Nesse sentido, é válido pontuar que o uso adequado desses meios é fundamental para garantir

a segurança das informações e preservar a reputação do Instituto, considerando que o seu mau uso pode acarretar danos à imagem e reputação institucional.

Lembre-se que o uso adequado das mídias digitais é de responsabilidade de todos. Seguindo essas diretrizes, você ajudará a proteger os interesses do Instituto Social Mais Saúde e a manter um ambiente online seguro e profissional.

As declarações à imprensa devem ser realizadas apenas por pessoas autorizadas, sendo previamente submetidas à aprovação da Diretoria Executiva.

Exemplos de condutas desejadas:

- 1** Zelar pela imagem do **Instituto Social Mais Saúde**.
- 2** Divulgar ou compartilhar postagens realizadas pelo canal oficial do **Instituto Social Mais Saúde**.

Exemplos de condutas não toleradas:

- 1** Manifestar opiniões pessoais nas redes sociais em nome do **Instituto Social Mais Saúde**.
- 2** Divulgar ou compartilhar informações internas, imagens e vídeos que não tenham sido divulgadas nos canais oficiais do **Instituto Social Mais Saúde**.

Propriedade Intelectual

A propriedade intelectual desempenha um papel fundamental na proteção dos direitos dos criadores e no incentivo à inovação.

A propriedade intelectual do **Instituto Social Mais Saúde** refere-se ao direito de proteger ideias e criações desenvolvidas internamente ou em parceria e inclui, mas não se limita a, marcas registradas, patentes e direitos autorais. O mesmo critério se aplica para a propriedade intelectual de terceiros.

Controles Internos e Procedimentos Contábeis

Controles internos e procedimentos contábeis desempenham um papel fundamental na transparência e conformidade financeira do **Instituto Social Mais Saúde**. Eles garantem a precisão e confiabilidade das informações, além de prevenir fraudes.

O **Instituto Social Mais Saúde** adota políticas e procedimentos contábeis consistentes em toda a organização para garantir a uniformidade e a comparabilidade das informações financeiras.

Os registros contábeis e financeiros devem ser feitos de forma sistêmica, completa e precisa, garantindo que estes reflitam adequadamente nas demonstrações financeiras, observando rigorosamente a legislação e as normas regulamentadoras aplicáveis.

O **Instituto Social Mais Saúde** se compromete, ainda, a realizar periodicamente a contabilização e avaliação de estoques e ativos fixos. Em caso de destruição de registros ou documentos, respeitará os prazos legais.

O **Instituto Social Mais Saúde** e seus profissionais devem cooperar, sem restrições, com auditorias internas e externas.

Brindes e Gratificações

O recebimento ou pagamento de brindes e gratificações deve ser sempre evitado.

O **Instituto Social Mais Saúde** não incentiva, mas compreende que a oferta de brindes ou gratificações são práticas comuns em muitas organizações como forma de reconhecimento, motivação e agradecimento aos colaboradores, fornecedores e prestadores de serviços e outras partes interessadas (com exceção dos pacientes, usuários SUS (Sistema Único de Saúde), acompanhantes e visitantes).

No entanto, é importante estabelecer diretrizes claras e éticas para o uso dessas práticas, a fim de evitar conflitos de interesse, contrapartida, influência indevida ou comprometimento da imparcialidade.

O recebimento não pode gerar qualquer tipo de contrapartida, vantagens indevidas ou benefícios para quem nos concedeu ou para aqueles que estão vinculados a eles, evitando assim situações de conflitos, motivo pelo qual, o aceite dependerá de parecer do *Compliance*.

Além disso, em caso de recebimento, não poderá exceder o valor de R\$ 100,00 (cem reais).

É vedado o recebimento de valores em espécie.

Na hipótese de o brinde ser de valor superior a R\$ 100,00 (cem reais), o presenteado deverá entregar ao Compliance do **Instituto Social Mais Saúde**, para que seja sorteado entre todos os colaboradores do Instituto.

Também é vedada a oferta ou fornecimento de viagens e hospitalidade, bem como convites para eventos, exceto em casos que estejam diretamente relacionados aos objetivos do **Instituto Social Mais Saúde**. Nestes casos, deverá ser submetido à análise do Compliance para posteriormente ser submetido ao Comitê de Ética.

É vedado, ainda, o recebimento de dinheiro, em qualquer quantia, brindes, e lembranças ofertados por pacientes/usuários ou acompanhantes a título de agradecimento ou outros motivos.

Ao seguir essas diretrizes, a organização pode garantir que o uso de brindes e gratificações seja realizado de maneira justa, ética, transparente e alinhada aos valores e objetivos do **Instituto Social Mais Saúde**. Isso fortalece a confiança das partes interessadas e contribui para a construção de relacionamentos sólidos e duradouros.

Doações, Patrocínios e Parcerias

As doações, patrocínios e parcerias devem ser devidamente documentados e registrados, estando disponíveis para prestação de contas a qualquer momento.

As doações recebidas pelo **Instituto Social Mais Saúde**, independente da sua finalidade, não devem ser em hipótese alguma atreladas a qualquer contrapartida ou vantagem indevida.

O **Instituto Social Mais Saúde** será transparente em relação às doações que recebe, divulgando publicamente informações sobre a origem, o valor e o uso das doações. Nestes casos, é obrigatório realizar o registro adequado, para fins contábeis.

Os patrocínios e parcerias não devem ser utilizados como meio para obtenção de vantagens indevidas, seja para o alcance de benefícios do **Instituto Social Mais Saúde** ou indivíduos envolvidos no processo. Caso haja contrapartidas, estas deverão estar explícitas no contrato a ser formalizado entre as partes.

Todos os procedimentos devem ser documentados e acompanhados de prestação de contas, fornecendo relatórios regulares e transparentes aos doadores, patrocinadores ou parceiros.

O recebimento de doações, patrocínios e parcerias sem anuência prévia do Compliance e Departamento Jurídico, constituirá em violação aos termos deste Código.

Conflito de Interesses

Conflito de interesses é toda situação em que um indivíduo se utiliza do seu cargo ou posição para obter vantagem indevida, direta ou indireta, para si ou outrem.

Uma forte característica do conflito é quando uma pessoa ou organização se encontra em uma posição em que seus interesses pessoais ou benefícios podem influenciar suas ações ou decisões em detrimento dos interesses da organização, dos clientes, dos pacientes ou de outras partes envolvidas.

É crucial reconhecer, divulgar e gerenciar adequadamente essas situações para evitar que influenciem negativamente as decisões e prejudiquem a integridade e a confiança nas instituições e nas relações comerciais.

Conflito de interesses pode ocorrer quando há qualquer vínculo afetivo ou familiar com terceiros ou partes relacionadas da empresa, bem como participação societária ou acionária. É importante comunicar ao gestor e à equipe de Compliance sobre essas situações, bem como qualquer outra hipótese de possível conflito de interesses.

Fornecedores, Prestadores de Serviços e Terceiros

O relacionamento com os fornecedores, prestadores de serviços e terceiros será estritamente profissional, baseado na transparência e na ética, priorizando a competência técnica e a qualificação, buscando obter o melhor custo-benefício e segurança assistencial possível.

Como parceiros no desenvolvimento do Instituto Social Mais Saúde, estabelecemos com nossos fornecedores um

compromisso mútuo para a construção contínua de interesses comuns que fortaleçam nossas práticas comerciais e busquem a excelência de nossos serviços, com o objetivo de alcançar a maior eficiência possível.

Os fornecedores e prestadores de serviços do Instituto Social Mais Saúde devem estar alinhados com o presente Código de Integridade, agindo em conformidade com as normas do setor de saúde, segurança e ambiente de trabalho, além de respeitar a privacidade, dignidade e tratamento de informações confidenciais.

Todos os termos do contrato devem ser explícitos, documentados por escrito, claros para ambas as partes e em conformidade com a legislação aplicável e as práticas justas de mercado. Os contratos devem estar alinhados com as diretrizes deste Código de Integridade.

Os processos de compras devem seguir os critérios estabelecidos na política aplicável e nos fluxos das áreas competentes, em conformidade com as leis de concorrência. O Instituto Social

Mais Saúde garante oportunidades transparentes e igualitárias aos fornecedores e prestadores de serviços, sempre levando em consideração critérios técnicos e econômicos sustentáveis.

Relacionamento com os Pacientes

Nosso principal objetivo é fornecer atendimento e serviços de saúde de qualidade aos nossos pacientes e/ou usuários,

ofertando instalações adequadas e humanização no atendimento.

Para alcançar esse objetivo, contamos com equipes altamente capacitadas, prontas para atender às necessidades dos pacientes e/ou usuários e oferecer serviços de saúde baseados nos mais altos padrões de qualidade. Buscamos alinhar o atendimento de qualidade com o cuidado, carinho, dedicação e respeito, intensificando o caráter humano de nossos serviços, assegurando o bem-estar e a satisfação.

Todas as informações dos pacientes são tratadas de forma adequada e com o total sigilo, garantindo a confidencialidade e a privacidade de cada indivíduo.

Estamos comprometidos em oferecer um ambiente de atendimento seguro, respeitoso, acolhedor e de qualidade, onde os pacientes/usuários possam receber os cuidados necessários para sua saúde e bem-estar.

Todos os profissionais e colaboradores deverão evitar condutas que possam causar constrangimento aos pacientes.

Relacionamento com o Poder Público

O relacionamento com o Poder Público, assim como com os seus agentes ou representantes, será pautado pelos princípios da legalidade, ética, integridade e transparência. Esses princípios estão presentes neste Código de Integridade, que proíbe atos de corrupção e regulamentam condutas em consonância com essa preocupação. Além disso, observamos as disposições normativas aplicáveis às organizações sociais.

Todos os colaboradores devem rejeitar qualquer forma de corrupção, solicitação ou aceite de propinas ou subornos

por parte de agentes públicos. Da mesma forma, não devem oferecer benefícios, privilégios ou vantagens, direta ou indiretamente, que possam influenciar decisões favoráveis ao Instituto.

Espera-se a mesma conduta ética por parte dos fornecedores, prestadores de serviços ou parceiros de negócios que representem o Instituto Social Mais Saúde no relacionamento com entes públicos.

O Instituto Social Mais Saúde não interfere na opinião política das pessoas e não realiza contribuições, doações ou apoio de qualquer natureza a partidos políticos, representantes políticos,

militantes políticos ou candidatos a cargos públicos. Isso inclui lazer, transporte, locação, presentes e brindes.

Os colaboradores têm o direito de participar de atividades políticas em caráter estritamente pessoal, e não como seus representantes. Essas atividades não devem entrar em conflito com o horário de trabalho. Além disso, é proibida qualquer forma de propaganda política nas dependências do Instituto Social Mais Saúde.

Como forma de boas práticas, recomendamos:

- ✓ Qualquer reunião com agente público (exceto fiscalização), é necessário enviar um convite e estabelecer uma agenda previamente definida e comunicada. É recomendado documentar todos os encontros por meio de um pedido formal de agendamento, incluindo pauta, motivação para a reunião e os nomes dos representantes previstos para o encontro.
- ✓ As reuniões com agentes públicos devem ser documentadas em atas que identifiquem todos os participantes (agentes públicos, representantes da organização e terceiros, se houver) e forneçam detalhes sobre os assuntos tratados, decisões tomadas e etapas de ações identificadas. Quando não forem realizadas atas formais, é recomendado que seja produzida uma ata com base nos relatos dos participantes e encaminhada para a outra parte via e-mail.
- ✓ É recomendável que haja mais de um representante do Instituto em reuniões e/ou em qualquer tipo de interação com o ente público e os seus representantes.
- ✓ Garantir que não haja conflitos de interesses entre os participantes nas interações.
- ✓ O **Instituto Social Mais Saúde** e os seus representantes devem garantir que as informações recebidas de agentes públicos sejam utilizadas apenas para os fins para os quais foram reveladas.

Práticas de Corrupção e Suborno

O Instituto Social Mais Saúde repudia qualquer forma de corrupção, seja contra a administração pública nacional ou estrangeira, fornecedores, usuários e/ou pacientes, prestadores ou outros. Considera-se ato de corrupção ou suborno o recebimento, oferecimento ou promessa de

vantagem em troca de oportunidades que não existiriam sem essa prática, mesmo que a vantagem ou oportunidade não se concretize ou não se obtenha o resultado desejado.

Os profissionais, colaboradores e prestadores de serviços do Instituto Social Mais Saúde devem considerar como potencial ato de corrupção tanto as práticas direcionadas à

administração pública quanto aquelas relacionadas a pacientes e/ou usuários, fornecedores, clientes ou outros parceiros. A constatação dessa infração sujeitará os envolvidos às sanções previstas neste Código de Integridade, além de possíveis ações penais, cíveis e administrativas.

É importante ressaltar que a administração pública engloba todos os órgãos e agentes das esferas municipal, estadual e federal, bem como empresas públicas e autarquias, tanto no Brasil quanto em outros países.

Nenhum colaborador deve ceder a solicitações de pagamento para agilizar procedimentos com a administração pública. Caso se deparem com essa situação, os colaboradores devem negar a prática e informar o ocorrido por meio do Canal de Denúncias do Instituto Social Mais Saúde, a fim de que as medidas adequadas sejam tomadas.

Além das disposições deste Código de Integridade, o Instituto Social Mais Saúde segue as diretrizes da legislação anticorrupção, também conhecida como lei 12.846/13, assim como as diretrizes adotadas para o combate à corrupção.

Cumprimento do Nosso Código

A

Gestão do Código

O Código de Integridade é de interesse de todas as partes interessadas do **Instituto Social Mais Saúde**, considerando que é um dever a sua observância nos processos e interações.

A gestão do Código de Integridade será de responsabilidade do Compliance do **Instituto Social Mais Saúde**, o qual providenciará sempre que necessário as atualizações devidas, em conformidade com as boas práticas de integridade em consonância com as atividades finalísticas do Instituto e ainda, com as divulgações e treinamentos das alterações realizadas.

B

Conscientização

A conscientização do Código de Integridade requer um esforço contínuo e abrangente, envolvendo todos os níveis hierárquicos do Instituto Social Mais Saúde. Ao promover uma cultura ética e sólida, a organização assegurará que todos os membros compreendam e se comprometam com os princípios éticos estabelecidos, promovendo a

integridade e a confiança em todas as atividades desenvolvidas. Assim, a conscientização será feita por meio de:

- ✓ Treinamentos e *workshops* regulares aos colaboradores e terceiros, para que estejam cientes das diretrizes e expectativas éticas da organização. Esses treinamentos abordarão os conteúdos expressos no presente Código de Integridade, bem como em outras políticas e manuais de *compliance* e áreas de interesses. Além disso, os treinamentos abrangerão as medidas preventivas e

os procedimentos que devem ser adotados diante de qualquer risco ou suspeita de ato desonesto. O objetivo é garantir que todos estejam plenamente informados e preparados para agir de forma ética e em conformidade com as diretrizes estabelecidas. O treinamento é uma ferramenta essencial para promover uma cultura ética e de conformidade em uma organização. Ele ajuda a criar uma compreensão comum das expectativas, fornecendo

orientação e apoio para agir de acordo com os padrões de integridade e ética.

- ✓ Comunicação contínua por meio de boletins informativos, murais, intranet ou e-mails periódicos, destacando aspectos específicos do Código de Integridade, reforçando sua importância e fornecendo lembretes sobre as diretrizes éticas.

C

Reporte das Violações

É responsabilidade de todos que se relacionam com o instituto comunicar imediatamente qualquer situação que possivelmente possa violar o nosso Código de Integridade. O descumprimento de condutas ou atividades contrárias ao estabelecido neste Código de Integridade por colaboradores ou terceiros deve ser comunicado à por meio do canal de denúncia. As informações serão tratadas como sigilosas para preservar a identidade do autor da denúncia.

Se você tiver conhecimento, vivenciar ou suspeitar de algo, não hesite em nos informar, através do Canal de Denúncias, disponível no website <https://canal.ouvidordigital.com.br/isms>

O Canal de Denúncias é o principal meio de comunicação para relatar desvios que violem as diretrizes do Programa de Ética e *Compliance*, leis, regulamentos e políticas internas. Para assegurar imparcialidade e confidencialidade no tratamento dos casos, o **Instituto Social Mais Saúde** conta com o suporte

de uma empresa especializada e independente no recebimento dos relatos. Essa abordagem visa garantir a integridade do processo de apuração. Estamos comprometidos em promover uma cultura de ética e transparência em nossa instituição.

Dessa forma, todos nós trabalhamos juntos para proteger e cumprir os princípios éticos do Instituto Social Mais Saúde.

O Instituto Social Mais Saúde não tolera qualquer forma de retaliação contra indivíduos que, de boa-fé, denunciem violações ou possíveis violações através do canal disponibilizado. O Instituto Social Mais Saúde acredita na importância de encorajar e proteger aqueles que agem com integridade e coragem ao fazer tais relatos.

O **Instituto Social Mais Saúde** está comprometido em criar um ambiente seguro e confiável para todos.

ATENÇÃO: Além do canal de denúncias, o Instituto Social Mais Saúde disponibiliza outros meios de comunicação para diversas finalidades, conforme listados abaixo:

Ouvidoria: canal destinado para intermediar as relações, receber sugestões, elogios, reclamações

e demais manifestações, visando a melhoria contínua dos serviços prestados, através do website: <https://www.institutomaissaude.org.br/ouvidoria>

Departamento Pessoal: Destinado aos colaboradores do **Instituto Social Mais Saúde**

para assuntos relacionados a folha de pagamento, desenvolvimento profissional, entre outros.

Departamento de Compras Corporativo: Para fornecedores abordarem questões relacionadas a

compras e suprimentos.

O **Instituto Social Mais Saúde** está à disposição em diversos canais para atender às diferentes necessidades de comunicação com a instituição.

D

Apuração e Penalidades

As ações de apuração de violações ou potenciais violações a este Código de Integridade seguirão procedimentos próprios.

A área de Compliance realizará apurações sempre que houver relatos ou detecção de qualquer violação ao presente Código de Integridade, bem como à legislação brasileira anticorrupção. As apurações serão conduzidas de maneira confidencial, respeitando a intimidade e a privacidade dos envolvidos. Além disso, serão observados os princípios de ampla defesa e contraditório.

Durante a realização da apuração e de quaisquer ações de acompanhamento, serão levadas em consideração as disposições legais aplicáveis, a segurança, o risco de calúnia ou difamação, a proteção da pessoa que fez o relato e de outros envolvidos ou mencionados.

Quando uma transgressão ao Código de Integridade for identificada, serão aplicadas medidas disciplinares e contratuais, trabalhistas, cíveis e até penais, dependendo da gravidade do desvio de conduta. Isso serve para garantir que todos sejam responsabilizados pelas suas ações e para manter a integridade e a ética em nossa organização. O Instituto Social Mais Saúde está comprometido em agir de forma justa e proporcionar um ambiente de trabalho seguro e ético para todos.

O Código de Integridade é como um mapa que nos guia para agir corretamente. Ele pode ser encontrado em vários lugares, dentro e fora do Instituto Social Mais Saúde.

Todos, sem exceção, devem assinar o Termo de Adesão ao Código de Integridade, com o compromisso de seguir as regras e valores éticos. Juntos, vamos construir um ambiente saudável e justo!

Nossos canais oficiais

www.institutomaissaude.org.br



@institutosocialmaissaude

3.5.2. Proposta para registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.

A gestão eficiente de pessoas é um dos pilares da qualidade assistencial e da sustentabilidade dos serviços de saúde. O Instituto Social Mais Saúde (ISMS), alinhado às diretrizes da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), à Portaria nº 1.510/2009 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), apresenta sua proposta técnica para o registro e controle de pessoal, bem como para a organização das escalas de trabalho nas unidades sob sua gestão.

A proposta do **Instituto social Mais Saúde (ISMS)**, contempla a implantação de um sistema robusto e integrado de **controle de ponto eletrônico com autenticação biométrica**, associado a procedimentos operacionais padronizados e formulários específicos para o tratamento de ocorrências de frequência. Este modelo visa garantir:

- **Conformidade legal e segurança jurídica;**
- **Transparência na gestão da jornada de trabalho;**
- **Eficiência na apuração da folha de pagamento;**
- **Redução de custos com horas extras e absenteísmo;**
- **Melhoria da satisfação dos colaboradores por meio de escalas justas e previsíveis.**

As **escalas de trabalho mensais** são elaboradas pelas chefias imediatas, com antecedência mínima de 15 dias, respeitando os limites legais e as necessidades assistenciais da unidade. O modelo permite a gestão de diferentes jornadas (6x1, 12x36, 220h mensais, entre outras), com regras claras para intervalos, folgas, trocas de plantão e compensações, assegurando a continuidade dos serviços e a valorização dos profissionais.

O ISMS também apresenta o **Formulário de Ocorrência de Ponto**, utilizado para registrar e justificar situações como faltas legais, atrasos, horas extras, serviços externos, esquecimentos de marcação, entre outros. Este instrumento é parte de um fluxo institucional que envolve gestores, departamento pessoal e diretoria, promovendo controle, rastreabilidade e padronização dos processos.

Com cronograma de implantação definido, capacitação das equipes e monitoramento contínuo, esta proposta reforça o compromisso do Instituto Social Mais Saúde com a excelência na gestão de pessoas, contribuindo diretamente para a qualidade da assistência e o cumprimento das metas pactuadas no Contrato de Gestão.

Proposta Para Registro E Controle De Pessoal E Modelo Para Escala De Trabalho

1. Objetivo:

Implementar um sistema de registro e controle de pessoal eficiente e escalas de trabalho padronizadas para atender às necessidades específicas da unidade hospitalar.

2. Executantes:

Departamento de Gestão de Pessoas.

3. Formulários Necessários:

- Formulário de Ocorrência de Ponto.

4. Materiais e Equipamentos:

- Software de Sistema e Ponto
- Aplicativos de Controle de Ponto
- Relógio de ponto eletrônico
- Ferramentas como Microsoft Office

5. Descrição do Procedimento:

5.1 – Definição

Implementar um sistema de relógio de ponto e escalas de trabalho eficiente e preciso para gerenciar a frequência e jornada de trabalho dos colaboradores da unidade hospitalar, garantindo a conformidade com as leis trabalhistas e a otimização da gestão de recursos humanos.

5.2 - Critérios e Requisitos

Registro e Controle – Ponto Eletrônico

O Hospital utilizará o ponto eletrônico conforme a Portaria 1.510 do MTE. Esta consiste basicamente em utilizar um aparelho e sistema de ponto eletrônico inviolável e homologado por este órgão, em que permite a emissão de comprovantes de registro de marcação do colaborador a cada registro realizado por ele. Caberá o colaborador registrar rigorosamente os seus horários – entrada, intervalos/intrajornada – saída - realizando o seu horário de trabalho de acordo com a escala mensal. A tolerância permitida será para a antecipação de horários, atrasos e saídas em até 10 minutos diários conforme previsto no artigo 58 da CLT.

O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer ao hospital deverá registrar os seus horários de entrada e saída,

bem como em casos de colaboradores que cumprirão horas extras, banco de horas as quais ocorrerão somente com a autorização prévia do responsável pelo setor/área mediante justificativa.



Escala De Trabalho

As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela chefia imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei. Elas serão entregues ao setor de Departamento de Gestão de Pessoas até o dia 15 de antecedência do mês de competência. Desta forma, o colaborador estará ciente e apondo a sua assinatura na escala de trabalho conhecendo os seus horários e folgas com pelo menos 15 dias de antecedência.

Somente em situações de extrema necessidade será permitida a troca de plantão (horário de trabalho ou dia de serviço) com outro colega. Para tanto, a troca de plantão deverá respeitar algumas regras. A primeira refere-se à troca de dias de serviço, a qual deverá ocorrer entre o dia 1º e o dia 30 do mês da troca, visando o melhor acompanhamento do colaborador e da chefia imediata e a realização de carga horária mensal. A segunda regra refere-se à solicitação de troca, a qual deverá ser realizada com a antecedência mínima de 72 horas e mediante formulário próprio para trocas de plantão, a qual deverá ser preenchida em todos os campos, justificada e assinada pelos dois colaboradores envolvidos. A terceira regra refere-se à validade da solicitação de troca que ocorrerá somente se autorizada pelo responsável do setor/área, o qual fará o encaminhamento ao setor de gestão de pessoas.

Em caso de falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.

Jornadas De Trabalho, Intervalo e Descanso Semanal

De acordo com a Constituição Federal de 1988, Art. 7º, a jornada de trabalho terá a duração máxima de oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, salvo quando houver a

compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo (contrato de trabalho) ou convenção coletiva.

No entanto, para qualquer trabalho contínuo, em que a duração exceda seis horas diárias, será obrigatório a realização do intervalo para o repouso ou alimentação. Os intervalos não serão computados na duração do trabalho (Art. 71), embora devam ser realizados dentro do horário contratual e registrados em relógio ponto, salvo orientação diferente constante em Convenção Coletiva. Desta forma, é obrigatório a realização de intervalos, conforme descrição abaixo:

JORNADA TRABALHO	DE	MENSAL	JORNADA DE TRABALHO DIÁRIA DURAÇÃO DO INTERVALO
150 horas		6 horas	15 minutos
180 horas		6 horas	15 minutos
180 horas		12 horas	1 hora
220 horas		8 ou 9 horas	De 01 até 2 horas*

*A duração de intervalo será definida de acordo com o contrato e escala de trabalho.

Atenção: Se ultrapassada a jornada de 6 horas de trabalho, deverá ser realizado o intervalo de 1 hora.

O colaborador poderá utilizar o refeitório, conforme o horário definido em escala de trabalho e horários de refeição.

Lanche da manhã de __:00 às __:00

Almoço de __:00 às __:00

Lanche da tarde de __:00 às __:00

Jantar de __:00 às __:00

Para as Jornadas de trabalho realizadas no _____, o descanso semanal (folga), compreendido como o período que se inicia quando o colaborador efetivamente cessa o seu trabalho será concedido após seis dias consecutivos de trabalho e conforme descrição abaixo:

JORNADA DE TRABALHO	DE MENSAL	JORNADA DE TRABALHO DIÁRIA
150 horas	6 horas	48 horas (ex. sáb. e dom.)
180 horas	6 horas	24 horas (conforme escala)
180 horas	12 horas	36 horas
220 horas	8 horas (se a sex) e 4 horas (Sab)	36 horas (sab. parcial e dom)
220 horas	9 horas (seg. a quá.) e 8 horas (sex)	48 horas (sab. e dom)

Para a jornada 12x36, fica definido que a mesma deverá ocorrer das 07:00 às 19:00 ou das 19:00 às 07:00, sendo 12 horas trabalhadas para 36 horas de descanso.

MODELO DE ESCALA:

ESCALA MENSAL DE TRABALHO																																						
SETOR: CENTRO CIRÚRGICO					PERÍODO VÁLIDO: 21 OUTUBRO A 20 DE NOVEMBRO DE 2025																																	
MAT.	NOME	FUNÇÃO	Nº DE REGISTRO	HORÁRIO	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	ASSINATURA		
TÉCNICOS					T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q			
3720		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	89988	07h AS 17h																																		
4311		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	2.205.559	07h AS 17h	M1	M1	M1	M2	F	P	M1	M1	M1	M2	F	P	M1	M1	M1	M2	F	P	M1	M1	M1	M2	F	P	M1	M1	M1	M2	F	P	M1	M1	M1	F
MANHÃ-6H																																						
3062		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	163618	07h AS 13h	M	M	M	M	F	P	M	M	M	M	M	M	F	P	M	M	M	M	F	P	M	M	M	M	M	M	M	M	F	P	M	M	M	M
3629		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	887068	07h AS 13h	M	M	M	M	F	P	M	M	M	M	M	M	F	P	M	M	M	M	F	P	M	M	M	M	M	M	M	M	F	P	M	M	M	M
TARDE-6H																																						
3290		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	500303	13h AS 19h	T	T	T	T	F	P	T	T	T	T	T	T	F	P	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	
3116		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	510423	13h AS 19h	T	T	T	T	F	P	T	T	T	T	T	T	F	P	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	
NOTURNO 1 - 12H																																						
3650		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1540464	19 AS 07h	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	
3727		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1039240	19 AS 07h	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	
NOTURNO 2 - 12H																																						
3254		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	211973	19 AS 07h	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	
4319		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	001796287	19 AS 07h	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	
3896		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1789176	07h AS 13h																																		
3725		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	805509	19 AS 07h																																		
LICENÇA MATERNIDADE																																						
BENEFÍCIO INSS																																						
LÉGENDA					FÉRIADO																																	
1 = ISENTID DE PONTO					02/11 - FÉriado																																	
2 = DECANÇO					15/11 - Praticamente 4h 45 minutos																																	
F = FOLHA OBRIGATORIA					20/11 - Dia do Conduto Negro																																	
PR = FÉRIADO																																						
FE = FÉRIAS 1 - MESECLAR LINHA																																						
M1 (07:00 A 13:00)																																						
M2 (13:00 A 19:00)																																						
M3 (08:00 A 13:00)																																						
M4 (08:00 A 17:00)																																						
M5 (07:00 A 17:00)																																						
										COORDENADORA										GERENTE ASSISTENCIAL										ASSINATURA DO DP								

Procedimientos

- 1.1.** O período de apuração do ponto é de 21 a 20 de cada mês;
- 1.2.** O responsável pelo departamento pessoal, deverá importar diariamente os registros de ponto mecanizados pelos colaboradores por meio de relógio de ponto;
- 1.3.** Os comprovantes de ausências (atestados médicos e/ou comprovantes de abonos legais) deverão ser lançados pelo departamento pessoal.
- 1.4.** O responsável pelo departamento pessoal deverá auxiliar os gestores com possíveis dúvidas relacionadas ao sistema de ponto e prazos de encerramento do período de tratamento do ponto (de 21 a 20 de cada mês);
- 1.5.** O gestor da área deverá realizar o tratamento do ponto dos seus colaboradores semanalmente (erros de marcações/ausências/ Saídas antecipadas e horas extras);
- 1.6.** O gestor deverá enviar o relatório final até o dia 22 de cada mês;
- 1.7.** O responsável pelo departamento pessoal deverá importar os arquivos de encerramento do ponto para a folha de pagamento respeitando o cronograma de fechamento mensal da FOPAG, conforme dados apurados do controle de frequência e demais orientações da diretoria, geração das guias de recolhimento do INSS, IRRF, contribuição sindical e outras que sejam aplicáveis, envio das informações obrigatórias mensalmente tais como GFIP, emissão dos holerites de pagamento de salário, etc.
- 1.8.** O lançamento de horas extras em folha de pagamento só deverá ocorrer após aprovação por e-mail do gestor da unidade;
- 1.9.** O relatório de banco de horas de todos os profissionais deverá ser gerado mensalmente e encaminhado para a diretoria da unidade para a devida aprovação.
- 1.10.** O horário básico do Instituto Social Mais Saúde é das 8h às 18h, com intervalo de 60 (sessenta) minutos de almoço, exceto nos casos de jornada inferior a 8 (oito) horas, cujo intervalo deve ser fixado conforme legislação em vigor.
- 1.11.** Somente serão aceitas alterações esporádicas da jornada de trabalho, as quais deverão ser comunicadas, formalmente, ao Departamento de gestão de pessoas, com antecedência.

- 1.12. Toda alteração definitiva de jornada de trabalho deverá ser previamente analisada pelo Departamento de gestão de pessoas, quanto às disposições legais e aos procedimentos a serem adotados para sua efetivação.
- 1.13. De acordo com as características específicas de trabalho, em uma mesma área poderão ser definidos horários diferenciados, inclusive para intervalo de almoço, mediante aprovação prévia do Diretor da Área em conjunto com o Diretor Administrativo-Financeiro.
- 1.14. Para os funcionários alocados em áreas administrativas, deve ser dada preferência para horários fixos de trabalho.
- 1.15. Para os funcionários que executam atividades com escala de trabalho 6x1, os horários serão fixados mediante escala de revezamento.
- 1.16. O registro de frequência será diário, por meio eletrônico, com autenticação biométrica digital, e obrigatório a todos os funcionários nos horários determinados pelo Instituto Social Mais Saúde, inclusive naqueles destinados à refeição.
- 1.17. No caso de realização de serviços externos durante a jornada de trabalho, os horários de saída e retorno deverão ser registrados pelo funcionário.
- 1.18. A liberação do registro de frequência, quando houver justificativa, deverá ser autorizada pelo Diretor Administrativo-Financeiro.
- 1.19. Será tolerado um atraso máximo diário de dez minutos na entrada para o trabalho e no registro da frequência. Ultrapassado o limite de tolerância diária, os minutos/horas serão descontados automaticamente, salvo nos casos de ausência justificada.
- 1.20. É proibido o registro da frequência com antecedência superior a 14 minutos do início da jornada de trabalho e após 14 minutos do término da jornada, salvo nos casos de horas extraordinárias, devidamente autorizadas.
- 1.21. A critério da Diretoria do Instituto Social Mais Saúde, o expediente de trabalho poderá ser suspenso em dias ponte de feriado, exceto nas Áreas cujo funcionamento não possa sofrer interrupção, mediante compensação das horas de trabalho correspondentes, no limite de 02 (duas) horas diárias, em período previamente definido.
- 1.22. Não é permitido ao funcionário permanecer no local de trabalho, antes ou após seu horário normal de trabalho, sem a devida autorização.
- 1.23. A frequência será apurada mensalmente e os salários e demais vencimentos pagos com base no registro e cumprimento da jornada de trabalho.
- 1.24. As ocorrências na frequência dos funcionários estarão sujeitas à deliberação do respectivo Gestor de Departamento, implicando no apontamento ou no desconto da remuneração.
- 1.25. São consideradas faltas justificadas as ausências amparadas na CLT e em Convenção Coletiva de Trabalho.
- 1.26. São consideradas faltas injustificadas, aquelas que Gestor de Departamento, analisando os motivos apresentados pelo funcionário, considera as razões apresentadas insuficientes para justificar o seu não comparecimento ao trabalho, aplicando-se os descontos e/ou sanções disciplinares cabíveis, quando for o caso.
- 1.27. Quando o funcionário se ausentar do trabalho, por qualquer motivo, deverá informar ao seu Gestor de Departamento, se possível com antecedência, e apresentar, logo após o retorno, o respectivo documento comprobatório.
- 1.28. Todas as ocorrências de frequência que não forem autorizadas ou

justificadas, além dos respectivos descontos, estão sujeitas a aplicação das sanções cabíveis.

- 1.29. O trabalho em regime de horas extras somente deverá ser realizado em casos de extrema necessidade, excepcionalmente e com autorização formal e antecipada do Diretor da Área, a qual não poderá ser delegada, mediante emissão do formulário “Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras”.
- 1.30. O trabalho na folga e feriado é considerado Hora Extra, devendo tal prática ser restrita a situações de extrema excepcionalidade e devida aprovada pelo Diretor, devendo, nesses casos, ser emitido também o formulário “Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras”.
- 1.31. O pagamento das horas extras será efetuado conforme estabelecido na Convenção Coletiva de Trabalho.
- 1.32. A jornada diária de trabalho, incluídas as horas extras, não poderá ultrapassar a dez horas, salvo nos casos em situações de necessidade imperiosa, força maior e conclusão de serviços inadiáveis, devidamente autorizados pelo Diretor da Área.
- 1.33. É proibido o trabalho em regime de horas extras nos casos previstos na legislação vigente.
- 1.34. Os casos omissos serão decididos pelo Diretor da Área em conjunto com a Diretoria Administrativa e Financeira, prevalecendo, sempre, o estabelecido na legislação vigente.
- 1.35. **Funcionário**
 - 1.36. Registrar a frequência, diariamente, conforme mecanismos definidos pelo Instituto Social Mais Saúde, observando os critérios e requisitos estabelecidos neste Manual.
 - 1.37. Comunicar, de imediato, ao Gestor de Departamento, toda ocorrência de frequência, se possível com antecedência. Caso não seja possível comunicar a ausência ou falta, solicitar a um parente ou pessoa de sua confiança que o faça.
 - 1.38. Apresentar no retorno ao trabalho, quando de ausências ou faltas, o respectivo comprovante, quando houver.
 - 1.39. Providenciar para que os funcionários registrem a frequência corretamente.
 - 1.40. Receber dos funcionários e analisar os comprovantes de ausência ou falta no trabalho, dando o encaminhamento conforme “Tabela das Ocorrências no Registro da Frequência”.
 - 1.41. Receber, semanalmente, do Departamento de Gestão de Pessoas relatório contendo as ocorrências de frequências de seus funcionários, dar parecer, anexar os comprovantes, assinar e devolver, no máximo, no primeiro dia útil seguinte.
 - 1.42. Colher assinatura do funcionário, no caso de ausências injustificadas, registrando sua ciência do fato.
 - 1.43. Emitir, antecipadamente, o formulário “Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras, em uma via, colher a assinatura do funcionário, obter a aprovação do Diretor da Área.
 - 1.44. Encaminhar o formulário “Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras” ao Departamento de gestão de pessoas, até o primeiro dia útil

subsequente ao da realização.

- 1.45. Receber, mensalmente, do Departamento de gestão de pessoas, relatório com as quantidades de horas extras trabalhadas, para acompanhamento e controle.
- 1.46. Efetuar a apuração da frequência diária dos funcionários, por meio do sistema de controle eletrônico.
- 1.47. Encaminhar, semanalmente, aos Gestores, relatório apontando as ocorrências de frequência de seus funcionários, para análise e justificativas.
- 1.48. Receber dos Gestores os relatórios de frequência, com as devidas justificativas e comprovantes de ausência ou falta no trabalho, e proceder aos acertos apontados.
- 1.49. Receber dos Gestores as “Autorizações/Acordo para Realização de Horas Extras” devidamente aprovadas pelo Diretor e apurar as horas trabalhadas.
- 1.50. Efetuar o fechamento dos dados de frequência no final de cada mês e encaminhar para processamento da folha de pagamento.
- 1.51. Encaminhar, mensalmente, aos Gestores, relatórios com a quantidade de horas extras trabalhadas para acompanhamento e controle.
- 1.52. Organizar a documentação recebida e manter em pastas apropriadas, para futura fiscalização pelo Ministério do Trabalho.

PORTARIA

Adotar ações no sentido de garantir que todas as pessoas acessem as unidades do Instituto Social Mais Saúde o façam, obrigatoriamente por meio da utilização de crachá, bem como prestar esclarecimentos e orientações necessárias aos visitantes.

Anexo

- Tabela de Ocorrências de Frequência

Ocorrências	Documentos Exigidos	CrITÉRIOS
Nascimento de Filho	Certidão de Nascimento (1)	O funcionário poderá ausentar-se por até 05 (cinco) dias corridos, contados a partir da data do parto
Doação de Sangue	Comprovante do órgão	Falta de até 01 (um) dia, a cada 12 meses de trabalho, sendo esse controle de responsabilidade do respectivo Gestor. A ausência deverá coincidir com a data da doação.
Alistamento Eleitoral	Título de Eleitor ou Protocolo expedido pelo órgão competente	Falta de até 02 (dois) dias, consecutivos ou não, para alistamento, renovação ou transferência do Título de Eleitor.
Exercício Militar	Comprovante do órgão competente	O empregado alistado poderá ausentar-se do trabalho por força de exercício,

Ocorrências	Documentos Exigidos	Critérios
		manobra ou apresentação anual, em local e data definidos para esse fim.
Serviço de Júri	Comprovante do órgão competente	O empregado poderá ausentar-se ou faltar ao trabalho, em razão do comparecimento ou prestação de serviço junto ao Tribunal do Júri.
Comparecimento em Juízo	Comprovante do órgão competente	O empregado poderá ausentar-se, em decorrência de comparecimento em Juízo, como réu ou arrolado como testemunha.
Previdência Social	Comprovante do órgão competente	O empregado poderá ausentar-se, devido ao comparecimento, quando convocado, perante órgão da Previdência Social, para prestar depoimento.
Justiça Eleitoral	Comprovante do órgão competente	O empregado poderá faltar, em decorrência da prestação de serviço à Justiça Eleitoral, quando convocado.
Dirigentes Sindicais	-	Abono de faltas dos diretores efetivos e suplentes de um dia útil por mês, sendo o respectivo controle de responsabilidade do Gestor.
Licença para Prestação de Serviço Militar	Comprovante do órgão competente no qual o empregado prestará serviço, mencionando, no caso de Tiro de Guerra, o período e horário.(1)	Licença sem vencimentos, concedida ao empregado convocado para prestação de serviço militar, nos termos da legislação vigente.
Licença Maternidade	Atestado Médico (1)	Será concedido à empregada descanso de 120 dias, iniciando-se 4 semanas antes do parto. A empregada deve, mediante atestado médico, notificar o Instituto da data do início do afastamento do emprego, que poderá ocorrer entre o 28º (vigésimo oitavo) dia antes do parto e ocorrência desse.

Ocorrências	Documentos Exigidos	Crítérios
Licença para Mulheres Adotantes	Documentação do órgão competente. (1)	Será concedida licença maternidade a empregada que adotar judicialmente crianças licença remunerada, nos períodos definidos na legislação. A licença só será concedida mediante apresentação do termo judicial de guarda a adotante ou guardiã.
Licença Maternidade Especial	Atestado Médico (1)	Os períodos de repouso antes e depois do parto, poderão ser aumentados em mais duas semanas, cada um, mediante apresentação de atestado médico.
Parto Antecipado	Atestado Médico, relatando o motivo, e Certidão de Nascimento (1)	A empregada terá direito aos 120 dias de licença, a partir da data do parto.
Aborto não Criminoso	Atestado Médico (1)	A empregada terá direito a 2 (duas) semanas de Licença, mediante atestado médico.
Licença Amamentação	Solicitação da Empregada ao Instituto (1)	Para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a empregada terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um, podendo optar pela realização de uma hora no início ou no término da jornada. Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.
Exames laboratoriais ou tratamento médico odontológico	Atestado médico ou comprovante do laboratório	O empregado poderá ausentar-se pelo período do dia correspondente, desde que, comprovadamente, os procedimentos médicos não possam ser realizados fora da jornada de trabalho.
CIPAA	Convocação	O empregado terá remunerado o período de ausência correspondente, de acordo com o Estatuto da CIPAA.
Renovação da Carteira Nacional de Habilitação - CNH	Comprovante do DETRAN	Será justificado o período em que o empregado se ausentar, por motivo de renovação da CNH, desde que o seu cargo exija direção de veículo com frequência e habitualidade.

Ocorrências	Documentos Exigidos	Crítérios
Falecimento de Familiar	Certidão de Óbito	O funcionário poderá deixar de comparecer, sem prejuízo do salário, até 2 (dois) dias, nos casos de falecimento de cônjuge, ascendente, descendente, sogro ou sogra, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira profissional, viva sob sua dependência econômica.

Benefícios:

- Melhoria da Produtividade: otimização do tempo de trabalho e redução de desperdício.
- Redução de Custos: minimização de horas extras e redução de custos com absenteísmo.
- Melhoria da Satisfação dos Colaboradores: escalas de trabalho justas e transparentes.
- Conformidade com a Legislação: atendimento às exigências legais de registro e controle de pessoal.

6. Cronograma de Implantação

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO PROJETO			
Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
Elaboração das escalas de trabalho (criação de escalas, definição de turnos, aprovação)	Início das atividades	No 1º (primeiro) dia após a assinatura do Contrato de Gestão.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira/ Diretoria Assistencial
Análise das necessidades e planejamento (Levantamento de dados, definição de objetivos, elaboração do plano)	Início das atividades	Em até 2 (dois) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	Recursos Humanos – Diretoria Administrativa e financeira

Aquisição, instalação e testes do relógio de ponto	Início das atividades	Em até 5 (cinco) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	Recursos Humanos – Diretoria Administrativa e financeira
Cadastramento da biometria dos colaboradores nos relógios de ponto	Início das atividades	Em até 10 (dez) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	Recursos Humanos
Implementação do sistema e treinamento dos colaboradores	Início das atividades	Em até 10 (dez) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	Recursos Humanos
Acompanhamento, avaliação e ajustes	Início das atividades	Em até 45 (quarenta e cinco) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	Recursos Humanos

7. Referencias:

Fluxo Institucional de Registro e Controle de Ponto

8. Histórico de Revisões

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM
01	01/10/2025	Criação do documento.

Instrução De Trabalho - Gestão Do Processo De Ponto Eletrônico

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO			
	Gestão do Processo de Ponto Eletrônico			
	Código:	Versão:	Página: 2987 de 820	

1 – OBJETIVO

Realizar a gestão do ponto eletrônico de acordo com a legislação vigente, monitorando e auxiliando os setores no acompanhamento das tratativas dos seus colaboradores, minimizando impactos que possam interferir no processo de fechamento da folha de pagamento.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Relatório de Ocorrência de Ponto Eletrônico (----).

3 – DEFINIÇÕES E SIGLAS

DP - Departamento Pessoal;

SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho;

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho;

C.I - Comunicação Interna.

4 – SETORES APLICÁVEIS

Departamento Pessoal e todos os setores do hospital.

5- DESCRIÇÃO

5.1 – Os colaboradores admitidos no mês deverão comparecer ao DP no 1º dia de trabalho para realizar o cadastramento biométrico no relógio de ponto;

5.2 – Os gestores são responsáveis por elaborar as escalas de seu setor, incluindo corretamente a jornada de trabalho com os ciclos de horários, folgas e feriados de seus colaboradores;

5.3- As escalas deverão ser impressas em no mínimo duas vias e assinadas por todos os colaboradores, diretor da área e gestor do setor.

5.4- A escala de trabalho deverá ser entregue ao DP até o dia 15 de cada mês referente ao período que entrará em vigência: Ex. Até 15/01/2025 referente ao período do ponto de 21/01/2025 à 20/02/2025.

Nota¹: Serão entregues no mínimo duas vias das escalas de trabalho originais, onde uma será arquivada no DP e a outra devolvida ao setor para disponibilização para a equipe de trabalho;

Nota²: Se necessário a elaboração de escalas complementares deverá ser entregue mediante justificativa do motivo da alteração juntamente com as assinaturas do gestor e diretor da área e do colaborador em questão. A justificativa pode ocorrer através de C.I. ou movimentação de pessoal;

Nota³: Para a escala complementar referente a admissão, férias e retorno ao trabalho não será necessário a apresentação de justificativa no momento da entrega ao DP. Em caso de admissão, a escala do novo colaborador deve ser entregue ao DP em até 48 horas após a contratação;

5.5- Os setores deverão fazer a retirada das escalas de trabalho no DP em até 48 horas úteis após a data de entrega das mesmas para validação, as mesmas deverão ser disponibilizadas em local visível aos seus colaboradores do setor.

5.6 - É de responsabilidade do gestor realizar o acompanhamento referente as ausências, horas extras, banco de horas, marcações indevidas e esquecimento de marcações diariamente no ponto dos seus colaboradores.

5.7- É de responsabilidade do DP/SESMT realizar o lançamento no sistema de ponto os atestados médicos, abono de 1 (um) dia por ano para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica e abono de até 2 (dois) dias para acompanhar em consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira (legalmente comprovado no DP).

5.8 - É de responsabilidade do assistente de DP realizar o lançamento de justificativas no sistema de ponto mediante a apresentação dos abonos legais, como exemplo: comparecimento em juízo, licença amamentação, abono gerencial, treinamentos, serviço externo, licença paternidade, atestado de óbito familiar entre outros.

Nota⁴: Todas as justificativas de responsabilidade do DP no ponto, deverão ser entregues pelos setores imediatamente após o retorno do colaborador ao trabalho, nos casos de ausência por até três dias ou em casos superiores a três dias o colaborador precisa encaminhar o mais breve possível para o e-mail, para lançamento no sistema, evitando erros, descontos e atrasos no fechamento da folha de pagamento.

Nota⁵: Os documentos referentes à doação de sangue devem ser encaminhados diretamente ao Departamento Pessoal.

Nota⁶: Todas as ocorrências relacionadas ao esquecimento de ponto pelo colaborador deverão ser entregues ao DP em até 48 horas úteis após a data de esquecimento com as respectivas assinaturas conforme fluxo institucional. Nos casos em que a ocorrência do ponto cair em dia de fechamento (20), a justificativa deverá ser entregue imediatamente;

5.9 – Após o fechamento do período do ponto que ocorre no dia 20 de cada mês, os gestores deverão analisar se todas as pendências foram tratadas, devendo imprimir e coletar a assinatura dos funcionários nos cartões de ponto, entregando ao DP até o dia 25 de cada mês com a capa de identificação do setor e a listagem dos colaboradores por ordem alfabética.

Nota⁶: Só serão aceitos espelhos de pontos sem assinaturas, se os colaboradores se encontrarem de férias, afastados ou ausentes por atestado médico superior ao prazo estabelecido para entrega dos espelhos assinados, sendo que nos casos de atestados médicos o gestor deverá informar ao colaborador no retorno a procurar o DP para assinatura.

Nota⁷: O Departamento Pessoal será responsável por realizar todas as alterações necessárias nos registros do ponto eletrônico, conforme solicitações devidamente autorizadas.

5.10 - Após a entrega dos espelhos de ponto pelos setores, o DP irá separar os mesmos por ordem alfabética, realizando o processo de arquivamento conforme o fluxo setorial.

Nota⁸: O prazo para entregar as ocorrências de ponto (autorização de hora extra, compensação de banco de horas, não marcação de ponto e etc.,) devem ser entregues em até 48 horas do ocorrido e quando coincidir com a data de fechamento (20), deve ser entregue imediatamente.

Nota⁹: Todo o processo será realizado conforme preconiza a Lei nº 13.709/2018 Lei Geral de Proteção de Dados.

6- REFERÊNCIA

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho;

Portaria 1510/09 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

7- HISTÓRICO DE REVISÕES

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM
01	28/03/2023	Criação do documento.
02	29/01/2025	Revisão do documento de acordo com os novos fluxos institucionais.

Formulário – Departamento Pessoal Ocorrência De Ponto

FORMULÁRIO – DEPARTAMENTO PESSOAL		
OCORRÊNCIA DE PONTO		
Código: FO..DP.004	Versão: 007	Página: 2990 de 820

Colaborador: _____ Matrícula: _____

Função: _____ Departamento: _____

Período: ____ / ____ / ____ à ____ / ____ / ____.

Data de Emissão: ____ / ____ / ____.

OCORRÊNCIA				
(001)	Falta justificada legalmente/Abonar	Data(s):		
(002) Atrasos – Descontar do B.H				
(003)	Hora extra/A pagar	Data(s):	Turno(s):	Quant.de Horas:
(004)	Horas à Compensar	Data(s):	A compensar em:	
(005) Não registrou o ponto Data(s): Horário: às () Problema no relógio () Biometria () Esquecimento de Ponto				
(006)	Saída a serviço/ Serviço externo	Data(s):	Horário: às	
(007) Saída particular/Compensar				
(008)	Viagem a serviço (Saída/Retorno)	Data(s):		
Código: () OBSERVAÇÃO/JUSTIFICATIVA:				
Assinatura do Colaborador	Chefia Imediata	Gerência	Diretoria	

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE FORMULÁRIO – DEPARTAMENTO PESSOAL

Recebido em: ____ / ____ / ____ às ____ h ____ min. Por:

-----**PROTOCOLO DE ENTREGA DE FORMULÁRIO – DEPARTAMENTO PESSOAL**

Matrícula: ____ Colaborador:

Data da Ocorrência: ____ / ____ / ____

Recebido em: ____ / ____ / ____ às ____ h ____ min.

Por:

3.5.3. Apresentação de projeto em educação permanente com vistas à capacitação da equipe interdisciplinar das unidades.

A qualificação contínua dos profissionais de saúde é um dos pilares fundamentais para a excelência na assistência e para a consolidação de uma cultura organizacional voltada à inovação, humanização e segurança do paciente. Em consonância com a **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)** e com a **Portaria nº 1996/2007**, o Instituto Social Mais Saúde (ISMS) apresenta o **Projeto do Núcleo de Educação Permanente (NEP)** como proposta estruturante para a capacitação da equipe interdisciplinar das unidades sob sua gestão.

O NEP é concebido como um instrumento estratégico de desenvolvimento institucional, articulando ações formativas que respondem às necessidades emergentes dos serviços de saúde e promovem o protagonismo dos colaboradores. Complementarmente, o **Núcleo de Educação Assistencial (NEAS)** atua na operacionalização prática das capacitações, com foco na equipe assistencial, utilizando metodologias ativas, simulações realísticas e abordagens multiprofissionais.

A proposta elaborada para **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, contempla um conjunto de ferramentas e documentos que garantem a efetividade do processo educativo, incluindo:

- Manual de procedimentos do programa de treinamentos e desenvolvimento do núcleo de educação permanente
- Plano De Ação Nucleo De Educação Permanente -Lnt - Levantamento De Necessidade De Treinamento
- Treinamentos Projeto Núcleo De Educação Permanente
- Instrução De Trabalho – Nep Avaliação De Eficácia De Treinamento
- Instrução De Trabalho –Treinamentos Do Programa De Desenvolvimento Do Jovem Aprendiz
- Programa – Núcleo De Educação Permanente
- Projeto - Núcleo De Educação Permanente - O Guardião
- Manual O Guardião

A atuação integrada do NEP assegura que as ações educativas estejam alinhadas ao **Plano de Desenvolvimento de Competências (PDC)**, fortalecendo a gestão do cuidado e promovendo a melhoria contínua dos processos assistenciais. Dessa forma, o ISMS reafirma seu compromisso com a valorização dos profissionais, a qualificação técnica e a excelência na prestação de serviços à população.

3.5.3.1. Manual de procedimentos do programa de treinamentos e desenvolvimento do núcleo de educação permanente

I OBJETIVO

Estabelecer uma sistemática para as atividades de treinamento e desenvolvimento, visando levantar as necessidades e determinar as competências necessárias para que os colaboradores executem seus trabalhos de forma segura e eficiente, impactando positivamente a qualidade dos serviços, a assistência prestada aos pacientes, a preservação do meio ambiente, a segurança e a saúde ocupacional.

II DEFINIÇÕES E SIGLAS

FO – Formulário;

IT - Instrução de Trabalho;

IP - Interação de Processo;

LNT - Levantamento de Necessidades Treinamentos;

PAT - Planejamento Anual de Treinamentos;

NEP - Núcleo de Educação Permanente;

NEAS – Núcleo de Educação Assistencial;

NR – Norma Regulamentadora;

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada.

MAN – Manual;

RH – Recursos Humanos;

NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

TI – Tecnologia da Informação;

SESMT – Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho;

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;

SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário;

ISMS – Instituto Social Mais Saúde;

OBS – Observação.

IIIABRANGÊNCIA

Todas as unidades Geridas pelo ISMS.

IV PROCEDIMENTO

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO ASSISTENCIAL (NEAS)

O NEAS desdobramento do NEP, que foca nas atividades de capacitação assistencial, garantindo que os colaboradores envolvidos no cuidado direto aos pacientes adquiram as competências necessárias para prestar atendimento seguro, humanizado e de qualidade. Atua de forma integrada ao NEP, assegurando que os treinamentos assistenciais estejam alinhados às normas institucionais, protocolos clínicos, fluxos de trabalho e às melhores práticas da instituição, elaborando e aplicando treinamentos assistenciais práticos, incluindo protocolos, fluxos de cuidado, uso de equipamentos clínicos e procedimentos de segurança.

TIPOS DE TREINAMENTO

TREINAMENTO DE INTEGRAÇÃO: São aqueles que buscam ambientar e integrar os novos colaboradores e prestadores de serviço à empresa, tais como:

- **INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL:**

É a primeira parte do Treinamento de integração é ministrada pelo RH, NQSP, TI, SESMT, SCIH, SAU, Humanização e NEP, com temas como: História da empresa, produtos e serviços, benefícios, legislação trabalhista, código de conduta, aspectos da qualidade, entre outros.

- **INTEGRAÇÃO ASSISTENCIAL:**

Consiste no treinamento ofertado para os novos colaboradores assistenciais, com a finalidade de apresentar os protocolos e fluxos que impactarão na qualidade de atendimento aos usuários: instrução de trabalho de checagem de prescrição; protocolo de deterioração; plano terapêutico, fluxo da Comissão de Cuidados com a Pele; normas e diretrizes de regulação interna e externa; bom uso e manutenção de bomba de infusão; entre outros que permeiam as áreas assistenciais.

- **AMBIENTAÇÃO SETORIAL:**

É a segunda parte do treinamento e é ministrada pela chefia imediata, visando integrar e conscientizar o novo colaborador no seu ambiente de trabalho de maneira que possa assimilar as atividades a serem executadas no exercício de suas atividades e a importância de como elas contribuem para atingir os objetivos da empresa.

OBS: Todo treinamento deve ser registrado e repassado junto com relatórios, lista de presença, materiais e avaliações conforme IT (instrução de Trabalho) e IP (interação de processo) ao NEP, entregar até o dia 30 de cada mês para lançamento dos relatórios.

TREINAMENTO NA UNIDADE DE TRABALHO:

São aqueles realizados na empresa, no próprio ambiente de trabalho pela chefia imediata, (mas conhecido como treinamento interno), visando o treinamento na execução de tarefas (rotinas operacionais), conformes definidas pela instituição e instruções de trabalho (ITs). Nesta questão a área assistencial entra como um ponto essencial, o NEP, tendo na sua composição o NEAS, coordena a programação, registro e acompanhamento dos treinamentos, garantindo alinhamento pedagógico e institucional.

Estes treinamentos devem fazer parte da LNT, programado e realizado pelos responsáveis/facilitadores, de acordo com a necessidade, frente à documentação podendo ser:

- Aquisição, manutenção ou atualização de uso de novos equipamentos, quando necessário;
- Elaboração e/ou mudanças significativas de normas, procedimentos e/ou rotinas;
- Mudanças significativas na documentação;
- Contratação de novos colaboradores ou transferências internas;

Os procedimentos são considerados treinamentos na unidade de trabalho e deve obedecer rigidamente ao formulário padronizado, sem rasuras e devidamente assinados.

TREINAMENTOS NORMATIVOS:

São aqueles treinamentos que são sob forma de cumprimento de legislação, a qual sua realização é regida por norma regulamentadora o qual visa atender a competência/segurança patrimonial e pessoal:

Ex: NR 10, NR 32, NR 35, as RDCs.

TREINAMENTOS EXTERNOS:

São aqueles realizados fora das dependências da empresa ministrados por entidades externas, como: cursos, congressos, seminários, sempre sob aprovação prévia da diretoria através do formulário padronizado do NEP.

TREINAMENTO EXTRA -PAT:

Podem ocorrer necessidades imediatas de treinamento nas áreas, as quais serão consideradas como treinamentos Extra - PAT.

São aqueles realizados nas dependências da empresa ou fora dela, ministrados por entidades externas ou por facilitadores internos, cursos, congressos, seminários, sob aprovação prévia da diretoria através do formulário padronizado do NEP.

Para estas serão exigidos também o formulário de solicitação, os quais devem ser encaminhados ao NEP.

VISITA TÉCNICA EXTERNA:

São realizados em empresas do mesmo ramo de atividade ou afins, onde o colaborador irá aprender determinados procedimentos diferentes dos utilizados usualmente, onde é utilizado formulário padrão do NEP.

Os colaboradores que participarem de visitas técnicas em outras empresas, deve entregar ao NEP um relatório abordando os aspectos mais importantes da visita para serem arquivados no NEP.

VISITAS TÉCNICAS INTERNAS:

São aquelas onde a empresa recebe estudantes e profissionais para observação das atividades e rotinas praticadas.

ESTÁGIOS OBRIGATÓRIOS E NÃO OBRIGATÓRIOS.

A empresa também poderá receber estagiários com caráter de estágios obrigatórios e não obrigatório seguindo política institucional, pós-análise e aprovação de contratos firmados entre a instituição educacional, diretoria operacional e departamento jurídico da sede ISMS.

O estágio se aprovado deverá seguir a Lei de estágio;

LEI Nº 11.788, DE 25 DE SETEMBRO DE 2008.

Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nºs 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências.

LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTO –

LNT

Tomando como base às competências definidas e as necessidades setoriais/organizacionais (manual de descrição de cargos e demais manuais existentes), são levantadas as necessidades de treinamento. Utilizando de formulário próprio, o NEP, diretorias, gerências, coordenações e supervisões efetuam o levantamento das necessidades de treinamentos até meado do mês de dezembro do ano corrente, descrevendo genericamente, caso haja dificuldade apresentada no desempenho da função. Relacionam-se então as carências apresentadas, subdividindo-as em 3 itens:

- **Habilidades:** dizem respeito às características físicos e técnicos no desempenho das funções.

Ex: postura, manuseio de ferramentas, equipamentos, realização qualitativa de tarefas.

Conhecimentos: dizem respeito à instrução e domínio das funções.

Ex: produto, equipamento, sistema, especializações.

Atitudes: abordam fatores relacionados à tomada de decisões, lideranças, comprometimento e outros.

CONSOLIDAÇÃO DO LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTO.

Através dos dados coletados, são consolidadas as informações, classificando as carências apresentadas e adequando os treinamentos afins.

PLANEJAMENTO ANUAL DE TREINAMENTO - PAT.

Com base na consolidação do LNT o NEP deve elaborar o PAT – Planejamento Anual de Treinamento, até a data 31/12 de cada ano com cronograma de execução e orçamento previsto devendo ser submetido à aprovação da diretoria.

As etapas do PAT

são:

- Levantamento de necessidade de treinamento (programação e orçamento);
- Elaboração do PAT;
- Autorização da diretoria;
- Confirmação do treinamento junto às entidades envolvidas;
- Convocação dos participantes;
- Avaliação do treinamento (Resultado/eficácia e Reação).

Os treinamentos não inclusos no PAT deverão ser submetidos à avaliação da diretoria e sua realização deve ser registrada como evento não previsto no PAT.

Os eventos não realizados devem ser justificados pela área solicitante e/ou diretoria responsável.

CONSCIENTIZAÇÃO:

Ao ingressar na empresa o colaborador e prestador de serviço devem receber explanação em forma de processo pedagógico, os diálogos diários e palestras com a finalidade de promover um elevado grau de conscientização.

AVALIAÇÕES DE TREINAMENTO

É a etapa final do processo de treinamento, objetivando a eficácia e medição dos resultados obtidos, tendo como meta de eficácia a ser evidenciada nos registros a serem disponibilizados.

AVALIAÇÃO DE TREINAMENTO (REAÇÃO):

É realizado ao término do treinamento e preenchido pelo participante.

AVALIAÇÃO DE APRENDIZADO (PRÉ E PÓS TESTE):

Aplicada a determinados treinamentos onde se exige a prática do que foi abordado durante o curso, para um melhor aproveitamento das informações.

A abordagem teórica - prática conta com aplicação de testes pré e pós-treinamento realizada nos setores durante o horário de trabalho dos colaboradores.

AVALIAÇÃO DE TREINAMENTO (RESULTADOS/EFICÁCIA):

É aplicada após 60 ou 90 dias do término do treinamento, devendo ser preenchida pela chefia imediata do setor onde foi realizado o treinamento.

O Período não poderá ultrapassar 15 (quinze) dias para preenchimento pelo responsável da área solicitante e produção do relatório final da eficácia, sendo o NEP responsável por essa última etapa do processo.

TABELA DE GRAU DE EFICÁCIA DO TREINAMENTO.

Ótimo	Bom	Regular	Insatisfatório
9 a 10	7 a 8	5 a 6	0 a 4

Caso o resultado da avaliação esteja abaixo do grau de eficácia dos treinamentos (média abaixo ou igual a 6) o NEP deverá notificar a área solicitante do treinamento avaliado, sobre a ação corretiva ou plano de ação a ser realizado e fazer o registro.

META DE TREINAMENTO POR FUNCIONÁRIO/ANO.

O Núcleo de Educação Permanente é responsável pela coordenação de todos os treinamentos, ou outras ações consideradas de capacitação e desenvolvimento de pessoas realizadas na Instituição.

O Gestor (Coordenador, Supervisor ou Líder) de cada processo é co - responsável por gerar condições para que as ações sejam realizadas conforme o Plano Anual de Treinamento - PAT.

As metas devem ser traçadas conforme necessidades de cada setor em específico, seguindo as orientações institucionais, obedecendo ao PAT – Plano Anual de Treinamento. Segundo o planejamento estratégico da instituição a meta estabelecida para cada colaborador foi de 4 horas de horas homens mensais.

Meta de horas/homens

Estabelecida como meta institucional um quantitativo mínimo de 4 horas/homens em treinamento.

DOCUMENTAÇÃO DE TREINAMENTO.

Todo colaborador que participar de cursos, eventos, seminários e demais ações voltadas à educação, devem entregar cópia de certificado de participação ao NEP, para atualização de seu currículo.

Todos os treinamentos são arquivados de acordo com as características de realização, as pastas são identificadas contendo a documentação e os dados relacionados a eles. O arquivamento correto e padronizado auxilia quanto às informações referentes aos treinamentos realizados ao longo do ano.

A especificação da organização de cada pasta deve respeitar rigorosamente as orientações da instrução de trabalho.

Emissão de certificados

O NEP Emitirá certificados aos treinamentos realizados internamente que estejam contemplados no LNT / PAT, que tenham duração acima de 60 minutos.

OBS 1: Se o treinamento for de caráter obrigatório para exercício da função baseadas em leis ou normativas, será emitido uma cópia do certificado para arquivo do NEP, junto ao processo do treinamento e uma cópia para o Departamento Pessoal para arquivo em prontuário funcional.

OBS 2: No caso de treinamentos internos contemplados no LNT / PAT que tenham duração igual ou superior a 60 minutos e não sejam de baseadas em leis ou normativas, serão emitidos os certificados, entretanto não será necessário o arquivo das cópias. Será registrando na lista de frequência a emissão e entrega do certificado aos participantes que assinarem a mesma.

OBS 3: Para treinamentos comportamentais e institucionais serão avaliados a necessidade da emissão do certificado junto ao solicitante.

OBS 4: Participação em treinamentos e eventos externos - Todo colaborador que participar de treinamentos e eventos externos terá que apresentar o certificado e/ou declaração de participação junto ao NEP, para contabilização das horas e ao Departamento Pessoal para arquivo em prontuário funcional justificando a ausência no período.

GLOSSÁRIO

Ambientação: Ter a ideia ou a noção de alguma coisa, identificar, conhecer, distinguir.

Integração Institucional: Característico de uma instituição, do conjunto de normas em benefício de interesses coletivos e sociais. Trata-se da ação e efeito de integrar ou integrar-se (constituir um todo, completar um todo com as partes que faltavam ou fazer com que alguém ou algo passe a pertencer a um todo).

V REFERÊNCIAS

http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3506177/RDC_168_2017_.pdf/793d53f7-2e00-460e-bf21-bedb722ac033, acesso dia 05/12/2017.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11788.htm, Acesso no dia 05/12/2017.

VI HISTÓRICO DE REVISÃO

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM		
Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data de Elaboração ou última revisão:	Data da Próxima Revisão
Cargo e Setor Supervisor de NEP Data: 20/12/2024	Cargo e Setor Gerente de Gente e Gestão Dezembro/2024	Cargo e Setor Diretor Administrativo Financeiro Dezembro/2024	Data: 20/12/2024	Data: 20/12/2026

3.5.3.2. Plano De Ação Nucleo De Educação Permanente -Lnt - Levantamento De Necessidade De Treinamento

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 1	NR32 - Segurança e Saúde no trabalho em serviços de saúde	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In Loco	Colaboradores da EH e EC	Garantir a segurança dos colaboradores e a conformidade com as normas legais relacionadas à saúde ocupacional	SESMT	Normativo	-
Mês 1	Protocolo de Catástrofe e Atendimento a Múltiplas Vitimas	Diretoria Geral	4h	Auditório e In Loco	Todos os Colaboradores	Treinamento teórico-prático para capacitar os colaboradores a atuarem com segurança em situações de catástrofes.	NEP/NEAS	Normativo	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 1	Manuseio Correto dos saneantes	SHL	1h	In Loco	Colaboradores do SHL	Capacitar o manuseio correto dos saneantes	Sup. SHL e SCIH	Técnico-operacional	-
Mês 1	Ação janeiro branco / Saúde Mental	Equipe Multiprofissional	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Sensibilizar os trabalhadores sobre cuidados com a saúde mental.	Equipe Multiprofissional	Comportamental	-
Mês 1	Treinamento Operacional do sistema laboratorial Matrix	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Melhorar o relacionamento dos colaboradores entre si e com os demais setores.	Externo	Técnico-operacional	-
Mês 1	Manuseio correto de equipamentos	Lavanderia	1h	In Loco	Colaboradores da Lavanderia	Capacitar quanto ao manuseio correto da lavadora e secadora e uso de saneantes	Externo	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 1	Processo de notificação de ocorrência	NQSP	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Disseminação do processo da notificação de ocorrência	Equipe NQSP	Técnico-operacional	-
Mês 1	Compreensão e Aplicação de Protocolos de Imagem	SADT	1h	In Loco	Técnicos em Radiologia	Abordagem prática sobre o desenvolvimento, implementação e revisão de protocolos de imagem para garantir a consistência e a qualidade dos resultados.	Coord.de Radiologia e NEP/NEAS	Técnico-operacional	-
Mês 1	Normas de precaução e medidas de isolamento para vigilância de germes MDR	SCIH	1h	Auditório	Equipe Assistencial	Fomentar a redução das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Disseminar as medidas específicas para	Equipe SCIH	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						prevenir sua disseminação de germes MDR			
Mês 1	Brigada de Incêndio	SESMT	1h	Auditório e In Loco	Brigadistas	Cumprimento da NR 23 e IT nº 08	Equipe do SESMT	Normativo	-
Mês 1	Choque circulatório	UTI e UI	1h	Auditório	Equipe Assistencial UTI e UI	Estudo de Caso para Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI e NEP/NEAS	Técnico-operacional	-
Mês 1	NR 32	UTI UI	1h	On-Line	Médicos UTI e UI	Orientações sobre a NR 32.	SEMST	Técnico-operacional	-
Mês 1	Gestão de Qualidade em alimentos	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Resolução RDC 275 - 21.10.2002 ANVISA. Resolução RDC 216 -	Coord. SND	Normativo	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						15.09.2004 ANVISA			
Mês 1	Comunicação assertiva e Técnicas de feedback	NEP	1h	Auditório	Lideranças	Promoverem um ambiente de trabalho mais transparente, colaborativo e voltado para a melhoria contínua, elementos essenciais para o sucesso e a inovação dentro das organizações.	NEP	Comportamental	-
Mês 2	Documentos obrigatórios para fiscalização em UANS	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Resolução RDC 275 - 21.10.2002 ANVISA. Resolução RDC 216 -	Coord. SND	Normativo	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						15.09.2004 ANVISA			
Mês 2	Biossegurança	SESMT	1h	In Loco	Todos os colaboradores	Promover contenção do risco de exposição a agentes potencialmente nocivos ao trabalhador, pacientes e meio ambiente, de modo que este risco seja minimizado ou eliminado.	Equipe do SESMT	Normativo	-
Mês 2	Precauções e Isolamentos	SCIH	1h	Auditório	Equipe Assistencial; SHL; Recepção; e Controladores de Acesso	Garantir biossegurança e Prevenção de Transmissão Cruzada de microrganismos	Equipe SCIH	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 2	Trabalho em Equipe	SADT	1h	Auditório	Técnicos em Radiologia	Promover práticas e atitudes que visem melhorar o relacionamento entre as equipes	Coord.de Radiologia	Comportamental	-
Mês 2	Mapeamento de processo	NQSP	1h	Auditório	Liderança	Implantação da gestão integrada: mapear processos e interação entre os processos	Coord. NQSP	Técnico-operacional	-
Mês 2	Relacionamento interpessoal	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Melhorar o relacionamento dos colaboradores entre si e com os demais setores.	Coordenação do Laboratório	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 2	Código de Ética e Conduta do Colaborador	Departamento Pessoal	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Apresentar o Código de Ética e Conduta do Colaborador, a fim de conhecimento a todo o efetivo.	Coord. de gestão de pessoas e jurídico	Normativo	-
Mês 2	Sistema de Gestão de Manutenção Neovero	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In Loco	Colaboradores da EH e EC	Capacitar os colaboradores no uso do sistema de gestão, garantindo a eficiência e rastreabilidade das manutenções.	Coord. da Eng. Clínica e Hospitalar	Técnico-operacional	-
Mês 2	Jornada de Liderança	RH	1h	Auditório	Liderança	Fortalecimento da gestão de equipes e a promoção de um ambiente organizacional mais eficiente,	Externo	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						colaborativo e orientado a resultados			
Mês 2	Orientações sobre o fluxo de gestão de Acesso	Gestão de Acesso	1h	Auditório	Colaboradores do Acesso	Padronização quanto ao fluxo controle de acesso.	Supervisor	Técnico-operacional	-
Mês 2	Monitorização Hemodinâmica e DVA	UTI	1h	In Loco	Equipe Assistencial UTI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI	Técnico-operacional	-
Mês 2	Cuidados gerais ao paciente no pré e pós cirúrgico	UI	1h	In Loco	Equipe Assistencial UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UI	Técnico-operacional	-
Mês 3	Hipertensão intracraniana	UTI e UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UTI e UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 3	NR-10 - Segurança Em Instalações E Serviços Em Eletricidade	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In Loco	Colaboradores da EH e EC	Reduzir riscos associados a operação e manutenção em instalações elétricas.	SESMT	Normativo	-
Mês 3	EPI'S	Lavanderia	1h	In Loco	Colaboradores da Lavanderia	Instruir sobre a paramentação com os EPI'S	SESMT	Normativo	-
Mês 3	O estresse e seus impactos no ambiente de trabalho	Equipe Multiprofissional	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Sensibilizar os trabalhadores sobre os sintomas e os impactos do estresse no ambiente de trabalho, enfatizando boas práticas para prevenir e combater o estresse	Equipe Psicologia e SESMT	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 3	Coletas de materiais biológicos	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Aprimorar o conhecimento para a adequada coleta dos diversos materiais biológicos.	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-
Mês 3	Manejo de contrastes em Exames Radiológicos	SADT	1h	Auditório	Equipe do SADT	Explicar os diferentes agentes de contraste, seus usos apropriados, administração segura e monitoramento de reações adversas.	Coord.de Radiologia	Técnico-operacional	-
Mês 3	Protocolo de prevenção de ITU	SCIH	1h	Auditório	Equipe Assistencial	Garantir a Lei 2616 RDC07/10	Equipe SCIH e CCIH	Normativo	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 3	Ação abril verde / importância da saúde e segurança no trabalho	SESMT	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Fomentar conscientização sobre a importância da saúde e segurança no trabalho.	Equipe do SESMT	Técnico-operacional	-
Mês 3	Desperdício de alimentos	SND	1h	In Loco	Equipe SND	Resolução RDC 275 - 21.10.2002 ANVISA. Resolução RDC 216 - 15.09.2004 ANVISA	Coord. SND	Normativo	-
Mês 3	NR 32 – Não uso de adornos	SHL	30min	In Loco	Colaboradores do SHL	Prevenção e Controle de Infecção	Sup. SHL e SCIH	Normativo	-
Mês 3	Formação de Equipes e Gestão de Conflitos	NEP	1h	Auditório	Lideranças	Essa abordagem fortalece a estrutura interna da organização,	RH	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						mas também potencializa a capacidade de enfrentar desafios e promover o desenvolvimento sustentável dos colaboradores e da instituição como um todo.			
Mês 4	Protocolo de Deterioração Clínica	UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial e Administrativa	Estudo de caso para equipe assistencial para melhoria nos cuidados e avaliação ao paciente. Apresentação de fluxo de atendimento e acionamento do Protocolo	NEP/NEAS	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 4	Limpeza terminal e limpeza concorrente	SHL	1h	In Loco	Colaboradores do SHL	Auxiliar no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), na segurança dos pacientes e profissionais, e na manutenção de um ambiente hospitalar adequado para o cuidado em saúde	Sup. SHL	Técnico-operacional	-
Mês 4	Resoluções de Conflitos internos e externos da equipe de trabalho	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Resolução RDC 275 - 21.10.2002 ANVISA. Resolução RDC 216 - 15.09.2004 ANVISA	Coord. SND	Normativo	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 4	Primeiros Socorros	SESMT	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Capacitar os colaboradores para que saibam como agir de forma rápida e eficaz em situações de emergência, proporcionando assistência imediata a vítimas de acidentes, doenças súbitas ou qualquer outro tipo de emergência.	Equipe do SESMT	Técnico-operacional	-
Mês 4	Manejo de Situações de Emergência em Radiodiagnóstico	SADT	1h	Auditório	Equipe do SADT	Proporcionar treinamento para lidar com situações de emergência, como reações alérgicas a contrastes,	Coord.de Radiologia	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						paradas cardíacas e outros eventos críticos.			
Mês 4	Comunicação	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Reforçar os registros e a comunicação clara e assertiva entre os colaboradores e demais setores.	Coordenação do Laboratório e Comissão de Segurança do Paciente	Técnico-operacional	-
Mês 4	Abril pela segurança do Paciente	NQSP	1h	In Loco	Todos os colaboradores	Compartilhar conhecimento e práticas seguras, além de divulgar o papel dos serviços na promoção da segurança do paciente	NQSP e Comissão de Segurança do Paciente	Técnico-operacional	-
Mês 4	Como Preencher Corretamente a	Departamento Pessoal	1h	Auditório	Liderança	Assegurar a conformidade com a	Coord. de gestão de Pessoas	Normativo	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
	Ocorrência de Ponto					Legislação, trazer melhorias no processo do registro de ponto e alinhar a comunicação efetiva com o DP			
Mês 4	Sistema de gases medicinais: operação, manutenção e segurança.	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In Loco	Colaboradores da EH e EC	Assegurar o funcionamento contínuo e seguro dos sistemas de gases medicinais, essenciais para operação do EAS.	Coord. da Eng. Clínica e Hospitalar	Técnico-operacional	-
Mês 4	Manual do Controlador	Gestão de Acesso	1h	Auditório	Colaboradores do Acesso	Orientar quanto a importância de colocar em prática o Manual do Controlador e sua disseminação.	Supervisor	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 4	Morte Encefálica	UTI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UTI e Salas vermelhas	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI	Técnico-operacional	-
Mês 5	Estado de Mal Epilético	UTI e UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UTI e UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI	Técnico-operacional	-
Mês 5	Metodologia 5S	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	Auditório	Colaboradores da EH e EC	Melhorar a organização, produtividade e segurança no ambiente de trabalho por meio de práticas sistematizadas.	Coord. da Eng. Clínica e Hospitalar	Técnico-operacional	-
Mês 5	Comunicação não violenta e gestão de conflito	RH	1h	In Loco	Todos os Colaboradores	Construir relacionamentos mais satisfatórios entre os trabalhadores, bem como gerar mais	Equipe Psicologia e Gestão de Pessoas	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						proximidades; Promover empatia e resolução de conflitos			
Mês 5	Exames de coagulação	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Treinar os colaboradores quanto a forma de análise e avaliação dos exames e como reportá-los.	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-
Mês 5	Metas de segurança do paciente	SADT	1h	In Loco	Equipe do SADT	Capacitar os colaboradores a adotar práticas e comportamentos que visam a prevenção de incidentes, erros médicos e garantia da segurança dos pacientes.	Coord.de Radiologia e NQSP	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 5	Higienização das mãos	SCIH	1h	In Loco	Todos os colaboradores	Prevenção de IRAS e Transmissão Cruzada de microrganismos.	Equipe SCIH e CCIH	Técnico-operacional	-
Mês 5	PGR E PCMSO	SESMT	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Informar os riscos das atividades laborais	Equipe do SESMT	Normativo	-
Mês 5	Gerenciamento de Tempo	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Resolução RDC 275 - 21.10.2002 ANVISA. Resolução RDC 216 - 15.09.2004 ANVISA	Coord. SND	Normativo	-
Mês 5	Planejamento estratégico e visão do futuro	NEP	1h	Auditório	Líderes	Consolida uma cultura organizacional voltada para o futuro,	NEP	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						garantindo que a instituição esteja bem posicionada para enfrentar os desafios e aproveitar as oportunidades em um cenário dinâmico.			
Mês 6	Identidade Organizacional	Departamento Pessoal	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Apresentação da identidade organizacional a fim de conhecimento a todo o efetivo.	Coord. de gestão de Pessoas	Técnico-operacional	-
Mês 6	Eletrocardiotocógrafo	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	Auditório	Equipe Assistencial	Orientação do manuseio correto.	Equipe da Eng. Clínica e Hospitalar e Jurídico	Técnico-operacional	-
Mês 6	Atendimento Humanizado	Gestão de Acesso	1h	Auditório	Colaboradores do Acesso	Sensibilizar quanto a importância do	Supervisor e Humanização	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						atendimento humanizado.			
Mês 6	Simulação PCR	UI	1h	Sala realística	Equipe Assistencial	Simulação prática para melhoria ao cuidado do paciente	NEP/NEAS	Técnico-operacional	-
Mês 6	Conceito e importância de Boas Práticas	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Resolução RDC 275 - 21.10.2002 ANVISA. Resolução RDC 216 - 15.09.2004 ANVISA	Coord. SND	Normativo	-
Mês 6	Capacitação dos novos integrantes - CIPA	SESMT	1h	Auditório	Membros da CIPA	Cumprimento da NR 05	Equipe do SESMT	Normativo	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 6	SIPAT	SESMT	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Cumprimento da gestão da CIPA	Equipe do SESMT e CIPA	Normativo	-
Mês 6	Redução de dose em Radiodiagnóstico	SADT	1h	In Loco	Equipe do SADT	Proporcionar treinamento sobre técnicas avançadas para otimizar a dose de radiação, reduzindo o risco para os pacientes e a equipe médica	Coord.de Radiologia	Técnico-operacional	-
Mês 6	Indicadores laboratórios	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Disseminar o conhecimento sobre os indicadores, coletas de dados, análises e interpretações.	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-
Mês 6	Instrução de trabalho da Lavanderia	Lavanderia	1h	In Loco	Colaboradores da Lavanderia	Capacitar a equipe referente as instruções de trabalho do setor	Sup. da Lavanderia	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 6	Performance: indicadores	NQSP	1h	Auditório	Liderança	Formação da gestão de excelência em gestão	Coord. NQSP	Técnico-operacional	-
Mês 6	Preenchimento correto dos formulários do setor	SHL	1h	Auditório	Colaboradores do SHL	Capacitar os colaboradores quanto ao preenchimento correto dos formulários de limpeza concorrente e terminais.	Sup. SHL	Técnico-operacional	-
Mês 6	Princípios de Ventilação Mecânica	UTI	1h	In Loco	Equipe Assistencial UTI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI	Técnico-operacional	-
Mês 7	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo	UTI e UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UTI e UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI e UI	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 7	Uso correto de EPI'S	SESMT	1h	In Loco	Todos os Colaboradores	Assegurar a utilização adequada dos equipamentos de proteção individual para prevenir acidentes e garantir a segurança da equipe técnica.	SESMT	Normativo	-
Mês 7	Orientações sobre acionamentos, alta a pedido, violência (rede sociojurídica, MP, Conselho Tutelar, violação de direito, sigilo)	Equipe Multiprofissional	1h	Auditório	Equipe Assistencial	Garantir que os profissionais estejam preparados para lidar com situações complexas de forma ética, legal e eficaz, protegendo os direitos das partes envolvidas e assegurando a	Conselho Tutelar Regional	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						qualidade do atendimento			
Mês 7	Líquidos cavitários	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Atualizar os colaboradores quanto ao preparo e execução do exame	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-
Mês 7	Identificação dos Perigos na Alimentação	SADT	1h	In Loco	Equipe do SADT	Resolução RDC 275 - 21.10.2002 ANVISA. Resolução RDC 216 - 15.09.2004 ANVISA	Coord.de Radiologia	Normativo	-
Mês 7	Ação julho amarelo / Hepatites Virais	SESMT	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Visa conscientizar sobre a importância da prevenção, do diagnóstico e do tratamento das Hepatites Virais	Equipe do SESMT	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 7	Tomada de decisão e Resolução de problemas	NEP	1h	Auditório	Líderes	Resolução de problemas é fundamental para o desenvolvimento de uma equipe mais preparada, capaz de enfrentar desafios com competência e contribuir para o crescimento sustentável da organização.	-	Comportamental	-
Mês 7	FTP - A importância dessa ferramenta	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Portaria nº15 - 23.08. 1988 Ministério de Saúde; Portaria nº1428 - 26.11. 1993 Ministério de Saúde;	Coord. SND	Normativo	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						Portaria nº326 - 30.07. 1997 Ministério de Saúde.			
Mês 8	Primeiros Socorros	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Capacitar a equipe técnica para realizar atendimentos iniciais em situações de emergência, minimizando riscos à saúde e à vida.	Núcleo de Educação Permanente	Técnico-operacional	-
Mês 8	Utilização de Extintores	SESMT	1h	In Loco	Todos os colaboradores	Orientar os colaboradores sobre a importância	Equipe do SESMT	Técnico-operacional	-
Mês 8	Protocolo de Sepse	UTI e UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial	Simulação Realística para nivelar informações e reforçar protocolos.	NEP/NEAS	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 8	Radioproteção e Normas Regulatórias	SADT	1h	In Loco	Equipe do SADT	Garantir conformidade com as normas regulatórias relacionadas à proteção contra radiações, incluindo treinamento em boas práticas de radioproteção.	Coord.de Radiologia	Normativo	-
Mês 8	Padronização dos resultados em urinálise	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Padronizar os procedimentos para a liberação do exame, baseado em protocolos normativos	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-
Mês 8	Manuseio correto dos equipamentos do setor	SHL	1h	In Loco	Colaboradores do SHL	Manusear corretamente a máquina enceradeira.	Sup. SHL	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 8	Orientações de atendimento à criança e ao adolescente	Equipe Multiprofissional	1h	Auditório	Recepção e Gestão de Acesso	Promover direitos e melhor atendimento às crianças e adolescentes	Equipe do Serviço Social	Técnico-operacional	-
Mês 8	Assédio Moral no Ambiente de Trabalho	Departamento Pessoal	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Promover a conscientização sobre o tema é essencial para prevenir condutas inadequadas, proteger os direitos dos trabalhadores e fortalecer a cultura organizacional	Coord. de gestão de Pessoas e jurídico	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 8	Cardioversor desfibrilador	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In loco	Equipe Assistencial	Orientação do manuseio correto.	Equipe da Eng. Clínica e Hospitalar e Jurídico	Técnico-operacional	-
Mês 8	Conduta com pacientes privados de liberdade e agentes prisionais	Gestão de Acesso	1h	Auditório	Colaboradores do Acesso	Ofertar preparo para agir de forma adequada, ética e eficaz, reduzindo riscos e fortalecendo o bom funcionamento do hospital	Serviço Social e Jurídico	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 8	Etapas de processamentos de roupas e produtos	Lavanderia	1h	In Loco	Colaboradores da Lavanderia	Fortalecer a padronização das etapas do processamento de roupas e produtos	Sup. da Lavanderia	Técnico-operacional	-
Mês 8	Gestão de risco: notificação e análise de eventos	NQSP	1h	Auditório	Liderança	Disseminação do processo da notificação de ocorrência e aperfeiçoamento das análises de eventos	Coord. NQSP	Técnico-operacional	-
Mês 9	Ventilador pulmonar	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In Loco	Equipe Assistencial	Prática sobre montagem e parâmetros do	Equipe da Eng. Clínica e	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						manuseio correto.	Hospitalar e NEP/NEAS		
Mês 9	Cuidados com dispositivos, sonda, cateteres, AVP	UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UI	Técnico-operacional	-
Mês 9	Atendimento ao usuário	Gestão de Acesso	1h	Auditório	Colaboradores do Acesso	Apresentar a Carta do Usuário para assegurar seus direitos	Serviço de Atendimento ao Usuário e Ouvidoria	Técnico-operacional	-
Mês 9	Leitura de lâminas hematológicas	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Aprimorar habilidades técnicas em leituras de	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						lâminas hematológicas			
Mês 9	Protocolo de prevenção de PAV	SCIH	1h	Auditório	Equipe Assistencial	Garantir a Lei 2616 RDC07/10	Equipe SCIH	Normativo	-
Mês 9	Evacuação de área por rota de fuga + PAE	SESMT	1h	In Loco	Todos os colaboradores	Cumprimento da NR 23	Equipe do SESMT	Normativo	-
Mês 9	Necessidade de higienizar as mãos	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Resolução RDC 216 - 15.09.2004 ANVISA	Coord. SND e SCIH	Normativo	-
Mês 9	Assistência ao paciente	UTI	1h	In Loco	Equipe Assistencial UTI	Alinhar a equipe quanto aos cuidados com DVE	Coord. e Diarista de	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
	neuroológico/cuidados com DVE						Enfermagem e médica UTI		
Mês 9	Cultura Organizacional e valores	NEP	1h	Auditório	Lideranças	Essencial para consolidar a identidade da instituição, promover a coesão interna e estabelecer um ambiente propício para o desenvolvimento sustentável e a inovação.	NEP	Comportamental	-
Mês 10	Manejo racional de antimicrobianos	UTI e UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UTI e UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UTI e UI	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 10	Comportamentos e hábitos pessoais dos colaboradores	SND	1h	Auditório	Equipe SND	Promover um ambiente de trabalho harmônico, com uma comunicação eficaz e colaborativa entre a equipe a interna e externa	Coord. SND	Comportamental	-
Mês 10	Capacitação para adotar mecânica correta na movimentação de pacientes e materiais	SESMT	1h	In Loco	Equipe Assistencial e Maqueiro	Cumprimento da NR 32	Equipe do SESMT	Normativo	-
Mês 10	Controle de qualidade interno	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Disseminar o conhecimento sobre o controle	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						de qualidade interno, a importância de como realizar a análise do mesmo.			
Mês 10	Bomba de infusão e seringa	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	Auditório	Equipe de Enfermagem	Orientação da operacionalização correta do equipamento.	Equipe da Eng. Clínica e Hospitalar e Jurídico	Técnico-operacional	-
Mês 10	Capacitação CNES	Departamento Pessoal	1h	In Loco	Equipe do DP	Oferecer informações específicas sobre o CNES, sua funcionalidade e seu impacto na rotina administrativa.	Coord. do Faturamento	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 10	Controle de infecção	Lavanderia	1h	In Loco	Colaboradores da Lavanderia	Prevenção de contaminações cruzadas e na garantia de um ambiente hospitalar seguro	SCIH	Técnico-operacional	-
Mês 10	Feira da Segurança do Paciente	NQSP	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Reapresentação das metas internacionais de segurança do paciente e o incentivo a apresentações relacionado ao tema	NQSP e Comissão de Segurança do Paciente	Técnico-operacional	-
Mês 10	Outubro Rosa	Departamento Pessoal	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Promover a conscientização sobre CA de mama e útero, estimulando o acesso a	Gestão de Pessoas, Núcleo de Educação Permanente e Humanização	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						serviços de diagnóstico			
Mês 10	Ação setembro amarelo	Equipe Multiprofissional	1h	In Loco	Todos os Colaboradores	Visa conscientizar as pessoas sobre o suicídio, bem como evitar o seu acontecimento	Equipe Multiprofissional e Humanização	Comportamental	-
Mês 11	Inteligência emocional e resiliência	Equipe Multiprofissional	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Gerenciar melhor as próprias emoções; fortalecer a capacidade de trabalhadores de superar adversidades, lidar com situações de	Equipe Psicologia	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						estresse e se adaptar às mudanças de forma saudável e equilibrada.			
Mês 11	Protocolo de prevenção de ISC	SCIH	1h	Protocolo de prevenção de ISC	Equipe Assistencial	O estudo reverso para garantir o cumprimento da Lei 2616 RDC07/10	Equipe SCIH	Normativo	-
Mês 11	Novembro Azul	Departamento Pessoal	1h	Auditório	Todos os Colaboradores	Promover a conscientização sobre CA de mama e útero, estimulando o acesso a	Gestão de Pessoas, Núcleo de Educação Permanente e Humanização	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						serviços de diagnóstico			
Mês 11	Gasometria	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Treinar os colaboradores quanto a forma de análise, avaliação dos exames e como reportá-los.	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-
Mês 11	Dia Mundial da Qualidade	NQSP	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Destacar os benefícios de uma gestão de qualidade eficaz; promover a cultura da qualidade; divulgar boas práticas de gestão;	NQSP	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 11	Enfermagem e o engajamento do paciente com foco na sua própria segurança	NQSP	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Apoiar a temática relevante, contribuindo para a participação ativa e informada do paciente no seu próprio cuidado de saúde, além de destacar o papel central que os profissionais de Enfermagem desempenham nesse processo.	NQSP e Comissão de Segurança do Paciente	Técnico-operacional	-
Mês 11	Treinamentos em Equipamentos Específicos	SADT	1h	In Loco	Técnicos em Radiologia	Possibilitar conhecimento detalhado sobre	Coord.de Radiologia e Engenharia	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						a operação, manutenção e resolução de problemas de equipamentos específicos, como máquinas de raio-x e tomografia	Clínica e Hospitalar		
Mês 11	Riscos, vantagens e efeitos colaterais por falta de vacina	SESMT	1h	In Loco	Todos os colaboradores	Cumprimento da NR 32	Equipe do SESMT	Normativo	-
Mês 11	Monitor multiparâmetro	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In Loco	Equipe Assistencial	Orientação do manuseio correto.	Equipe da Eng. Clínica e Hospitalar e Jurídico	Técnico-operacional	-
Mês 11	Injúria Renal Aguda e Urgência Dialítica	UI	1h	Auditoria	Equipe Assistencial UI	Nivelar informações e reforçar protocolos.	Coord. e Diarista de Enfermagem e médica UI	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Sector	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
Mês 12	Desinfecção de Leitos	SHL	1h	Auditório	Colaboradores do SHL	Alinhamento de técnica correta para o processo	Sup. SHL	Técnico-operacional	-
Mês 12	Ação Dezembro Vermelho	SESMT	1h	Auditório	Todos os colaboradores	Trazer informação e conscientização sobre essas infecções.	Equipe do SESMT	Técnico-operacional	-
Mês 12	Humanização na assistência ao paciente	SADT	1h	Auditório	Equipe do SADT	Promover práticas e atitudes que visem ao cuidado centrado	Humanização	Comportamental	-
Mês 12	Ética e Responsabilidade Social	NEP	1h	Auditório	Lideranças	Imprescindível para garantir que todos os membros da organização atuem de forma coerente com os	-	Comportamental	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/ Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						valores éticos e de responsabilidade social, promovendo um ambiente de trabalho saudável, transparente e comprometido com o desenvolvimento sustentável e a excelência organizacional.			
Mês 12	Imunologia: Testes rápidos	Laboratório	1h	In Loco	Colaboradores do LAC	Treinar os colaboradores quanto à	Coordenação do Laboratório	Técnico-operacional	-
Mês 12	Planejamento e Execução de Paradas Técnicas	Engenharia Clínica e Hospitalar	1h	In Loco	Colaboradores da EH e EC	Capacitar os colaboradores a planejar e	Coord. da Eng. Clínica e Hospitalar	Técnico-operacional	-

Data pretendida	Treinamento	Setor	Carga horária	Local (In loco, auditório ou online)	Público-alvo	Justificativa (Informar se o treinamento é obrigatório por legislação)	Instrutor/Fornecedor	Tipo de treinamento (Normativo, Comportamental ou técnico-operacional)	Valor previsto
						executar paradas técnicas de forma eficiente, minimizando impactos nas operações.			

3.5.3.3. *Treinamentos Projeto Núcleo De Educação Permanente*

1. INTRODUÇÃO

A Educação Permanente constitui um pilar essencial para o desenvolvimento das competências profissionais e para a melhoria contínua da qualidade do atendimento em saúde. Em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente, que enfatiza a importância da qualificação contínua dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), o presente projeto visa à criação e operacionalização do Núcleo de Educação Permanente (NEP) no Instituto Social Mais Saúde (ISMS).

A Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007, estabelece diretrizes fundamentais para a implementação de ações formativas que integrem ensino, pesquisa e assistência, promovendo a atualização constante dos profissionais e a adoção de práticas inovadoras e humanizadas. Dessa forma, o NEP se configura como um instrumento estratégico para a materialização do Plano de Desenvolvimento de Competências (PDC), articulando ações de capacitação que respondam às demandas emergentes e assegurem a excelência na prestação dos serviços de saúde.

Nesse contexto, o Núcleo de Educação Assistencial (NEAS) surge como um desdobramento técnico e estratégico do NEP, com foco na operacionalização das ações de formação prática da equipe assistencial. O NEAS atua de forma integrada ao NEP, garantindo que suas atividades estejam alinhadas às diretrizes e ao planejamento do núcleo central de Educação Permanente, sendo criado a partir da consolidação das ações do NEP, tendo como objetivo intensificar a formação e o aprimoramento técnico dos profissionais que atuam diretamente na assistência, promovendo programas e ações educacionais que envolvam metodologias ativas, simulações realísticas e integração multiprofissional. Essa estrutura permite direcionar o aprendizado para a prática cotidiana, fortalecendo competências específicas, o pensamento crítico e o protagonismo dos colaboradores, conforme os princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Assim, o NEP e o NEAS se complementam na construção de uma cultura organizacional voltada para o aprendizado contínuo, inovação e qualidade da assistência, promovendo o desenvolvimento humano e institucional. Ao integrar as práticas recomendadas pela Política Nacional de Educação Permanente e as orientações da Portaria nº 1996/2007, o projeto busca não apenas cumprir as exigências legais, mas consolidar uma gestão de saúde eficiente, humanizada e comprometida com a excelência no cuidado.

2. OBJETIVO

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) tem como objetivo principal promover a qualificação contínua dos profissionais de saúde, visando a melhoria da qualidade do atendimento e a implementação de práticas inovadoras e humanizadas no sistema de saúde. Em consonância com esse propósito, o Núcleo de Educação Assistencial (NEAS) atua de forma complementar e integrada ao NEP, com foco específico na formação e no aperfeiçoamento técnico da equipe assistencial.

3. DEFINIÇÕES E SIGLAS

NEP – Núcleo de Educação Permanente;

NEAS – Núcleo de Educação Assistencial;

PDC – Plano de Desenvolvimento de Competências;

ISMS – Instituto Social Mais Saúde;

SUS – Sistema Único de Saúde.

4. ABRANGÊNCIA

- Todas as unidades geridas pelo ISMS.

5. PROCEDIMENTO

5.1 Composição do NEP

Para a operacionalização do NEP, a equipe mínima deverá ser composta por:

5.1.2 Coordenador do NEP:

Responsável por liderar e articular as ações formativas, presidir as reuniões, representar o núcleo nas relações internas e externas e encaminhar os expedientes e sugestões relativos à qualificação dos profissionais.

5.1.3 Enfermeiro(a):

Integrante técnico-pedagógico, atuante na identificação das demandas formativas, elaboração e execução de conteúdos e acompanhamento das ações de capacitação, contribuindo para a aplicação prática dos conhecimentos.

5.1.4 Auxiliar administrativo:

Responsável pelo apoio logístico e operacional, organização de documentos, registros, convocações, atas e demais demandas necessárias ao funcionamento do NEP.

5.2 Comissão do NEP

A Comissão do Núcleo de Educação Permanente é constituída por representantes das áreas estratégicas do ISMS, conforme a Portaria Institucional, com a seguinte composição:

- I- Um representante da Diretoria Geral e, sendo dois titulares e um suplente;
- II- Um representante da Diretoria Assistencial e, sendo dois titulares e um suplente;
- II- Um representante da Diretoria Administrativa, sendo dois titulares e um suplente;
- III- Um representante do RH, sendo dois titulares e um suplente;
- IV- Um representante do setor de Qualidade, sendo um titular e um suplente;

A eleição do Presidente e do Vice-presidente ocorrerá entre os membros titulares. A Comissão reunirá mensalmente em sessões ordinárias e, quando necessário, em sessões extraordinárias, obedecendo as seguintes diretrizes:

- **Substituição de Membros:**
 - Poderá ocorrer por meio de portaria, para o tempo remanescente do mandato.
- **Pontualidade e Participação:**
 - A ausência em duas reuniões consecutivas ou três alternadas, sem justificativa, implicará a perda do mandato.
- **Funcionamento:**

§1º As decisões “ad referendum” deverão ser apreciadas na primeira sessão subsequente do NEP, e as pautas serão previamente comunicadas a todos os membros com antecedência mínima de 72 horas.

§ 2º O NEP reunir-se-á e apreciará os assuntos em pauta com a presença da maioria simples dos seus membros.

§ 3º As sugestões do NEP serão sempre encaminhadas a Comissão para apreciação.

§ 4º A pauta será organizada com os expedientes apresentados para discussão e será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas.

§ 5º Após o encerramento das discussões e levantamento de sugestões, essas serão lavrados em ata.

§ 6º Serão admitidos, desde que acordado previamente, participantes convidados nas reuniões, professores, estagiários, residentes ou servidores, dentre outros, que possam enriquecer as discussões.

5.2.1 Finalidade da Comissão: Garantir a governança do Plano de Desenvolvimento de Competências (PDC). Coordenar, planejar e monitorar as ações de capacitação alinhadas às necessidades institucionais. Fomentar a cultura da educação permanente nos serviços de saúde. Articular ações com outras instituições formadoras, fortalecendo redes de aprendizagem contínua.

5.2.2 Indicadores de Avaliação:

- **Número de capacitações realizadas** mensalmente;
- **Percentual de profissionais capacitados** em relação ao total da unidade;
- **Avaliação de impacto** das capacitações por meio de questionários de satisfação e aplicação prática;
- **Cumprimento do cronograma anual** do NEP;
- **Número de reuniões ordinárias realizadas** com produção de atas documentadas;
- **Taxa de adesão** às metas individuais e setoriais de capacitação;
- **Evidência de melhoria nos indicadores assistenciais**, atribuída à educação permanente.

5.2.3. Ações de Monitoramento:

- Elaboração e acompanhamento de cronograma anual de capacitações;
- Relatórios trimestrais consolidados com resultados quantitativos e qualitativos das ações formativas;
- Aplicação de instrumentos de avaliação (pré e pós-treinamento);
- Análise semestral de desempenho institucional relacionado à qualificação profissional;
- Reuniões ordinárias bimestrais e extraordinárias para avaliação e replanejamento das ações do NEP;
- Registro e publicação das atas das reuniões da Comissão;

- Interface direta com o Colegiado Executivo para validação de ações e decisões do NEP.

6. ATRIBUIÇÕES

São atribuições do Coordenador do NEP, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- Presidir suas reuniões;
- Representar o NEP em suas relações internas e externas;
- Encaminhar ao NEP assuntos que envolvam desenvolvimento e capacitação de pessoal, observando as necessidades identificadas nos diferentes setores da instituição;
- Receber e protocolar expedientes que envolvam as ações de capacitação e o Plano de Desenvolvimento de Competências – PDC, aprovado;
- Encaminhar, quando necessário, os expedientes recebidos e as sugestões apresentadas pelo NEP;
- Participar e promover discussões relativas às atribuições, projetos e estratégias do NEP e NEAS, estimulando a integração entre a educação permanente e a formação assistencial
- Levantamentos e emissão de pareceres necessários a partir de diagnósticos situacionais;
- Coordenar o planejamento, execução e avaliação das ações educativas desenvolvidas pelo NEP, garantindo coerência pedagógica, técnica e metodológica com os princípios da Educação Permanente em Saúde;
- Assegurar que as ações do NEAS estejam alinhadas ao PDC e às políticas institucionais de qualidade, segurança do paciente e humanização;
- Estimular o desenvolvimento de práticas inovadoras, metodologias ativas e espaços de aprendizagem que fortaleçam o protagonismo e a competência técnica dos colaboradores assistenciais.

Art.1º: Caberá aos membros da Comissão do NEP:

- Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas;
- Comparecer às reuniões e participar das discussões, apresentando sugestões;
- Executar tarefas acordadas previamente;
- Apresentar proposições sobre as questões atinentes às suas atribuições.

Art. 2º: Caberá ao secretário da Comissão NEP:

- Organizar a pauta;
- Receber e protocolar os expedientes;
- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos expedientes que devam ser examinados nas reuniões do NEP;
- Lavrar e assinar as atas de reuniões do NEP;
- Providenciar a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões.

7. COMPETÊNCIAS

Art. 1º: Compete ao NEP:

- Identificar, semestralmente, nos setores/unidades as demandas de formação/qualificação dos profissionais de saúde na instituição, e apresentá-las para discussão e inclusão no Plano de Desenvolvimento de Competências anual;
- Propor ações de educação permanente no contexto da gestão do cuidado, a serem incluídas no PDC e desenvolvidas;
- Apreciar as propostas de ações de capacitação do Plano de Desenvolvimento de Competências, aprovando o calendário de eventos;
- Analisar as solicitações emergenciais de capacitação a serem incluídas no PDC, solicitadas pelos setores/divisões/unidades, considerando as necessidades específicas da equipe assistencial e as prioridades institucionais;
- Acompanhar e contribuir com as ações de capacitações promovidas, avaliando sua eficácia e efetividade;
- Incentivar o cumprimento das metas estabelecidas pelos colaboradores, relacionadas à participação em capacitações;
- Articular e sistematizar dados relativos ao desenvolvimento profissional dos colaboradores, colocando-os à disposição das gerências;

- Promover a integração entre o NEP e o NEAS, garantindo que as ações educativas abranjam tanto o desenvolvimento estratégico e organizacional quanto o aprimoramento técnico-assistencial
- Articular parcerias com a sociedade civil organizada, escolas do governo, entidades privadas, instituições de ensino e/ou empresas de prestação de serviços de desenvolvimento de pessoal, fornecedores de equipamentos, docentes servidores públicos ou pessoa física contratada para ministrar cursos/palestras, observada a legislação vigente;
- Estimular a implementação de metodologias ativas de aprendizagem e de simulações realísticas, especialmente nas ações desenvolvidas pelo NEAS, fortalecendo o protagonismo dos profissionais e a qualidade da assistência prestada.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS – FINAIS

De acordo com Chiavenato (2009, p. 389), “[...] o treinamento é o processo educacional focado em curto prazo e aplicado de maneira sistemática e organizada através do qual as pessoas aprendem conhecimentos, habilidades e competências em função de objetivos definidos”.

O treinamento tornou-se indispensável para as empresas por conta do alcance de seus objetivos, para os quais torna-se essencial a ampliação e o aprimoramento do conhecimento e experiências básicas para o desenvolvimento. Entende-se que treinamento e desenvolvimento estão correlacionados, pois, o segundo decorre do primeiro, sendo de extrema importância quando se trata do aumento de habilidades necessárias ao desempenho eficaz dos colaboradores.

Segundo Bohlander e Snell (2010, p. 250) “O termo treinamento muitas vezes é usado de forma casual a fim de descrever praticamente qualquer esforço da empresa para estimular o aprendizado de seus membros. Muitos especialistas, entretanto, distinguem entre treinamento (focado e orientado para o desempenho de atividades no curto prazo) e desenvolvimento (orientado para ampliar as habilidades dos indivíduos para futuras responsabilidades)”. Entende-se que se o colaborador é treinado para executar suas atividades em curto prazo de maneira rápida e eficaz, este poderá atingir o desenvolvimento, o qual prepara o colaborador para o crescimento profissional. Ou seja, tanto o desenvolvimento quanto o treinamento preparam o colaborador para ter um resultado positivo, com qualidade no serviço, visando melhoria contínua e obtendo sucesso na organização.

Nesse sentido, o NEP e o NEAS desempenham papéis complementares e estratégicos na gestão da educação corporativa em saúde. O NEP é responsável pela articulação institucional e pelo alinhamento das ações educativas às diretrizes do Plano de Desenvolvimento de Competências (PDC) em conjunto com o NEAS que atua de forma prática, direcionando as

ações de capacitação específicas da equipe assistencial, com foco em habilidades técnicas, humanização e segurança do paciente.

Para que o processo de realização de treinamentos ocorra de maneira eficiente e assegure o alcance dos objetivos propostos, é necessário que quatro (4) fases sejam efetivadas, nas quais o NEP e o NEAS atuam de forma integrada e efetivas, que são:

- **Diagnóstico:** É o levantamento e análise das necessidades, que dão subsídio ao cronograma de LNT. Esse levantamento identifica aquilo que o colaborador deveria saber fazer e o que realmente ele faz diariamente, desta forma, é possível identificar as carências de conhecimentos e habilidades no seu desempenho atual, que podem ser sanadas através do processo de qualificação. O NEAS contribui diretamente nesta etapa, identificando lacunas de conhecimento técnico e comportamental no âmbito assistencial, com base nas demandas dos setores e nos indicadores de qualidade.
- **Programação e Planejamento:** É a fase em que se estabelece estratégias para alcançar o objetivo proposto no planejamento, sendo que o meio para um resultado eficaz, se dá pela programação definida, no qual consta: quantos colaboradores participarão do referido treinamento, o instrutor, o conteúdo, o local, a metodologia, a data, o horário (inicial e final), a carga horária, a problemática, o tipo de treinamento, a avaliação, o objetivo e o público-alvo.
- **Execução:** Consiste na ação prática do que foi planejado e programado, ou seja, é o momento da implementação do treinamento. Aqui se inclui o objetivo proposto e o público-alvo, sendo neste caso os colaboradores, pertencendo estes a qualquer cargo nível hierárquico, desde que, necessitem adquirir ou aperfeiçoar conhecimento. Nesta fase, também temos a figura do facilitador, que é a pessoa qualificada ou especializada no assunto a ser abordado no treinamento, podendo ser de qualquer nível hierárquico desde que tenha formação e conhecimento do tema proposto. O NEAS assume papel central nessa etapa, conduzindo as atividades práticas, oficinas, simulações realísticas e treinamentos técnicos, em conjunto com o NEP, que garante a integração pedagógica e o suporte administrativo. Nesta fase, destaca-se a atuação do facilitador, profissional qualificado e capacitado para ministrar os conteúdos de forma participativa e contextualizada.
- **Avaliação:** Esta é a última parte do processo e tem o propósito de certificar se o treinamento foi eficaz, se supriu as necessidades da instituição e dos colaboradores. É um processo sistemático e estruturado para determinar até que ponto o programa de treinamento atendeu aos seus objetivos e metas previamente estabelecidos.

9. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

O Cronograma de Atividade Anual do Núcleo de Educação Permanente (NEP), proposto pelo ISMS, para o primeiro ano do Contrato de Gestão será validado na primeira reunião ordinária da referida comissão e será anexado à respectiva ata.

Cronograma Anual												
Descrição das Atividades	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Constituição da Comissão	X											
Gerenciamento do cumprimento das metas de educação propostas			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Treinamentos/Ações preventivas e educativas					X		X		X		X	
Reunião Ordinária	X		X		X		X		X		X	

A Gestão do **ISMS** ao longo do contrato de gestão atuará na Unidade de Saúde em ensino nas seguintes áreas:

- Educação Permanente de Assistência Médica em Urgência e Emergência;
- Educação Permanente de Assistência de Enfermagem;
- Educação Permanente na Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde;
- Educação Permanente na Assistência Multidisciplinar;
- Capacitações em Urgência e Emergência;
- Boas Práticas em Humanização.

10. PROPOSTA DA GESTÃO DO ISMS:

A proposta da gestão do Instituto Social Mais Saúde (ISMS) está centrada no fortalecimento das políticas de Educação Permanente em Saúde, atuando de forma articulada para consolidar uma cultura institucional de aprendizado contínuo, inovação e qualificação técnica e humana dos profissionais. Nesse contexto, a gestão do ISMS propõe:

- Elaborar cursos de qualificação pedagógica voltados aos colaboradores que atuam como formadores e multiplicadores, contribuindo para a melhoria dos processos de trabalho e da segurança assistencial;
- Promover parcerias com instituições formadoras e de ensino, em conjunto com o NEP, para desenvolver e aplicar metodologias ativas de aprendizagem, voltadas às necessidades formativas identificadas nos indicadores de vigilância em saúde e nas áreas assistenciais;
- Estimular a pesquisa e a produção científica como fonte de conhecimento e instrumento de divulgação das boas práticas relacionadas à vigilância e à assistência em saúde, fortalecendo a integração entre teoria e prática, em parceria com Departamento de Ensino e Pesquisa;
- Criar e monitorar indicadores de desempenho e qualidade, que permitam avaliar o impacto das ações educativas e assistenciais desenvolvidas pelo NEP, subsidiando o planejamento estratégico e as tomadas de decisão na área da saúde;
- Ampliar o acesso dos trabalhadores da saúde — incluindo a equipe assistencial — aos cursos de formação e aperfeiçoamento técnico promovidos pelos núcleos, garantindo oportunidades equitativas de desenvolvimento profissional;

Valorizar e potencializar o papel do NEP, com o NEAS atuando como extensão prática dedicada ao desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências assistenciais, por meio de treinamentos presenciais, simulações realísticas e metodologias que favoreçam o protagonismo dos colaboradores no processo de aprendizagem. Dessa forma, a gestão do ISMS, por meio da atuação de um NEP robusto, reafirma seu compromisso com a qualificação contínua dos profissionais, o fortalecimento da gestão do cuidado e a melhoria permanente da qualidade dos serviços prestados à população.

11. FINALIDADE DA CAPACITAÇÃO:

- Capacitar os profissionais de saúde multidisciplinar;
- Treinar e solidificar o conhecimento técnico científico para tomada de decisões;
- Possuir os processos de trabalho padronizados, independentemente das pessoas;
- Assegurar a assistência à saúde.
- Criar ambiente educacional padrão para troca de experiências e melhoria dos processos de trabalho;
- Criar boas práticas a serem seguidas;

- Adaptar conteúdo em linguagem virtual;
- Desenvolver tecnologias educacionais para capacitação;
- Proporcionar forma de registro de avaliação de aprendizagem do conhecimento técnico científico, com vistas a monitorar progresso e garantir a qualificação do corpo de saúde;
- Favorecer padronização das condutas entre os diversos Serviços de Saúde sob Gestão do Instituto Social Mais Saúde, de forma alinhada aos valores, demandas técnicas do sistema de saúde e parâmetros locais;
- Promover espaço virtual para capacitação, avaliação e troca de informações profissionais.

12. FERRAMENTAS DE ENSINO E CAPACITAÇÃO:

O Instituto Social Mais Saúde possui como ferramenta educacional uma plataforma desenvolvida a ser alimentada de acordo com a necessidade das unidades, com:

- Conteúdos ricos em imagens e vídeos;
- Textos animados: Infográficos;
- Videoaulas;
- Estudos de casos simulados;
- Exercícios interativos para reflexão;
- Ambiente colaborativo de discussão e construção do conhecimento: Fóruns e web conferência em tempo real;
- Consultas dos Processos de Trabalho em forma de Documentos (Protocolos, Procedimentos Operacionais Padrão, Normas e Rotinas e Políticas Institucionais) a serem implantadas nos Serviços.

13. MODELO DE PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O Modelo de Plano de Educação Permanente, abaixo proposto, com foco multidisciplinar, será alinhado e validado junto aos responsáveis técnicos, no início da gestão do Instituto Social Mais Saúde, e anualmente, com o Conselho Gestor da Unidade, não excluindo a definição e desenvolvimento de outros temas no decorrer da gestão, como por exemplo, os treinamentos específicos para as áreas de apoio assistencial e operacional, direcionado aos profissionais da Unidade de Saúde.

14. TREINAMENTO/CAPACITAÇÃO

- Humanização no Atendimento: Equipe Multidisciplinar e Disseminar a Política de Humanização/Ambiência;
- Linha de Cuidado ao Trauma - Foco na atenção ao Politraumatizado: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação da equipe;
- Acesso à Via Aérea em emergências: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação;
- Urgências e Emergências Traumatismo ortopédicas: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação da equipe;
- Atuação multidisciplinar na PCR: Equipe multidisciplinar e aumentar o sucesso na reversão das PCR;
- Identificação precoce sinais de deterioração clínica: Equipe multidisciplinar e evitar eventos de PCR;
- Emergências Pediátricas: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação no cuidado pediátrico;
- Urgências e Emergências cardiológicas: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação;
- Urgências e Emergências respiratórias: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação;
- Linha de Cuidado Cerebrovascular - Foco na Atenção ao Acidente Vascular Cerebral: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação da equipe;
- Sequência Rápida de Intubação em situações especiais (Asma, TCE): Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação da equipe;
- Abordagem em situações especiais, como: Afogamento, Queimado, Choque: Equipe multidisciplinar e padronizar a atuação da equipe;
- Sepsis, Dengue e outras Infecções: Equipe multidisciplinar e fortalecer a identificação precoce das patologias;
- Ventilação Mecânica no paciente grave: Equipe multidisciplinar e melhorar a assistência ao paciente grave;
- Diagnóstico por Imagem no Pronto-Socorro: Equipe multidisciplinar e evitar solicitações de exames sem necessidade, bem como integrar as equipes;
- Gestão de Equipes Assistenciais: Atingir as Lideranças e Enfermeiros Plantonista e aperfeiçoar a gestão organizacional.

Cabe ressaltar que o Plano de Educação proposto não limita o planejamento e realização de outros treinamentos no decorrer do período, treinamentos estes que após definidos, devem compor o respectivo Plano de Educação Permanente / Continuada. Portanto, os treinamentos elencados acima, servem como base inicial do planejamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHIAVENATO, Idalberto. *Gestão de Pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações*.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 ago. 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/policy/educacaoPermanente.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2025.

BOHLANDER, George; **SNELL**, Scott. *Administração de Recursos Humanos*.

HISTÓRICO DE REVISÃO

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM

3.5.3.4. Instrução De Trabalho – Nep Avaliação De Eficácia De Treinamento

1. Objetivo

Estabelecer critérios e orientar sobre a elaboração, realização, análise e registro da Avaliação de Eficácia dos treinamentos realizados, visando garantir a qualidade e o resultado das capacitações ofertadas.

2. Executantes

- Núcleo de Educação Permanente (NEP)
- Gestores dos setores
- Facilitadores dos treinamentos
- Colaboradores participantes dos treinamentos

4. Materiais e Equipamentos

- Sistema SAS (Ocorrência Manager)
- Computador com acesso à rede
- Formulário Planejamento de Treinamento Interno
- Formulário Lista de Presença
- Formulário Avaliação de Reação
- Formulário Entrevista Pós-Treinamento
- Evidências documentais da avaliação de eficácia (indicadores, relatórios, etc.)

5. Descrição do Procedimento

5.1 Elaboração da Avaliação de Eficácia de Treinamentos

Os setores devem realizar anualmente o Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT) para ser criado o Planejamento Anual de Treinamento (PAT), conforme metodologia proposta pelo NEP. É obrigatória a aplicação da Avaliação de Eficácia em, no mínimo, 60% dos treinamentos previstos no PAT, e já treinamentos Extra-PAT serão analisados individualmente a precisão da aplicação. O Formulário Plano de Treinamento deve ser entregue ao NEP com até 48h de antecedência do treinamento, contendo a sinalização sobre a Avaliação de Eficácia e com os campos corretamente preenchidos com:

- Ferramentas de mensuração da eficácia
- Indicadores definidos (se aplicável)
- Prazo da avaliação (60 ou 90 dias)

Nota 1: Formulários com preenchimento incompleto não serão aceitos pelo NEP.

5.2 Aplicação da Avaliação de Eficácia de Treinamentos

Após a realização dos treinamentos em que serão mensurados a eficácia e a entrega do Formulário de Lista de Presença, o NEP registrará via SAS, a avaliação de eficácia no prazo estabelecido no planejamento de treinamento.

5.2.1 Registro e Análise da Avaliação de Eficácia de Treinamentos

O caminho que o NEP deverá seguir para registrar Avaliação de Eficácia no Sistema SAS será:

- Ocurrence Manager → Registro → Avaliação de Eficácia de Treinamento → Ocorrência → Descrição → Classificação → Responsável por aceitar a ocorrência → OK

Já a aceite da ocorrência pelo no Sistema SAS:

- Ocurrence Manager → Minhas Ocorrências → A aceitar → Aceitar → Analisar (nome do gestor solicitante) → Instrução para análise → OK

Após a liberação do NEP, a avaliação de eficácia estará disponível no SAS do gestor, que deverá avaliá-la de acordo com o prazo estabelecido no Planejamento de Treinamento Interno, com base no passo a passo descrito abaixo:

- Ocurrence Manager → Minhas Ocorrências → A analisar → selecionar a avaliação e clicar em analisar no menu análise (lateral esquerda) → o analisador preencherá os registros de causa referente ao treinamento, os quais são analisados conforme a metodologia Diagrama de Ishikawa: Matéria Prima, Ambiente, Equipamento, Mão de Obra, Informação e Procedimentos → Avaliação dos objetivos → Justificativa

É importante salientar que é de caráter obrigatório o anexo das evidências do resultado do treinamento, tendo o caminho:

- Adicionar → selecionar cópia do arquivo (será copiado para área compartilhada do servidor) → próximo → escolher no computador a evidência da avaliação de eficácia e clicar em concluir → Análise da ocorrência está concluída → OK.

Após a análise da avaliação de eficácia, realizada pelo gestor no SAS, o registro estará novamente disponível para o NEP, que fará a validação afim de que, a avaliação seja verificada com base nas evidências apresentadas.

Nota 2: Para treinamentos do Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), as ferramentas mais utilizadas para mensurar a eficácia são a Avaliação de Reação e Entrevista Pós-treinamento.

Nota 3: No caso de contingência é necessário utilizar o Formulário de Avaliação de Eficácia que está incluso na gestão documental do NEP.

5.2.2 Categorização da Avaliação de Eficácia de Treinamentos

A partir disto, a avaliação será categorizada como *Efetiva* ou *Não Efetiva*, levando em os critérios definidos na **Tabela 1**, que estabelece os níveis de eficácia com base em uma escala numérica:

TABELA 1- GRAU DE EFICÁCIA DO TREINAMENTO.

GRAU DE EFICÁCIA	DESCRIÇÃO	NOTA
Ótimo	Desempenho excelente, aplicação plena dos conteúdos e resultados evidentes no setor	9 à 10
Bom	Aplicação satisfatória, com impactos positivos no setor	7 à 8
Regular	Aplicação parcial, com resultados moderados	5 à 6
Insatisfatório	Não houve aplicação dos conteúdos ou impacto perceptível	0 à 4

Fonte: Elaborado pelo autor

Caso o treinamento não atinja os objetivos propostos ou atinja parcialmente (média abaixo ou igual a 6), a avaliação será categorizada como Não Efetiva e o NEP fará a articulação, junto com o gestor do setor e o facilitador do treinamento, para a realização de ações corretivas, conforme as necessidades evidenciadas. Quando a avaliação identificar que o treinamento foi Efetivo, o NEP finalizará o registro de avaliação no SAS e enviará ao gestor, via e-mail, o Feedback da Avaliação de Eficácia do Treinamento.

6. Observações

O registro da Avaliação de Eficácia deve ser mantido em formato digital (Sistema SAS), e impresso na pasta suspensa ou pastas arquivo com identificação junto o restante das evidências do treinamento em questão, conforme descrito na Instrução de Trabalho de Arquivamento das Evidências de Capacitações.

7. Referencias

8. Histórico de Revisão:

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM
01(Nº Contagem)	(Data da revisão/Criação do documento)	(Descrição do Porquê da revisão)

9. Se necessário (SN): Anexos

3.5.3.5. Instrução De Trabalho –Treinamentos Do Programa De Desenvolvimento Do Jovem Aprendiz

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data de Elaboração ou última revisão:	Data da Próxima Revisão
Cargo e Setor Supervisor de NEP Data: 20/12/2024	Cargo e Setor Gerente de Gente e Gestão Dezembro/2024	Cargo e Setor Diretor Administrativo Financeiro Dezembro/2024	Data: 20/12/2024	Data: 20/12/2026

1. Objetivo:

Padronizar o processo de realização da orientação para desenvolvimento profissional com os jovens aprendizes contratados pelo hospital, promovendo o alinhamento de expectativas e o estímulo às competências comportamentais e profissionais desde o início da jornada do aprendiz.

2 – Definições e Siglas

NEP: Núcleo de Educação Permanente;

RH: Recursos Humanos;

Jovem Aprendiz: Colaborador em formação contratual vinculada à Lei da Aprendizagem (Lei nº 10.097/2000).

3. Executantes:

- **NEP:** Conferir, organizar e arquivar adequadamente todos os documentos recebidos; manter os registros atualizados no sistema de gestão de capacitações; garantir a rastreabilidade das evidências formativas; apoiar pedagogicamente os treinamentos e orientar quanto ao cumprimento das diretrizes educacionais institucionais.

- **RH:** Garantir o cumprimento das exigências legais e administrativas relacionadas ao programa de aprendizagem; orientar os gestores e aprendizes quanto aos direitos, deveres e processos internos; comunicar-se com a instituição de ensino parceira para alinhamento de ações; acompanhar desempenho e frequência dos aprendizes.
- **Jovem Aprendiz:** Participar ativamente das capacitações e orientações promovidas pelo NEP e pela área e manter a assiduidade e entregar as evidências exigidas para registro de participação.
- **Gestor de Área do Jovem Aprendiz:** Fornecer feedback; garantir que o aprendiz participe das capacitações programadas; colaborar com o RH e NEP no monitoramento e evolução do processo formativo.

3. Formulários Necessários:

- Plano de Treinamento;
- Lista de Frequência;
- Avaliação de Reação;
- Relatório de Treinamento;

4. Materiais e Equipamentos:

- Projetor multimídia ou TV com entrada HDMI (para apresentação de conteúdos);
- Computador ou notebook com acesso à internet e sistema de gestão de treinamento (caso aplicável);
- Quadro branco e marcadores (para dinâmicas e anotações);
- Materiais de apoio impresso (apostilas, folders, guias do aprendiz);
- Cadeiras e ambiente reservado para realização dos treinamentos;
- Pasta suspensa e arquivo digital para armazenar evidências.

5. Descrição do Procedimento:

5.1 Processo de contratação de Aprendizes – RH

O setor de RH realizará o processo seletivo e admissão dos jovens aprendizes.

5.2 Listagem de Aprendizes

O setor de RH deverá encaminhar mensalmente, até o 5º dia útil, a listagem atualizada dos jovens aprendizes admitidos para o NEP.

Nota 1: Nos meses em que não houverem alterações no quadro de jovens aprendizes, basta o RH sinalizar ao NEP via e-mail.

5.3 - Cronograma

Cabe ao NEP elaborar e divulgar o cronograma dos treinamentos, com data, horário, local e tema do encontro. Bem como convidar os setores para liberação dos jovens aprendizes, com antecedência mínima de 5 dias úteis, sinalizando os Gestores via e-mail para liberação. Os treinamentos sempre serão executados no horário de contratação dos aprendizes

Nota 2: Caso não seja possível a participação do Jovem Aprendiz na Orientação, o Gestor imediato deverá sinalizar o NEP via e-mail, informando a justificativa da não participação.

Nota 3: O NEP deverá também registrar a participação dos aprendizes e arquivar a lista de presença e realizar relatório de avaliação e acompanhamento das ações. Em caso de situações em que se perceba alguma dificuldade no processo do aprendiz, o NEP sinalizará o Gestor imediato, bem como o setor de RH.

7. Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 9001:2015** — Sistemas de gestão da qualidade — Requisitos. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.

BRASIL. Lei nº 10.097, de 19 de dezembro de 2000. Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 20 dez. 2000.

8. Histórico de Revisão:

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM
01(Nº Contagem)	(Data da revisão/Criação do documento)	(Descrição do Porquê da revisão)

9. Se necessário (SN): Anexos

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data de Elaboração última revisão:	Data da Próxima Revisão

Supervisor de NEP Data: 12/06/2025	Gerência Adm Pessoal Data: 12/06/2025	Diretor Administrativo financeiro Data: 12/06/2025	Data: 12/06/2025	Data: 12/06/2027

3.5.3.6. Programa – Núcleo De Educação Permanente

1. Objetivo

Padronizar o processo das qualificações para desenvolvimento profissional com os jovens aprendizes contratados pelo hospital, promovendo o alinhamento de expectativas e o estímulo às competências comportamentais e profissionais desde o início da jornada do aprendiz.

2. Definições e Siglas

NEP: Núcleo de Educação Permanente;

RH: Recursos Humanos;

Jovem Aprendiz: Colaborador em formação contratual vinculada à Lei da Aprendizagem (Lei nº 10.097/2000);

Programa de Desenvolvimento Profissional: Ação mensal de caráter educativo e formativo, voltada ao desenvolvimento de competências profissionais e comportamentais dos jovens aprendizes.

3. Justificativa

O Programa de Desenvolvimento Profissional para os Jovens Aprendizes do hospital surge da necessidade de fortalecer a formação técnico-comportamental dos colaboradores em início de carreira, garantindo não apenas o cumprimento da Lei da Aprendizagem (Lei nº 10.097/2000), mas, sobretudo, a construção de uma jornada profissional sólida, ética e alinhada aos valores institucionais.

Ao padronizar o processo de qualificação e promover encontros trimestrais com foco em temas relevantes ao ambiente organizacional e ao mercado de trabalho, o programa busca alinhar expectativas, desenvolver habilidades essenciais (como comunicação, postura profissional, trabalho em equipe e responsabilidade) e estimular o protagonismo dos aprendizes em sua trajetória profissional.

Essa iniciativa contribui diretamente para a qualificação desses jovens, para a integração com suas áreas de atuação e para a formação de futuros profissionais mais preparados, engajados e conscientes de seu papel dentro e fora da instituição.

4. Abrangência

NEP; RH; setores que possuem jovens aprendizes contratados.

5. Critérios

Os critérios a seguir orientam a execução, participação e avaliação do Programa de Desenvolvimento Profissional dos Jovens Aprendizizes:

5.1. Participação

- A presença nos encontros de qualificação é obrigatória para todos os jovens aprendizes ativos na instituição;
- A frequência mínima exigida é de 75% da carga horária total das qualificações realizadas;
- Faltas devem ser justificadas formalmente ao setor responsável (NEP e RH), com comprovação, quando aplicável.

5.2. Temas e Conteúdo

Os conteúdos abordados contemplam competências comportamentais, habilidades profissionais básicas e temas relacionados ao contexto institucional, sendo ministrados de forma didática, participativa e contextualizada, tendo como temas por trimestre:

1º trimestre - Profissional e Planejamento de Carreira

2º trimestre - Postura e Ética Profissional;

3º trimestre - Trabalho em Equipe e Comunicação Eficiente;

4º Trimestre - Habilidades Socioemocionais e Liderança;

5º Trimestre – Inovação, Criatividade e Sustentabilidade;

6º Trimestre - Importância do uso de tecnologias e mídias sociais;

7º Trimestre Inteligência Emocional;

8º Trimestre - Inclusão e Diversidade.

5.3. Avaliação

A avaliação do programa será monitorada por meio de:

- Avaliação de reação (satisfação dos participantes);
- Avaliação de aplicação prática (feedback das lideranças);
- Registro de desempenho e evolução comportamental dos aprendizes.

5.4. Responsabilidades

O NEP é responsável pelo planejamento e execução das qualificações, o RH atua no acompanhamento da adesão e os setores de atuação dos aprendizes colaboram com o reforço dos conteúdos no cotidiano de trabalho.

5.5. Documentação

Todos os encontros devem ser registrados em lista de frequência e registro de temas abordados, deverá ser feito um relatório de cada treinamento ser encaminhado ao RH.

6. Considerações Gerais

A padronização do Programa de Desenvolvimento Profissional para os Jovens Aprendizes representa uma importante estratégia institucional voltada ao fortalecimento da formação técnica e comportamental desses colaboradores em início de carreira. Ao estabelecer critérios claros de participação, conteúdos programáticos alinhados às necessidades do mercado e avaliações periódicas, o hospital promove não apenas o cumprimento da legislação vigente, mas também contribui de forma significativa para o desenvolvimento integral dos aprendizes. A iniciativa estimula o protagonismo juvenil, favorece a integração entre os setores e reforça o compromisso da instituição com a formação de profissionais mais conscientes, éticos e preparados para os desafios do mundo do trabalho. O engajamento do NEP, RH e demais setores envolvidos é essencial para garantir a eficácia do programa e a continuidade dessa importante ação de educação corporativa.

7. Referências

BRASIL. **Lei nº 10.097, de 19 de dezembro de 2000.** Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, relativos à aprendizagem. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 dez. 2000.

8. Histórico de Revisão

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM
01(Contagem)	(Data da Criação/Revisão)	(Descrição do porquê da revisão)

9. Se necessário (SN): Anexos

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data de Elaboração ou última revisão:	Data da Próxima Revisão
Coordenador de pessoas Data: 11/06/2025	Gerente de Pessoas Data: 11/06/2025	Diretor Administrativo Financeiro Data: 11/06/205	Data: 11/06/2025	Data: 11/06/2027

3.5.3.7. Projeto - Núcleo De Educação Permanente - O Guardião

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

O Projeto tem como finalidade de ampliação do processo de ambientação nos projetos do Instituto Social Mais Saúde (ISMS) com o colaborador dentro de sua respectiva área, fazendo parte do processo da integração e contribuindo para fortalecer as habilidades, trazendo maior segurança aos colaboradores ambientados, com intuito de melhoraria na adaptação.

2. JUSTIFICATIVA

O processo de ambientação de colaboradores visa integrar e adaptar os profissionais recém-admitidos, de retorno por benefício e/ou movimentados de setor ou função na instituição por meio do conhecimento dos processos e das normas e rotinas.

OBJETIVOS

- Acolher, orientar e direcionar os colaboradores dos projetos do ISMS, com o foco na adaptação as normas, rotinas e boas práticas, contribuindo para o cuidado seguro.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir para diminuição de incidência de erros na execução de tarefas pertinentes a função e garantir a assistência segura de qualidade;
- Fomentar integração e ambientação nos espaços de trabalho;
- Contribuir para melhorar a comunicação e a colaboração;
- Difundir as normas, rotinas e boas práticas da instituição.
- Garantir avaliação de desempenho funcional do colaborador de forma integral e alinhada com as práticas assistenciais da unidade.

3. PÚBLICO-ALVO

Colaboradores admitidos, de retorno de benefício, promovidos e transferidos de setor do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos.

4. DESCRIÇÃO DAS AÇÕES

5.1. PROCESSO DE AMBIENTAÇÃO

O processo de ambientação iniciará após da contratação (Anexo 1), retorno, ou movimentação do colaborador, tendo como a primeira etapa a realização da Integrações Institucional, e para o colaborador assistencial, também a Integração Assistencial, onde o colaborador tem o seu

primeiro treinamento, tendo o intuito de socialização organizacional, integração e aculturação. Este processo é um dos mais relevantes, pois é a partir desse momento será alinhado a missão, visão e valores da instituição, além de ser apresentado as normas e protocolos da instituição. Já a segunda parte da ambientação será promovida através do projeto “O Guardião”. Durante 7 plantões um colaborador já integrado à equipe, com o mesmo setor, turno e, preferencialmente, com o mesmo cargo, que estará inscrito e qualificado no projeto, será denominado guardião, acompanhará o colaborador em ambientação nas suas atividades laborais, tendo o foco na adaptação às suas funções, atividades, a equipe de trabalho e a cultura organizacional, sendo apresentado os protocolos e instrução de trabalho da sua área na parte prática, estimulando sempre o trabalho em equipe e a comunicação efetiva.

5.2 FORMAÇÃO DOS GUARDIÕES

Para que o projeto se desenvolva de forma eficaz, é primordial que seja realizada a formação dos guardiões para aperfeiçoar o olhar educador profissional, capacitá-los quanto às práticas de treinamento, com ênfase no desenvolvimento de competências e aprendizagem significativa, aprimorando concomitantemente as competências do guardião e do colaborador treinado, haja vista que, o ato de ensinar traz oportunidade de fortalecimento no conhecimento e a interação entre quem aprende e quem ensina, fazendo com que o vínculo crie novos *insights* e novas possíveis dúvidas que poderão ser sanadas, proporcionando melhorias nos processos da instituição.

O foco da formação será nas metodologias de ensino que serão aplicadas durante o período da ambientação para que os guardiões desempenhem a atribuição de serem mediadores de conhecimento do teórico e prático das suas rotinas e processos, fortalecendo o embasamento e preparo para exercer tal colocação. A estratégia é desenvolver cinco habilidades as quais favorecem os guardiões a conduzirem a atividade de ensino:

- Comprometimento;
- Busca de evidências;
- Ensino de regras gerais;
- Reforço dos acertos;
- Correção dos erros.

A formação dos guardiões terá 4h de duração e iniciará com uma roda de conversa com os colaboradores que forem indicados pelos seus gestores, de forma a atender os critérios elencados no item 5.2.1, para ser referência deste processo. O NEP provocará diversas reflexões a partir da entrega do impresso de descrição de cargo por competências para explanação, pois

não podemos falar de educação na saúde sem falar do desenvolvimento de competências, pois ela entrelaça diferentes áreas do saber. Neste momento os guardiões em formação passarão a ser os protagonistas de seu processo de aprendizagem, tendo como objetivo a combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e engajamento. Outros temas também serão abordados, como práticas de ensino diferenciadas, aprendizagem baseado em problemas, aprendizagem baseada em time e comunicação qualificada.

Será realizado no final da formação a avaliação e posteriormente terá a cerimônia de encerramento com as entregas dos certificados.

5.2.1 CRITÉRIO DE SEREM GUARDIÕES

- Colaborador com vínculo de CLT mínimo de 1 ano;
- Assiduidade;
- Facilidade para orientação, treinamento de colaborador;
- Boa comunicação, relacionamento, confiabilidade, capacidade de planejamento, foco nos resultados;
- Facilidade para receber e fornecer feedbacks;
- Não possuir advertência e/ou suspensão em período mínimo de 6 meses.

5. METODOLOGIA

A ideia é ofertar o desenvolvimento de habilidades profissionais, assim impulsionando melhores resultados, além de melhorar atitudes e integralidade do público-alvo à cultura institucional, para que se sintam mais seguros por estarem bem preparados. Por esse motivo, surgiu a necessidade deste projeto, unindo treinamento e desenvolvimento em um método ativo e completo, viabilizando ainda a atração, o engajamento e a retenção de talentos não só dos colaboradores que estarão ingressando, mas também para os colaboradores guardiões. Tudo isso com foco nas necessidades individuais, coletivas e institucionais, utilizando metodologia norteadora da Política Nacional da Educação em Saúde - aprendizagem no trabalho, colocando o colaborador no centro do processo, criando uma experiência de aprendizagem completa.

6. RESULTADOS DESEJADOS E MONITORAMENTO

Adaptar e integrar os colaboradores, promovendo o sentimento de pertencimento e a retenção de talentos, desenvolver e engajar os colaboradores com foco no acolhimento e acompanhamento, tonando esse momento mais humanizado, fortalecendo o papel dos guardiões como educadores, com o auxílio das ferramentas de ensino-aprendizagem e feedbacks. Todos esses fatores apoiam os gestores no desenvolvimento dos seus colaboradores

individualmente, além de fortalecer a equipe. Dessa maneira, ampliando a possibilidade de melhores práticas assistenciais direta e indiretamente, transmitindo a essência do cuidar de pessoas.

7. RECURSOS

- Sala de treinamentos com equipamentos audiovisual;
- Certificados;
- Impressora;
- Coffee break.

8. CONTROLE E AVALIAÇÃO

No período de 7 plantões, o guardião irá orientar e direcionar o colaborador participante nas suas atividades laborais e no final desse período será realizado a avaliação do projeto do guardião (Anexo 2), tendo o campo do guardião, colaborador ambientado, gestor da área e o NEP, para que assim o monitoramento da avaliação do processo de ambientação seja em 360º e contribua efetivamente no período de avaliação de experiência desse colaborador e no plano de desenvolvimento individual. Sendo que, haverá reunião entre o NEP, guardião e colaborador ambientado para dar o feedback. A partir disso, o NEP analisará os resultados e, quando houver pontos a serem desenvolvidos, serão sugeridas capacitações complementares, possibilitando ao colaborador o fortalecimento de suas competências. Em seguida, na avaliação de 45 dias, ocorrerá uma nova análise para verificar a efetividade do processo formativo e os avanços alcançados. Caso seja constatado o desenvolvimento esperado, é realizado um feedback ao colaborador, reforçando seu progresso e valorizando o esforço individual. Por outro lado, quando não há evolução satisfatória, o caso é acompanhado em conjunto pelo setor de Recursos Humanos e pelo gestor imediato, promovendo um diálogo direcionado e a busca de novas estratégias de suporte. Dessa forma, a avaliação do projeto O Guardiã, não apenas avalia, mas também promove a melhoria contínua, valorizando o colaborador e fortalecendo a cultura de desenvolvimento profissional.

9. DOCUMENTAÇÃO

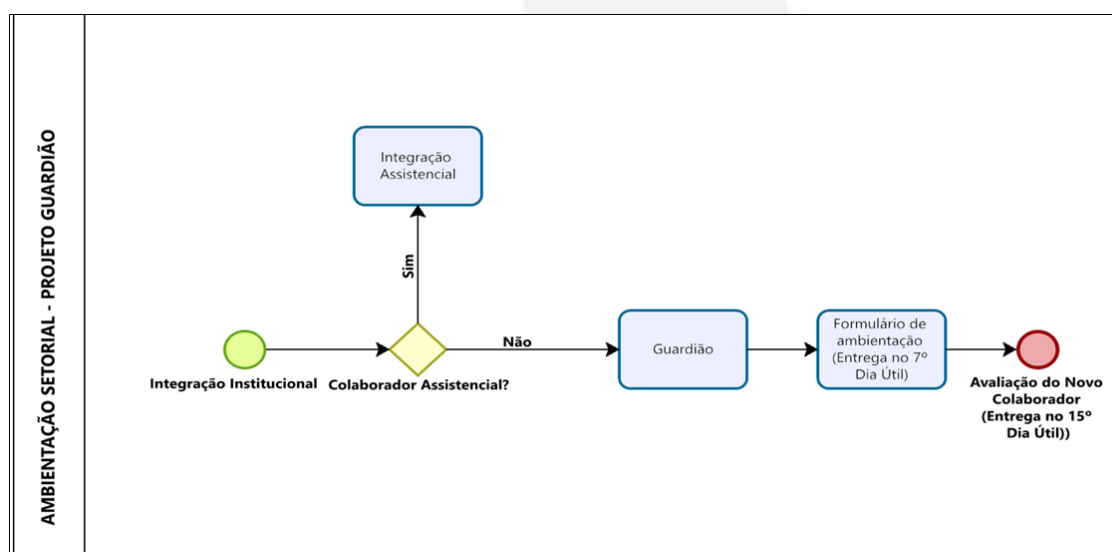
Os documentos necessários para o projeto serão as listas de frequências, formulário de ambientação setorial, *checklist* da ambientação setorial, termo de entrega do colaborador e o formulário de avaliação do projeto do guardião.

1. Histórico de Revisão

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM

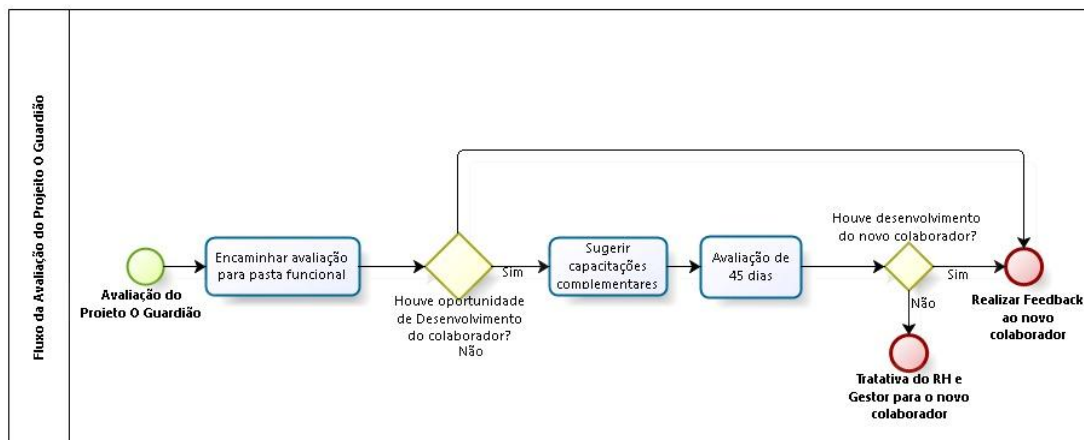
01	10/09/2025	Incluir os fluxogramas dos processos da ambientação e setorial e da avaliação.

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data de Elaboração ou última revisão:	Data da Próxima Revisão
Gerência Adm Pessoal Data: 22/05/2024	NQSP Data: 29/05/2024	Diretoria geral Data: 12/06/2024	Data: 10/09/2025	Data: 10/09/2027



ANEXO 1: FLUXOGRAMA DA AMBIENTAÇÃO SETORIAL

ANEXO 2: FLUXOGRAMA DA AVALIAÇÃO DO PROJETO O GUARDIÃO



3.5.3.8. Manual O Guardião

MANUAL



1. O que é o projeto “O GUARDIÃO”?

É um projeto que visa ampliar o processo de ambientação setorial dos projetos do Instituto Social Mais Saúde (ISMS). Com o objetivo de acolher, orientar e direcionar os profissionais recém-admitidos, de retorno de benefícios e/ou movimentados de setor ou função. Visando a integração eficaz e adaptação facilitada as normas, rotinas e boas práticas no ambiente de trabalho.

- Objetivos do Projeto
- Contribuir para diminuição de incidência de erros na execução de tarefas pertinentes a função e garantir a assistência segura de qualidade;
- Fomentar integração e ambientação nos espaços de trabalho;
- Contribuir para melhorar a comunicação e a colaboração;
- Difundir as normas, rotinas e boas práticas da instituição.
- Garantir avaliação de desempenho funcional do colaborador de forma integral e alinhada com as práticas assistenciais da unidade.

2. Quem participa como colaborador ambientado?

- Colaboradores recém-admitidos;
- Colaboradores no retorno de benefícios;
- Colaboradores movimentados de setor ou função.

3.1. Quem pode ser um guardião?

- Colaborador do hospital com vínculo CLT mínimo de 1 ano.

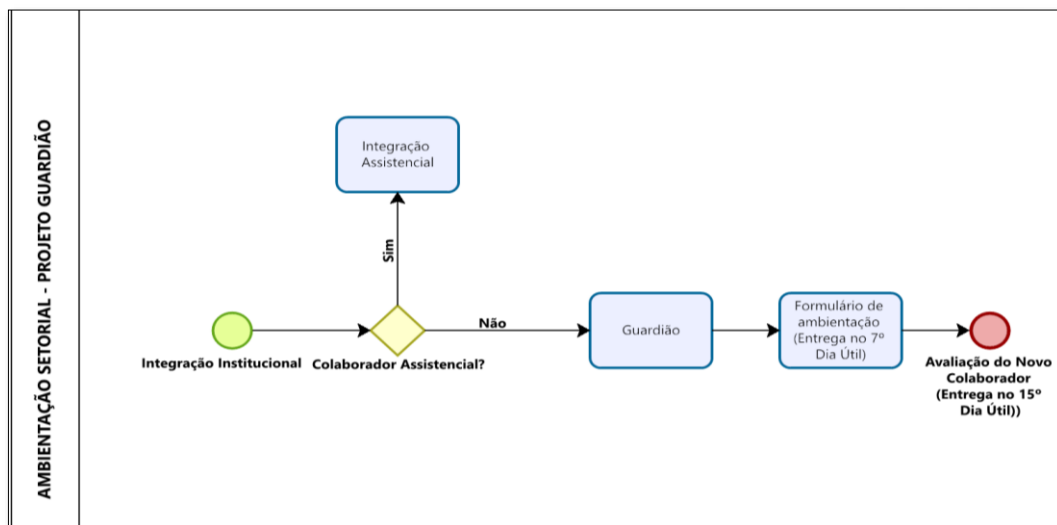
3.1.1. Critérios para ser um guardião

- Assiduidade;
- Facilidade para orientação e treinamento;
- Boa comunicação, relacionamento, confiabilidade, capacidade de planejamento, foco nos resultados;
- Facilidade para receber e fornecer feedbacks;

3. Descrições das ações

4.1 Processo de Ambientação

O processo de ambientação iniciará após a contratação, retorno, ou movimentação do colaborador, tendo como a primeira etapa a realização da integração institucional e/ou integração assistencial, onde o colaborador tem o seu primeiro treinamento, tendo o intuito de socialização organizacional, integração e aculturação. Este processo é um dos mais relevantes, pois é a partir desse momento que será alinhado a missão, visão e valores da instituição, além de ser apresentado as normas e protocolos internos. Já a segunda parte da ambientação será promovida através do projeto “O Guardião”. Durante 7 plantões ou 7 dias de trabalho (Fluxograma 1), um colaborador já integrado à equipe, com o mesmo setor, turno e, preferencialmente, com o mesmo cargo, que estará inscrito e qualificado no projeto, será denominado guardião, acompanhará o novo colaborador nas suas atividades laborais e sociais dentro do hospital, tendo o foco na adaptação às suas funções, atividades, a equipe de trabalho e a cultura organizacional, sendo apresentado os protocolos e instrução de trabalho da sua área na parte prática, estimulando sempre o trabalho em equipe e a comunicação efetiva.

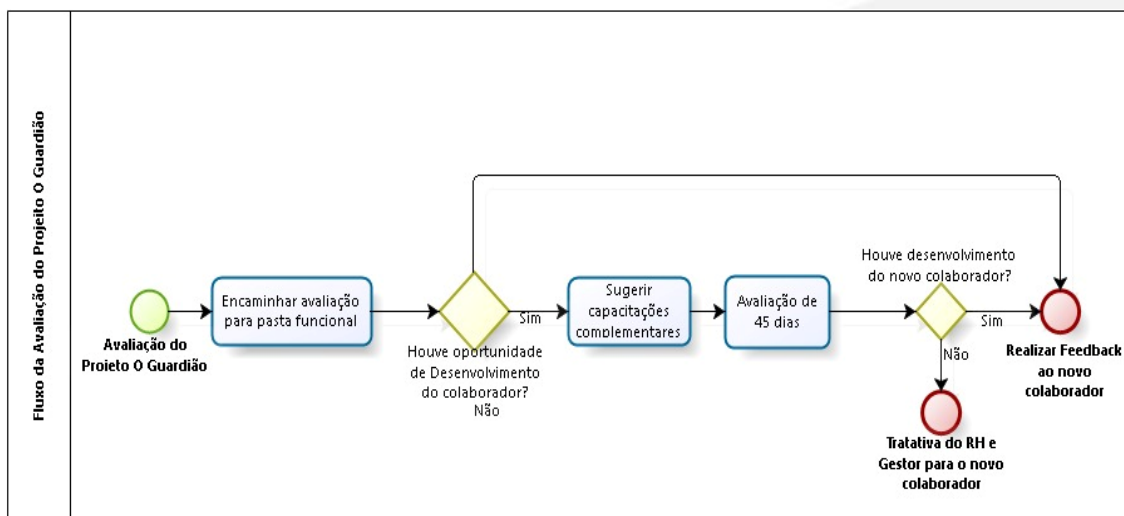


1-
Fluxograma do processo de ambientação setorial.

3.2 Avaliação do Projeto O Guardião

No período de 7 plantões, o guardião irá orientar e direcionar o colaborador participante nas suas atividades laborais e no final desse período será realizado a avaliação do projeto do guardião (Fluxograma 2), tendo o campo do guardião, colaborador ambientado, gestor da área e o NEP, para que assim o monitoramento da avaliação do processo de ambientação seja em 360º e contribua efetivamente no período de avaliação de experiência desse colaborador e no plano de desenvolvimento individual. Sendo que, haverá reunião entre o NEP, guardião e colaborador ambientado para dar o feedback. A partir disso, o NEP analisará os resultados e, quando houver pontos a serem desenvolvidos, serão sugeridas capacitações complementares, possibilitando ao colaborador o fortalecimento de suas competências. Em seguindo, na avaliação de 45 dias, ocorrerá uma nova análise para verificar a efetividade do processo formativo e os avanços alcançados. Caso seja constatado o desenvolvimento esperado, é realizado um feedback ao colaborador, reforçando seu progresso e valorizando o esforço individual. Por outro lado, quando não há evolução satisfatória, o caso é acompanhado em conjunto pelo setor de Recursos Humanos e pelo gestor imediato, promovendo um diálogo direcionado e a busca de novas estratégias de suporte. Dessa forma, a avaliação do projeto O Guardiã, não apenas avalia, mas também promove a melhoria contínua, valorizando o colaborador e fortalecendo a cultura de desenvolvimento profissional.

2 – Fluxograma da avaliação do projeto O Guardião



4. Gestão Documental

5.1. Termo de entrega do colaborador

Este formulário formaliza a entrega do colaborador ao seu guardião.

O formulário deve ser preenchido e assinado corretamente pelo guardião e entregue ao NEP (Núcleo de Educação Permanente) no ato do recebimento do novo colaborador (Figura 1).

1- Figura: Termo de entrega do colaborador

	FORMULÁRIO - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE		
	TERMO DE ENTREGA DO COLABORADOR – PROJETO GUARDIÃO		
	Código: FO.XXX.NEP.00x	Versão: 001	Página: 1 de 1

Eu, _____, Matrícula: _____, recebo o novo Colaborador (a): _____, Matrícula: _____, no setor: _____, onde exercerá a função: _____, no horário: _____

Declaro que todas as informações acima citadas são verdadeiras, corretas e completas. Confirmo ainda ter ciência da responsabilidade em receber o novo colaborado em seu primeiro dia de trabalho.

Responsável

Belém, ____ de ____ de ____




5.2. Formulário de ambientação setorial

Documento que confirma que o colaborador ambientado recebeu as **informações necessárias sobre o setor** (rotinas, fluxos de trabalho, Instruções de Trabalho, Protocolos, etc.).

2- Figura: Formulário de Ambientação Setorial

O formulário deve ser corretamente preenchido pelo guardião com as informações do colaborador (nome, matrícula, função setor, data da admissão, período da ambientação, motivo da ambientação), assim como todas as outras informações solicitadas no formulário (cronograma geral e cronograma checklist ambientação setorial). O documento deve ser carimbado pelo novo colaborador ambientado, pelo guardião responsável pela integração e pelo gestor da área. O formulário deve ser entregue ao NEP no 7º dia após a admissão (Figura 2).

FORMULÁRIO – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE AMBIENTAÇÃO SETORIAL					
Código: FO.XXX.NEP.00x		Versão: 001	Página: 1 de 1		
IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR AMBIENTADO					
Nome do Colaborador: _____					
Matrícula: _____	Função: _____	Setor: _____			
Data da Admissão: ____/____/____	Período da Ambientação: ____/____ à ____/____/____				
Motivo da Ambientação Setorial: Nova Admissão () Movimentação () Alteração de Centro De Custo ()					
CRONOGRAMA GERAL		DATA	HORÁRIO		
Apresentação da descrição de cargo			Início: _____ Término: _____		
Apresentação do Regimento Interno e/ou de Regimento do Conselho			Início: _____ Término: _____		
Apresentação a equipe de trabalho			Início: _____ Término: _____		
Apresentação da escala de trabalho			Início: _____ Término: _____		
Apresentação do fluxo e rotina do setor			Início: _____ Término: _____		
Apresentação dos formulários utilizados no setor			Início: _____ Término: _____		
Acesso aos sistemas utilizado no setor			Início: _____ Término: _____		
Protocolo de Segurança do Paciente			Início: _____ Término: _____		
CRONOGRAMA CHECKLIST DO GUARDIÃO					
ITEM	DATA	HORÁRIO	ITEM	DATA	HORÁRIO
		Início: _____ Término: _____			Início: _____ Término: _____
		Início: _____ Término: _____			Início: _____ Término: _____
		Início: _____ Término: _____			Início: _____ Término: _____
		Início: _____ Término: _____			Início: _____ Término: _____
		Início: _____ Término: _____			Início: _____ Término: _____
		Início: _____ Término: _____			Início: _____ Término: _____
		Início: _____ Término: _____			Início: _____ Término: _____
		Início: _____ Término: _____			Início: _____ Término: _____
		Início: _____ Término: _____			Início: _____ Término: _____
		Início: _____ Término: _____			Início: _____ Término: _____
		Início: _____ Término: _____			Início: _____ Término: _____
		Início: _____ Término: _____			Início: _____ Término: _____
		Início: _____ Término: _____			Início: _____ Término: _____
		Início: _____ Término: _____			Início: _____ Término: _____
Colaborador Ambientado		Responsável pela Ambientação	Gestor		Núcleo de Educação Permanente



5.3 Check-List do Guardião

O *checklist* tem intuito de nortear os Guardiões sobre os protocolos, instruções de trabalho e fluxos e rotinas padronizadas com o perfil do seu setor, cumprindo corretamente e sistematicamente as orientações (Figura 3).

O guardião deve registrar a data em que foram realizadas as orientações das atividades citadas no *checklist* após o preenchimento devem ser carimbadas e assinadas pelo novo colaborador e pelo guardião e entregue ao NEP, junto ao formulário de ambientação setorial.

3- Figura: Exemplo do Check-List do Guardião (UTI Adulto)

5.4.

Formulário de Avaliação do O Guardião

O Formulário
Avaliação do
O Guardião
objetivo de
não somente o

FORMULÁRIO – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE		
CHECKLIST DO GUARDIÃO – UTI ADULTO		
Código: FO.XXX.NEP.00x	Versão: 001	Página: 1 de 1
ITEM	CRONOGRAMA – ENFERMEIRO UTI ADULTO	DATA DA ORIENTAÇÃO
1.	Rotina do Briefing e Debriefing	
2.	Plano Educacional Multiprofissional	
3.	PS.HRAS.NSP.001/PS.HRAS.NSP.002/PS.HRAS.NSP.003/PS.HRAS.NSP.004/PS.HRAS.NSP.005/PS.HRAS.NSP.006/PS.HRAS.NSP.007- Apresentação dos Protocolos de Segurança do Paciente	
4.	Apresentação dos formulários obrigatórios impressos dos prontuários (perfil epidemiológico, plano terapêutico, plano educacional, termo de queda, impresso da visita multidisciplinar)	
5.	Fluxo do Round diário com equipe do plantão/ Participar da Visita Multidisciplinar de acordo com cronograma	
6.	Utilização do Protocolo de Transporte Seguro	
7.	Apresentação dos protocolos institucionais (SEPSE, Deterioração Clínica, AVC, Glicemia)	
8.	Processo educacional e inclusão dos treinamentos institucionais no escopo de trabalho	

Projeto

Projeto
tem o
avaliar

O formulário deve ser entregue ao NEP (Núcleo de Educação Permanente), no máximo 15 dias após o início do processo de ambientação.

12.	Cuidado com manipulação de paciente com drenos tais com (DVE, PEN ROSE, DRENO TORACICO, DRENO PORTOVAC)	
13.	Processo da visita de enfermagem beira leito	
14.	Registros no Prontuário: evolução de enfermagem, balanço hídrico e prescrição da Enfermagem	
15.	Escalas Assistenciais: NAS; Morse; Glasgow; e Braden	
16.	Realização de infusão e acompanhamento de hemocomponentes e coleta de amostra de sangue	
17.	Realização infusão de NPP (nutrição parenteral)	
18.	Fluxo de acionamento no Sistema PR da equipe multidisciplinar (Terapeuta ocupacional; Fonoaudióloga, Serviço Social)	
19.	Notificação eventos no Sistema Interact	
20.	Realização curativos de alta complexidade e Acionamento da Comissão Cuidados com a Pele.	

desenvolvimento do colaborador ambientado, mas também integralmente o processo da ambientação. Desta forma, todos os atores do fluxo participam deste momento – o Guardião, o colaborador ambientado, o gestor e o NEP.

 Mais Saúde	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE AVALIAÇÃO DO PROJETO O GUARDIÃO Código: FO.000.NEP.00x Versão: 001 Página: 1 de 4	 Mais Saúde	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE AVALIAÇÃO DO PROJETO O GUARDIÃO Código: FO.000.NEP.00x Versão: 001 Página: 2 de 4

Nome do Colaborador:	Sector:	Matrícula:
Função:	Período da ambientação: / / à / /	Matrícula:
Colaborador Guardião:	Sector:	
Função:		

AVALIAÇÃO DO COLABORADOR GUARDIÃO
1 – Conhecimento técnico – Avalie a habilidade em aplicar os conhecimentos na prática durante toda a execução das tarefas e o esforço pessoal para desenvolvê-las. ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Insuficiente ☐ Não foi possível avaliar Observações: _____ _____ _____
2 – Adaptação na rotina do sector – Avalie a capacidade e o interesse com que aprende e se adapta aos métodos e instrução de trabalho. ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Insuficiente ☐ Não foi possível avaliar Observações: _____ _____ _____
3 – Organização e planejamento para execução das normas e rotinas – Avalie o nível de produtividade com que executa suas tarefas, considerando a forma de apresentação, prazos de entrega, qualidade e exatidão. ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Insuficiente ☐ Não foi possível avaliar Observações: _____ _____ _____
4 – Cuidado seguro – Avalie o nível de aplicabilidade no atendimento direto ou indiretamente ao paciente e o conhecimento das Metas de Segurança do Paciente. ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Insuficiente ☐ Não foi possível avaliar Observações: _____ _____ _____

CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO
5 – Protocolos, Manuais e Instruções de Trabalho – Avalie o conhecimento e a aplicabilidade adequada dos documentos setoriais e institucionais. ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Insuficiente ☐ Não foi possível avaliar Observações: _____ _____ _____
6 – Sistemas de Gestão – Avalie o conhecimento do novo colaborador de acessar aos sistemas de gestão da instituição. (Evolução/Notificação/Ordem de Serviço/Solicitação de materiais). ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Insuficiente ☐ Não foi possível avaliar Observações: _____ _____ _____

Considerando a avaliação realizada durante os 30 (trinta) dias de acompanhamento, atribua ao colaborador o conceito que melhor define seu nível de desempenho em relação às capacitações executadas.

☐ Insuficiente ☐ Regular ☐ Bom ☐ Ótimo ☐ Não foi possível avaliar

Observações:

Declaro ter avaliado cuidadosamente as afirmativas acima e tê-las respondido de forma justa e em acordo com as reais observações do desempenho do colaborador no período de 30 (trinta) dias. Declaro estar ciente que todas as informações são de minha responsabilidade, de acordo com a conduta apresentada durante todo o acompanhamento.

_____ / ____ / ____
 Data

 Colaborador Guardião






4- Figura: Formulário de Avaliação do Projeto Guardião

3.5.4. Proposta de metodologia utilizada para avaliação de desempenho dos colaboradores e pesquisa de clima institucional.

O **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** adota uma metodologia estruturada, ética e mensurável para a avaliação de desempenho e o monitoramento do clima organizacional, integrando ambas as práticas à sua política de Gestão por Competências (GCPEC) e à Política de Gestão de Pessoas.

	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE		
	AVALIAÇÃO DO PROJETO O GUARDIÃO		
	Código: FO.xxxx.NEP.00x	Versão: 001	Página: 3 de 4

AVALIAÇÃO DO COLABORADOR AMBIENTADO

1 – Você apresentou alguma dificuldade na execução e/ou adaptação do seu trabalho?

☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente

Observações:

2 – O seu Guardião o acompanhou nos 15 primeiros dias de trabalho?

☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente

Observações:

3 – Na sua percepção, o seu Guardião foi comprometido em auxiliar no seu desenvolvimento?

☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente

Observações:

4 – Você recebeu as condições de trabalho necessárias?

☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente

Observações:

	FORMULÁRIO – NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE		
	AVALIAÇÃO DO PROJETO O GUARDIÃO		
	Código: FO.xxxx.NEP.00x	Versão: 001	Página: 4 de 4

5 – Qual a sua avaliação do seu aprendizado e quais oportunidade de melhorias?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Insuficiente ☐ Não foi possível avaliar

Observações:

Declaro estar ciente que todas as informações são de minha responsabilidade, de acordo com as atividades que foram apresentadas durante todo o acompanhamento.

 Data Colaborador Ambientado

PARECER DO GESTOR DA ÁREA

1- Avalie o desempenho do novo colaborador no período de ambientação setorial e os pontos a serem desenvolvidos?

 Data Gestor da área

PARECER DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

 Data Núcleo de Educação Permanente



3



4

Essas ferramentas garantem transparência, meritocracia e desenvolvimento contínuo, assegurando que o desempenho individual e o ambiente de trabalho estejam permanentemente alinhados aos objetivos estratégicos e valores institucionais — humanização, integridade, excelência, sustentabilidade e diversidade.

3.5.4.1. Avaliação de Desempenho por Competências (GCPEC)

O ISMS utiliza metodologia própria, normatizada no Manual de Gestão por Competências (GCPEC), instrumento complementar ao Regulamento de Contratação Institucional (RI.ISMS.RH.001), com aplicação semestral e gestão corporativa sob responsabilidade da Gerência de Pessoas.

A avaliação segue quatro etapas:

1. Autoavaliação – preenchimento eletrônico pelo colaborador no sistema GCPEC, considerando competências técnicas e comportamentais definidas no Perfil Estruturado por Competência (PEC);
2. Avaliação do Gestor – análise do desempenho funcional e comportamental, com base em evidências e metas pactuadas;
3. Feedback Estruturado – devolutiva formal entre líder e liderado, com registro de pontos fortes e oportunidades de melhoria;
4. Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) – ações de capacitação e acompanhamento conduzidas pelo NEP.

As dimensões avaliadas são:

- **Técnica e Funcional:** Domínio técnico, qualidade e cumprimento de prazos
- **Comportamental:** Ética, relacionamento, cooperação e alinhamento cultural
- **Resultados e Metas:** Entregas e indicadores do contrato de gestão

A consolidação dos resultados gera o Índice de Desempenho Individual (IDI), classificado em quatro níveis: *Excelente (Azul)*, *Satisfatório (Verde)*, *Em Desenvolvimento (Amarelo)* e *Insatisfatório (Vermelho)*.

Os resultados do IDI subsidiam decisões sobre progressão, reconhecimento, mobilidade interna e bonificação por performance, conforme a Política MI.ISMS.RH.005.

O processo é rastreável e auditável, supervisionado pela Diretoria Administrativa-Financeira (DAF) e pela Área de Compliance e Integridade, garantindo imparcialidade e transparência.

3.5.4.2. Pesquisa de Clima Institucional

A Pesquisa de Clima é realizada anualmente, com metodologia quantitativa e anônima, sob coordenação da Gerência Corporativa de Pessoas.

O instrumento digital (SAS Interact) contempla nove dimensões de análise, entre elas: ambiente físico, liderança, comunicação, reconhecimento e identificação com os valores do ISMS.

Os resultados são consolidados em relatórios corporativos e setoriais, gerando Planos de Ação de Clima, revisados trimestralmente.

Os indicadores principais são:

- Adesão $\geq 85\%$,
- Satisfação média $\geq 80\%$,
- Melhoria dos índices de engajamento e rotatividade.

Os dados da pesquisa de clima retroalimentam as ações de desenvolvimento do GCPEC e os programas de Educação Permanente (NEP).

3.5.4.3. Integração e Resultados Esperados

A integração entre desempenho e clima cria um ciclo virtuoso de melhoria contínua: as competências individuais influenciam o ambiente organizacional e o clima positivo reforça o desempenho coletivo.

Com base nesse modelo, o ISMS busca:

- Avaliar 100% dos colaboradores semestralmente;
- Manter $\geq 95\%$ de adesão ao GCPEC e $\geq 85\%$ à pesquisa de clima;
- Reduzir absenteísmo abaixo de 3%;
- Aumentar o percentual de desempenho “satisfatório ou superior” para $\geq 90\%$;
- Garantir rastreabilidade e auditoria integral do processo.

3.5.4.4. Conclusão

O modelo do ISMS de avaliação de desempenho e clima institucional é técnico, impessoal e ético, assegurando meritocracia e desenvolvimento humano contínuo.

A metodologia demonstra plena capacidade institucional para avaliar, reconhecer e aprimorar pessoas, fortalecendo a governança e a sustentabilidade da gestão pública hospitalar.

O Instituto Social Mais Saúde, apresenta:

- Manual De Descrição De Cargos
- Manual De Gestão Por Competências
- Projetos - Recursos Humanos Pesquisa De Clima Organizacional

3.5.4.5. *Manual De Gestão Por Competências*

MANUAL DE GESTÃO POR COMPETÊNCIAS



Desenvolver talentos
para transformar vidas

01. Introdução

A nossa empresa Instituto Social Mais Saúde tem o privilégio de disponibilizar para todos os gestores este **Manual de Gestão por Competências, para líderes**, com o Protocolo de Feedback - resultado da participação dos gestores em busca de um mesmo objetivo: **Transparência nas avaliações e desenvolvimento dos nossos colaboradores.**

Este manual é um guia indispensável e deverá ser usado como ferramenta de uso prático para os Gestores dentro da Instituição (tanto para os que serão avaliadores quanto para os líderes avaliados), facilitando no processo de avaliação e feedback.

02. Palavra da Diretoria.

A Ferramenta de Gestão por Competências é fundamental para o sucesso de nossa instituição e para o desenvolvimento de nossos colaboradores. Ela nos permite identificar, desenvolver e gerenciar as competências necessárias para alcançar nossos objetivos, melhorando a performance e a produtividade dentro das nossas unidades.

Para os líderes, a ferramenta é essencial para avaliar o desempenho dos funcionários, identificar áreas de melhoria e criar planos de ação para desenvolver as competências necessárias. Isso ajuda a melhorar a tomada de decisões e a aumentar a satisfação do funcionário.

Para a instituição, a ferramenta é crucial para alinhar as competências com os objetivos, melhorar a performance e aumentar a produtividade. Além disso, ela ajuda a identificar e desenvolver talentos dentro da instituição, o que pode levar a uma maior retenção de funcionários e uma melhor performance.

A implementação da Ferramenta de Gestão por Competências é um passo importante para o nosso crescimento e desenvolvimento. Vamos trabalhar juntos para identificar as competências necessárias, avaliar as competências dos funcionários e criar planos de ação para desenvolver as competências necessárias.

Com a Ferramenta de Gestão por Competências, podemos:

- Melhorar a performance e a produtividade
- Desenvolver talentos dentro da instituição
- Aumentar a satisfação do funcionário
- Melhorar a tomada de decisões

Vamos aproveitar ao máximo essa ferramenta para alcançar nossos objetivos e melhorar a performance da nossa instituição.

03.Missão, Visão e Valores.

Missão

Cuidar das pessoas promovendo saúde e bem-estar.

Visão

Até 2030 ser reconhecido em todo o território nacional pela excelência na gestão de serviços em saúde.

Valores

Humanização

Excelência

Integridade

Transparência

Sustentabilidade

Diversidade

Responsabilidade Social

04.Logo, símbolo e frase do Projeto de Competências

**MAIS**
COMPETÊNCIASDesenvolver talentos
para transformar vidas

05. Conceitos Estratégicos de Gestão por Competências.

GESTÃO POR COMPETÊNCIAS

É definir exatamente quais são os critérios importantes dentro de cada cargo, de cada função dentro da Instituição. Assim, é possível estabelecer uma relação de transparência entre os colaboradores e a empresa, uma vez, que estes profissionais passam a conhecer os critérios (competências) pelos quais seu trabalho e desempenho serão acompanhados por seu superior hierárquico e pela instituição.

Todos esses critérios estão descritos no **P.E.C.** de cada cargo (Perfil Estruturado por Competências). Nele constam as principais responsabilidades e atribuições, além das competências e indicadores de desempenho importantes para o desempenho de cada função. Dessa forma, o P.E.C. é utilizado pela área de Recursos Humanos para:

- 1) Recrutar e Selecionar profissionais de acordo com os critérios e perfil de cada cargo;
- 2) Avaliar o desempenho e a “entrega de resultados” em cada competências, uma vez por ano, dos seus profissionais;
- 3) Promover capacitação e treinamentos específicos de acordo com o Perfil do Cargo e suas exigências;
- 4) Entre outras ações importantes de RH.

Portanto, o modelo de gestão de pessoas proporciona a Empresa identificar as competências comportamentais e técnicas necessárias para a execução das atividades de um cargo/função e **abre a oportunidade de “Desenvolvimento”** para os colaboradores comprometidos com a instituição.

As competências para cargos de gestão (ou seja, de cada líder) se dividem em três categorias importantes, a saber:

COMPETÊNCIAS ORGANIZACIONAIS

São as Competências vinculadas aos valores da organização – válidas para todos os profissionais contratados, desde os cargos de gestão até os cargos operacionais da instituição.

Competência	Definição	N. Indicador	Indicador de Desempenho
COMPROMETIMENTO	Capacidade de contribuir para o atendimento das diretrizes da organização, assumindo a responsabilidade pelas suas tarefas buscando melhores resultados.	1	Participa dos treinamentos e eventos incentivados pela instituição, colocando em prática os conhecimentos adquiridos no seu trabalho e demonstrando isso ao seu superior.
		2	Busca a solução para os problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição.
ÉTICA	Capacidade de atuar de forma a garantir o respeito ao ser humano e a sua individualidade, com sigilo das informações, discricção nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.	1	Mantém sigilo e discricção das informações referentes à instituição, aos pacientes e aos colegas de trabalho, não divulgando nem imagens nem informações em rede sociais (Ex. Facebook, Instagram etc.), sem prévia autorização da instituição.
		2	Mantém um comportamento respeitoso, evitando atitudes preconceituosas (cor, raça, religião etc.) e todo tipo de assédio com clientes internos e externos.
		3	Assume a responsabilidade por seus erros de forma transparente, avisando seu superior de sua falha, e colocando-se à disposição para corrigi-la prontamente.
HUMANIZAÇÃO	Capacidade de mostrar-se sensível às necessidades do outro, ainda que não expressadas, buscando formas de supri-las ou superá-las, com boa vontade e gentileza.	1	Demonstra interesse em ajudar as pessoas que precisam mesmo sem ser solicitado.
		2	Apresenta cordialidade no atendimento as pessoas, demonstrando atitudes de atenção e acolhimento (empatia) com todos.

COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA

São as competências vinculadas a posição de liderança de todos os gestores da Instituição, baseadas na visão de futuro e no planejamento da organização para alcançá-la.

Competência	Definição	N. Indicador	Indicador de Desempenho
COMUNICAÇÃO	Capacidade para interagir com as pessoas, apresentando facilidade para ouvir, processar e compreender as mensagens, e habilidade para transmitir e argumentar com coerência e clareza.	1	Realiza feedbacks com sua equipe, registrando-os por escrito (de acordo com as diretrizes da instituição) e acompanhando-os mensalmente, de forma temática.
		2	Cumprir as ações dos planos de ação estabelecidos em sua avaliação de desempenho (GAP's), bem como, acompanhar e reavaliar os planos de ação do(s) seu(s) colaborador(es), antes do prazo de vencimento.
		3	Realizar encontros periódicos (no mínimo um por mês) com sua equipe para atualizá-la das informações da instituição e assegurar o direcionamento dos trabalhos dentro do setor.
EQUILÍBRIO EMOCIONAL	É a capacidade de lidar com situações adversas e momentos de pressão ou tensão, mantendo o autocontrole na tomada de decisão (justa, racional e equilibrada).	1	Estabelece bom relacionamento com os seus subordinados, pares e superiores, mantendo um diálogo positivo (conciliador) com todos, dentro do ambiente de trabalho.
		2	Demonstra capacidade de se manter neutro diante de divergências pessoais, resolvendo de forma profissional os conflitos dentro da equipe e/ou com outros setores.
PLANEJAMENTO COM FOCO EM RESULTADO	É a capacidade de estabelecer, com antecedência, objetivos, metas e indicadores a serem alcançados definindo através de técnicas de gestão, prioridades, recursos e métodos necessários para a obtenção dos resultados esperados a curto, médio e longo prazo.	1	Conduz sua equipe de trabalho, organizando as tarefas, planejando as ações e delegando aos seus colaboradores essas atividades de forma já priorizada.
		2	Planeja o trabalho da equipe da sua área, sempre alinhado ao planejamento estratégico, apresentando seus planos de ação mensais, semestrais e anuais ao seu superior para validação.
		3	Identifica as principais causas dos problemas, agindo em tempo hábil na definição e implementação de planos de ações corretivas para melhorar o resultado.

VISÃO SISTÊMICA	Capacidade de conhecer e entender os processos institucionais, suas interações com os diversos setores da instituição e seus impactos nos resultados da organização.	1	Registra as notificações de não conformidade, visando à melhoria da interação dos processos da instituição.
		2	Demonstra interesse em compreender as necessidades das lideranças de outros setores, atuando em conjunto com esses gestores para o bom funcionamento dos processos da Instituição.

COMPETÊNCIAS TÉCNICAS

São as competências técnicas vinculadas aos critérios de captação para cada cargo, conforme definido no P.E.C. (Perfil Estruturado por Competências), que incluem, por exemplo:

- Formação acadêmica;
- Conhecimento técnico específico;
- Informática.

Essas competências são válidas para cada função dentro da instituição e refletem a capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais.

Competência	Definição	N. Indicador	Indicador de Desempenho
TÉCNICA	Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.	1	Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área, equipe ou do próprio trabalho.
		2	Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Exemplo.: Ensino Médio, Ensino Superior etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC).
		3	Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente.

COMPETÊNCIAS OPERACIONAIS

As competências operacionais referem-se às habilidades, conhecimentos e capacidades necessárias para realizar tarefas e atividades operacionais de forma eficaz e eficiente. Elas são fundamentais para o sucesso da empresa, pois permitem que os funcionários executem suas funções com excelência.

As competências operacionais podem ser categorizadas de acordo com a função ou cargo específico, abrangendo diversas áreas, como:

- Habilidades técnicas específicas;
- Conhecimentos operacionais;
- Capacidades de resolução de problemas;
- Trabalho em equipe e comunicação.

Essas competências são essenciais para garantir a eficiência e a produtividade nos processos operacionais da empresa.

Competência	Definição	N. Indicador	Indicador de Desempenho
NORMATIVA	Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais.	1	É assíduo, pontual e comunica imediatamente seu superior direto quando há problemas que o(a) impeçam de vir ao trabalho ou o(a) façam atrasar no horário de chegada, a fim de não prejudicar os colegas na continuidade das atividades (plantões, tarefas ou processos).
		2	Demonstra cuidado e zelo com o ambiente de trabalho (organização) e os recursos (equipamentos, materiais etc.) durante a execução das suas atividades.
		3	Cumprir todas as normas de segurança, diretrizes, protocolos de qualidade e orientações do setor e da instituição.
Competência	DEFINIÇÃO	N. Indicador	Indicador de Desempenho
AGILIDADE	Capacidade de executar as atividades com rapidez e objetividade sem perder a qualidade, para alcançar os resultados.	1	Cumprir suas atividades ou solicitações normais de serviço dentro do prazo definido.
		2	Executa seu trabalho com bastante rapidez sem perder a qualidade.
		3	Consegue atender pedidos fora da sua rotina de trabalho, sem deixar de cumprir suas tarefas diárias.
Competência	DEFINIÇÃO	N. Indicador	Indicador de Desempenho

ATENÇÃO CONCENTRADA	Capacidade de manter o foco nos detalhes de seu trabalho e função, demonstrando atenção e concentração durante a execução das suas tarefas.	1	Monitora com atenção o movimento das pessoas e clientes, percebendo o que está acontecendo a sua volta, inclusive se alguém precisa de ajuda.
		2	Desenvolve seu trabalho com concentração, executando-o cuidadosamente para evitar erros ou acidentes por falta de atenção.
		3	Faz conferência do seu processo de trabalho (materiais, equipamentos, controles, planilhas etc.) antes de finalizá-lo e/ou enviá-lo para outros profissionais.
		4	Presta atenção nas orientações e solicitações do seu superior, fazendo anotações e perguntando para compreender exatamente o que será feito.
		5	Faz conferência dos exames digitados e presta atenção na finalização dos relatórios, evitando falhas de digitação ou exames trocados.
Competência	DEFINIÇÃO	N. Indicador	Indicador de Desempenho
COMUNICAÇÃO OPERACIONAL	Capacidade de se expressar com clareza e objetividade com as pessoas, compreendendo informações, escutando com atenção e emitindo mensagens de forma positiva.	1	Comunica sempre ao seu superior qualquer alteração, anormalidade ou não conformidade existente nas atividades de trabalho ou na instituição.
		2	Tem facilidade para se comunicar com as pessoas, inclusive diante de uma intercorrência, orientando com calma o que precisa ser feito.
		3	Confirma com o outro as informações dadas ou recebidas a fim de que não ocorram falhas no processo de trabalho.
		4	Se antecipa na comunicação com outros setores e clientes internos, quando ocorre alguma mudança de processo que possa afetá-los.
		5	Usa palavras (vocabulário), linguagem corporal (postura) e tom de voz adequados na comunicação com as pessoas.

		6	Informa sobre o progresso do seu trabalho, dando retorno ao seu superior sobre os prazos de entrega e resultados alcançados.
		7	Usa a comunicação de forma clara com seus colegas, outros setores, médicos e terceiros, orientando e registrando por escrito as intercorrências do plantão para o próximo colega ou equipe.
Competência	DEFINIÇÃO	N. Indicador	Indicador de Desempenho
EQUILIBRIO EMOCIONAL	Capacidade de resolver situações difíceis e momentos de pressão ou tensão, mantendo o controle de suas atitudes de forma equilibrada no ambiente de trabalho.	1	Demonstra tranquilidade em situações de emergências, executando as ações necessárias com segurança.
		2	Mantem-se produtivo no trabalho mesmo num ambiente sob pressão por entregas, prazos ou resultados.
		3	Controla suas emoções quando o cliente (interno ou externo) está nervoso, ouvindo com atenção e buscando alternativas para solucionar a situação.
		4	Tem paciência com o cliente (interno ou externo) para lhe orientar sempre que seja necessário.
		5	Mantem seu autocontrole diante de opiniões contrárias as suas, respondendo de forma profissional e respeitosa (sem agressividade).
Competência	DEFINIÇÃO	N. Indicador	Indicador de Desempenho
FLEXIBILIDADE	Capacidade de se adaptar para obter resultados produtivos em prol do setor e da instituição, facilitando o trabalho que será realizado na sua área, bem como os processo de mudanças	1	Realiza todas as tarefas que lhe são solicitadas sem reclamações, demonstrando flexibilidade em ajudar.
		2	Tem uma atitude flexível diante das sugestões de melhorias para o seu trabalho, pondo em prática as orientações do seu superior.
		3	Demonstra uma postura receptiva (aberta) para as mudanças implantadas no seu setor ou na instituição.

	dentro da sua equipe.	4	Se adapta as necessidades do setor, principalmente nos períodos críticos (Ex. Fechamentos Mensais, Inventários, Balanços, Mudanças de escalas etc.)
		5	Atua em várias funções, quando é necessário, a fim de ajudar o bom andamento da instituição.
		6	Tem flexibilidade diante de modificações do setor, dobras de plantão, encaminhamento de pacientes para exames, entre outras situações que ocorram durante o plantão.
Competência	DEFINIÇÃO	N. Indicador	Indicador de Desempenho
FOCO NO CLIENTE	Capacidade de manter o foco na satisfação das expectativas e necessidade dos seus clientes (internos ou externos).	1	Informa o cliente (interno ou externo) sobre o progresso dos seus pedidos, deixando visível sua preocupação em ajudá-lo na solução da situação.
		2	Demonstra atenção e segurança ao dar informações da instituição ou do setor, seja de forma pessoal ou por telefone.
		3	Escuta com educação o que o cliente (interno ou externo) deseja para direcioná-lo ao setor correto ou orientá-lo em suas dúvidas.
		4	Atua com foco na segurança do paciente (Ex: Medicação na hora certa, Exames Certos, Ações Preventivas, Esclarecimento de dúvidas ao paciente e seus familiares)
		5	Realiza o melhor procedimento para o paciente, mantendo todos os registros atualizados no prontuário.
		6	Tem foco na segurança da dieta do paciente, realizado rigorosamente a manipulação ou preparação dos alimentos (ex. higienização correta, controle de validade etc.)
Competência	DEFINIÇÃO	N. Indicador	Indicador de Desempenho
INICIATIVA	Capacidade de ser proativo com o propósito de	1	Tem iniciativa em abordar para orientação ou averiguação pessoas

	aprender novas tarefas e solucionar os problemas ou dificuldades que se apresentem no dia a dia de trabalho.		suspeitas dentro da instituição, mesmo que em situação de risco.
		2	Tem proatividade para resolver situações de trabalho ou alterações que apareçam no dia a dia das suas atividades.
		3	Tem iniciativa para aprender novas tarefas e obter novos conhecimentos no seu trabalho, sem que seu superior lhe solicite.
		4	Faz sugestões ao seu superior, por iniciativa própria, sobre outras maneiras mais eficazes de realizar o trabalho na sua área.
Competência	DEFINIÇÃO	N. Indicador	Indicador de Desempenho
RESPONSABILIDADE	Capacidade de atuar com seriedade, responsabilidade e compromisso no seu trabalho, seguindo as orientações da Instituição e respondendo por seus atos e resultados.	1	Inicia e termina suas tarefas e as solicitações de seu superior sem que isso tenha que ser cobrado.
		2	Assume a responsabilidade pela execução de seu trabalho, sem ficar se justificando e transferindo o problema para os outros.
		3	Executa seu trabalho no prazo correto, não deixando a conclusão das tarefas para o dia seguinte.
		4	Cada vez que precisa se ausentar sempre deixa outra pessoa bem orientada para realizar sua função, da mesma forma que todos os materiais organizados e identificados para o uso.
		5	Quando lhe solicitam um trabalho do qual não domina plenamente, tem responsabilidade de perguntar sobre o mesmo para executá-lo da forma correta.
Competência	DEFINIÇÃO	N. Indicador	Indicador de Desempenho
ORGANIZAÇÃO	Capacidade de organizar suas tarefas, materiais e equipamentos, contribuindo	1	Mantém atualizado e de forma bem organizada todos os controles administrativos ou operacionais do seu trabalho (Ex. Registro de atividades, planilhas, lista de tarefas, relatórios etc.)

para a ordem, limpeza e continuidade dos trabalhos dentro de sua área.	2	Entrega suas tarefas, relatório, documentos e/ou outros controles sempre organizados e conferidos.
	3	Deixa seu trabalho organizado a tal ponto que qualquer outro colega tenha condições de dar continuidade no caso de sua ausência.
	4	Verifica as tarefas de cada dia sempre que chega, separando material e recurso necessários para a execução do seu trabalho.
	5	Confere todos os procedimentos do dia seguinte, avisando os clientes (interno ou externo) e seu superior sobre possíveis problemas para evitar transtornos.
	6	Avisa ao seu superior sobre materiais ou itens que tem prazo de validade próximos do vencimento.
	7	Organiza e define as prioridades de realização das suas tarefas (exemplo: ordens de serviço) a fim de cumprir todas as solicitações.
	8	Registra todos os dados importantes sobre seu trabalho em sistema ou controles de intercorrências, permitindo que outro colega entenda e dê sequência no processo ou atendimento necessário.
	9	Desenvolve um padrão de organização para o seu trabalho (ex. Check-list ou outra ferramenta de controle) a fim de evitar erros por esquecimento.
	10	Tem controle total de suas tarefas diárias, sejam as que estão pendentes bem como as que já foram realizadas.
	11	Mantém sob controle todos os exames ou procedimentos a realizar, sempre avisando às equipes assistenciais se há alguma pendência.
	12	Organiza e confere o estoque com frequência, a fim de evitar materiais fora do prazo ou falta de itens para suprir as necessidades dos setores.

			13	Mantém as salas, consultórios e/ou postos de enfermagem bem organizado e prontos para assegurar o atendimento ao paciente.
			14	Organiza e confere com antecedência os materiais necessários aos procedimentos cirúrgicos.
			15	Organiza as salas cirúrgicas, efetuando a limpeza das mesmas segundo os critérios de qualidade e de forma rápida para não atrasar as cirurgias.
Competência		DEFINIÇÃO	N. Indicador	Indicador de Desempenho
TRABALHO EQUIPE	EM	Capacidade de interagir com os colegas de trabalho e com outras equipes, cooperando da melhor forma para manter um bom ambiente de trabalho e alcançar os resultados desejados.	1	Tem espírito de equipe demonstrando colaboração nos momentos difíceis ou críticos dentro de sua área ou instituição.
			2	Tem boa vontade de ajudar a equipe oferecendo-se voluntariamente para auxiliar os colegas após finalizar suas tarefas, ao invés de ficar ocioso.
			3	Ensina e compartilha conhecimentos e informações com os colegas de trabalho.
			4	Tem bom relacionamento com os colegas, pares, superiores e equipes multidisciplinares, sem ter recebido reclamações de outras pessoas sobre seu comportamento.

06.METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

Etapas de Avaliação de Desempenho

Na metodologia GCPEC (Gestão por Competências) baseada no Perfil de cada cargo, anualmente, a área de Recursos Humanos define um período de avaliação dos líderes e dos colaboradores.

Para poder participar da avaliação de desempenho é tecnicamente recomendado que um gestor ou um colaborador tenha, no mínimo, 05 (cinco) meses de atuação no mesmo cargo, para que haja conhecimento e acompanhamento adequados a uma avaliação justa do seu desempenho.

Após a divulgação dos prazos de avaliação pelo R.H., as próximas etapas do processo são:

1. **Autoavaliação:** O avaliado terá disponível no sistema GCPEC o agendamento da sua avaliação para que possa acessar o formulário e preenchê-lo, utilizando como referência seu desempenho dentro das competências do cargo que ocupa, no mínimo dos últimos 06 meses e no máximo dos últimos 12 meses de trabalho.
2. **Avaliação do Superior:** Em paralelo o “Avaliador” (superior) também terá acesso e preencherá o formulário de avaliação do seu subordinado, com o desempenho observado em cada competência do cargo do seu colaborador, durante o último ano, respeitando o período mínimo de 6 meses e máximo de 12 meses.
3. **Reunião de Consenso:** O Avaliador convidará o “Avaliado” para dialogar sobre as duas avaliações preenchidas anteriormente. É no momento do consenso que o “avaliado” poderá apresentar o seu trabalho e seus resultados, por meio de exemplos e fatos do dia a dia do seu setor, a fim de sustentar as notas dadas no seu formulário de autoavaliação. É também no Consenso que líder e liderado estabelecem uma conversa aberta e transparente sobre o desempenho do “avaliado” e constroem juntos “planos de ação” de melhorias para que o profissional possa se desenvolver e alcançar melhor desempenho em competências que tiveram algum ponto frágil (GAP de desempenho).

Escala de Cores e Notas

Para facilitar a orientação de Avaliadores e Avaliados, no preenchimento do formulário (online) de avaliação de desempenho por competências do sistema (software GCPEC), há uma metodologia de avaliação que trabalha em primeiro lugar com “CORES”. (As notas de 0 a 10 são apenas consequências das escolhas destas cores).

DICA IMPORTANTE: Ao fazer a avaliação é fundamental que tanto Avaliados quanto Avaliadores pensem primeiro no conceito das cores utilizadas, conforme segue:

AZUL = Significa que o “Avaliado” faz mais do que está escrito no indicador que está sendo avaliado, ou seja, ele faz tudo o que está sendo solicitado no indicador de desempenho e ainda supera as expectativas, vai além do que está escrito (faz **110%**).

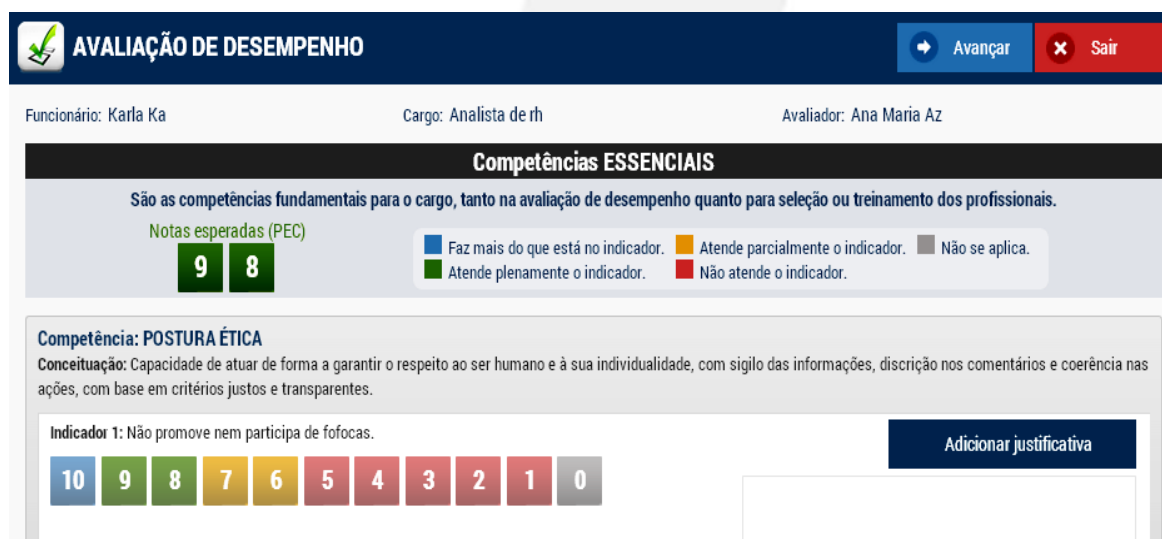
Para toda nota de cor azul é obrigatório o preenchimento do campo “**Justificativa**” para que fique registrado exatamente o que foi realizado além, isto é, o que foi feito a mais pelo avaliado e que superou o que estava escrito no indicador.

VERDE = Significa que o “Avaliado” cumpe integralmente (100%) o indicador de desempenho, ou seja, o profissional que está sendo avaliado está entregando de forma adequada os resultados esperados pela Organização dentro das competências do seu cargo.

AMARELO = Significa que o “Avaliado” cumpre apenas parcialmente o que está proposto no indicador de determinada competência, ou seja, aqui é possível construir um “Plano de Ação” para melhoria do desempenho do próprio “avaliado”.

VERMELHO = Significa que o “Avaliado” não faz o que está descrito no indicador de desempenho. Nesse caso é imprescindível estabelecer um ou mais “Planos de Ação” para que o profissional passe a executar e cumprir o que está definido no indicador daquela competência.

CINZA = Essa cor somente é utilizada quando algum indicador **“Não se Aplicar”** ao cargo que está sendo avaliado. Para toda nota cinza também é obrigatório o preenchimento do campo **“Justificativa”** para que fique registrado porque tal indicador não será avaliado.



A captura de tela mostra a interface do sistema de Avaliação de Desempenho. No topo, há uma barra azul com o ícone de uma seta verde e o texto "AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO". À direita, há dois botões: "Avançar" (seta azul) e "Sair" (seta vermelha). Abaixo, há uma barra de informações com "Funcionário: Karla Ka", "Cargo: Analista de rh" e "Avaliador: Ana Maria Az".

O conteúdo principal é dividido em seções. A primeira seção, intitulada "Competências ESSENCIAIS", contém o texto: "São as competências fundamentais para o cargo, tanto na avaliação de desempenho quanto para seleção ou treinamento dos profissionais." Abaixo, há "Notas esperadas (PEC)" com dois campos numerados 9 e 8. À direita, há uma legenda com seis cores e seus respectivos significados:

- Faz mais do que está no indicador. (Azul)
- Atende parcialmente o indicador. (Amarelo)
- Não se aplica. (Cinza)
- Atende plenamente o indicador. (Verde)
- Não atende o indicador. (Vermelho)

A segunda seção, intitulada "Competência: POSTURA ÉTICA", contém o texto: "Conceituação: Capacidade de atuar de forma a garantir o respeito ao ser humano e à sua individualidade, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes." Abaixo, há um campo "Indicador 1: Não promove nem participa de fofocas." e uma barra de avaliação com dez botões numerados de 10 a 0, com cores variando de verde (10) a vermelho (1) e cinza (0). À direita, há um botão "Adicionar justificativa".

Fonte: Tela de Avaliação de desempenho do sistema de Gestão por Competências – GCPEC (FATOR RH)

07. Protocolo de “Avaliação de Desempenho” e Feedback

- ★ **Feedback** é um processo de ajuda (Diálogo) entre Líder e Liderado para manter ou melhorar o desempenho profissional. Pode ser utilizado em qualquer situação ou momento do dia a dia de trabalho que mereça um **“elogio”** ou uma **“orientação de melhoria”**.
- ★ **Avaliação de desempenho** é um processo que ocorre entre líder e liderado com objetivo de avaliar e registrar o desempenho de cada profissional no seu trabalho, além de elaborar, em conjunto com a liderança, **Planos de Ação** para desenvolvimento das competências necessárias ao seu cargo. A “avaliação de desempenho” é um processo que ocorre geralmente uma vez por ano, diferentemente do “feedback” que pode ocorrer a qualquer tempo.

ORIENTAÇÃO AOS AVALIADORES

Passo 01: Certifique-se que você terá, pelo menos, 20-30 minutos sem interrupção para planejar-se de forma adequada para o processo. Em seguida, leia o PEC (Perfil Estruturado por Competências) do cargo que o seu subordinado ocupa. E veja com mais atenção quais são as **Competências Essenciais** do cargo, pois, nestas competências e indicadores você terá que se concentrar mais.

Passo 02: Faça uma análise imparcial do desempenho e das metas que o profissional atingiu no período. Relacione quais os fatos / situações que aconteceram ao longo do último ano com esse subordinado, tanto coisas positivas quanto erros ou atitudes inadequadas ao trabalho. Releia os Registros de Feedback que você fez ao longo dos últimos 12 meses para esse colaborador.

Passo 03: No formulário de Avaliação de Desempenho, no sistema informatizado de gestão por competências Escolha a cor adequada ao desempenho do colaborador (Azul, Verde, Amarela, Vermelha ou Cinza) ... lembre-se que a nota (0 a 10) é mera consequência da escolha da COR, portanto, ao preencher a avaliação pense sempre 1º. na Cor Correta. Anote também todos os exemplos ou fatos que você considera importante lembrar sobre as notas que está dando na avaliação (Se desejar, use o campo “justificativa” para fazer essas anotações).

Passo 04: Antes de convidar seu subordinado para a “reunião de consenso”, prepare-se para esse encontro:

Consulte no sistema a tela de Consenso para ver as notas dadas pelo “avaliado” e leia as justificativas (caso existam) do motivo daquelas notas. Portanto, para cada nota acima ou abaixo do desejável (PEC) é muito importante que você, como gestor e avaliador, tenha **exemplos** (situações) para relatar ao seu subordinado, a fim de manter o diálogo centrado apenas nos **Fatos** e não em julgamentos ou opiniões.

Passo 05: Somente após realizar os 4 primeiros passos, combine data e hora com seu subordinado para conduzir a reunião de “Consenso” com ele. Também não se esqueça de montar uma estratégia (desligar os celulares, avisar a secretaria, etc) para que ninguém os interrompa durante o diálogo do “Consenso”.

COMO DAR FEEDBACKS

DICA 01: Faça o “Feedback” sempre em local apropriado (reservado e sem exposição do profissional a outras pessoas). Mantenha uma postura profissional (evite, ao máximo, momentos emocionais ou julgamento de valor) elogie o bom desempenho ou mostre interesse em ajudar o colaborador em caso de falha. Lembre-se: “Feedback é um processo de Ajuda para obtenção de um Desempenho Superior”. Além disso, os **“Feedbacks” importantes devem ser sempre registrados** por escrito em sistema informatizado ou formulário próprio para manter-se o histórico do profissional, segundo as melhores práticas de gestão de pessoas.

DICA 02: Quando for dar um “Feedback” durante a Avaliação de Desempenho, mostre primeiro os pontos em que o subordinado **atingiu ou até superou as expectativas**. Inicie sempre mostrando os pontos fortes do avaliado, oferecendo elogio (baseados em fatos) e reconhecimento que o profissional merece. Reforce sempre os seus elogios com exemplos do dia a dia do subordinado, mostrando exatamente em quais competências e situações de trabalho ele está indo muito bem.

DICA 03: Quando for uma avaliação de desempenho é importante lembrar que para cada nota **abaixo do desejado** no Perfil do Cargo (PEC), é preciso discutir com o profissional como ele vê o seu próprio desempenho – pergunte isso a ele (a).

Dê tempo para que o colaborador possa colocar seus argumentos com relação ao fato, ouvindo atentamente sem interrompê-lo e fazendo anotações, se necessário. Se o profissional lhe convencer com fatos e exemplos, você como avaliador poderá mudar a sua nota na coluna de “Consenso”, finalizando com uma avaliação realmente justa e baseada em dados, fatos e exemplos concretos. Mudar uma nota quando for realmente coerente não é sinônimo de “fraqueza”, mas sim um sinal de um líder que sabe agir com justiça.

DICA 04: Sempre que for argumentar uma nota abaixo do PEC, procure se valer de vários exemplos, fatos e situações que você previamente anotou, para poder dialogar sobre estas deficiências ou pontos que precisam ser melhorados no desempenho do seu subordinado.

DICA 05: Quando estiver oferecendo um “**Feedback**” de **Orientação** no dia a dia de trabalho do setor, sempre conclua com um compromisso assumido, ou seja, escreva aquilo que o profissional irá fazer para melhorar sua atividade ou comportamento. Entretanto, quando for um “**Feedback de Elogio**” escreva no formulário de registro apenas o fato ocorrido e os pontos positivos desse fato, nos quais o subordinado se destacou. Registre sempre os “Feedbacks” no sistema de gestão por competências ou formulário e faça isso, obrigatoriamente, na frente do profissional para que ele perceba a importância do processo e não seja pego de surpresa, lendo no sistema (software) um “feedback orientativo” lançado por você e que ele nem sabia da existência.

DICA 06: Quando identificada uma deficiência de desempenho na avaliação anual por competências, é obrigatória a elaboração de um ou mais **PLANOS DE AÇÃO**, visando promover melhorias (Estes planos podem abranger apenas uma orientação e uma tarefa a ser executada ou a realização de um curso para aprimoramento da competência em questão) Ao traçar um plano de ação é necessário colocar um prazo de reavaliação dele. Nossa recomendação técnica é que essa data de revisão do plano seja entre **3 e 6 meses** (Para que não fique muito próxima da avaliação de desempenho do ano seguinte).

DICA 07: Procure agrupar as datas de reavaliação de vários planos de ação de um mesmo subordinado, num único dia (encontro) ou, no máximo, em duas datas para evitar que você tenha que se reunir com ele em vários momentos diferentes (uma para cada plano de ação). Assim você otimiza sua agenda para acompanhar se o plano foi cumprido ou não pelo colaborador.

ORIENTAÇÃO AOS AVALIADOS

Passo 01: Certifique-se que você terá, pelo menos, 20-30 minutos sem interrupção para planejar-se de forma adequada para o processo. Em seguida, leia o PEC (Perfil Estruturado por Competências) do cargo que você ocupa atualmente. Você precisa conhecer com segurança as competências do seu PEC. Uma dica importante: olhe com mais atenção quais são as **Competências Essenciais e seus Indicadores**, pois, estas requerem do ocupante do cargo um desempenho ainda melhor.

Passo 02: Faça uma análise imparcial, portanto, do seu desempenho e das suas atitudes (comportamento) durante os últimos 12 meses (tanto coisas positivas quanto erros ou atitudes inadequadas ao trabalho).

Passo 03: No formulário do sistema de gestão por competências, escolha a cor adequada ao seu desempenho em cada indicador (Azul, Verde, Amarela, Vermelha ou Cinza)... Lembre-se que a nota (0 a 10) é mera consequência da escolha da COR, portanto, ao preencher a avaliação pense sempre 1º na Cor Correta.

Também anote os exemplos ou fatos que você considera importante lembrar depois, quando estiver realizando a reunião Consenso com seu Superior para poder justificar de forma profissional a sua nota na. (Se desejar, use o campo “justificativa” para fazer essas anotações).

Passo 04: Se você deu uma nota baixa para alguma competência, procure já elaborar uma sugestão do que você pode fazer para melhorar, pois, durante a conversa com o seu líder é muito importante que você já tenha uma proposta de como fazer diferente ou como melhorar a sua atitude, o seu desempenho profissional e os seus resultados.

Passo 05: Procure ser pontual na data e hora marcada com seu superior para o diálogo de “Consenso” sobre a sua avaliação de desempenho.

COMO RECEBER FEEDBACK

DICA 01: Mantenha sempre o equilíbrio emocional (tranquilidade) para receber o “Feedback” do seu superior. Lembre-se que tanto a avaliação anual quanto os “Feedbacks” do dia a dia são ferramentas para lhe ajudar a se desenvolver, portanto, adote uma postura mais receptiva e mais interessada em compreender os fatos que estão sendo ditos. Concentre-se na oportunidade de se aprimorar como profissional e como pessoa (Mente Aberta). Para isso, faça uma “escuta

ativa”, ou seja, ouça atentamente toda a comunicação, sem interromper seu líder, analisando como você pode melhorar seu desempenho.

DICA 02: Caso você não concorde com algum comentário (“Feedback”) ou nota (“avaliação de desempenho”), a melhor estratégia é usar exemplos, fatos e situações que comprovem que o seu desempenho foi diferente. Faça isso de forma correta, ou seja, com um tom de voz amistoso e com postura realmente profissional (sem emoções ou falas agressivas).

DICA 03: Faça perguntas também para esclarecer suas dúvidas ou compreender melhor a expectativa do seu superior, além de manifestar suas dificuldades e solicitar ajuda, quando necessário. Lembre-se: **“Feedback é um processo de Ajuda”**.

DICA 04: Evite ficar se justificando o tempo todo, pois, isso não melhora o seu desempenho. **Se houve um erro ou uma falha**, ouça o “Feedback” com atenção e tenha humildade para aceitar a avaliação feita pelo seu superior e aprender com o que ocorreu.

DICA 05: Quando identificada uma deficiência de desempenho (na sua avaliação anual), sugira algum plano de ação para melhorar o seu trabalho ou a sua atitude. Lembre-se que não adianta apenas aceitar a crítica, **você precisa montar um plano de ação** com o seu superior para poder melhorar o seu desempenho.

DICA 06: Todo plano de ação tem uma data de validade. Fique Atento!!! DICA: **Não espere seu superior lhe convocar para uma conversa!!!** 10 dias antes de vencer seu prazo procure seu líder para conversar e poder mostrar o que você conseguiu fazer... Juntos vocês poderão avaliar o progresso de cada plano de ação. **Isso demonstra profissionalismo e seriedade de sua parte.**

08. Histórico de Revisões

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM
01	02/01/2025	Revisão do documento.
02	07/10/2025	Revisão do documento

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data elaboração:	Data revisão:
Gerência de RH	NQSP	Diretoria ISMS	01/2024	01/2025

3.5.4.6. Projetos - Recursos Humanos - Pesquisa De Clima Organizacional

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

As premissas dos estudos sobre Clima Organizacional partem de clássicos experimentos comportamentais, como o conduzido pelo Psicólogo Elton Mayo, em 1.927, quando se constatou que: o nível de produção é determinado pela capacidade social do colaborador e não somente pela sua capacidade física; o comportamento do indivíduo se apoia no grupo do qual ele faz parte (MENEZES E GOMES, 2010).

A gestão do Clima Organizacional traz de forma eficiente e objetiva os dados que traduzem a produtividade através do fator relacional do humano e sua percepção no ambiente laboral (CHIAVENATO, 2006). O mesmo autor exprime ainda a importância em quantificar esta medida enquanto um “indicador das experiências humanas no local de trabalho e do grau de satisfação das pessoas”, uma vez que profissionais motivados e satisfeitos produzem mais e tratam melhor os clientes.

Atualmente, os dados obtidos a partir da aplicação da avaliação dos aspectos direcionados ao clima da organização, servem de importante instrumento de gestão voltado para a análise do ambiente interno. Tem o objetivo de mapear os aspectos críticos que configuram o momento motivacional dos colaboradores e obter dados para o mapeamento do índice de satisfação dos profissionais das unidades empresariais (SORIO, 2011).

Este projeto prevê a implantação da Pesquisa de Clima no Hospital Regional Abelardo Santos, bem como nas demais instituições administradas pelo Instituto Social Mais Saúde. Tendo como principal objetivo a obtenção de dados para embasamento na criação de planos de ações de melhorias para o ambiente organizacional.

2. JUSTIFICATIVA

A pesquisa de clima organizacional funciona como um instrumento de auxílio à gestão administrativa. Sorio (2011) introduz a temática concebendo a pesquisa de clima como uma maneira de “desenhar” o ambiente interno da organização, para depois poder agir, focando os problemas que mais afetam o ambiente de trabalho a partir da perspectiva dos colaboradores.

Para além dos dados obtidos, a pesquisa também pode representar ferramenta útil enquanto canal de comunicação entre os níveis organizacionais mais altos e os demais existentes na empresa. Trabalhando no sentimento de pertencimento dos colaboradores, considerando que estão colaborando ativamente nas tomadas de decisões dentro da organização.

3. OBJETIVOS

3.1 *Objetivo Geral*

Obter dados relacionados aos aspectos positivos e oportunidades de melhorias para subsidiar ações de Gestão de Pessoas das unidades administradas pelo Instituto Social Mais Saúde.

3.2 *Objetivos Específicos*

- Identificar e avaliar os fatores organizacionais presentes na Gestão do Instituto nas unidades por meio da coleta de percepções dos profissionais;
- Identificar e mensurar a satisfação dos trabalhadores com relação aos aspectos abordados no questionário da pesquisa;
- Elencar dados para embasamento na criação de planos de ações de melhorias para o ambiente organizacional;
- Monitorar a efetividade das estratégias de gestão desenvolvidas a partir dos planos de ações provenientes da análise da pesquisa.

4. PÚBLICO-alvo

Funcionários Celetistas e Terceiros alocados nas dependências da unidade de aplicação da Pesquisa.

5. DESCRIÇÃO DAS AÇÕES

- Elaboração do Questionário Avaliativo;
- Definição do meio de aplicação;
- Apresentação do Projeto;
- Aplicação do Questionário;
- Análise dos dados;
- Apresentação dos resultados;
- Elaboração do Plano de Ação.

6. METODOLOGIA

A metodologia a ser utilizada na aplicação da pesquisa é embasada em uma análise descritiva quantitativa de dados, gerados através da ferramenta questionário.

O questionário é composto por questões fechadas, em que o respondente escolhe sua resposta em um conjunto de categorias elaboradas juntamente com a questão. Esse tipo de abordagem direciona o pesquisado para as alternativas já estruturadas. O questionário conta com um total de cinquenta e uma questões, agrupadas em nove categorias de análise assim nominadas: 1) Satisfação em relação ao aspecto físico/material; 2)Relacionamento Interpessoal; 3)Desempenho; 4)Normas da Instituição; 5)Comunicação; 6)Oportunidades de treinamento, desenvolvimento e carreira; 7)MAIS SAÚDE/Hospital; 8)Trabalho em Equipe; 9)Liderança.

O questionário será veiculado em plataforma digital interna de Gestão Documental – *SAS Interact* – e será acessada uma única vez por participante, através de senha para *login*. Não será coletado nas questões da pesquisa nenhum dado que possa identificar o respondente, resguardando, desta forma, o anonimato das respostas.

7. RESULTADOS DESEJADOS E MONITORAMENTO

Com a aplicação da pesquisa, pretende-se obter dados relevantes para o mapeamento das ameaças e oportunidades internas relacionadas à Gestão de Pessoas e Processos da unidade.

O monitoramento será realizado de forma contínua com a aplicação regular da pesquisa e com os feedbacks recolhidos diante das aplicações dos planos de ações resultantes desta iniciativa.

8. RECURSOS

- Plataforma digital de aplicação de questionários;
- Acesso à Internet;
- Mídia audiovisual.

9. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Atividades	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Elaboração do Projeto	X		
Elaboração e cadastro digital do questionário	X		
Divulgação e Aplicação		X	
Divulgação dos Resultados			X
Definição inicial dos Planos de Ações			X

O projeto prevê aplicação anual da Pesquisa para efetivo acompanhamento dos resultados dos Planos de Ações desenvolvidos a partir da análise de cada período avaliado.

10. CONTROLE E AVALIAÇÃO

O controle dos participantes será realizado via lista nominal. Os dados serão registrados em relatório de resultados e subsidiarão as ações e estratégias aplicadas durante o período posterior. Nova avaliação será realizada anualmente para controle dos índices e das medidas de satisfação e efetividade das tratativas aplicadas.

11. DOCUMENTAÇÃO

- Questionário Institucional de aplicação da Pesquisa;
- Apresentação da Pesquisa;
- Listas de controle de participantes;
- Relatório de Resultados.

11.1 DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Política Institucional de Gestão de Pessoas (Cód.: PI. . GEPE.006).

12. REFERÊNCIAS

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração Geral e Pública**, 2006. Rio de Janeiro: Elsevier, 6ª edição. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=uhU9a2W0M6EC&pg=PA273&dq=clima+organizacional&hl=pt-sa=X&ei=s1-T5H4HYmv6AGY6sRQ&ved=0CFoQ6AEwBA#v=onepage&q&f=true>>.

Acesso em: 30/04/2024.

LIMA, Luiz Cesar dos Santos; LEUCH, Veronica; BUSS, Bruno Roberto. A importância da pesquisa de clima organizacional para análise do nível de satisfação dos colaboradores e da estrutura organizacional. 2017. **Revista Espacios**; Vol. 38 (Nº 28) Año 2017. Pág. 13. Disponível em: <<https://www.revistaespacios.com/a17v38n28/a17v38n28p13.pdf>> Acesso em: 28/04/2024.

MENEZES, Igor Gomes; GOMES, Ana Cristina Passos. **Clima Organizacional: uma revisão histórica do construto**. Belo Horizonte: Psicologia em revista. v. 16, nº 1, 2010.

SORIO, Washington. **Pesquisa de Clima Organizacional**. 2011. Disponível em: <<http://www.rh.com.br/Portal/Motivacao/Artigo/7070/pesquisa-declima-organizacional.html> > Acesso em: 30/04/2024.

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data elaboração:	Data revisão:
Gestão de Pessoas	NQSP	Diretoria Adm	Abril/2024	Abril/2027

3.5.4.7. *Manual De Descrição De Cargos*

1 OBJETIVO

A descrição de cargos é um documento escrito que determina um cargo a partir dos deveres, condições de trabalho, responsabilidades e especificações. Sendo assim, baseia-se em resumir e padronizar as características de um cargo através da observação, estudo e redação. Detalha as principais exigências do cargo ao seu ocupante, para que suas tarefas sejam realizadas com eficiência e eficácia. É o relato organizacional e factual de deveres e responsabilidades de um cargo específico.

A descrição refere-se ao cargo e não ao ocupante. Devem ser descritas as tarefas e especificados os requisitos exigidos pelo cargo e não o que eventual ocupante sabe fazer.

Nota explicativa:

Todos os profissionais deverão ter conhecimento básico sobre política nacional do sistema único de saúde.

Em caso de contratações de serviços terceirizados será necessário seguir o descritivo de acordo com este documento.

2 DESCRIÇÃO

A descrição de cargo divide-se em:

- I. **Descrição Sumária do Cargo:** descreve de forma sucinta as principais atribuições da função, a razão de existir do cargo;
- II. **Principais atividades:** descreve de forma macro, todas as atividades que o colaborador realiza;
- III. **Requisitos:** define o mínimo indispensável de formação e conhecimentos para o exercício de cada função;
- IV. **Conhecimentos Específicos:** descreve as experiências e qualificações necessárias para o cargo;
- V. **Competências Mapeadas para o Cargo:** descreve as competências mapeadas para a instituição, que são necessárias para o cargo;
- VI. **Responsabilidade de Supervisionar Pessoas:** se a função demanda se responsabilizar por equipes;
- VII. **Responsabilidade de Informações Confidenciais:** se a função demanda lidar com informações sigilosas;

1.1. ESTRUTURA HIERÁRQUICA

1.1.1 CARGOS ESTRATÉGICOS: São aqueles com a responsabilidade das tomadas de decisão que afetam a organização de modo global.

- DIR (A) ENFERMAGEM
- DIRETOR ADM/FIN
- DIRETOR GERAL
- GER ADM E FINAC
- GER ADM PESSOAL
- GER ASSISTENCIAL
- GER QUALIDADE

1.1.2 CARGOS TÁTICOS: São aqueles que apresentam a função de implementar em sua área as estratégias e políticas decididas no nível acima.

- ASSESSOR (A) DIRETORIA

- ASSESSOR (A) ADM
- ASSIST SOCIAL
- BIOMEDICO (A)
- BIOMÉDICO RT
- COORD (A) ADMIN
- COORD (A) ADM FIN
- COORD (A) ENFER
- COORD (A) EQUIPE MULTI
- COORD (A) FARMACIA
- COORD (A) FISIO
- COORD (A) GESTÃO PESSOAS
- COORD (A) NQSP
- COORD (A) NUT CLINIC
- COORD (A) PSIC
- COORD (A) REL PUBL
- COORD (A) SUP
- DENTISTA
- ENFERMEIRO (A)
- ENFERMEIRO (A) DIARISTA
- ENFERMEIRO (A) QUALIDADE
- ENF (A) TRABALHO
- ENG (A) SEG DO TRAB

- ENGENHEIRO CLÍNICO
- FARMACEUTICO (A)
- FARMACEUTICO (A) BIO
- FISIOTERAPEUTA
- FONOAUDIOLOGO (A)
- NUTRICIONISTA RT
- NUTRICIONISTA CLINIC
- PSICOLOGO (A) CLIN
- PSICOLOGO (A) ORG
- PSICOLOGO (A) TRAB
- SUP (A) ADMIN
- SUP (A) ATEND
- SUP (A) AUDITORIA
- SUP (A) CONTRATOS
- SUP (A) ENFERMAGEM
- SUP (A) FACILITES
- SUP (A) FATURAMENTO
- SUP (A) FISIOTERAPIA
- SUP (A) PATRIMONIO
- SUP (A) SAME
- SUP (A) SAU
- SUP (A) SESMT

- SUP (A) SUSTENTABILIDADE
- SUP (A) T.I
- SUP (A) CONTROLE ACESSO
- SUP (A) LAVANDERIA
- SUP (A) NUTRICAÇÃO
- SUP (A) ENGENHEIRO HOSPITALAR
- TERAPEUTA OCUPACIONAL

1.1.3 CARGOS OPERACIONAIS: São aqueles com funções focadas no curto prazo e em tarefas específicas, contemplam os cargos administrativos, técnicos assistenciais e de apoio operacional.

- ANAL^a ADMINISTRATIVO
- ANAL^a ADM PESSOAL JR
- ANAL^a ADM SR
- ANAL^a COMUN SR
- ANAL^a CONTABIL
- ANAL^a CUSTOS PL
- ANALISTA CLÍNICO
- ANAL^a DEP PESSOAL
- ANAL^a DESENVOL HUMANO ORGANIZACIONAL
- ANAL^a FINANCEIRO
- ANAL^a FISCAL JR
- ANAL^a HUMANIZAÇÃO
- ANAL^a LOGISTICA
- ANAL^a PATRIMONIO

- ANAL^a NQSP
- ANAL^a PRESTAÇÃO CONTAS
- ANAL^a RH
- ANAL^a T.I
- ANAL^a TREINAMENTO
- ASSIST ADMIN JR
- ASSIST ATENDIMENTO
- ASSIST ADM
- ASSIST ADM PESSOAS
- ASSIST DIRETORIA
- ASSIST FATURAMENTO
- ASSIST FINANCEIRO
- ASSIST PATRIMONIO
- ASSIST PREST CONTAS
- ASSIST SUPRIMENTOS
- AUX ADMINISTRATIVO
- AUX ALMOXARIFADO
- AUX FARMACIA
- AUX FATURAMENTO
- AUXILIAR DE COZINHA
- AUXILIAR DE LAVANDERIA
- AUXILIAR DE LIMPEZA
- AUXILIAR DE MANUTENÇÃO

- AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS
- BOMBEIRO CIVIL
- BOMBEIRO HIDRÁULICO
- COLETOR DE RESÍDUOS
- CONFEITEIRO
- CONTROLADOR DE ACESSO
- COPEIRO (A) HOSPITALAR
- COMPRADOR (A) JR
- COMPRADOR (A) SR
- COZINHEIRO
- ELETRICISTA
- ESCRITURARIO (A)
- ESTOQUISTA
- JOVEM APRENDIZ
- LIDER ATENDIMENTO
- LÍDER DE CONTROLE DE ACESSO
- LÍDER DE HIGIENE
- LIDER FARMACIA
- MAQUEIRO (A)
- MECÂNICO
- MOTORISTA
- REFRIGERISTA
- REGISTRAD CANCER

- TEC (A) ENF TRABALHO
- TEC (A) ENFERMAGEM
- TEC (A) INFORMATICA
- TEC (A) SEG TRABALHO
- TECNICO DE ENGENHARIA CLÍNICA
- TÉCNICO DE LABORATÓRIO
- TELEFONISTA

1.2. ESTRUTURA DE CARGOS

A estrutura de cargos nas unidades gerenciadas pelo Instituto Social Mais Saúde tem por finalidade a divisão de responsabilidades e a atribuição de papéis relativos à execução de cada grupo de atividades necessárias à obtenção dos objetivos estratégicos, táticos e operacionais, e apresenta os seguintes níveis, conforme responsabilidades envolvidas:

AUXILIAR:

- Atua em diversas áreas administrativas e operacionais;
- Realiza trabalhos rotineiros pré-estabelecidos;
- Requer Ensino Fundamental ou Médio;
- Recebe orientação e supervisão constante;

ASSISTENTE E TÉCNICO:

- Atua em uma das diversas áreas administrativas e/ou técnicas;
- Realiza trabalhos que requeiram conhecimento de normas, procedimentos e fluxos internos de uma determinada área, além de inter-relacionamento com outras áreas, unidades ou com a sede corporativa;
- Recebe orientação e supervisão periódica;
- Requer formação de Ensino Médio Completo.

ANALISTA:

- Atua em uma das diversas áreas administrativas e/ou técnicas;
- Realiza a documentação das necessidades de negócios dos clientes para desenvolvimento de sistemas;
- Identifica falhas e oportunidades de melhoria no processo;
- Levanta requisitos e especificação funcional;
- Executa suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais, auxiliando na cobertura de escalas de férias, folgas e/ou intercorrências, quando necessário ou solicitado pelo seu superior imediato.
- Faz bom uso dos recursos (equipamentos, EPIs, materiais e instalações), comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior, zelando pelo patrimônio da instituição.
- Cumpri integralmente o Código de Integridade e o Padrão de Excelência no atendimento da instituição.
- Realiza outras atividades inerentes à sua função e/ou quando solicitadas pelo superior imediato, de acordo com a necessidade da instituição.

LÍDER:

- Atua em uma das diversas áreas administrativas e/ou técnicas;
- Lidera pessoas ou equipe;
- Realiza avaliação de desempenho e experiência;
- Elabora estudos, pesquisando, analisando e produzindo dados e resultados completos, possibilitando tomadas de decisão;
- Tem capacidade de correlacionar fatos;
- Domina conhecimentos da área em que atua orientando tecnicamente profissionais de menor experiência;
- Requer nível superior completo ou cursando;

SUPERVISOR:

- Supervisiona um grupo de atividades específicas a uma área, apoiando a coordenação na gestão de recursos disponíveis, definindo prioridades e acompanhando os trabalhos;
- Detém conhecimento completo de sua área de atuação, supervisionando técnica e operacionalmente, alocando recursos humanos, materiais e tecnologias, definindo atividades de rotina, avaliando prioridades e participando da implantação de novos projetos e métodos de trabalhos, para a obtenção de resultados esperados. Supervisionar equipes formadas por analistas e/ou assistentes e/ou auxiliares e/outécnicos;
- Participa do processo de administração de pessoal de sua área no que se refere a: Contratações, Avaliações, Promoções, Desligamentos, Programação de Férias, Abonos, etc.;
- Requer Ensino Superior Completo;
- Requer experiência na área.

COORDENADOR:

- Coordena as atividades realizadas em áreas da Organização Social. Detém poder sobre a utilização de recursos disponíveis, define prioridades, acompanha os trabalhos, assegurando o cumprimento do planejado e garantindo os resultados esperados;
- Lidera equipes formadas por analistas e/ou produtores e/ou assistentes de coordenação e/ou técnicos que realizem atividades especializadas e/ou pessoal operacional;
- Responde pela administração de pessoal de sua área no que se refere a: contratações, avaliações, promoções, desligamentos, programação de férias, abonos, etc.;
- Requer Ensino Superior Completo;
- Experiência de 2 anos na área e 02 anos em posições de gestão.

GERENTE:

- Gerencia uma ou várias áreas, cujas atividades se correlacionam ou envolvem aplicação de planos táticos para alcance das metas preestabelecidas pela

Organização Social e/ou nos Contratos de Gestão, tendo sob seu comando coordenadores e/ou supervisores e profissionais técnicos e especializados;

- Defini os planos operacionais para atingir os resultados de cada área, alinhando-os aos da Organização Social — OS. Garante a aplicação das políticas da OS, bem como de seus negócios, participando das decisões e atuando sob orientação geral;
- Defini e assegurar o cumprimento de metas de sua área de atuação, alinhando-as à demais metas da OS, provendo os recursos necessários;
- Interfere nos procedimentos operacionais das atividades, buscando melhorias nos processos;
- Identifica necessidades de desenvolvimento das equipes e de seus processos;
- Garante que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores, gerenciando os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados;
- Cumpre a legislação vigente, o Código de Integridade, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;
- Analisa criticamente os indicadores gerenciais, os de gestão de pessoas (rotatividade e absenteísmo) e os custos do setor, cumprindo as metas definidas pela instituição.

Avalia 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.

- Realiza outras atividades inerentes à sua função e/ou quando solicitadas pelo superior imediato, de acordo com a necessidade da instituição.
- Requer superior completo, com especialização na área ou Pós-graduação. Experiência de 02 anos na área de atuação e posições de gestão.

DIRETOR:

- Definir as diretrizes, estratégias e modelo de gestão a ser adotado pela OS e seus equipamentos, estabelecendo os objetivos de curto, médio e longo prazo, assegurando os resultados propostos;
- Dirigir as várias áreas da unidade, cujas atividades se correlacionam ou envolvem alta complexidade, recursos expressivos e grandes grupos de profissionais e/ou especialização, apoiando as diretorias nos assuntos de sua especialização;
- Detém amplos conhecimentos sobre políticas da unidade e seus objetivos, participando da definição de um modelo de excelência de gestão;
- Garante a prática e disseminação da Missão, Visão e Valores da organização;
- Representa a empresa institucionalmente perante a Secretaria de Saúde do Estado do Pará e esferas Governamentais e entidades de classe;
- Garante que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores, gerenciando os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados;
- Cumpre e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Código de Integridade, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;
- Analisa criticamente os indicadores gerenciais, os de gestão de pessoas (rotatividade e absenteísmo) e os custos do setor, cumprindo as metas definidas pela instituição.
- Avalia e acompanha 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.
- Realiza outras atividades inerentes à sua função e/ou quando solicitadas pelo superior imediato, de acordo com a necessidade da instituição.
- Requer Pós-Graduação;
- Experiência acima de 05 anos nas áreas corporativas, predominantemente em Gestão.

3 PRÉ REQUISITOS GERAIS

Pré-requisitos para incorporação dos Recursos Humanos
Profissionais da área de saúde:
• Exigência em formação na área pretendida; • Registro do conselho ativo; • Exigência de experiência anterior na área assistencial; • Habilidade em relacionamento interpessoal; • Exigência de domínio em informática básica: Pacote Office.
Profissionais de nível superior que exercerão função de coordenação:
• Exigência de domínio em informática intermediária/avançada: Digitação, Windows, Word, Excel; • Ensino superior completo; • Preferível Pós-graduação completa/em andamento; • Exigência de experiência anterior em gestão preferível na área hospitalar; • Conhecimento em softwares e demais programas voltados a área específica; • Competências organizacionais, liderança e técnicas, incluindo indicadores.
Profissionais de nível superior que exercerão função de analista:
• Exigência de domínio em informática básica/intermediária: Pacote Office. • Ensino superior completo; • Exigência de experiência anterior na área de atuação; • Boa redação e comunicação verbal e relação interpessoal; • Conhecimento em softwares e demais programas voltados a área específica. • Competências organizacionais, operacionais, normativas e técnicas, incluindo indicadores.
Candidatos de nível médio/administrativo:
• Exigência de domínio em informática básica: Pacote Office. • Ensino médio completo; • Preferível experiência anterior na área hospitalar; • Competências organizacionais, operacionais, normativas e técnicas, incluindo indicadores.
Candidatos de serviços auxiliares:

- Preferível experiência anterior na função;
- Ensino fundamental completo/incompleto;
- Competências organizacionais, operacionais, normativas
- e técnicas, incluindo indicadores.

NOTA: Para o cumprimento de exigência destas características e requisitos, os candidatos serão submetidos as avaliações comportamentais e técnicas específicas de cada função descrita no Manual de Descrição de Cargos técnicas, além de também ser submetido a avaliação médica admissional conforme a legislação vigente.

4 NOVOS CARGOS

Em caso de necessidade de criação de novos cargos, o gestor encaminha ao RH a relação de atividades a serem desempenhadas. O RH da unidade envia ao RH da Sede Administrativa a solicitação de criação de cargo, onde será avaliado o cargo é semelhante a outro já existente para que seja utilizado. Se não existir, o RH da Sede realiza a elaboração dos requisitos necessários, cria o cargo novo no sistema de folha de pagamento e envia a descrição de cargos para o RH da unidade para validação e disponibiliza no sistema de avaliação.

5 Perfil Estrutural de Cargos

Refere-se ao perfil estrutural de cargos que define os requisitos e as atribuições que cada cargo executa de acordo com o setor na qual está alocado.

O documento pode ser acessado:

3.5.4.1. Conforme descrito no Anexo Critério C – item 354 – descrição de cargos

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data elaboração:	Data revisão:
Gerência de RH	NQSP	Conselho de Administração	01/2025	01/2027

3.5.5. Proposta de plano de cargos e carreiras para o quadro de funcionários

O Instituto Social Mais Saúde (ISMS) adota um modelo moderno e meritocrático de gestão de pessoas, fundamentado na Gestão por Competências (GCPEC) e integrado às políticas institucionais de Remuneração, Desenvolvimento e Performance.

O Plano de Cargos e Carreiras elaborado para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, foi estruturado com base no **Manual do Plano de Remuneração**, demonstrando de forma transparente a evolução funcional e salarial dos colaboradores, assegurando equilíbrio interno, competitividade externa e reconhecimento pelo mérito e desempenho, em conformidade com as diretrizes do contrato de gestão e com os princípios da administração pública.

Objetivos do Plano

- Garantir organização, transparência e isonomia nas relações de trabalho;
- Promover reconhecimento técnico e valorização profissional com base em resultados;
- Assegurar compatibilidade salarial com o mercado e as convenções coletivas;
- Estimular o desenvolvimento contínuo de competências técnicas e comportamentais;
- Oferecer trajetórias de carreira claras, baseadas em mérito e performance;
- Integrar remuneração, desempenho e capacitação aos resultados institucionais.

Estrutura do Plano

O Plano de Cargos e Carreiras do ISMS é composto por quatro eixos estruturantes:

1. **Estrutura Organizacional** – Organograma corporativo e local definido conforme o nível de complexidade operacional de cada unidade, aprovado pela Diretoria Corporativa e Conselho de Administração
2. **Descrição de Cargos** – Documento formal que define a missão, responsabilidades, requisitos, competências e vínculos hierárquicos de cada função, conforme modelo do GCPEC;
3. **Tabela Salarial** – Estrutura de faixas por classe e nível, revisada anualmente para assegurar aderência às práticas de mercado e às convenções coletivas
4. **Política de Progressão e Reconhecimento** – Conjunto de normas que orienta as promoções, movimentações e evolução funcional com base no desempenho e nas competências.

Estrutura de Classes e Níveis

O enquadramento dos cargos obedece ao Fator Escolaridade e Complexidade, conforme matriz institucional:

FATOR ESCOLARIDADE		
Grau de escolaridade mínimo exigido para o ocupante do cargo		
GRAU	CONCEITO DO GRAU	CLASSES
A	Ensino fundamental incompleto	Auxiliar
B	Ensino fundamental completo	Auxiliar
C	Ensino médio incompleto	Auxiliar
D	Ensino médio completo	Assistente
E	Curso técnico (nível médio)	Técnico
G	Curso superior incompleto	Assistente
H	Curso superior completo	Analista Júnior/ Analista Pleno/ Analista Sênior/ Equipe Assistencial*
I	Curso superior incompleto/ cursando	Líder
J	Curso superior completo	Supervisor
K	Preferível pós-graduação	Coordenação/ Gerência / Diretoria

A estrutura contempla evolução horizontal (por proficiência) — Júnior, pleno e sênior — e vertical (por complexidade hierárquica) — técnico, supervisor, coordenador, gerente e diretor.

Política de Progressão e Promoção

A movimentação funcional poderá ocorrer nas modalidades:

- **Horizontal (por mérito)** – evolução dentro da mesma função (ex.: de Analista Júnior para Pleno), com base em **avaliação de desempenho $\geq 90\%$** e comprovação de desenvolvimento técnico;

- **Vertical (por promoção)** – mudança de cargo em decorrência de novas responsabilidades e domínio de competências gerenciais;
- **Recrutamento Interno** – prioridade para preenchimento de vagas por colaboradores do ISMS, incentivando a mobilidade e o crescimento interno

As progressões e promoções ocorrem duas vezes ao ano, mediante deliberação da Diretoria Corporativa após análise técnica do RH, conforme resultados do GCPEC e compatibilidade orçamentária.

Critérios para Evolução Funcional

Critério	Descrição	Fonte de Evidência
Desempenho	Avaliação $\geq 90\%$ no ciclo GCPEC	Sistema GCPEC
Competência Técnica	Domínio comprovado das funções e capacitação NEP	Plano de Desenvolvimento Individual
Ética e Conduta	Cumprimento do Código de Integridade e das normas institucionais	Relatórios de Compliance
Tempo de Casa	Mínimo de 12 meses no cargo atual	Histórico RH
Orçamento e Disponibilidade	Aprovação da DAF e da Diretoria Executiva	Plano de Trabalho / Contrato de Gestão

Política de Remuneração

A remuneração é composta por:

- Salário-base (definido por tabela salarial);
- Adicionais legais e gratificações específicas (insalubridade, responsabilidade técnica, noturno, coordenação etc.)
- Remuneração variável por performance, vinculada ao atingimento de metas institucionais e individuais conforme a Política MI.ISMS.RH.005;
- Benefícios previstos em convenções coletivas e políticas internas (vale alimentação, transporte, plano de saúde, entre outros).

A variação salarial entre níveis de proficiência não deve ultrapassar 25%, e entre cargos de gestão deve observar diferença mínima de 40% entre coordenador e equipe subordinada, conforme critérios do manual.

Revisão e Atualização

A revisão do plano ocorrerá anualmente, junto com o ciclo orçamentário, considerando:

- Índices de mercado;
- Acordos e convenções coletivas;
- Sustentabilidade financeira da unidade;
- Revisões do contrato de gestão;
- Aprovação da Diretoria Executiva Corporativa

Resultados esperados

- Estrutura de cargos e salários padronizada e auditável em todas as unidades;
- 100% das funções com descrição e faixa salarial definidas;
- Redução de 20% nas solicitações de exceção salarial;
- Aumento da mobilidade interna e satisfação dos colaboradores;
- Retenção de talentos e alinhamento à meritocracia institucional.

Conclusão

O Plano de Cargos e Carreiras do ISMS consolida um modelo de gestão de pessoas ético, meritocrático e sustentável, que valoriza o desempenho e a qualificação, promove o desenvolvimento profissional e assegura o equilíbrio econômico-financeiro das unidades hospitalares sob gestão do Instituto.

Sua aplicação reafirma o compromisso do ISMS com a eficiência administrativa e a valorização do capital humano, pilares essenciais para a excelência dos serviços públicos de saúde.

3.5.5.1. Manual do Plano De Remuneração

I OBJETIVO

Este manual tem como objetivo estruturar o plano de cargos, salários e benefícios do Instituto Social Mais Saúde (ISMS), garantindo a adoção de boas práticas na gestão de talentos para promover uma administração eficiente dos recursos humanos.

Estabelecer as diretrizes para assegurar a manutenção do equilíbrio interno da remuneração e dos benefícios dos empregados do Instituto, bem como posicioná-los dentro da prática regular de mercado de acordo as respectivas categorias profissionais existentes;

Assegurar condições para contratação, desenvolvimento e manutenção dos efetivos pessoais em condições de atender às necessidades de recursos humanos do Instituto, quanto à qualificação, motivação e produtividade;

Definir critérios e procedimentos para a gestão racional de remuneração e benefícios no Instituto.

II DEFINIÇÕES E SIGLAS

- **ISMS** - Instituto Social Mais Saúde: Organização responsável pela gestão de unidades de saúde e pela implementação de políticas de recursos humanos descritas neste manual.
- **RH** - Recursos Humanos: Departamento responsável pela gestão de pessoas, incluindo a elaboração de organogramas, descrição de cargos, recrutamento, e administração de salários e benefícios.
- **Diretoria Corporativa:** Órgão executivo central do ISMS responsável pela validação de políticas e organogramas, bem como pela aprovação das regras do plano de cargos e salários.
- **Diretoria Local:** Diretoria responsável pela gestão operacional das unidades específicas do ISMS, atuando em conjunto com a Diretoria Corporativa para validar políticas e organogramas locais.
- **Plano de Cargos e Salários:** Conjunto de diretrizes e normas que regem a estrutura de cargos, suas descrições, a tabela salarial e a política de remuneração dentro do ISMS.
- **Tabela Salarial:** Documento que organiza as faixas salariais dos cargos dentro do ISMS, sendo revisada anualmente para manter coerência com o mercado e com as diretrizes do instituto.
- **Organograma:** Estrutura hierárquica que define a disposição dos cargos e funções dentro do ISMS e de suas unidades, aprovado pelo Conselho de Administração.
- **Formulário de Exceção:** Documento utilizado para solicitar a aprovação de ações que não estejam contempladas nas regras gerais estabelecidas pelo plano de cargos e salários, necessitando de aprovação da Diretoria Corporativa.
- **Gestão de Pessoas:** Conjunto de práticas e processos conduzidos pelo departamento de Recursos Humanos para assegurar a correta administração de talentos, remuneração e desenvolvimento profissional no ISMS.

- **Recrutamento Interno:** Processo de preenchimento de vagas dentro do ISMS, priorizando a promoção e o desenvolvimento dos colaboradores já contratados antes de recorrer ao recrutamento externo.
- **Sede:** Escritório corporativo do Instituto localizado na cidade de São Paulo, SP. **Unidades:** Hospitais, clínicas, postos de saúde e unidades de pronto atendimento que são ou que possam vir a ser administradas pelo Instituto por meio de contratos com os entes públicos de Goiás.
- **Remuneração Fixa:** É o valor total de todas as parcelas contratuais pagas pela empresa a cada empregado, a título de contraprestação pelos serviços prestados em determinado período.
- **Salário Base:** Corresponde ao salário contratual e é utilizado como base de cálculo para descontos, horas extras, férias e recolhimento de impostos, dentre outros.
- **Adicionais Legais Fixos:** Acréscimos na remuneração conforme previstos na legislação vigente, ou resultantes de acordos, convenções ou dissídios coletivos.
- **Correções Salariais:** Ajustes efetuados sobre a estrutura salarial que altera os valores estabelecidos em função do comportamento do mercado ou de acordos, convenções ou dissídios coletivos de trabalho.
- **Promoção:** Evolução funcional, através da movimentação do colaborador no percurso vertical da estrutura de cargos e salários do Instituto, passando a ocupar um cargo posicionado em classe superior ao cargo atual.

III ABRANGÊNCIA

Este manual se aplica à sede e a todas as unidades do ISMS.

IV PROCEDIMENTO

O plano de cargos e salários do ISMS é composto pelas seguintes etapas: Estrutura Organizacional, Descrição dos Cargos, Composição da Tabela Salarial e Política de Remuneração.

1. Salário

1.1 Enquadramento Salarial na Admissão

O Instituto deve adotar os pisos salariais estabelecidos pelos acordos e convenções coletivas de trabalho de cada região para todas as categorias profissionais regulamentadas, integrantes da sua estrutura de cargos e funções.

Para as categorias profissionais não regulamentadas, a política salarial deverá ser baseada nos valores salariais praticados para as categoriais profissionais tomadas como referência.

Em virtude da preponderância quantitativa nas unidades de serviços de saúde, as categorias profissionais tomadas como referência deverão ser enfermeiro e técnico de enfermagem, respectivamente, a todas as categorias profissionais não regulamentadas de nível de escolaridade superior e médio.

Com caráter excepcional, poderá ser permitida a contratação de colaboradores com valor salarial superior ao estabelecido, mediante justificativa apresentada pela Diretoria da unidade e Diretoria regional, que, após análise e parecer da área de Recursos Humanos, encaminhará à qual será submetida para avaliação do Colegiado da Diretoria Corporativa e posterior aprovação do Conselho de Administração, no momento da aprovação do orçamento.

As seguintes condições devem ser atendidas:

- **Nível de Qualificação:** Que seja comprovado um nível de conhecimento e maturidade profissional equivalente ao exigido pelos requisitos de acesso, atendendo plenamente as especificações do cargo.
- **Equiparações Internas:** Que o novo colaborador não venha a ter o seu salário superior a outros ocupantes do mesmo cargo, já contratados em datas anteriores, e que preencham, em iguais condições, os requisitos do cargo.
- **Dificuldades de Contratação:** Que fique comprovada a escassez de recursos no mercado local para o cargo objeto da contratação.

2. Promoção

As progressões salariais para as categorias profissionais regulamentadas somente serão previstas para a ocupação de cargos de gestão, sendo essas, coordenação, diretoria ou gerência.

Para profissões não regulamentadas, é possível a progressão salarial na mesma categoria, independente do exercício de cargos de gestão. Assim, existindo atividades de nível de complexidade diferenciada em determinada categoria, estão previstos os níveis júnior, pleno e sênior para enquadramento dos empregados que as executam. Todavia, faz-se necessária a descrição formal das atividades a serem exercidas em cada um dos níveis de proficiência previstos.

A variação salarial prevista dentre os níveis de proficiência das categorias profissionais que contemplam essa particularidade não deverá superar 25%.

2.1 Condições para Aplicação:

Para que seja efetivada qualquer movimentação no percurso vertical da estrutura de cargos e salários, o empregado a ser movimentado deverá preencher os requisitos de acesso ao novo cargo a qual será submetida para avaliação do Colegiado da Diretoria Corporativa e posterior aprovação do Conselho de Administração, no momento da aprovação do orçamento.

A política de remuneração da organização é composta pelas seguintes regras:

- Promoções e aumento de salário só acontecerão 2 (duas) vezes ao ano, após avaliação de desempenho, exceto se o empregado participou de um processo seletivo interno;
- Promoções e aumento de salário só acontecerá se o empregado possuir avaliação de desempenho de no mínimo 90%;
- Para as promoções com mudança de nível deverá ser respeitado a descrição de cargo;
- Promoções que gerem aumento de quadro só acontecerá com a aprovação da Diretoria Corporativa;
- O percentual de reajuste salarial deverá variar até 30% com a aprovação da Diretoria Corporativa.
- Após avaliação de desempenho a Diretoria Corporativa, o RH fará a análise do desempenho de cada empregado e a necessidade de promoção ou aumento salarial na mesma função;
- A aplicação de exceção de qualquer regra acima, deverá ser aprovada única e exclusivamente pela Diretoria Corporativa, através do formulário de exceção.

Caso nas unidades ocorra necessidade de aumento de salário na horizontal, ocorrerá após o INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE buscar reequilíbrio da verba aprovada no processo de licitação.

3. Cargos de Gestão

Em decorrência do organograma a ser definido pela alta administração do Instituto, no qual será considerado principalmente o nível de complexidade operacional de cada contrato, poderão ser estabelecidos os cargos de coordenação, diretoria e/ou gerência para as diversas categorias profissionais existentes nas unidades.

Nessas situações, deve haver um patamar mínimo de 40% de variação salarial entre a função de coordenação e o maior salário dos colaboradores subordinados a esse gestor. Caso a categoria profissional requeira função gerencial específica, em virtude dos critérios de complexidade mencionados, será estabelecido o patamar de até 30% de variação em relação à função de coordenação. No que se refere à gestão do contrato e, por consequência, da unidade, nos âmbitos geral, assistencial e administrativo, a critério da alta administração do Instituto, sempre considerando o nível de complexidade operacional e de gestão, poderão ser

estabelecidos cargos de diretoria, gerência e/ou coordenação. Nesses casos, o patamar salarial estabelecido levará em consideração a negociação efetuada entre a alta administração do Instituto e o profissional, sempre tendo como base a realidade salarial de mercado e valores praticados internamente para os cargos de gestão das diversas categorias profissionais.

4. Benefícios

Os benefícios concedidos pelo Instituto deverão ter como base as concessões oriundas dos acordos e convenções coletivas de trabalho de cada categoria profissional, bem como nas determinações da legislação trabalhista a esse respeito.

1.1 Gratificações

A concessão dos tipos de gratificações listadas a seguir está sujeita a uma justificativa formal e aprovação da Presidência do Instituto. A justificativa deve ser realizada mediante preenchimento do formulário de Alteração em folha de pagamento onde deve ser marcada a opção de “demais eventos de alteração de salarial” e no campo texto deve ser informado qual o tipo de gratificação.

- Gratificação;
- Gratificação de Setor Fechado;
- Gratificação de Coordenação;
- Adicional de Insalubridade;
- Adicional de Periculosidade;
- Adicional de Responsabilidade Técnica;
- Adicional Noturno Fixo;
- Adicional de Função.

Vale ainda ressaltar, que o colaborador só poderá receber uma única Gratificação de Coordenação. Adicionalmente, as solicitações de Gratificação de Setor Fechado, Adicional de Responsabilidade Técnica e Gratificação de Coordenação, somente serão concedidas com a indicação do colaborador que terá esse mesmo provento excluído, já que os setores/áreas tem número limitado de postos de trabalho e funções. Quanto ao Adicional de Insalubridade e Periculosidade, a inclusão dependerá de enquadramento pela equipe do RH da Sede por meio de análise dos Laudos Técnicos em conjunto com os acordos e convenções coletivas de trabalho.

Os contratos que remuneram, plantão fixo, plantão extra, plantão de evento e produtividade, deverão mensalmente ser informados nas planilhas de intercorrências e encaminhados por e-mail com o conhecimento e aprovação obrigatória dos Diretores/Coordenadores das unidades.

FATOR ESCOLARIDADE		
Grau de escolaridade mínimo exigido para o ocupante do cargo		
GRAU	CONCEITO DO GRAU	CLASSES
A	Ensino fundamental incompleto	Auxiliar
B	Ensino fundamental completo	Auxiliar
C	Ensino médio incompleto	Auxiliar
D	Ensino médio completo	Assistente
E	Curso técnico (nível médio)	Técnico
G	Curso superior incompleto	Assistente
H	Curso superior completo	Analista Júnior/ Analista Pleno/ Analista Sênior/ Equipe Assistencial*
I	Curso superior incompleto/ cursando	Líder
J	Curso superior completo	Supervisor
K	Preferível pós-graduação	Coordenação/ Gerência / Diretoria

***Nota: A equipe assistencial inclui os cargos:** Enfermeiro, Biomédico, Técnico de laboratório, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Coordenador de fisioterapia, Terapeuta Ocupacional, Coordenador Assistencial, Gerente Equipe Multiprofissional, Técnico de Enfermagem, Lactarista, Nutricionista, Auxiliar de Enfermagem, Supervisor SCIH.

Responsabilidades do RH:

- Elaborar o organograma do ISMS de acordo com os Cargos aprovados na estrutura da organização, para aprovação do Diretoria Corporativa;
- Elaborar com o Diretor da unidade o organograma da unidade, de acordo com os cargos definidos pela diretoria local.
- Apoiar os Gestores das áreas/unidades no processo de descrição de cargo;

- Solicitar aos Gestores das áreas/unidades que elaborem ou revisem a descrição de cargo, inclusive durante os processos seletivos ou movimentações;
- Buscar aprovação de pesquisa salarial realizada pela área de Gestão de pessoas, com o Diretoria Corporativa;
- Realizar contratações e movimentações de acordo com a tabela salarial, exceto se for aprovado pela Diretoria Corporativa através do formulário de exceção;

Responsabilidades da Diretoria Corporativa:

- Validar o organograma do ISMS;
- Validar o organograma das unidades com a Diretoria local;
- Validar a política de remuneração do ISMS, referente à sede e as unidades, juntamente com a Diretoria local;
- Aprovar regras do plano de cargos e salários do ISMS.

Responsabilidade do Diretor da unidade local:

- Validar a política de remuneração e organograma da unidade com o Diretoria Corporativa;
- Definir os cargos que farão parte da proposta para a unidade.
- Cumprir as normas estabelecidas nesse documento;
- Solicitar ao RH promoção ou aumento salarial para a sua equipe;
- Realizar /revisar a descrição de todos os cargos sob sua gestão, com o direcionamento do RH;
- Cumprir a política de cargos e salários do ISMS, alinhando com a Gerência de RH que busca manter as orientações do procedimento;
- Elaborar com o RH o organograma do contrato (unidade), baseado nos cargos aprovados na proposta encaminhada pela Diretoria/ Coordenação de Contratos,

Responsabilidades de Gestão de Pessoas:

- Garantir que as contratações e promoções serão efetuadas pela sua área seguindo as normas e regras desde procedimento e seguindo as documentações necessárias;
- Realizar a contratação ou promoção com formulário de descrição de cargo em anexo, exceto para contratos que estão em período de implantação;
- Realizar as pesquisas salariais analisando a legislação, convenções coletivas por categoria, seguindo benefícios e gratificações normativas.

V MODELO ORGANIZACIONAL

O **organograma** do ISMS estabelece os órgãos da administração do ISMS e os seus respectivos desdobramentos em conformidade com o Estatuto Social. A aprovação do organograma é de competência do Conselho de Administração.

Estabelecidos os órgãos da administração do ISMS e desdobramentos, é definido as competências, com os respectivos **descritivos de cargos**, os quais minimamente devem conter a hierarquia, função, descrição sumária e atividades.

Em paralelo, em conformidade com as práticas utilizadas no mercado, observados o segmento, região e legislações, ocorrerá a definição de uma **faixa salarial** por cargo, a qual determinará o plano de cargos. A faixa salarial será revista e atualizada anualmente, objetivando manter a coerência do praticado no mercado regional, convenções coletivas e demais legislações pertinentes, sempre observando o plano de trabalho e orçamentos das unidades gerenciadas e operacionalizadas pelo ISMS.

A tabela salarial das unidades gerenciadas e operacionalizadas, não possuirá valores mínimos e máximos por cargo, considerando a devida observância ao plano de trabalho e orçamento vinculado ao Contrato de Gestão, caso haja a necessidade de reconhecimento de forma horizontal ou a criação de novos cargos, será necessário o reequilíbrio do respectivo contrato.

De acordo com os descritivos de cargos a tabela salarial será utilizada pelo RH e gestores para reconhecimentos de forma horizontal, considerando a faixa e concessão das promoções, sempre observando o plano de trabalho e orçamentos das unidades gerenciadas e operacionalizadas pelo ISMS.

As faixas salariais serão fixadas na tabela salarial do ISMS, a qual será submetida para avaliação do Colegiado da Diretoria Corporativa e posterior aprovação do Conselho de Administração, no momento da aprovação do orçamento.

Para o preenchimento de vagas, ocorrerá inicialmente o recrutamento interno para os colaboradores daquela dependência, assegurando a promoção e desenvolvimento profissional. Frustrado o recrutamento interno, ocorrerá a disponibilização e recrutamento externo para o preenchimento da vaga.

VI REFERÊNCIAS

- Formulário de Descrição de Cargo;
- Formulário de Movimentação de Pessoal;
- Manual de Descrições de Cargo;
- Modelo de Gestão por Competências.

VII Formulário de exceção.

VIII HISTÓRICO DE REVISÃO

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM
Gerencia de RH	03/01/2025	Revisão geral para adequação

3.6. Descritivo do projeto

3.6.1. Apresentar roteiro contendo planejamento, cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados esperados dos projetos acima descritos.

3.6.1.1. O Hospital Regional Dr. José de Simone Netto

O **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, localizado em Ponta Porã, Mato Grosso do Sul, é uma unidade de saúde pública de média e alta complexidade, com gestão estadual e perfil assistencial voltado à atenção especializada e à urgência e emergência. Com **117 leitos hospitalares**, incluindo **20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tipo II adulto**, o hospital desempenha papel estratégico na rede de atenção à saúde da região de fronteira, atendendo tanto demandas espontâneas quanto reguladas pela Central Estadual de Regulação.

A estrutura assistencial contempla **internações clínicas e cirúrgicas, maternidade e obstetrícia, atendimento pediátrico, centro cirúrgico com múltiplas especialidades, serviços ambulatoriais especializados, e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)**. Destaca-se ainda pela oferta de **consultas médicas especializadas** em áreas como cardiologia, ginecologia, ortopedia, cirurgia vascular, urologia, otorrinolaringologia e oftalmologia, além de exames de imagem e procedimentos de alta complexidade.

O hospital está alinhado às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na **resolubilidade assistencial, humanização do cuidado, segurança do paciente, e educação**

permanente dos profissionais. Sua atuação é orientada por protocolos clínicos validados, gestão por indicadores de desempenho e metas pactuadas com a Secretaria de Estado de Saúde, visando garantir **acesso qualificado, eficiência operacional, e melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos.**

Neste contexto, o planejamento estratégico do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto será conduzido com base em um modelo de gestão integrado, participativo e orientado por resultados, promovendo a excelência institucional, a sustentabilidade dos serviços e a valorização dos profissionais, com vistas à certificação por qualidade e à consolidação como referência regional em atenção hospitalar especializada.

3.6.1.2. Proposta de Modelo Gerencial

O modelo gerencial proposto pelo **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** é **integrado, matricial e orientado por processos**, com os seguintes **eixos estruturantes**:

Eixos do Modelo

- **Governança clínica e administrativa compartilhada** com SES/MS.
- **Planejamento estratégico, tático e operacional.**
- **Gestão por processos e indicadores.**
- **Educação permanente e valorização profissional.**
- **Segurança do paciente e certificações de qualidade.**
- **Sustentabilidade institucional e ambiental.**

Organograma e Cadeia de Comando

- Diretoria Geral
 - Diretoria Técnica
 - Diretoria Administrativa-Financeira
 - Diretoria de Enfermagem

Campo de Atuação

O Instituto Mais Saúde gerencia 6 unidades em cinco estados. Destaca-se pela gestão de hospitais de alta complexidade, como o Hospital Regional do Baixo Amazonas (certificado ONA Nível 3), Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (ONA Nível 1), Hospital Regional Dr. Jose de Simone Netto (ONA Nível 2), Hospital Regional Público do Tapajós, Hospital Geral Público Castelo dos Sonhos João Trevisan Sobrinho e Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus

O Instituto Mais Saúde atua na gestão de unidades públicas de saúde com foco em:

- **Atenção hospitalar especializada e de urgência/emergência.**
- **Ambulatórios multiprofissionais e programas de acesso a especialistas.**
- **Implantação de modelos assistenciais integrados e sustentáveis.**
- **Gestão de projetos estratégicos em saúde pública, inovação e tecnologia.**

Sua **inteligência de negócio** está baseada na articulação entre:

- **Gestão por resultados** (Kaplan & Norton, 1996).
- **Planejamento estratégico e tático com foco em valor em saúde** (Porter, 2010).
- **Tecnologia da informação aplicada à saúde** (PEP, DRG, BI, CNES, SIA/SIH).
- **Compliance e integridade institucional.**

Modelo Gerencial a ser Implantado

O modelo é **verticalizado e participativo**, com estrutura hierárquica clara, centralização estratégica e execução descentralizada. Os principais pilares são:

- **Governança Corporativa:** com políticas institucionais padronizadas (compliance, qualidade, segurança do paciente, diversidade, gestão ambiental, etc.).
- **Gestão por Processos:** mapeamento da cadeia de valor, integração entre áreas e foco em resultados.
- **Planejamento Estratégico:** metas claras, indicadores e avaliação contínua.
- **Gestão de Pessoas:** com GCPEC, Gupy e NEP para capacitação permanente.
- **Tecnologia e Inovação:** Tasy, Interact, DRG, DOGMAIS, GCPEC, Gupy.
- **Transparência e Prestação de Contas:** relatórios periódicos, canais digitais e conformidade regulatória.

Estratégias de Implantação e Gestão de Mudanças

- **Plano de Gestão de Mudanças** com etapas de diagnóstico, comunicação, capacitação e monitoramento (Kotter, 1996).
- **Mudança de clima organizacional** com escuta ativa, valorização profissional e cultura de resultados.
- **Superação da fragmentação** com redesenho de processos, fluxos integrados e protocolos clínicos.
- **Melhoria da comunicação interna** com canais digitais, reuniões periódicas e boletins institucionais.
- **Envolvimento das lideranças** com formação em gestão, coaching e metas pactuadas.
- **Implantação de programa de compliance e integridade institucional**, conforme Decreto nº 9.203/2017.

- **Gestão de Pessoas:** contratação conforme manual institucional, capacitação contínua via NEP.
- comunicação e monitoramento (Kotter, 1996).
- **Cultura Organizacional:** foco em excelência, integridade, diversidade e responsabilidade social.
- **Comunicação Interna:** fluxos hierarquizados, boletins, reuniões periódicas.
- **Governança Compartilhada:** comitês técnicos e alinhamento com SES/MS.

Certificações e Modelos de Qualidade

- **ONA (Organização Nacional de Acreditação)** – Níveis 1 a 3.
- **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)** – Portaria GM/MS nº 529/2013.
- **Green Kitchen** – Sustentabilidade alimentar.
- **IHAC (Hospital Amigo da Criança)** – Promoção do aleitamento materno.
- **Certificação Cofen** – Boas práticas em enfermagem.
- **Programa Hospitais Saudáveis (PHS)** – Saúde ambiental e gestão de resíduos.
- **Sistema DRG Brasil** – para gestão clínica e financeira por grupos homogêneos de diagnóstico.

CrITÉRIOS para Atender aos Padrões ONA

- Implantação de **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)**.
- **Mapeamento de riscos e eventos adversos**.
- **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas** baseados em evidências.
- Gestão integrada de processos assistenciais e administrativos.
- **Auditorias internas e externas periódicas**.
- **Indicadores de desempenho com metas e planos de ação**.
- Cultura de melhoria contínua.
- Referência: *Manual ONA – Versão 2022; Portaria GM/MS nº 2.395/2011*.

Ferramentas e Instrumentos de Modernização Gerencial

- **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)** integrado ao SIA/SIH e CNES.
- **Sistema DRG Brasil** para gestão clínica e financeira.
- **Sistema de Gestão de Custos Hospitalares** com metodologia ABC.
- **Painel de Indicadores em tempo real (BI)**.
- **Plataforma de Educação Permanente**.

- **Sistema de Regulação Interna (NIR).**
 - **Tasy:** gestão hospitalar integrada.
 - **Interact:** monitoramento de indicadores e planejamento estratégico.
 - **DOGMAIS:** avaliação de processos.
 - **GCPEC:** gestão por competências.
 - **Gupy:** recrutamento e seleção.
 - **DRG Brasil:** gestão por valor e desfechos clínicos.
 - **Sistema de Prestação de Contas:** transparência e conformidade.
 - **SA Interact:** Sistema de Gestão, Performance e de Qualidade.
-

3.6.1.3. *Proposta de Planejamento Estratégico*

“Reunir-se é um começo, permanecer juntos é um progresso e trabalhar juntos é um sucesso.”

Henry Ford

Apresentação

O **Planejamento Estratégico do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)** estabelece o direcionamento institucional para o biênio 2025–2026, definindo objetivos, metas e indicadores que orientarão a gestão hospitalar sob a responsabilidade do **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**.

O plano está fundamentado nos princípios de **eficiência, qualidade assistencial, segurança do paciente e sustentabilidade financeira**, sendo um instrumento de gestão integrado entre as diretorias **Geral, Assistencial, Operacional, Administrativa e Financeira**.

Metodologia

A metodologia aplicada seguiu o modelo de **planejamento participativo**, integrando diagnóstico situacional (Matriz SWOT), definição de objetivos estratégicos, desdobramento tático e operacional, e mapeamento de **KPI – Key Performance Indicators** baseados no **Anexo II do Edital (Anexo II ao CG_Indicadores e MetasContrato.)**.

O acompanhamento será realizado via **SAS Interact**, com análise mensal e revisões trimestrais.

Identidade Organizacional

- **Missão:** Prestar assistência hospitalar de média e alta complexidade com qualidade, humanização e segurança, contribuindo para a saúde e o bem-estar da população sul-mato-grossense.
- **Visão:** Ser referência regional em gestão hospitalar, ensino e pesquisa, com excelência operacional e resultados sustentáveis.
- **Valores:** Ética, compromisso, transparência, inovação, segurança, responsabilidade social e foco no paciente.

Planejamento Estratégico, Tático e Operacional

Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)

- Implantar o Modelo de Gestão do ISMS
- Consolidar o HRDJSN como referência regional em qualidade assistencial e segurança do paciente.
- Fortalecer a integração entre os processos gerenciais e clínicos.
- Sustentar equilíbrio econômico-financeiro com eficiência operacional.
- Fomentar cultura de inovação, pesquisa e ensino.
- Fortalecer a gestão hospitalar com foco em eficiência, qualidade assistencial e sustentabilidade.
- Implantar modelo de cuidado centrado no paciente e baseado em resultados.
- Integrar ações entre as diretorias para garantir sinergia e governança.
- Implantar Certificados da Organização Nacional e Acreditação - ONA 3
- Monitoramento Contínuo e Avaliação da Educação permanente.

Indicadores Estratégicos:

KPI Estratégico	Meta	Unidade	Responsável	Frequência
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥ 80%	%	Diretoria Assistencial / SAME	Mensal
Taxa de Ocupação UTI	≥ 80%	%	Coordenação UTI	Mensal
Tempo Médio de Permanência	≤ 5 dias	dias	NQSP / Auditoria Clínica	Mensal
Taxa de Mortalidade Institucional (>24h)	< 3%	%	Diretoria Médica / NQSP	Mensal
Reinternações Não Programadas (≤30 dias)	≤ 20%	%	SAME / NQSP	Trimestral
Índice de Satisfação do Usuário	≥ 90%	%	SAU / NQSP	Trimestral

Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)

- Padronizar os protocolos assistenciais e administrativos.
- Capacitar equipes em gestão por resultados, gestão por indicadores e metodologias de melhoria contínua.
- Implantar monitoramento de bundles assistenciais e indicadores de desempenho técnico e de pessoal.
- Monitorar indicadores-chave de desempenho (KPIs) por área.
- Implantar Certificados da Organização Nacional e Acreditação - ONA 1, 2
- Implantar Metodologia de Grupos de Diagnósticos Relacionados (Diagnosis Related Groups - DRG)
- Modelo Remuneratório Baseado em Valor (*Pay-for-performance*)
- Monitoramento Contínuo e Avaliação da Educação permanente.

Indicadores Táticos:

KPI Tático	Meta	Unidade	Responsável	Frequência
Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura	100%	%	Centro Cirúrgico / NQSP	Mensal
Adesão à Pulseira de Identificação	≥ 95%	%	Enfermagem / NQSP	Mensal
Identificação do Paciente Alérgico	100%	%	Enfermagem / NQSP	Mensal
Adesão ao Bundle de IPCS (CVC)	100%	%	CCIH / UTI	Mensal
Adesão ao Bundle de ITU (CVD)	100%	%	CCIH / Enfermagem	Mensal
Adesão ao Bundle de PAV (VM)	100%	%	CCIH / UTI	Mensal
Avaliação de Risco de Queda na Admissão	100%	%	Enfermagem / NQSP	Mensal
Avaliação de Risco de Lesão por Pressão	100%	%	Enfermagem / NQSP	Mensal
Proporção de Partos Vaginais	≥ 65%	%	Obstetrícia	Mensal
Cesáreas com Classificação de Robson	100%	%	Obstetrícia / SAME	Mensal

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)

- Execução dos projetos por diretoria conforme cronograma.
- Implantar o **Sistema de Gestão de Indicadores (SAS Interact)** integrado às diretorias.
- Acompanhamento semanal das metas e entregas.
- Realizar **reuniões semanais de acompanhamento** de metas.
- Publicar relatórios mensais de desempenho institucional.

- Relatórios mensais de progresso e ajustes.
- Implantar Sistema de Gestão baseado em Custos
- Implantar Sistema de Gestão de Pessoas com avaliação de desempenho.
- Implantar os Sistemas de Gestão de Tecnologia da Informação
- Implantar Programa de Integridade
- Implantar Programa de Sustentabilidade
- A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS;
- Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;
- Prática clínica assistencial baseada em evidências;
- Garantia do acesso;
- Gestão hospitalar baseada em indicadores de desempenho e sistema de metas;
- Estruturação para habilitações de serviços inerentes ao perfil da Unidade e conforme pactuações;
- Implantação de política de educação permanente em saúde do SUS para os seus colaboradores.
- Cumprir os compromissos contratualizados, incluindo todas as metas e condições estabelecidas no Anexo I e II do Contrato de Gestão – Critérios e metas de produção e
- Indicadores e metas de desempenho e qualidade, respectivamente;
- Prestar todo o atendimento necessário, sem limitar-se ao quantitativo mínimo estabelecido no *Anexo I do Contrato de Gestão - Critérios e metas de produção*, bem como àqueles atendimentos não pactuados nas metas, desde que o Hospital disponha de condições técnico-operacionais para realiza-lo.
- Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos validados pelo gestor;
- Manter o serviço de urgência e emergência geral, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas nos 7 (sete) dias da semana, com acolhimento sob protocolo de classificação de risco, conforme a Portaria GM nº 2.395/2011;
- Realizar a gestão dos leitos hospitalares com vistas a otimização da sua utilização;
- Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP);

- Implantar e implementar as ações previstas na Portaria n° 529/GM/MS, de 1° de abril de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações:
 - Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente;
 - Elaboração de planos para Segurança do Paciente; e
 - Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente;
- Implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);
- Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;
- Garantir que todo o corpo clínico, de enfermagem e demais profissionais realizem a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Anexo II do Contrato de Gestão - Indicadores de desempenho e qualidade;
- Promover a visita ampliada para os usuários internados;
- Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, indígenas, de acordo com as legislações específicas;
- 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;
- Prestar atendimento de emergência ao estrangeiro, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais;
- Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;
- Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica;
- Disponibilizar o acesso dos prontuários a autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica;
- Garantir todos os medicamentos necessários durante o período de observação e internação, incluindo medicamentos de alto custo;
- Garantir dieta prescrita, por meio do Serviço de Nutrição e Dietética, incluindo as alimentações parenterais, dietas enterais e dietas especiais;

- Garantir estrutura adequada do Centro Cirúrgico aos procedimentos que demandarem cirurgia, junto ao serviço de anestesiologia, respeitando as legislações vigentes;
- Garantir a oferta de equipamentos de proteção individual e coletivo aos trabalhadores;
- Garantir os materiais e insumos em todas as áreas e setores do hospital;
- Ofertar balsas de sangue e hemoderivados, quando necessário;
- Disponibilizar Órteses, Próteses e Materiais Especiais, conforme critérios do SUS e de necessidade do paciente;
- Garantir a oferta de exames e laudos técnicos de imagens próprio ou terceirizado;
- Assegurar e intermediar as transferências de usuários para unidades hospitalares especializadas ou ambulatoriais, disponibilizando equipe de profissionais assistentes para o transporte, quando necessário, conforme os critérios da política de regulação do acesso;
- Garantir o serviço de hotelaria e enxoval a todos os setores do Hospital;
- Garantir o fornecimento de materiais esterilizados reutilizáveis e descartáveis;
- Garantir Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT, disponibilizando equipamentos prioritários à manutenção da vida e demais equipamentos, conforme a especificidade do setor e serviço;
- Prestar assistência, conforme as redes temáticas da Rede de Atenção à Saúde (RAPS, Alyne, RUE, Crônicas, Psicossocial e outras pactuadas);
- Ofertar consultas especializadas por profissionais de saúde qualificados;
- Referenciar o usuário, conforme o fluxograma da rede de assistência municipal local ou regional;
- Garantir a implantação e o pleno funcionamento das Comissões Hospitalares instituídas por legislações específicas e/ou requeridas pela Secretaria de Estado de Saúde;
- Responsabilizar-se pela continuidade dos processos de cadastramento, credenciamento e habilitações de serviços, bem como os projetos de reforma e ampliação estrutural;
- Garantir que a assistência de Cuidados Paliativos na fase compatível com quadro clínico em que o paciente se apresenta;
- Garantir a prestação de assistência nas Unidades de Terapia Intensiva em observância a todos os critérios da RDC nº 7/2010 do Ministério da Saúde.

- Prestar as ações e serviços de saúde contratualizados, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada;
- Informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;
- Disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor;
- Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com os parâmetros estabelecidos na legislação vigente;
- Dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, respeitada a legislação vigente;
- Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS;
- Disponibilizar brinquedoteca no Serviço de Pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação vigente;
- Dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;
- Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do Hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;
- Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores;
- Participar com representante da Unidade Hospitalar no Conselho de Saúde local;
- Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados a assistência à saúde;
- Registrar e apresentar de forma correta, conforme sistemática adotada pelo gestor, a produção das ações e serviços de saúde de acordo com as normas estabelecidas pelo DATASUS;
- Disponibilizar ao gestor público de saúde os respectivos dados necessários à alimentação dos sistemas de informações em saúde, bem como o acesso aos sistemas de gestão hospitalar (sistema de monitoramento assistencial e outros que sejam necessários);

- Participar e fornecer, à Superintendência de Governança Hospitalar (SGH) e às demais superintendências da SES, todos os documentos e informações necessárias ao cumprimento integral do Contrato de Gestão;
- Facilitar o acompanhamento, monitoramento e a avaliação permanente dos serviços e prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da Secretaria de Estado de Saúde de MS designados para tal fim;
- Cumprir o cronograma de entrega dos documentos referentes a produção ambulatorial e hospitalar definido por ato normativo da Secretaria de Estado de Saúde de MS; e
- Encaminhar a Secretaria de Estado de Saúde de MS cópia dos contratos de serviços

Indicadores Operacionais e de Sustentabilidade:

KPI Operacional	Meta	Unidade	Responsável	Frequência
Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos	≤ 4%	%	RH / Diretoria Administrativa	Trimestral
Taxa de Satisfação dos Colaboradores	≥ 80%	%	RH / NQSP	Semestral
Taxa de Treinamento – Assistencial	≥ 80%	%	NEP / RH	Mensal
Taxa de Treinamento – Administrativo e Apoio	≥ 80%	%	NEP / RH	Mensal
Índice de Liquidez Corrente	≥ 1	índice	Financeiro	Mensal
Índice de Liquidez Seca	≥ 1	índice	Financeiro	Mensal
Índice de Liquidez Imediata	≥ 1	índice	Financeiro	Mensal
Comprometimento da Receita – Curto Prazo	≤ 1	índice	Financeiro	Mensal
Comprometimento da Receita – Longo Prazo	≤ 1	índice	Financeiro	Trimestral

Percentual de Aprovação em 1ª Análise na Plataforma de Prestação de Contas	> 75%	%	Controladoria Financeiro / Mensal

Estrutura de Governança e Monitoramento

A **governança do planejamento estratégico** será conduzida pela Diretoria Geral e Gerência de Desempenho Operacional institucional, com apoio do NQSP.

O acompanhamento seguirá a periodicidade:

Frequência	Atividade	Responsável
Semanal	Reunião de monitoramento dos projetos	Gerências e Diretoria
Mensal	Relatório consolidado de indicadores	NQSP / GDO / TI
Trimestral	Oficina de Revisão Estratégica	Diretoria Geral / Corporativo ISMS
Anual	Avaliação de Resultados e Revisão de Metas	Diretoria Executiva ISMS

O **Planejamento Estratégico HRDJSN 2025–2026** é o eixo de sustentação do modelo de gestão do Instituto Social Mais Saúde, traduzindo o compromisso com **a melhoria contínua e a cultura de resultados**.

O monitoramento dos **KPI hospitalares** permitirá decisões assertivas, garantindo qualidade assistencial, equilíbrio financeiro e sustentabilidade institucional de longo prazo.

3.6.1.4. Estratégias de Implantação

- **Modelo de Gestão**
- **Governança compartilhada** com SES/MS.
- **Plano de gestão de mudanças** (Kotter, 1996): diagnóstico, comunicação, capacitação, monitoramento.
- **Implantação de sistemas tecnológicos**: PEP, DRG, Tasy, Interact, GCPEC.
- **Educação permanente** via NEP.

- **Compliance e integridade institucional** (Decreto nº 9.203/2017).
- **Transparência e prestação de contas** com plataforma eletrônica.
- **Sustentabilidade institucional e ambiental** com gestão racional de recursos.

3.6.1.5. Detalhamento Técnico do Perfil Assistencial (Anexo II)

Perfil Epidemiológico e Assistencial

O Hospital Regional Dr. José de Simone Netto é referência para uma população que demanda atenção especializada em média e alta complexidade, com foco em:

- Urgência e emergência (PA adulto, pediatria, sala vermelha).
- Internações clínicas e cirúrgicas.
- Centro cirúrgico com múltiplas especialidades.
- Maternidade e obstetrícia.
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
- Ambulatório de especialidades e Ofertas de Cuidado Integrado (OCI).
- Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT).

Ambientes Assistenciais e Serviços

- **Ambulatório de Especialidades:** cardiologia, ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia, urologia, ginecologia, vascular.
- **Pronto Atendimento 24h:** adulto, pediatria, sala vermelha.
- **Internações clínicas e cirúrgicas:** enfermarias, UTI tipo II adulto.
- **Centro Cirúrgico:** cirurgias gerais, ortopédicas, urológicas, ginecológicas, vasculares, otorrino e oftalmológicas.
- **Maternidade:** partos normais e cesáreas.
- **Pediatria:** enfermaria e atendimento especializado.
- **SADT:** exames de imagem, endoscopia, colonoscopia, CPRE, audiometria, campimetria, etc.
- **OCI (Ofertas de Cuidado Integrado):** ortopedia com radiologia, US, tomografia; otorrino; oftalmologia.

3.6.1.6. Implantação por Diretoria

Diretoria Técnica

1. Objetivos e Metas

A Diretoria Técnica tem como eixo central a garantia da qualidade da assistência clínica, garantindo a segurança e satisfação do atendimento médico e multidisciplinar ao paciente, conforme preconiza a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), as RDC 63 / 2011, no qual estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado e os requisitos mínimos para um estabelecimento de saúde ter um bom funcionamento.

Nesse sentido, o planejamento visa alinhar a gestão clínica às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando qualidade, equidade e resolutividade.

Objetivos estratégicos:

- Fortalecer a segurança do paciente, em consonância com a Portaria MS nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- Garantir a adesão a protocolos clínicos e de fluxo assistencial com base em evidências científicas (ANVISA, OPAS/OMS).
- Promover a educação permanente em saúde, seguindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº 198/2004), para assegurar a atualização contínua das equipes.
- Favorecer a integralidade do cuidado, articulando ações de urgência/emergência, atenção especializada e rede de apoio psicossocial.
- Implantar os pilares da governança clínica, baseado em:
 - Auditoria clínica
 - Gerenciamento de risco
 - Efetividade e eficiência
 - Comunicação assistencial
 - Responsabilidade e transparência
 - Pesquisa operacional, e ciclos de melhoria contínua
- Implantar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
- Gerenciar serviços médicos, regulação interna (NIR), agência transfusional, SCIH, NVE, DRG.
- Monitorar indicadores de desfecho clínico e qualidade.
- Garantir titulação e RQE dos profissionais médicos.

- Implantar OCI e integração com PMAE.
- Disponibilizar brinquedoteca no Serviço de Pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação vigente;

Metas Estratégicas

- **Assegurar o acesso irrestrito** dos pacientes aos serviços de média e alta complexidade, conforme regulação estadual;
- **Promover a equidade no atendimento**, garantindo a distribuição justa dos recursos de acordo com as necessidades específicas da população;
- **Implantar o Atendimento Humanizado**, em conformidade com a PNH, promovendo acolhimento, respeito à dignidade e individualidade dos usuários;
- **Garantir que todos os tratamentos e procedimentos sigam padrões baseados em evidências científicas**, assegurando efetividade e segurança;
- **Promover a integralidade do cuidado**, com trabalho articulado de diferentes especialidades e fortalecimento das redes assistenciais pactuadas;
- **Fortalecer a cultura de segurança do paciente**, por meio da implantação de protocolos rigorosos, notificação de incidentes e estímulo à melhoria contínua.

Metas Operacionais

- **Monitorar continuamente a eficácia das intervenções**, com revisão periódica dos processos e indicadores assistenciais;
- **Promover a comunicação eficaz entre equipes multiprofissionais**, garantindo continuidade e coordenação do cuidado;
- **Assegurar condições de trabalho adequadas**, incluindo oferta permanente de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e coletivo (EPC);
- **Garantir materiais, insumos e funcionamento do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)**, incluindo equipamentos prioritários à manutenção da vida;
- **Prestar assistência conforme as redes assistenciais reguladas pelo Complexo Regulador Estadual**, assegurando eficiência no uso de recursos;
- **Ofertar consultas especializadas e acompanhamento multiprofissional**, fortalecendo o corpo clínico e a integralidade do cuidado;

- **Promover capacitações regulares** para atualização das equipes, com foco em novas tecnologias, boas práticas e inovação assistencial;
- **Otimizar a gestão de leitos e do fluxo de pacientes**, reduzindo tempo de espera para consultas, exames e procedimentos, sem comprometer a qualidade;
- **Fortalecer a integração entre níveis de atenção**, assegurando a referência e contrarreferência dos pacientes;
- **Incentivar a pesquisa clínica e a inovação hospitalar**, alinhando descobertas científicas às necessidades do SUS;
- **Garantir o pleno funcionamento das Comissões Hospitalares** previstas em legislações específicas (Ética, Óbito, Controle de Infecção, Segurança do Paciente, etc.);
- **Assegurar atendimento ininterrupto (24h)** em todas as unidades assistenciais;
- **Oferecer suporte psicológico e social** aos pacientes e familiares durante internação e recuperação;
- **Garantir visita ampliada** aos pacientes internados, fortalecendo vínculo familiar e humanização do cuidado;
- **Implementar indicadores de qualidade e desempenho** para mensurar a eficácia das ações e realizar ajustes permanentes;
- **Prestar atendimento respeitando diversidade sociocultural**, incluindo povos originários, populações tradicionais (campo, floresta e água) e estrangeiros em regiões de fronteira.

Metas clínicas:

- Manter a média de permanência e giro de leitos de acordo com perfil e complexidade da unidade de saúde;
- Garantir a taxa de mortalidade de pacientes de baixo risco igual a 0%
- Garantir os indicadores clínicos, de readmissões e eventos adversos dentro das metas definidas conforme perfil e complexidade da instituição
- Ampliar em 20% a adesão às boas práticas de segurança do paciente até o fim do primeiro ano;
- Garantir que 90% dos atendimentos sigam protocolos clínicos definidos pela gestão até o segundo ano;

- Realizar capacitação anual para 100% do corpo clínico em temas estratégicos (segurança, urgência, atendimento humanizado, protocolos).
- Cumprir com o cumprimento das metas contratuais presente no edital, além de aprimorar no primeiro ano de gestão, outras metas, com foco em resultados.

Metas do Edital – Metas assistenciais a serem cumpridas pela Organização:

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Consultas/atendimentos às urgências em geral	Sob demanda	Sob demanda
Atendimento de urgência na atenção especializada	Sob demanda	Sob demanda
Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas	Sob demanda	Sob demanda

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Esofagogastroduodenoscopia	100	400
Colonoscopia	100	400
Diagnóstico por tomografia	200	800
Diagnóstico por tomografia com contraste e/ou sedação	50	200
Angiografia cerebral para diagnóstico de morte encefálica (4 vasos)	Sob demanda	Sob demanda

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)		
Ultrassonografia doppler de fluxo obstétrico + USG pélvica (ginecológica)	250	1000
Tococardiografia ante-parto + USG obstétrica com doppler colorido e pulsado	150	600
Tratamento esclerosante não estético de varizes dos membros inferiores - unilateral	100	400
Tratamento esclerosante não estético de varizes dos membros inferiores – bilateral	200	800
Diagnóstico por ultrassonografia doppler colorido de vasos (vascular)	200	800
Cistoscopia e/ou ureteroscopia e/ou ureteroscopia Ureterocistografia	40	160
Avaliação urodinâmica completa	40	160
Ultrassonografia de próstata (via transretal) + Ultrassonografia de próstata (via abdominal)	80	80
Ultrassonografia do aparelho urinário	40	160
Ultrassonografia de bolsa escrotal	40	160
Biópsia de próstata	40	160
Laringoscopia + Traqueoscopia + Videolaringoscopia + Avaliação auditiva comportamental + Emissões otoacústicas evocadas para triagem	300	1200

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)		
auditiva (teste da orelhinha) + Audiometria tonal limiar + Imitanciometria + Potencial evocado auditivo p/ triagem auditiva (com/sem sedação)		
Ultrassonografia do globo ocular / órbita (monocular) + Biomicroscopia de fundo de olho + Biometria ultrassônica (monocular) + Campimetria computadorizada ou manual com gráfico + Ceratometria + Curva diária de pressão ocular CDPO (mínimo 3 medidas) + Paquimetria ultrassônica + Gonioscopia + Mapeamento de retina + Microscopia especular de córnea + Retinografia colorida binocular + Retinografia fluorescente binocular + Teste ortóptico + Topografia computadorizada de córnea + Tonometria + Outros procedimentos com finalidade diagnóstica ou terapêutica ambulatorial	300	1200
TOTAL SADT	2.230	8.920

OFERTA DE CUIDADOS INTEGRADOS (OCI) - ORTOPEDIA		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral

Avaliação Diagnóstica em Ortopedia com recursos de radiologia	200	800
Avaliação Diagnóstica em Ortopedia com recursos de radiologia e ultrassonografia	150	600
Avaliação Diagnóstica em Ortopedia com recursos de radiologia e tomografia	100	400

OFERTA DE CUIDADOS INTEGRADOS (OCI) - OTORRINOLARINGOLOGIA		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Avaliação Diagnóstica de Déficit Auditivo	30	120
Progressão da Avaliação Diagnóstica de Déficit Auditivo	30	120
Avaliação Diagnóstica de Nasofaringe e Orofaringe	30	120

OFERTA DE CUIDADOS INTEGRADOS (OCI) - OFTALMOLOGIA		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Avaliação Inicial em Oftalmologia a partir de 9 anos	100	400
Avaliação de retinopatia diabética	50	200

Exames Oftalmológicos sob sedação	50	200
TOTAL OCI	740	2.960

CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Consulta médica especializada em Cirurgia Geral	150	600
Consulta especializada em Ginecologia	100	400
Consulta médica especializada em Cirurgia Ortopédica - Adulto	150	600
Consulta médica especializada em Cirurgia Vascular	220	880
Consulta médica especializada em Urologia	80	320
Consulta Médica especializada em Otorrinolaringologia	80	320
Consulta médica especializada em Oftalmologia	100	400
Consulta Médica Especializada em Cardiologia - Avaliação de risco cirúrgico / estratificação de risco cardiovascular	Atender toda a demanda interna cirúrgica	Atender toda a demanda interna cirúrgica
TOTAL	880	3.520

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS		
CIRURGIA GERAL E OUTRAS		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal - Intestinos, reto e ânus	220	880
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal - Pâncreas, baço, fígado e vias biliares		
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal - Parede e cavidade abdominal		
Cirurgia torácica - Parede torácica		
Outras cirurgias - Múltiplas		
Outras cirurgias - Sequenciais		
Outras cirurgias		

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS		
ORTOPÉDICAS		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Cirurgia do Sistema Osteomuscular - Cintura escapular	275	1100
Cirurgia do Sistema Osteomuscular - Membros superiores		
Cirurgia do Sistema Osteomuscular - Cintura pélvica		
Cirurgia do Sistema Osteomuscular - Membros inferiores		
Cirurgia do Sistema Osteomuscular Gerais		
Cirurgia reparadora - Outras cirurgias plásticas / reparadoras		
Outras cirurgias ortopédicas		
Cirurgia reparadora - Outras cirurgias plásticas / reparadoras		
Outras cirurgias ortopédicas		

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS		
UROLÓGICAS		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Cirurgia do aparelho geniturinário - Rim, ureter e bexiga	165	660
Cirurgia do aparelho geniturinário - Uretra		
Cirurgia do aparelho geniturinário - Próstata e vesícula seminal		
Cirurgia do aparelho geniturinário - Bolsa escrotal, testículos e cordão espermático		
Cirurgia do aparelho geniturinário - Pênis		
Outras cirurgias urológicas		

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS		
GINECOLÓGICAS		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Procedimentos cirúrgicos do aparelho geniturinário - Útero e anexos	60	240
Procedimentos cirúrgicos do aparelho geniturinário - Vagina, vulva e períneo		
Cirurgia obstétrica - Outras cirurgias relacionadas com o estado gestacional		
Outras cirurgias ginecológicas		

Cirurgia obstétrica - Parto	Sob demanda	Sob demanda

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS		
VASCULAR		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Cirurgia do aparelho circulatório - Cirurgia Vascular	50	200
Outras cirurgias vasculares de retaguarda da Ortopedia		

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS		
OTORRINOLARINGOLOGIA		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço – vias aéreas superiores e pescoço	75	300
Outras cirurgias das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço		

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS		
OFTALMOLOGIA		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Cirurgia do aparelho da visão - pálpebras e vias lacrimais	610	2.440
Cirurgia do aparelho da visão - corpo vítreo, retina, coroide e esclera		
Cirurgia do aparelho da visão - conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino		
Outras cirurgias do aparelho da visão		

2. Estratégias de Implantação

O processo de implantação será conduzido com base nos princípios da governança clínica, garantindo a articulação entre diferentes áreas do cuidado.

- Estratégico:
 - formulação de políticas institucionais e definição de indicadores assistenciais baseados em parâmetros nacionais (ANVISA, MS e secretaria estadual, ANAPH, ONA) e internacionais (OMS, Joint Commission International).
- Tático:
 - operacionalização de rotinas de gestão clínica, multidisciplinares e envolvimento do corpo clínico no processo do cuidado; operacionalizar a interação entre processos e comissões;
 - Padronização de protocolos conforme perfil epidemiológico e de eventos por prevalência;
- Operacional:

- execução da governança clínica, incorporando práticas de segurança do paciente, acolhimento humanizado e comunicação efetiva, monitoradas em tempo real por sistemas informatizados e auditoria clínica.
- Mapeamento de fluxos assistenciais.
- Treinamento das equipes em protocolos e boas práticas.
- Implantação de comissões e núcleos assistenciais.
- Promover o envolvimento contínuo do paciente e sua rede de apoio, identificando as necessidades de forma individualizada e promovendo comunicação efetiva;

Eixos estratégicos prioritários:

- Implantação de Comissões Multiprofissionais (Ética Médica, Controle de Infecção, Comissão de Óbito, Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão de revisão de prontuários, Comissão de DRG e remuneração por desempenho);
- Estruturação de linhas de cuidado assistencial para situações críticas (urgência/emergência, linha cirúrgica eletiva e de urgência, linha materno-infantil, atenção ao idoso, pediatria e saúde mental);
- Uso de prontuário eletrônico para monitoramento de indicadores e integração intersetorial;
- Implantação de programas de Educação Permanente, apoiados em metodologias ativas (simulação realística, estudo de caso e oficinas práticas).
- Implantação do departamento de ensino e pesquisa, através de parcerias com entidades de ensino e incentivo a publicação acadêmica).

3. Cronograma de Execução

Cronograma de Execução – 1º Ano de Implantação Curto prazo (até 12 meses):

- Levantamento situacional e diagnóstico técnico;
- Implantação do modelo de governança clínica;
- Constituição de comissões multiprofissionais;
- Definição de protocolos prioritários (urgência, risco de queda, infecção relacionada à assistência);
- Início da capacitação das equipes.

- Início da implantação de DRG
- Disponibilização da Brinquedoteca no Serviço de Pediatria

Médio prazo (1 a 2 anos):

- Consolidação de fluxos assistenciais e protocolos;
- Monitoramento contínuo dos indicadores de qualidade e segurança;
- Implementação de auditoria clínica e processos de acreditação hospitalar.
- Expansão de práticas inovadoras em saúde (tele assistência, tecnologias digitais, gestão por indicadores preditivos).
- Implantação da remuneração baseada em valor;
- Implantar Certificados da Organização Nacional e Acreditação - ONA 1, 2

Longo prazo (3 a 5 anos meses):

- Revisão e atualização periódica dos protocolos;
- Ampliação das linhas de cuidado;
- Avaliação de impacto assistencial e análise de custo-efetividade das ações;
- Implantar Certificados da Organização Nacional e Acreditação - ONA 3

Além do mais, para o presente item, descrevemos de modo mais claro o cronograma de execução do Planejamento assistencial.

Cronograma da Implantação da Diretoria Técnica

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
Início da implantação da governança clínica fase 1: envolvimento da liderança	Início das atividades/assunção	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de	Diretoria técnica

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
fase 2: envolvimento do corpo clínico		Gestão, para início das atividades.	
Apresentação do quadro completo de equipe médica, coordenadores de setores da dir. técnica, assistentes e demais cargos técnicos, discriminados para cada setor da Unidade, por categoria profissional, de acordo com o plano de cargos da Organização Social, a jornada ou carga horária de contratação, considerados necessários para a execução das ações e serviços de saúde e as obrigações contratuais.	Início das atividades/assunção	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	Diretoria técnica, RH e DP, Contratos médicos
Ajuste do sistema informatizado e de comunicação.	Início das atividades/assunção	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	Tecnologia da Informação – Diretoria Administrativa e financeira e dir. assistencial, diretoria técnica
Diagnóstico Situacional – Visita Técnica: Uso racional do Centro Cirúrgico a fim de cumprir demanda reprimida e metas cirúrgicas	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias corridos, após a assinatura do	diretoria técnica, assistencial e diretoria de operações.

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
Implantação do bate mapa diário Implantação do checklist de cirurgia segura Implantação dos setores de cirurgia oftalmológica e de otorrinolaringologia, em esquema de hospital dia		Contrato de Gestão	
Diagnóstico Situacional – Visita Técnica: otimização do tempo de espera no pronto socorro/acolhimento Implantação do indicador de tempo de espera no Pronto atendimento. Implantação dos protocolos de segurança do paciente Implantação dos protocolos clínicos alinhados ao perfil epidemiológico da emergência	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão	Diretoria Assistencial e diretoria médica.
Diagnóstico Situacional – Visita Técnica: otimização do tempo de transporte em transferências hospitalares.	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão	Diretoria Assistencial, diretoria médica e diretoria de operações.
Diagnóstico Situacional – Visita Técnica: Otimização	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias	Diretoria Assistencial e

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
do processo de gira leitos – melhoria contínua, Implantação do escritório de altas Implantação do indicador de média de permanência e giro de leitos		corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão	diretoria médica.
Implantação do NIR e gestão de leitos e indicadores de ocupação, média de permanência, saídas Gestão das filas	Início das atividades/assunção	Início das atividades até 30 dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	Diretoria técnica
Apresentação do Plano de Trabalho e o Manual de Boas Práticas para todos os setores.	Início das atividades/assunção	Em até 30 (trinta) dias após o início das atividades assistenciais.	Diretoria técnica
Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP	Início das atividades/assunção	Em até 60 dias após o início das atividades assistenciais.	Qualidade e Segurança do paciente – Diretoria de Operações
Implantação dos ritos de governança clínica, com visitas multidisciplinares, reuniões com corpo clínico e reuniões interdisciplinares mensais	Início das atividades/assunção	Em até 60 (trinta) dias após o início das atividades assistenciais.	Diretoria médica

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
Implantação do Programa de Educação Permanente e do departamento de ensino e pesquisa Com indicadores de números e efetividade de parcerias educacionais e indicador de publicações acadêmicas	Início das atividades/assunção	Em até 45 (quarenta e cinco) dias após o início das atividades assistenciais.	Diretoria de Operações, Diretoria assistencial e Diretoria médica.
Implantação das Comissões Hospitalares	Início das atividades/assunção	Em até 60 dias após o início das atividades assistenciais.	Qualidade e Segurança do paciente – Diretoria de Operações
Implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria e a Pesquisa de Satisfação	Início das atividades/assunção	Em até 60 dias após o início das atividades assistenciais.	Qualidade e Segurança do paciente – Diretoria de Operações
Revisão e validação de todos os Protocolos assistenciais.	Início das atividades/assunção	Em até 60 dias após o início das atividades assistenciais.	Diretoria assistencial e Diretoria médica
Implantação da Gestão Participativa (dirigentes e trabalhadores)	Início das atividades/assunção	Em até 60 dias após o início das atividades assistenciais.	Todas as diretorias
Pleno funcionamento da Unidade e treinamento dos profissionais nas rotinas e	Início das atividades/assunção	Em até 60 dias a partir da assinatura	Todas as diretorias.

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
Instruções Técnicas de Trabalho (ITT's) /Pop's.		do Contrato de Gestão.	
Apresentação do modelo gerencial, matricial da Diretoria Técnica envolvendo: diretrizes, ritual de gestão, regimento interno e organograma da Diretoria Técnica.	Início das atividades/assunção	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão, para início das atividades.	Diretoria Médica – diretoria técnica
Organização do fluxo de trabalho das Coordenações Médicas.	Início das atividades/assunção	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão, para início das atividades.	Diretoria Médica – diretoria técnica
Estabelecimento da Diretoria Clínica e Vice Diretoria Clínica.	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão, para início das atividades.	Diretoria Médica – diretoria técnica
Revisão dos protocolos assistenciais e institucionais conforme perfil epidemiológico atualizado.	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias, após a assinatura do Contrato de Gestão.	Diretoria Médica – diretoria técnica
Implantação do ambulatório de OCI	Início das atividades/assunção	60 dias após	Diretoria Técnica,

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
			Administrativa e Assistencial
Implantação da gestão integrada da rede ambulatorial	Início das atividades/assunção	30 dias após	Diretoria Técnica, Administrativa e Assistencial
Implantação da gestão do setor sadt com implantação de protocolos de segurança	Início das atividades/assunção	30 dias após	Diretoria Técnica, Administrativa e Assistencial
Implantação da metodologia DRG	Início das atividades/assunção	Em até 24 meses(sessenta) dias após o início das atividades assistenciais.	Diretoria Médica – diretoria técnica
Expansão de práticas inovadoras em saúde (Tecnologias Digitais, gestão por indicadores preditivos e Teleassistência)	JUL/2026	JAN/2027	Diretoria Técnica
Implantação da Auditoria Clínica	JUL/2026	JAN/2027	Diretoria Técnica
Estabelecer a comissão de DRG	AGO/2026	DEZ/2026	Diretoria Médica – diretoria técnica

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
Implantação da metodologia de remuneração baseada em valor	DEZ/2026	MAR/2027	Diretoria Técnica, Equipe DRG
Revisão e atualização periódica dos protocolos	JUL/2027	Até 36 meses da assunção	Diretoria Técnica
Ampliação das linhas de cuidado	JUL/2027	Até 36 meses da assunção	Diretoria Técnica
Avaliação de impacto assistencial	JUL/2027	Até 36 meses da assunção	Diretoria Técnica
Análise de custo efetividade das ações	JUL/2027	Até 36 meses da assunção	Diretoria Técnica
Ajustes metodológicos	90 dias após o início das atividades	30 dias após	Custos – diretoria administrativa financeira
Implantação definitiva	90 dias após o início das atividades	30 dias após	Custos – diretoria administrativa financeira

4. Resultados Esperados

- Qualidade e segurança: redução dos eventos adversos e padronização das práticas assistenciais.
- Humanização: fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, promovendo cuidado centrado na pessoa.
- Eficiência: otimização dos recursos disponíveis, garantindo maior resolutividade e redução de custos operacionais.

- Integração multiprofissional: equipes trabalhando em sinergia, assegurando visão integral do paciente.
- Sustentabilidade assistencial: consolidação de processos e resultados capazes de manter qualidade contínua, com transparência e credibilidade junto à comunidade e órgãos de controle.
- Redução de eventos adversos.
- Aumento da satisfação dos usuários.
- Implementar a política de comunicação efetiva e compassiva
- Implantar a cultura de melhoria contínua

Abaixo, descrevemos as metas a serem cumpridas conforme edital de chamamento público e em seguida, o cronograma de execução da diretoria assistencial.

Diretoria Enfermagem

1. Objetivos e Metas

A Diretoria Assistencial tem como eixo central a garantia da integralidade do cuidado, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), no qual estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Nesse sentido, o planejamento visa alinhar a gestão assistencial às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando qualidade, equidade e resolutividade.

Objetivos estratégicos:

- Fortalecer a segurança do paciente, em consonância com a Portaria MS nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- Garantir a adesão a protocolos clínicos e de fluxo assistencial com base em evidências científicas (ANVISA, OPAS/OMS).
- Promover a educação permanente em saúde, seguindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº 198/2004), para assegurar a atualização contínua das equipes.
- Favorecer a integralidade do cuidado, articulando ações de urgência/emergência, atenção especializada e rede de apoio psicossocial.

- Organizar assistência nos ambientes: centro cirúrgico, CME, obstetria, internação, ambulatório, pronto socorro, UTI.
- Implantar protocolos de segurança do paciente.
- Dimensionar equipes conforme RDC e conselhos de classe.
- Implantar plano de educação permanente.
- Monitorar indicadores de qualidade assistencial.
- Implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);

Metas Estratégicas

- **Assegurar o acesso irrestrito** dos pacientes aos serviços de média e alta complexidade, conforme regulação estadual;
- **Promover a equidade no atendimento**, garantindo a distribuição justa dos recursos de acordo com as necessidades específicas da população;
- **Implantar o Atendimento Humanizado**, em conformidade com a PNH, promovendo acolhimento, respeito à dignidade e individualidade dos usuários;
- **Garantir que todos os tratamentos e procedimentos sigam padrões baseados em evidências científicas**, assegurando efetividade e segurança;
- **Promover a integralidade do cuidado**, com trabalho articulado de diferentes especialidades e fortalecimento das redes assistenciais pactuadas;
- **Fortalecer a cultura de segurança do paciente**, por meio da implantação de protocolos rigorosos, notificação de incidentes e estímulo à melhoria contínua.

Metas Operacionais

- **Monitorar continuamente a eficácia das intervenções**, com revisão periódica dos processos e indicadores assistenciais;
- **Promover a comunicação eficaz entre equipes multiprofissionais**, garantindo continuidade e coordenação do cuidado;
- **Assegurar condições de trabalho adequadas**, incluindo oferta permanente de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e coletivo (EPC);

- **Garantir materiais, insumos e funcionamento do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)**, incluindo equipamentos prioritários à manutenção da vida;
- **Prestar assistência conforme as redes assistenciais reguladas pelo Complexo Regulador Estadual**, assegurando eficiência no uso de recursos;
- **Ofertar consultas especializadas e acompanhamento multiprofissional**, fortalecendo o corpo clínico e a integralidade do cuidado;
- **Promover capacitações regulares** para atualização das equipes, com foco em novas tecnologias, boas práticas e inovação assistencial;
- **Otimizar a gestão de leitos e do fluxo de pacientes**, reduzindo tempo de espera para consultas, exames e procedimentos, sem comprometer a qualidade;
- **Fortalecer a integração entre níveis de atenção**, assegurando a referência e contrarreferência dos pacientes;
- **Incentivar a pesquisa clínica e a inovação hospitalar**, alinhando descobertas científicas às necessidades do SUS;
- **Garantir o pleno funcionamento das Comissões Hospitalares** previstas em legislações específicas (Ética, Óbito, Controle de Infecção, Segurança do Paciente, etc.);
- **Assegurar atendimento ininterrupto (24h)** em todas as unidades assistenciais;
- **Oferecer suporte psicológico e social** aos pacientes e familiares durante internação e recuperação;
- **Garantir visita ampliada** aos pacientes internados, fortalecendo vínculo familiar e humanização do cuidado;
- **Implementar indicadores de qualidade e desempenho** para mensurar a eficácia das ações e realizar ajustes permanentes;
- **Prestar atendimento respeitando diversidade sociocultural**, incluindo povos originários, populações tradicionais (campo, floresta e água) e estrangeiros em regiões de fronteira.

Metas assistenciais:

- Reduzir em até 15% os eventos adversos evitáveis (queda, lesão por pressão, infecção relacionada à assistência) em até 12 meses;
- Ampliar em 20% a adesão às boas práticas de segurança do paciente até o fim do primeiro ano;

- Garantir que 90% dos atendimentos sigam protocolos clínicos definidos pela gestão até o segundo ano;
- Realizar capacitação anual para 100% dos profissionais em temas estratégicos (segurança, urgência, atendimento humanizado, protocolos).
- Cumprir com o cumprimento das metas contratuais presente no edital, além de aprimorar no primeiro ano de gestão, outras metas, com foco em resultados.

Metas do Edital – Metas assistenciais a serem cumpridas pela Organização:

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Consultas/atendimentos às urgências em geral	Sob demanda	Sob demanda
Atendimento de urgência na atenção especializada	Sob demanda	Sob demanda
Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas	Sob demanda	Sob demanda

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Esofagogastroduodenoscopia	100	400
Colonoscopia	100	400
Diagnóstico por tomografia	200	800
Diagnóstico por tomografia com contraste e/ou sedação	50	200

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Angiografia cerebral para diagnóstico de morte encefálica (4 vasos)	Sob demanda	Sob demanda
Ultrassonografia doppler de fluxo obstétrico + USG pélvica (ginecológica)	250	1000
Tococardiografia ante-parto + USG obstétrica com doppler colorido e pulsado	150	600
Tratamento esclerosante não estético de varizes dos membro inferiores - unilatera	100	400
Tratamento esclerosante não estético de varizes dos membro inferiores – bilateral	200	800
Diagnóstico por ultrassonografia doppler colorido de vasos (vascular)	200	800
Cistoscopia e/ou ureteroscopia e/ou uretroscopia Ureterocistografia	40	160
Avaliação urodinâmica completa	40	160
Ultrassonografia de próstata (via transretal) + Ultrassonografia de próstata (via abdominal)	80	80
Ultrassonografia do aparelho urinário	40	160

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Ultrassonografia de bolsa escrotal	40	160
Biópsia de próstata	40	160
Laringoscopia + Traqueoscopia + Videolaringoscopia + Avaliação auditiva comportamental + Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha) + Audiometria tonal limiar + Imitanciometria + Potencial evocado auditivo p/ triagem auditiva (com/sem sedação)	300	1200
Ultrassonografia do globo ocular / órbita (monocular) + Biomicroscopia de fundo de olho + Biometria ultrassônica (monocular) + Campimetria computadorizada ou manual com gráfico + Ceratometria + Curva diária de pressão ocular CDPO (mínimo 3 medidas) + Paquimetria ultrassônica + Gonioscopia + Mapeamento de retina + Microscopia especular de córnea + Retinografia colorida binocular + Retinografia fluorescente binocular + Teste ortóptico + Topografia computadorizada de córnea + Tonometria + Outros procedimentos com finalidade	300	1200

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

diagnóstica ou terapêutica ambulatorial		
TOTAL SADT	2.230	8.920

OFERTA DE CUIDADOS INTEGRADOS (OCI) - ORTOPEDIA

Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Avaliação Diagnóstica em Ortopedia com recursos de radiologia	200	800
Avaliação Diagnóstica em Ortopedia com recursos de radiologia e ultrassonografia	150	600
Avaliação Diagnóstica em Ortopedia com recursos de radiologia e tomografia	100	400

OFERTA DE CUIDADOS INTEGRADOS (OCI) - OTORRINOLARINGOLOGIA

Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Avaliação Diagnóstica de Déficit Auditivo	30	120
Progressão da Avaliação Diagnóstica de Déficit Auditivo	30	120
Avaliação Diagnóstica de Nasofaringe e Orofaringe	30	120

OFERTA DE CUIDADOS INTEGRADOS (OCI) - OFTALMOLOGIA

Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Avaliação Inicial em Oftalmologia a partir de 9 anos	100	400
Avaliação de retinopatia diabética	50	200
Exames Oftalmológicos sob sedação	50	200
TOTAL OCI	740	2.960

CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS

Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Consulta médica especializada em Cirurgia Geral	150	600
Consulta especializada em Ginecologia	100	400
Consulta médica especializada em Cirurgia Ortopédica - Adulto	150	600
Consulta médica especializada em Cirurgia Vascular	220	880
Consulta médica especializada em Urologia	80	320
Consulta Médica especializada em Otorrinolaringologia	80	320

Consulta médica especializada em Oftalmologia	100	400
Consulta Médica Especializada em Cardiologia - Avaliação de risco cirúrgico / estratificação de risco cardiovascular	Atender toda a demanda interna cirúrgica	Atender toda a demanda interna cirúrgica
TOTAL	880	3.520

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS

CIRURGIA GERAL E OUTRAS

Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal - Intestinos, reto e ânus	220	880
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal - Pâncreas, baço, fígado e vias biliares		
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal - Parede e cavidade abdominal		
Cirurgia torácica - Parede torácica		
Outras cirurgias - Múltiplas		

Outras cirurgias - Sequenciais		
Outras cirurgias		

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS		
ORTOPÉDICAS		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Cirurgia do Sistema Osteomuscular - Cintura escapular	275	1100
Cirurgia do Sistema Osteomuscular - Membros superiores		
Cirurgia do Sistema Osteomuscular - Cintura pélvica		
Cirurgia do Sistema Osteomuscular - Membros inferiores		
Cirurgia do Sistema Osteomuscular Gerais		
Cirurgia reparadora - Outras cirurgias plásticas / reparadoras		
Outras cirurgias ortopédicas		
Cirurgia reparadora - Outras cirurgias plásticas / reparadoras		
Outras cirurgias ortopédicas		

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS

UROLÓGICAS

Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Cirurgia do aparelho geniturinário - Rim, ureter e bexiga	165	660
Cirurgia do aparelho geniturinário - Uretra		
Cirurgia do aparelho geniturinário - Próstata e vesícula seminal		
Cirurgia do aparelho geniturinário - Bolsa escrotal, testículos e cordão espermático		
Cirurgia do aparelho geniturinário - Pênis		
Outras cirurgias urológicas		

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS

GINECOLÓGICAS

Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Procedimentos cirúrgicos do aparelho geniturinário - Útero e anexos		
Procedimentos cirúrgicos do aparelho geniturinário - Vagina,		

vulva e períneo	60	240
Cirurgia obstétrica - Outras cirurgias relacionadas com o estado gestacional		
Outras cirurgias ginecológicas		
Cirurgia obstétrica - Parto	Sob demanda	Sob demanda

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS		
VASCULAR		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Cirurgia do aparelho circulatório - Cirurgia Vascular	50	200
Outras cirurgias vasculares de retaguarda da Ortopedia		

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS		
OTORRINOLARINGOLOGIA		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço – vias aéreas superiores e pescoço	75	300
Outras cirurgias das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço		

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS		
OFTALMOLOGIA		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Cirurgia do aparelho da visão - pálpebras e vias lacrimais	610	2.440
Cirurgia do aparelho da visão - corpo vítreo, retina, coroide e esclera		
Cirurgia do aparelho da visão - conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino		
Outras cirurgias do aparelho da visão		
TOTAL	1.455	5.820

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS		
Tipo de Atendimento	Meta Mensal	Meta quadrimestral
Tratamentos clínicos (incluindo psiquiatria/parto normal)	320	1.280
TOTAL	320	1.280

2. Estratégias de Implantação

O processo de implantação será conduzido com base nos princípios da gestão participativa e interprofissional, garantindo a articulação entre diferentes áreas do cuidado.

- Estratégico: formulação de políticas institucionais e definição de indicadores assistenciais baseados em parâmetros nacionais (ANVISA, MS e secretaria estadual) e internacionais (OMS, Joint Commission International).
- Tático: operacionalização em planos de ação setoriais, integrando enfermagem, medicina, fisioterapia, serviço social, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, entre outros, com foco em linhas de cuidado e protocolos clínicos.
- Operacional: execução das rotinas assistenciais, incorporando práticas de segurança do paciente, acolhimento humanizado e comunicação efetiva, monitoradas em tempo real por sistemas informatizados e auditoria clínica.
- Mapeamento de fluxos assistenciais.
- Treinamento das equipes em protocolos e boas práticas.
- Implantação de comissões e núcleos assistenciais.

Eixos estratégicos prioritários:

- Implantação de Comissões Multiprofissionais (Ética em Enfermagem, Controle de Infecção, Comissão de Óbito, Núcleo de Segurança do Paciente);
- Estruturação de linhas de cuidado assistencial para situações críticas (urgência/emergência, atenção ao idoso, pediatria e saúde mental);
- Uso de prontuário eletrônico para monitoramento de indicadores e integração intersetorial;
- Implantação de programas de Educação Permanente, apoiados em metodologias ativas (simulação realística, estudo de caso e oficinas práticas).

3. Cronograma de Execução

Curto prazo (até 12 meses):

- Levantamento situacional e diagnóstico assistencial;
- Constituição de comissões multiprofissionais;
- Definição de protocolos prioritários (urgência, risco de queda, infecção relacionada à assistência);
- Início da capacitação das equipes.

- Implantação de programas de Educação Permanente, apoiados em metodologias ativas (simulação realística, estudo de caso e oficinas práticas).
- Implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);

Médio prazo (1 a 2 anos):

- Consolidação de fluxos assistenciais e protocolos;
- Monitoramento contínuo dos indicadores de qualidade e segurança;
- Implementação de auditoria clínica e processos de acreditação hospitalar.
- Expansão de práticas inovadoras em saúde (tecnologias digitais, gestão por indicadores preditivos).
- Implantar Certificados da Organização Nacional e Acreditação - ONA 1, 2
- Implantar Metodologia de Grupos de Diagnósticos Relacionados (Diagnosis Related Groups - DRG)

Longo prazo (3 a 5 anos):

- Revisão e atualização periódica dos protocolos;
- Ampliação das linhas de cuidado;
- Avaliação de impacto assistencial e análise de custo-efetividade das ações;
- Implantação Certificados da Organização Nacional e Acreditação - ONA 3

Além do mais, para o presente item, descrevemos de modo mais claro o cronograma de execução do Planejamento assistencial.

Cronograma da Implantação da Diretoria de Enfermagem

Abaixo, inserimos o cronograma detalhado de Implantação da Diretoria de Enfermagem:

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
Início da gestão compartilhada da Unidade incluindo todos os setores assistenciais e apoio	Início das atividades/assunção	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão, para início das atividades.	Todas as áreas responsáveis
Apresentação do quadro completo de recursos humanos, discriminados para cada setor da Unidade, por categoria profissional, de acordo com o plano de cargos da Organização Social, a jornada ou carga horária de contratação, considerados necessários para a execução das ações e serviços de saúde e as obrigações contratuais.	Início das atividades/assunção	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira
Ajuste do sistema informatizado e de comunicação.	Início das atividades/assunção	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	Tecnologia da Informação – Diretoria Administrativa e financeira + Diretoria Assistencial, diretoria médica.

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
Diagnóstico Situacional – Visita Técnica: Uso racional do Centro Cirúrgico a fim de cumprir demanda reprimida e metas cirúrgicas	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão	Diretoria Assistencial, diretoria médica e diretoria de operações.
Diagnóstico Situacional – Visita Técnica: otimização do tempo de espera no pronto socorro/acolhimento.	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão	Diretoria Assistencial e diretoria médica.
Diagnóstico Situacional – Visita Técnica: otimização do tempo de transporte em transferências hospitalares.	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão	Diretoria Assistencial, diretoria médica e diretoria de operações.
Diagnóstico Situacional – Visita Técnica: Otimização do processo de gira leitos – melhoria contínua,	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão	Diretoria Assistencial e diretoria médica.

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
Aquisição de equipamentos e/ou mobiliário necessários ao pleno funcionamento da Unidade.	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	Diretoria administrativa/financeira e diretoria de operações
Apresentação do Plano de Trabalho e o Manual de Boas Práticas para todos os setores.	Início das atividades/assunção	Em até 30 (trinta) dias após o início das atividades assistenciais.	Diretoria Assistencial – gerência assistencial
Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP	Início das atividades/assunção	Em até 60 dias após o início das atividades assistenciais.	Qualidade e Segurança do paciente – Diretoria de Operações
Implantação do Núcleo Interno de Regulação – NIR.	Início das atividades/assunção	Em até 30 (trinta) dias após o início das atividades assistenciais.	Diretoria médica
Implantação do Programa de Educação Permanente	Início das atividades/assunção	Em até 45 (quarenta e cinco) dias após o início das	Diretoria de Operações, Diretoria assistencial e Diretoria médica.

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
		atividades assistenciais.	
Implantação das Comissões Hospitalares	Início das atividades/assunção	Em até 60 dias após o início das atividades assistenciais.	Qualidade e Segurança do paciente – Diretoria de Operações
Implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria e a Pesquisa de Satisfação	Início das atividades/assunção	Em até 60 dias após o início das atividades assistenciais.	Qualidade e Segurança do paciente – Diretoria de Operações
Revisão e validação de todos os Protocolos assistenciais.	Início das atividades/assunção	Em até 60 dias após o início das atividades assistenciais.	Diretoria assistencial e Diretoria médica
Implantação da Gestão Participativa (dirigentes e trabalhadores)	Início das atividades/assunção	Em até 60 dias após o início das atividades assistenciais.	Todas as diretorias
Pleno funcionamento da Unidade e treinamento dos profissionais nas rotinas e Instruções Técnicas de Trabalho (ITT's) /Pop's.	Início das atividades/assunção	Em até 60 dias a partir da assinatura do Contrato de Gestão.	Todas as diretorias.
Apresentação do modelo gerencial, matricial da	Início das atividades/assunção	Em até 30 (trinta) dias	Diretoria Médica – diretoria técnica

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
Diretoria Técnica envolvendo: diretrizes, ritual de gestão, regimento interno e organograma da Diretoria Técnica.		corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão, para início das atividades.	
Organização do fluxo de trabalho das Coordenações Médicas.	Início das atividades/assunção	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão, para início das atividades.	Diretoria Médica – diretoria técnica
Estabelecimento da Diretoria Clínica e Vice Diretoria Clínica.	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão, para início das atividades.	Diretoria Médica – diretoria técnica
Revisão dos protocolos assistenciais e institucionais conforme perfil epidemiológico atualizado.	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias, após a assinatura do Contrato de Gestão.	Diretoria Médica – diretoria técnica

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
Implantação do modelo de remuneração por desempenho do Corpo Clínico	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias, após a assinatura do Contrato de Gestão.	Diretoria Médica – diretoria técnica
Implantação do Departamento de Ensino e Pesquisa.	Início das atividades/assunção	Em até 60 (sessenta) dias após o início das atividades assistenciais.	Diretoria Médica – diretoria técnica
Ajustes metodológicos	90 dias após o início das atividades	30 dias após	Custos – diretoria administrativa financeira
Implantação definitiva	90 dias após o início das atividades	30 dias após	Custos – diretoria administrativa financeira

4. Resultados Esperados

- Qualidade e segurança: redução dos eventos adversos e padronização das práticas assistenciais.
- Humanização: fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, promovendo cuidado centrado na pessoa.
- Eficiência: otimização dos recursos disponíveis, garantindo maior resolutividade e redução de custos operacionais.
- Integração multiprofissional: equipes trabalhando em sinergia, assegurando visão integral do paciente.
- Sustentabilidade assistencial: consolidação de processos e resultados capazes de manter qualidade contínua, com transparência e credibilidade junto à comunidade e órgãos de controle.
- Redução de eventos adversos.
- Aumento da satisfação dos usuários.

Abaixo, descrevemos as metas a serem cumpridas conforme edital de chamamento público e em seguida, o cronograma de execução da diretoria assistencial.

Diretoria Administrativa e Financeira

A **Diretoria Administrativa e Financeira** do Instituto Social Mais Saúde tem como finalidade assegurar a **excelência na gestão administrativa, financeira, operacional, logística e de infraestrutura hospitalar**, garantindo o funcionamento contínuo, seguro e eficiente dos serviços assistenciais prestados no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Seus **objetivos estratégicos** são:

Objetivos e Metas:

- **Otimizar fluxos operacionais e logísticos**, promovendo integração entre os setores assistenciais, administrativos e de apoio técnico, de forma a garantir o atendimento seguro e humanizado ao usuário do SUS;

- **Implantar um sistema integrado de gestão de manutenção, ativos e insumos**, que permita rastreabilidade, controle de custos e disponibilidade permanente de recursos materiais e tecnológicos;
- **Aprimorar a performance operacional e ambiental**, alinhando-se aos princípios da sustentabilidade, segurança do paciente e eficiência energética;
- **Reduzir falhas operacionais e melhorar a eficiência logística**, contribuindo diretamente para o alcance das metas contratuais de desempenho e qualidade pactuadas com a SES/MS
- Implantar o modelo gerencial do ISMS
- Implantar sistemas tecnológicos: Tasy, Interact, GCPEC, Gupy.
- Gerenciar suprimentos, farmácia, RH, almoxarifado, contabilidade, TI, patrimônio, faturamento.
- Implantar sistema de prestação de contas e transparência.
- Implantar política de sustentabilidade e eficiência energética.
- Implantar da Gestão Financeira
- Monitorar indicadores financeiros e operacionais.
- Implantar Programa de Integridade
- Implantar Programa de Sustentabilidade
- Implantar política de gestão de pessoas e avaliação de desempenho
- Implantação de programas de Educação Permanente, apoiados em metodologias ativas (simulação realística, estudo de caso e oficinas práticas).

Estratégias de Implantação:

Para atingir os objetivos descritos, serão adotadas as seguintes **estratégias operacionais**:

- **Mapeamento e redesenho de processos operacionais:**
 - Identificação e padronização dos fluxos críticos, como abastecimento de insumos, transporte interno, gestão de resíduos e manutenção predial;

- Integração das áreas de Facilites, Engenharia Clínica, Almoxarifado, SAME, CME, Lavanderia, Nutrição e Limpeza, de modo a reduzir tempos de resposta e retrabalhos.
- **Implantação do Sistema de Gestão de Ativos e Insumos:**
 - Adoção de sistema informatizado (ERP hospitalar) para controle de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos, rastreabilidade de materiais e gestão de estoques em tempo real;
 - Criação de planos de manutenção preventiva conforme normas da ANVISA e da ABNT NBR 7256 (sistemas de ventilação) e RDC 50/2002 (infraestrutura hospitalar).
- **Capacitação e desenvolvimento das equipes operacionais:**
 - Realização de treinamentos regulares sobre boas práticas operacionais, biossegurança e gestão de riscos;
 - Implementação de rotinas de auditoria interna e reuniões periódicas de acompanhamento de indicadores (MTBF, MTTR, consumo de energia, tempo médio de abastecimento, etc.);
 - Alinhamento contínuo com as políticas institucionais de **Qualidade, Segurança do Paciente e Sustentabilidade**.
- **Aprimoramento da Logística Hospitalar e Sustentável:**
 - Reestruturação do fluxo de materiais e resíduos, com ênfase na logística reversa e redução de desperdícios;
 - Implantação de plano de contingência logística para garantir abastecimento em situações críticas (ex: falhas de fornecedores ou eventos climáticos).

Cronograma de Execução:

Curto Prazo (até 12 meses)

O roteiro de planejamento do ISMS segue a orientação de execução das atividades conforme dados do edital que seguem replicados abaixo. A abertura dos serviços seguirá a orientação editalícia para cada quadrimestre e teremos toda a estrutura corporativa do ISMS focado na implantação dos serviços pactuados.

Plano de Implantação – Anexo I Perfil Assistencial

Base normativa do Edital: Anexo II – Perfil Assistencial

FASE 1 – Planejamento, Estruturação e Habilitação Inicial

Período	Serviços a serem implantados	Eixo	% de cumprimento
1º Quadrimestre	- Levantamento diagnóstico situacional dos serviços existentes e definição do plano físico-funcional; - Reorganização dos processos de urgência e emergência 24h; - Estruturação do sistema de regulação de leitos e fluxo de pacientes; - Instalação das comissões obrigatórias (Segurança do Paciente, CCIH, Biossegurança, Óbitos, Ética, DRG etc.); - Estruturação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde; - Revisão e implantação dos protocolos assistenciais e de segurança;	Gestão e Assistência	20%

FASE 2 – Implantação dos Serviços Ambulatoriais e Diagnósticos

Período	Serviços a serem implantados	Eixo	% de cumprimento
2º Quadrimestre	- Ativação dos atendimentos ambulatoriais especializados: - Cardiologia, Ginecologia, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Urologia, Otorrino, Oftalmologia; - Implantação dos exames de imagem e endoscopia (tomografia, colonoscopia, ultrassonografias, audiometrias, exames oftalmológicos e urológicos); - Estruturação do SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico);	Assistência Ambulatorial e Diagnóstica	40%

	• Implantação do sistema de registro de laudos técnicos e integração com o sistema de gestão hospitalar; • Início do processo de habilitação dos serviços conforme pactuação estadual.		

FASE 3 – Consolidação do Atendimento Hospitalar e Cirúrgico

Período	Serviços a serem implantados	Eixo	% de cumprimento
3º Quadrimestre	• Ampliação e estabilização das internações clínicas e obstétricas; • Implantação plena dos serviços cirúrgicos (geral, ortopédica, urológica, vascular, ginecológica, otorrino e oftalmológica); • Integração dos serviços de anestesiologia e centro cirúrgico; • Garantia de oferta de insumos, EPIs e materiais esterilizados; • Organização do Serviço de Nutrição e Dietética, Hotelaria e Enxoval Hospitalar; • Implementação do sistema de gestão de estoque e insumos hospitalares.	Assistência Hospitalar	70%

FASE 4 – Avaliação, Certificação e Melhoria Contínua

Período	Serviços a serem implantados	Eixo	% de cumprimento
4º Quadrimestre	• Avaliação de desempenho assistencial e gestão baseada em indicadores (produção, qualidade e segurança); • Implantação de políticas de humanização e visita ampliada; • Certificação de habilitações e creditações (ONA e outras previstas);	Gestão, Qualidade e Humanização	100%

	• Educação permanente e planos de capacitação continuada; • Consolidação de fluxos de referência e contrarreferência; • Relatórios consolidados de implantação e resultados;		

Distribuição Percentual Global por Fase

Fase	Descrição	Percentual acumulado
Fase 1	Estruturação e planejamento inicial	0–20%
Fase 2	Implantação ambulatorial e diagnóstica	21–40%
Fase 3	Consolidação hospitalar e cirúrgica	41–70%
Fase 4	Avaliação e certificação final	71–100%

Plano de Implantação das Metas de Produção

Base Normativa do Edital: Anexo I – Critérios e Metas de Produção

1º Quadrimestre – Implantação Inicial e Ajustes Operacionais (Meses 1 A 4)

Foco: estruturação física, instalação de sistemas, recrutamento de equipes e início dos atendimentos essenciais.

Eixo	Serviços/Atividades Implantadas	Meta de Alcance (%)
Urgência e Emergência	Organização do pronto atendimento 24h e início dos atendimentos sob demanda; implantação dos fluxos de observação e classificação de risco.	60%
SADT Diagnóstico e Terapia	Implantação inicial dos exames básicos: ultrassonografia obstétrica, pélvica e doppler; endoscopia digestiva alta; colonoscopia; tomografia simples; exames auditivos básicos.	30%

Consultas Especializadas	Início gradual das especialidades: clínica geral, ginecologia, ortopedia e cardiologia.	25%
Procedimentos Cirúrgicos	Planejamento e início de cirurgias de pequeno porte (ginecológicas e gerais).	15%
Tratamentos Clínicos	Internações clínicas e obstétricas básicas, com partos normais e psiquiatria leve.	25%
Gestão e Informação	Implantação dos sistemas de produção e registro (CNES, CNES/SIASUS).	100% (infraestrutura administrativa)

Meta global de alcance do quadrimestre: 25% da capacidade total prevista no Anexo I.

2º Quadrimestre – Expansão Assistencial e Funcional (Meses 5 A 8)

Foco: ampliação da capacidade instalada e inclusão de novas especialidades e exames complexos.

Eixo	Serviços/Atividades Implantadas	Meta de Alcance (%)
Urgência e Emergência	Ampliação do atendimento com estabilização de fluxo 24h e observação até 24h.	80%
SADT – Diagnóstico e Terapia	Ativação de exames especializados (tomografia com contraste/sedação, angiografia, biópsias, exames oftalmológicos e urológicos).	60%
Consultas Especializadas	Ampliação das especialidades: vascular, urologia, otorrinolaringologia e oftalmologia.	50%
OCI (Ofertas de Cuidados Integrados)	Início dos atendimentos em ortopedia, otorrino e oftalmologia integrados à rede.	50%
Cirurgias Eletivas	Ampliação das cirurgias de média complexidade (ortopédicas e vasculares).	45%

Tratamentos Clínicos	Expansão dos atendimentos psiquiátricos e obstétricos, conforme perfil assistencial.	50%

Meta global de alcance do quadrimestre: 50% da meta total contratualizada.

3º Quadrimestre – Consolidação dos Serviços e Pleno Funcionamento (Meses 9 a 12)

Foco: consolidação da carteira de serviços e estabilização das metas de produção hospitalar.

Eixo	Serviços/Atividades Implantadas	Meta de Alcance (%)
Urgência e Emergência	Operação plena 24h com taxa de resolubilidade >90%.	100%
SADT – Diagnóstico e Terapia	Funcionamento total do parque tecnológico (exames de imagem, endoscopia, exames auditivos e oftalmológicos).	85%
Consultas Especializadas	Todas as especialidades contratualizadas em funcionamento.	90%
OCI	Expansão da oferta de cuidados integrados em ortopedia, otorrino e oftalmologia.	85%
Cirurgias Eletivas e de Urgência	Pleno funcionamento dos blocos cirúrgicos em todas as áreas (geral, ortopédica, urológica, ginecológica, vascular, otorrino e oftalmológica).	80%
Tratamentos Clínicos	Internações clínicas em plena capacidade conforme leitos e perfil contratualizado.	90%

Meta global de alcance do quadrimestre: 75% da capacidade total prevista.

4º Quadrimestre – Avaliação de Resultados e Aprimoramento Contínuo (Meses 13 a 16)

Foco: avaliação de desempenho, ajustes, certificações e consolidação de produção plena.

Eixo	Serviços/Atividades Implantadas	Meta de Alcance (%)
Gestão e Avaliação	Revisão dos indicadores de produção, relatórios técnicos e ajustes de processo; auditoria interna.	100%
SADT e Consultas	Estabilização e cumprimento integral das metas quadrimestrais (8.920 SADT, 3.520 consultas especializadas).	100%
Cirurgias e Tratamentos Clínicos	Cumprimento integral das metas de cirurgias (5.820) e tratamentos clínicos (1.280).	100%
Qualidade e Humanização	Implementação dos programas de certificação e de educação permanente.	100%

Meta global de alcance do quadrimestre: 100% da meta contratualizada e habilitação plena do serviço.

Progressão Global de Alcance das Metas

Quadrimestre	Fase	% de Alcance Acumulado	Caracterização
1º Q	Estruturação e início dos serviços	25%	Planejamento e implantação inicial
2º Q	Expansão e diversificação assistencial	50%	Ampliação de capacidade e oferta
3º Q	Consolidação dos serviços hospitalares	75%	Pleno funcionamento operacional
4º Q	Avaliação e estabilidade das metas	100%	Produção e qualidade consolidadas

Resultados Esperados:

CATEGORIA	RESULTADOS ESPERADOS
Qualidade do Atendimento ao Paciente	- Acesso ampliado da população aos serviços de saúde especializados, reduzindo filas e tempos de espera; - Satisfação do paciente com foco em humanização e acolhimento; - Saúde com o mínimo de complicações através de protocolos padronizados e de alta qualidade; - Satisfação na transparência e comunicação com paciente e família; - Ambiência confortável e segura para paciente e família; - Excelência na experiência do paciente.
Eficiência Operacional	- Tempo mínimo de resposta para atendimentos, diagnósticos e procedimentos cirúrgicos, através de fluxos de trabalho eficientes; - Maximização da taxa de ocupação de leitos e otimização do tempo de permanência hospitalar sem comprometer a qualidade do atendimento; - Troca ágil de dados e informações entre as equipes através da implantação de sistema de informação integrada (prontuário eletrônico, SAME, farmácia etc.). - Otimização dos custos operacionais, por meio do controle informatizado de insumos e manutenção; - Aumento da eficiência logística, com redução de até 20% nos tempos de abastecimento e movimentação de materiais; - Redução de falhas operacionais e de manutenção corretiva, com aumento da taxa de disponibilidade dos equipamentos acima de 95%; - Fortalecimento da governança operacional, com indicadores de desempenho monitorados mensalmente;

Gestão Financeira e de Recursos	- Uso eficiente dos recursos financeiros, evitando desperdícios e assegurando que o hospital opere dentro do orçamento previsto; - Assertividade na utilização de recursos materiais e humanos, incluindo otimização de medicamentos, insumos e equipamentos; - Eficiência na captação de recursos junto ao SUS, com aplicação correta das verbas em áreas prioritárias.
Desenvolvimento de Equipe e Capacitação	- Desenvolvimento contínuo das equipes de saúde e administrativas; - Mínima rotatividade de profissionais através de boas condições de trabalho e ambiente estimulante; - Qualidade de vida para colaboradores; - Baixo absenteísmo; - Qualificação como Hospital de Ensino.
Conformidade com Normas e Padrões Regulatórios	- Alcance de creditações de qualidade (como ONA), garantindo conformidade com padrões elevados de segurança e eficiência; - Excelência em compliance e transparência, através do cumprimento das normas e regulamentações do Ministério da Saúde e outras entidades, com processos auditáveis e transparentes; - Conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). - Melhoria da segurança e sustentabilidade hospitalar, atendendo às diretrizes da Política Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM nº 529/2013) e da Política Nacional de Humanização (PNH)
Impacto Social e Saúde Pública	- Melhoria no acesso à saúde para populações vulneráveis, contribuindo para a redução das desigualdades regionais em saúde;

	- Promoção de ações de saúde preventiva, com programas de educação em saúde e campanhas de vacinação, reduzindo internações.
Sustentabilidade Ambiental	- Gestão sustentável de resíduos através de um sistema eficiente de gerenciamento de resíduos hospitalares, minimizando o impacto ambiental; - Eficiência energética através de tecnologias e práticas que promovam o uso eficiente de energia e água, reduzindo custos operacionais e impacto ambiental.

A **Diretoria de Operações do Instituto Social Mais Saúde**, ao implantar um modelo de gestão baseado em processos integrados, tecnologia e eficiência operacional, contribuirá diretamente para o cumprimento das metas contratuais do **Contrato de Gestão com o Estado do Mato Grosso do Sul**, promovendo **excelência operacional, sustentabilidade e segurança assistencial** no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**.

Plano implantação de Sustentabilidade

Para o Plano Integrado Sustentabilidade – HRDJSN (ISMS) trazemos a seguinte proposta:

Unidade: Hospital Regional Dr. José de Simone Netto

Responsável Geral: Diretoria de Administrativa Financeira /Direção-Geral

Período Total: 16 meses (dividido em 4 quadrimestres)

Percentual Progressivo de Alcance:

- **1º Quadrimestre:** 0–25%
- **2º Quadrimestre:** 26–50%
- **3º Quadrimestre:** 51–75%
- **4º Quadrimestre:** 76–100%

Plano Detalhado de Implantação

Período / Mês	Atividade Principal	Descrição Detalhada	Responsável	Objetivo / Resultado Esperado	Percentual de Alcance e Estimado	Quadrimestre
Mês 1 – Diagnóstico Institucional	Levantamento Situacional	Mapeamento de processos, análise da infraestrutura física, contratos, rotinas operacionais e logísticas.	Diretoria de Operações / Gerência de Facilities / Engenharia Clínica	Identificar gargalos e oportunidades de melhoria.	10%	1º
Mês 2 – Planejamento Estratégico de Operações	Elaboração do Plano Diretor de Operações	Construção do plano macro de implantação, definição de metas, indicadores e responsáveis.	Diretoria de Operações / NQSP / TI	Definir diretrizes e indicadores de desempenho.	15%	1º
Mês 3 – Padronização de Processos	Revisão e Desenho de Fluxos Operacionais	Criação e validação de fluxos de manutenção	Facilities / Engenharia / Almoxarifado / NQSP	Garantir padronização e rastreabilidade	25%	1º

Período / Mês	Atividade Principal	Descrição Detalhada	Responsável	Objetivo / Resultado Esperado	Percentual de Alcance e Estimado	Quadrimestre
		o, almoxarifado, CME, lavanderia, nutrição e resíduos.		ade dos processos.		
Mês 4 – Aquisição e Parametrização de Sistema	Implantação do Sistema ERP Hospitalar	Definição de requisitos, integração de módulos e capacitação inicial dos usuários.	Diretoria de Operações / TI / Compras	Iniciar controle informatizado de ativos e insumos.	30%	2º
Mês 5 – Treinamentos Operacionais	Capacitação das Equipes	Treinamento em gestão de ativos, manutenção preventiva, biossegurança e registros operacionais.	SESMT / NQSP / RH / Gerência de Operações	Elevar competência técnica e aderência aos protocolos.	35%	2º

Período / Mês	Atividade Principal	Descrição Detalhada	Responsável	Objetivo / Resultado Esperado	Percentual de Alcance e Estimado	Quadrimestre
Mês 6 – Implantação de Rotinas de Manutenção Preventiva	Execução das Rotinas e Controle de Equipamentos	Implementação do plano de manutenção preventiva e controle de chamados técnicos.	Engenharia Clínica / Facilities	Reduzir falhas operacionais e ampliar disponibilidade de equipamentos.	40%	2º
Mês 7 – Integração Logística e Almoxarifado	Otimização da Cadeia Logística	Integração entre almoxarifado, compras e unidades de consumo via sistema.	Diretoria de Operações / Suprimentos	Reduzir rupturas e perdas de materiais.	50%	3º
Mês 8 – Monitoramento e Auditoria Interna I	Verificação de Aderência dos Processos	Avaliação dos fluxos implantados e dos indicadores de eficiência logística e	Diretoria de Operações / NQSP	Corrigir não conformidades e aperfeiçoar controles.	55%	3º

Período / Mês	Atividade Principal	Descrição Detalhada	Responsável	Objetivo / Resultado Esperado	Percentual de Alcance e Estimado	Quadrimestre
		operacional.				
Mês 9 – Treinamentos Operacionais II	Educação Permanente	Reciclagem dos profissionais e treinamento prático para novos protocolos e módulos do sistema.	NEP / RH / SESMT	Garantir atualização e cultura de melhoria contínua.	65%	3º
Mês 10 – Sustentabilidade Eficiência Energética	Implantação de Práticas Sustentáveis	Ações de redução de consumo de energia, água e resíduos; fortalecimento da logística reversa e práticas ESG.	Diretoria de Operações / Sustentabilidade / Engenharia	Alinhar a operação aos princípios ESG e à Política de Sustentabilidade ISMS.	75%	4º
Mês 11 – Avaliação de	Auditoria Técnica e de	Revisão dos KPIs: tempo	Diretoria de Operações / Controle	Medir impacto das ações e	90%	4º

Período / Mês	Atividade Principal	Descrição Detalhada	Responsável	Objetivo / Resultado Esperado	Percentual de Alcance e Estimado	Quadrimestre
Desempenho Operacional	Resultados	médio de atendimento, disponibilidade de ativos, consumo de insumos.	Interno / NQSP	resultados obtidos.		
Mês 12 – Consolidação e Planejamento do 2º Ciclo	Relatório de Resultados e Plano de Melhoria	Consolidação dos resultados do primeiro ano e definição de metas para o próximo ciclo.	Diretoria de Operações / Direção-Geral / SES/MS	Garantir sustentabilidade operacional e melhoria contínua.	100%	4º

Integração Do Projeto De Sustentabilidade

Ação	Objetivo e Meta	Estratégia / Descrição	Resultado Esperado	Responsável	Prazo / Quadrimestre	% de Alcançe Estimado
Implantação do Setor de Sustentabilidade	Constituir a Comissão de Gerenciamento de Resíduos (CGRSS)	Designar membros e funções oficiais.	Comissão formalmente constituída e publicada.	Diretor da Unidade	1º Quadrimestre (60 dias)	25%
Elaboração do Regimento Interno e Cronograma	Estabelecer regras, plano anual e metas da CGRSS.	Revisar regulamento e aprovar plano de ação.	Regimento publicado e cronograma validado.	Presidente da CGRSS	1º Quadrimestre	25%
Revisar Projeto de Sustentabilidade	Validar diretrizes com lideranças e comunicação institucional.	Reunião integrada com gestores e comunicação.	Alinhamento institucional e integração das áreas.	Supervisor de Sustentabilidade	1º Quadrimestre	25%
Apresentação do Projeto à Direção	Aprovar oficialmente o plano de sustentabilidade	Apresentação formal e aprovação.	Projeto aprovado e divulgado.	Supervisor de Sustentabilidade	2º Quadrimestre	40%

Ação	Objetivo e Meta	Estratégia / Descrição	Resultado Esperado	Responsável	Prazo / Quadrimestre	% de Alcançe Estimado
	idade institucional.					
Educação em Sustentabilidade (colaboradores e prestadores)	Capacitar todas as equipes em práticas sustentáveis.	Treinamentos, banners, folders e oficinas.	Engajamento coletivo e aderência aos ODS.	Supervisor de Sustentabilidade / NEP	2º Quadrimestre (90 dias)	50%
Ações Educativas aos Usuários	Campanhas visuais em áreas de circulação.	Materiais educativos e cartazes.	Participação ativa dos usuários.	Sustentabilidade / NEP	2º Quadrimestre	50%
Ações Ambientais com Usuários	Envolver pacientes e acompanhantes em atividades lúdicas.	Oficinas e dinâmicas temáticas.	Integração social e reforço dos valores ISMS.	Sustentabilidade / Humanização	2º Quadrimestre	55%
Implantar Programa 5S	Estruturar e disseminar os cinco sentidos nos setores.	Implementar o Programa 5S institucionalmente.	Melhoria organizacional e otimização de recursos.	Sustentabilidade / Qualidade	3º Quadrimestre (6 meses)	70%

Ação	Objetivo e Meta	Estratégia / Descrição	Resultado Esperado	Responsável	Prazo / Quadrimestre	% de Alcançe Estimado
Treinamento no Programa 5S	Treinar colaboradores em ambiente real e virtual.	Oficinas e capacitações in loco.	Aumento da percepção dos 5 sentidos nas equipes.	Sustentabilidade / Qualidade	3º Quadrimestre	75%
Revisão do Plano de Sustentabilidade	Emitir relatório semestral com resultados.	Análise de indicadores e comunicação às equipes.	Transparência e avaliação dos impactos.	Sustentabilidade / Comissão	3º Quadrimestre	80%
Continuidade do Projeto	Manter execução do plano e monitoramento.	Revisões trimestrais e consolidação.	Sustentabilidade incorporada à rotina institucional.	Sustentabilidade / Comissão	4º Quadrimestre	100%

Visão Global Do Status De Implantação

Quadrimestre	Foco Principal	Áreas Prioritárias	% de Alcance Global Estimado
1º Quadrimestre	Estruturação e Governança	Operações, Gestão de Resíduos, Planejamento	25%
2º Quadrimestre	Ampliação e Integração	Ambulatórios, Educação Sustentável, ERP	50%

3º Quadrimestre	Consolidação Treinamentos	e	Manutenção, 5S, Avaliação Semestral	75%
4º Quadrimestre	Avaliação Sustentabilidade Plena	e	Certificação, Revisão e Planejamento	100%

Plano de Implantação da Gestão Financeira

A gestão financeira é o eixo estruturante da sustentabilidade de uma unidade hospitalar pública sob gestão de Organização Social. É por meio dela que se garante o equilíbrio entre **eficiência operacional, responsabilidade fiscal e entrega de valor ao cidadão**, assegurando que cada recurso público aplicado se converta em resultados assistenciais concretos e mensuráveis.

No contexto do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, onde os recursos são limitados e as demandas crescentes, a gestão financeira exerce papel estratégico ao integrar **planejamento, execução e controle** das atividades econômicas do hospital. Uma gestão financeira eficiente permite **prever, acompanhar e ajustar o uso dos recursos**, evitando desperdícios, corrigindo desvios e sustentando decisões gerenciais baseadas em evidências.

O modelo adotado pelo **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**, descrito no manual institucional, está alicerçado em processos **altamente qualificados, transparentes e integrados**, envolvendo as áreas de **Financeiro, Contabilidade, Patrimônio, Controladoria e Prestação de Contas**, sob coordenação direta da **Diretoria Administrativa Financeira**.

Esse modelo assegura:

- **Planejamento orçamentário rigoroso**, alinhado às metas pactuadas com a Secretaria Estadual de Saúde;
- **Controle e rastreabilidade integral dos recursos**, desde o ingresso até a execução;

- **Aderência às normas fiscais, contábeis e contratuais**, em conformidade com as legislações federais e estaduais;
- **Transparência ativa e prestação de contas tempestiva**, fortalecendo a credibilidade institucional;
- **Suporte à governança e à tomada de decisão**, por meio de relatórios gerenciais, apuração de custos e indicadores de desempenho econômico-financeiro.

Cada área que compõe o eixo financeiro possui um papel essencial e interdependente:

- O **Financeiro** assegura o controle de fluxos de caixa, contas a pagar e receber, e repasses contratuais;
- A **Contabilidade** traduz as movimentações econômicas em demonstrativos confiáveis, garantindo a integridade e a conformidade legal das informações;
- O **Patrimônio** zela pelos bens públicos sob guarda da unidade, garantindo controle físico e contábil, segurança e depreciação adequada dos ativos;
- A **Controladoria** atua como inteligência financeira, integrando o **orçamento e a gestão de custos**, monitorando o orçado x realizado e avaliando a eficiência econômica de cada centro de custo;
- A **Prestação de Contas** garante a **transparência e a rastreabilidade** das despesas, consolidando e disponibilizando evidências de gestão ao contratante e órgãos de controle.

Dessa forma, a **Gestão Financeira Hospitalar** transcende o controle operacional de despesas: ela constitui um **instrumento de governança e sustentabilidade**, alinhando o uso eficiente dos recursos públicos com os princípios da economicidade, legalidade e transparência — fundamentos indispensáveis para o cumprimento da missão institucional do ISMS e para a credibilidade perante o poder público e a sociedade.

Objetivos e metas a serem alcançadas

A gestão econômico-financeira da unidade hospitalar sob a responsabilidade do **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** tem como objetivo central **assegurar a sustentabilidade da operação, a transparência na aplicação dos recursos públicos e o suporte técnico à tomada de decisão**, garantindo que os objetivos assistenciais e contratuais sejam atingidos com eficiência e integridade.

A atuação integrada das áreas de **Financeiro, Contabilidade, Patrimônio, Controladoria (Orçamento e Custos) e Prestação de Contas** visa construir um modelo de gestão sólida, orientado por **resultados mensuráveis, confiabilidade das informações e controle rigoroso dos gastos públicos**.

Objetivos Gerais

- **Assegurar o equilíbrio financeiro** da unidade, garantindo que todas as receitas e despesas sejam executadas dentro dos limites orçamentários e em conformidade com o Contrato de Gestão firmado com a SES/MS;
- **Implantar e consolidar o sistema de gestão de custos hospitalares**, conforme metodologia do **Custeio por Absorção**, para mensurar o custo real por setor, procedimento e paciente, promovendo eficiência na alocação de recursos;
- **Promover integração entre as áreas financeiras e assistenciais**, de forma que a análise dos resultados econômicos reflita o desempenho operacional e a produtividade hospitalar;
- **Fortalecer a governança financeira**, com processos padronizados, relatórios mensais de gestão e aderência às normas legais, fiscais e contábeis;
- **Assegurar transparência e accountability**, por meio de prestações de contas completas, tempestivas e auditáveis, em consonância com as exigências da SES/MS e dos órgãos de controle.

Objetivos específicos por área

Financeiro

- Estruturar e manter o **controle diário do fluxo de caixa**, assegurando liquidez e previsibilidade de pagamentos;
- Implantar **painéis de acompanhamento financeiro** com atualização D+1, vinculados aos indicadores de execução orçamentária e metas contratuais;
- Controlar rigorosamente os **repasses da SES/MS**, conciliando a movimentação bancária e aplicando as verbas conforme o plano de trabalho aprovado;
- Implantar rotina de **provisões financeiras mensais**, de modo a antecipar compromissos e evitar passivos não previstos.

Contabilidade

- Garantir a **confiabilidade e integridade das informações contábeis**, assegurando que todos os registros estejam alinhados ao Plano de Contas Padrão do ISMS e às normas do CFC;
- Efetuar o **fechamento contábil mensal até o 5º dia útil do mês subsequente**, possibilitando a geração tempestiva dos demonstrativos (balancetes, DRE, balanço patrimonial e DFC);
- Implantar **sistema contábil**, eliminando retrabalho e ampliando a rastreabilidade;
- Fornecer à Controladoria e à Prestação de Contas **relatórios consolidados e auditáveis** para subsidiar a tomada de decisão.

Patrimônio

- Implantar o **controle patrimonial informatizado**, com registro, tombamento e depreciação contábil automatizada de 100% dos bens;
- Realizar **inventários físicos trimestrais** com conciliação contábil e relatórios de divergências;
- Implementar **sistema de rastreabilidade de ativos móveis**, garantindo integridade e segurança dos bens públicos sob guarda do Instituto;
- Estabelecer **política de manutenção preventiva e substituição de ativos**, para garantir eficiência operacional e redução de custos.

Controladoria (Orçamento e Custos)

- Estruturar e gerenciar o **Orçamento Anual da Unidade**, assegurando o equilíbrio entre metas assistenciais e disponibilidade financeira;

- Implantar o **Sistema de Custeio Hospitalar por Absorção**, conforme metodologia do **Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC/MS)**, com integração contábil e de produção;
- Realizar a **apuração mensal dos custos diretos e indiretos** por centro de custo, assegurando comparabilidade entre orçado e realizado;
- Criar **painéis de Business Intelligence (BI)** com indicadores de eficiência: custo médio por leito-dia, custo por procedimento e percentual de custos indiretos sobre o total;
- Produzir **relatórios analíticos de custos** para subsidiar decisões de gestão e negociações contratuais.

Prestação de Contas

- Assegurar que **100% das despesas tenham comprovação documental válida**, com controle rigoroso de notas fiscais, contratos e ordens de pagamento;
- Elaborar **relatórios mensais e trimestrais de prestação de contas**, contendo planilhas orçamentárias, balanço financeiro e indicadores de eficiência;
- Atender integralmente às **exigências de transparência e publicidade**, disponibilizando os demonstrativos financeiros e contábeis no portal institucional;
- Viabilizar **auditorias internas e externas periódicas**, fortalecendo a credibilidade do Instituto junto aos órgãos de controle.

Metas quantitativas e de desempenho

Área	Meta	Indicador / Resultado Esperado	Prazo
Financeiro	Fluxo de caixa diário atualizado	Painel D+1 de entradas e saídas	30 dias
Contabilidade	Fechamento contábil mensal tempestivo	Balancete até o 5º dia útil	60 dias
Patrimônio	Inventário físico e conciliação completa	100% dos bens registrados e conciliados	90 dias

Controladoria (Custos)	Apuração mensal de custos implantada	Relatórios D+15 e BI ativo	90 dias
Controladoria (Orçamento)	Comparativo Orçado x Realizado operacionalizado	Painel de acompanhamento trimestral	60 dias
Prestação de Contas	Prestação de contas sem ressalvas	Aprovação pela SES/MS e auditoria externa	Contínuo

Definição de estratégias de implantação

A implantação da Gestão Econômico-Financeira na unidade hospitalar será conduzida de forma planejada, integrada e alinhada às diretrizes do Instituto Social Mais Saúde (ISMS) e às exigências da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul (SES/MS), conforme previsto na Minuta do Contrato de Gestão e na Matriz de Avaliação.

O objetivo é garantir solidez administrativa, rastreabilidade de informações e eficiência na aplicação dos recursos públicos, assegurando conformidade com os princípios de legalidade, economicidade, eficiência e transparência previstos na Lei nº 9.637/1998 e na Lei Estadual nº 4.698/2015.

1. Estratégia Geral de Implantação

A implantação da estrutura financeira será organizada em **cinco eixos estratégicos integrados**, com cronograma de execução em **quatro fases sequenciais e complementares**:

Eixos Estratégicos

1. **Governança e Planejamento Financeiro** – estruturação dos processos e fluxos de aprovação de despesas, controle orçamentário e integração das áreas;
2. **Conformidade e Contabilidade Integrada** – padronização de rotinas contábeis, fiscais e patrimoniais, com base no Manual ISMS e no Plano de Contas Padrão;

3. **Gestão Orçamentária e de Custos** – implantação da metodologia de custeio hospitalar por absorção (PNGC/MS) e integração com o módulo contábil e financeiro;
4. **Transparência e Prestação de Contas** – estruturação de rotinas documentais, digitalização e controle das comprovações de despesas;
5. **Tecnologia e Integração de Sistemas** – operacionalização do **sistema Tasy**, com módulos financeiros, contábeis, de custos e de controle patrimonial interligados.

2. Fases da Implantação

Fase	Descrição	Responsáveis	Prazo
Fase 1 – Diagnóstico e Planejamento (D0–D+30)	Levantamento da estrutura existente, mapeamento de processos e identificação de lacunas nas áreas financeiras e contábeis.	DAF / Controladoria / Contabilidade	30 dias
Fase 2 – Estruturação e Padronização (D+30–D+60)	Elaboração de manuais internos, parametrização de sistemas, criação de fluxos de aprovação, cadastro de contas e centros de custos.	DAF / TI / Controladoria	30 dias
Fase 3 – Implantação e Integração (D+60–D+90)	Ativação dos módulos do Tasy, integração entre áreas, capacitação de equipes e início da apuração mensal de custos e conciliação contábil.	DAF / ISMS Corporativo / Unidade	30 dias
Fase 4 – Consolidação e Monitoramento (D+90–D+120)	Avaliação de indicadores, auditorias internas e ajustes de processos, com entrega dos primeiros relatórios de desempenho econômico-financeiro.	DAF / Controladoria / Auditoria Interna	30 dias

3. Estratégias Específicas por Área

Financeiro

- Implantar **rotina de controle diário de fluxo de caixa (D+1)** com painéis automatizados;
- Criar **contas bancárias segregadas por finalidade contratual**, conforme orientação da SES/MS;
- Implementar **plano de contingência financeira**, prevendo repactuação imediata em caso de atrasos de repasse
- Estabelecer **rotina de conciliação bancária semanal** e provisionamento mensal de despesas.

Contabilidade

- Adotar o **Plano de Contas Padrão ISMS**, compatível com o modelo da SES/MS e integrado ao sistema Tasy;
- Realizar **fechamento contábil até o 5º dia útil** e publicação de relatórios DRE e Balanço Mensal;
- Integrar os módulos de **Contabilidade, Patrimônio e Custos**, assegurando o princípio da competência e da transparência contábil;
- Implantar **auditoria contábil trimestral interna** e suporte à auditoria externa contratual.

Patrimônio

- Criar o **Cadastro Patrimonial Único da Unidade**, com etiquetagem física e registro contábil de 100% dos bens;
- Adotar o **Sistema de Controle Patrimonial ISMS**, com depreciação automática e rastreabilidade;
- Realizar **inventário físico trimestral** e auditoria cruzada com contabilidade;
- Implantar **Comissão de Controle Patrimonial** responsável pela integridade e pela destinação de bens móveis e imóveis conforme o Contrato de Gestão

Controladoria (Orçamento e Custos)

- Implantar o **módulo de custos do Tasy**, integrando produção, folha, estoque e contabilidade;
- Adotar a **metodologia de Custeio por Absorção (PNGC/MS)**, com apuração mensal de custos diretos e indiretos;
- Gerar relatórios gerenciais de **Custo por Leito-Dia, Custo por Procedimento e Custo por Setor**;

- Criar **painel BI de gestão econômico-financeira**, com indicadores de eficiência e alertas de desvios orçamentários;
- Implantar rotina de **revisão orçamentária trimestral**, com análise de variação orçado x realizado.

Prestação de Contas

- Adotar o **Manual de Prestação de Contas ISMS** e as normas da SES/MS para envio eletrônico mensal via plataforma estadual;
- Implantar **checklist de conferência e auditoria documental** prévia antes do envio;
- Assegurar **aprovação $\geq 75\%$ na primeira análise da SES/MS**, conforme indicador de desempenho do Anexo II
- Realizar **reuniões mensais de conformidade financeira**, com registro em ata e plano de ação para ajustes.

4. Estratégias de Governança e Compliance

- Instituir **Comitê de Governança Econômico-Financeira** da unidade, com representantes das áreas de Finanças, Controladoria, Contabilidade e Auditoria;
- Integrar a gestão local ao **Sistema Corporativo ISMS de Governança e Integridade**, em consonância com o Código de Integridade institucional;
- Estabelecer **mecanismos de controle interno e segregação de funções**, evitando conflito de interesses;
- Garantir **transparência ativa** por meio de publicação mensal dos demonstrativos financeiros e relatórios de desempenho econômico no portal institucional e junto à SES/MS;
- Assegurar conformidade com a **Matriz de Riscos Financeiros e Operacionais** prevista na Cláusula 3.9 da Minuta do Contrato.

Resultados esperados

1. Implantação integral da **estrutura de gestão econômico-financeira** em até 120 dias;

2. **Integração total dos módulos Tasy–Contabilidade–Custos–Patrimônio** até o 4º mês;
3. Redução de **retrabalhos e inconsistências financeiras** em 30% até o 6º mês;
4. Melhoria da **eficiência orçamentária**, com execução $\leq 100\%$ do orçamento aprovado;
5. **Prestação de contas com aprovação $\geq 75\%$ na primeira análise** da SES/MS;
6. Aumento da **confiabilidade contábil e financeira** e fortalecimento da imagem institucional do ISMS como Organização Social sólida, eficiente e transparente.

Metodologia de Custos

Gestão de Custos Hospitalar

A gestão de custos em hospital público no Brasil é fundamental para garantir a sustentabilidade, a eficiência e a qualidade do atendimento à população, especialmente em um sistema com recursos escassos como o SUS. O Instituto Social Mais Saúde adota práticas de gestão de custos utilizando-se de sistemas informatizados para coleta de dados e apuração de custo setorial, por procedimento e por paciente. Abaixo, destaca-se as principais razões pelas quais o ISMS estabeleceu a prática de gestão de custos:

1. Otimização dos Recursos Públicos

- O ISMS realiza a gestão de Hospitais públicos através de contratos de gestão com orçamento limitado e definido em contratos de gestão, sendo imprescindível controlar a rigor os custos envolvidos no atendimento prestado;
- A gestão de custos permite usar os recursos de forma racional, evitando desperdícios e promovendo maior eficiência operacional.

2. Melhoria na Tomada de Decisões

- Com dados de custo bem apurados, o ISMS pode tomar decisões mais estratégicas, como:
 - Redefinir fluxos e processos
 - Avaliar terceirizações
 - Otimizar a alocação dos recursos humanos, materiais e financeiros

- Negociar melhor com fornecedores/prestadores/médicos

3. Cumprimento das Metas Contratuais e Prestação de Contas

- Organizações Sociais que administram hospitais públicos precisam prestar contas aos entes públicos.
- Uma boa gestão de custos permite justificar os gastos, demonstrar eficiência e evitar glosas por parte do poder público.

4. Sustentabilidade Econômico-Financeira

- Mesmo sem fins lucrativos, o ISMS na gestão do hospital público deve buscar o equilíbrio financeiro.
- Controlar custos é essencial para manter os serviços em funcionamento e garantir a continuidade do atendimento.

5. Apoio à Qualidade Assistencial

- A análise de custos por centro de responsabilidade (ex: centro cirúrgico, UTI) permite identificar áreas de alto custo e avaliar se os recursos estão sendo aplicados de forma que impactem positivamente nos desfechos clínicos.
- O acompanhamento dos custos pela equipe assistencial promove um ambiente de eficiência operacional e proporciona melhor atendimento aos pacientes.

Modelo de Gestão de Custos

A gestão de custos no Instituto Social Mais Saúde é realizada pela área de controladoria corporativa que é responsável pela estruturação de equipe local nas unidades para coleta de dados e pela organização dos sistemas de custos, garantindo que as informações sejam consolidadas com os dados contábeis e possam ser facilmente utilizados pela alta gestão para tomada de decisões, além de gerar informações relevantes para gestores públicos responsáveis pelo contrato de gestão.

Seguindo premissas adotados pelo **PNGC – Programa Nacional de Gestão de Custos**, o ISMS adota a metodologia de **Custeio por Absorção**.

A **metodologia de custeio por absorção** é uma forma de apuração de custos que determina que **todos os custos de produção — fixos e variáveis — sejam incorporados ao custo dos produtos ou serviços**. Isso significa que o custo final de um bem ou serviço abrange todos os gastos necessários à sua produção, sejam diretos (como material e medicamentos e mão de obra direta) ou indiretos (como energia elétrica, serviço de higienização e limpeza, salários das áreas administrativas, etc.).

Definição Técnica

"O custeio por absorção é o método de custeio baseado no princípio contábil da competência, segundo o qual todos os custos incorridos na produção de bens ou serviços devem ser absorvidos por estes produtos."

— *Martins, Eliseu. Contabilidade de Custos. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.*

Utilizando-se desta metodologia de custeio por absorção, a área de controladoria ao final de cada mês, após os fechamentos contábeis, coleta informações e, de forma estruturada realizada as etapas necessárias para apuração dos custos por setor, por procedimento e por paciente.

Ferramentas adotadas para apuração de custos

A área corporativa do ISMS utiliza o sistema ERP Tasy da Philips que é atualmente considerado um dos sistemas mais robustos em relação a gestão de serviços hospitalares e administrativos. A apuração de custos é realizada no sistema Tasy, onde é possível parametrizar todas as regras e critérios de alocação de custos, taxas de serviços, unidades de medidas e outras métricas necessárias para apuração de custos hospitalares.

Abaixo demonstramos como exemplo, o relatório de Taxa de Custo extraído do sistema Tasy onde é possível verificar a capacidade produtiva em unidade de medida de cada centro de custo, bem como a taxa de custo de cada centro de custos que determina o peso que cada tipo de despesa terá para o centro de custo em análise. É evidente que, a Taxa de Custo é definida através de critérios lógicos que permitem direcionar os gastos hospitalares aos serviços que realmente consomem os recursos.

Taxa de Custo				
Código	Descrição	Custo	Taxa	Disponibilidade Unid Med
1.203.101	Ambulatório - HRMJ	183.893,36	820,9526	224,0000 un
	Rateio Apoio - Transferências - HRMJ	56.207,93	250,9283	
	Serviços médicos - PJ - Fixo	124.257,41	554,7206	
	Materiais e Medicamentos de Uso no Paciente	2.103,46	9,3905	
	Materiais de Consumo Geral	1.061,87	4,7405	
	Rateio Adm - Transferências - HRMJ	262,69	1,1727	
1.204.101	Centro Cirúrgico - HRMJ	879.693,48	38.958,9673	22,5800 hr
	Rateio Apoio - Transferências - HRMJ	259.633,65	11.498,3901	
	Serviços médicos - PJ - Fixo	394.440,39	17.468,5735	
	Materiais e Medicamentos de Uso no Paciente	20.869,45	924,2449	
	Salários e Ordenados	52.393,81	2.320,3636	
	Horas Extras	32,78	1,4517	
	Materiais de Consumo Geral	137,21	6,0766	
	Rateio Adm - Transferências - HRMJ	125.508,14	5.558,3765	
	Encargos e Contribuições da Folha	15.587,45	690,3212	
	Férias + 1/3	6.576,44	291,2507	
	13º Salário	4.514,16	199,9185	
1.205.301	Endoscopia Alta e Baixa - HRMJ	99.365,60	6.624,3733	15,0000 un
	Rateio Apoio - Transferências - HRMJ	20.244,70	1.349,6466	
	Serviços médicos - PJ - Fixo	78.412,74	5.227,5160	
	Materiais e Medicamentos de Uso no Paciente	391,12	26,0747	
	Rateio Adm - Transferências - HRMJ	317,04	21,1360	
1.206.102	Fisioterapia - HRMJ	122.395,80	116,9017	1.047,0000 un
	Rateio Apoio - Transferências - HRMJ	612,97	0,5855	
	Salários e Ordenados	33.414,08	31,9142	
	Horas Extras	20,90	0,0200	
	Rateio Adm - Transferências - HRMJ	71.333,96	68,1319	
	Encargos e Contribuições da Folha	9.940,88	9,4946	
	Férias + 1/3	4.194,11	4,0058	
	13º Salário	2.878,90	2,7497	
1.205.401	Laboratório de Análises Clínicas - HRMJ	144.882,70	103,4876	1.400,0000 un
	Rateio Apoio - Transferências - HRMJ	6.523,28	4,6595	
	Serviços Terceiros de Apoio - Variável	134.210,53	95,8647	
	Salários e Ordenados	2.652,62	1,8947	
	Horas Extras	1,66	0,0012	
	Rateio Adm - Transferências - HRMJ	143,95	0,1028	
	Encargos e Contribuições da Folha	789,17	0,5637	
	Férias + 1/3	332,95	0,2378	
	13º Salário	228,54	0,1632	
1.206.101	Psicologia - HRMJ	31.182,25	194,8890	160,0000 un
	Rateio Apoio - Transferências - HRMJ	153,26	0,9579	
	Salários e Ordenados	8.649,44	54,0590	
	Horas Extras	5,41	0,0338	
	Rateio Adm - Transferências - HRMJ	17.969,99	112,3125	
	Encargos e Contribuições da Folha	2.573,26	16,0828	
	Férias + 1/3	1.085,67	6,7854	
	13º Salário	745,22	4,6576	
1.205.101	Raio - X - HRMJ	216.752,71	3.870,5843	56,0000 un
	Rateio Apoio - Transferências - HRMJ	42.464,00	758,2858	
	Outros Custos Indiretos Fixos	275,30	4,9161	
	Serviços de exames de Imagem	174.000,00	3.107,1429	
	Rateio Adm - Transferências - HRMJ	13,41	0,2395	
1.205.102	Tomografia - HRMJ	48.148,62	982,6249	49,0000 un
	Rateio Apoio - Transferências - HRMJ	44.398,85	906,0990	
	Outros Custos Indiretos Fixos	3.062,66	62,5033	
	Materiais e Medicamentos de Uso no Paciente	506,47	10,3361	

Impresso em: 17/04/2025 18:39:08

Página 1

SKRUPNTISKI

WCUS1160

Relatório de Taxa de Custo extraído do Sistema Tasy.

Etapas para apuração de custos por absorção

Segundo Dalvio José Bertó e Ronaldo Beulke, no livro *Gestão de Custos e Resultados na Saúde* (2012), a apuração de custos por absorção em hospitais públicos envolve as seguintes etapas:

1. Segmentação do hospital em centros de custos e classificação funcional

- Dividir o hospital em unidades como enfermarias, centro cirúrgico, laboratório, entre outros.
- Classificar cada centro de custo conforme sua função: assistencial, administrativo ou de apoio.

2. Definição e classificação de itens de custos, critérios de rateio e unidades de produção

- Identificar todos os custos diretos (como materiais, medicamentos, mão de obra direta) e indiretos (administração, apoio, utilidades, serviços terceirizados, TI, manutenção).
- Estabelecer critérios para ratear custos indiretos entre os centros de custos.
- Determinar as unidades de produção, como número de atendimentos ou procedimentos realizados.

3. Coleta de dados e produção das informações de custos

- Coletar dados financeiros e operacionais necessários para o cálculo dos custos, como:
 1. Dados Contábeis (DRE-Demonstração do Resultado do Exercícios);
 2. Dados da folha de pagamento
 3. Dados do consumo de estoque (fechamento do estoque – contábil);
 4. Dados do faturamento (fechamento de contas hospitalares);
 5. Dados de produção (número de procedimentos, taxa de ocupação, paciente dia, etc..)
 6. Dados de produção médica (repassse médico)
- Utilizar sistemas de informação para registrar e organizar os dados coletados.

4. Cálculos e apuração dos custos unitários

- Aplicar os critérios de rateio definidos para alocar os custos indiretos.
 1. Custos Indiretos administrativos são absorvidos para os centros de custos indiretos de apoio e para os centros de custos diretos das áreas assistenciais;
 2. Custos Indiretos de Apoio são absorvidos para os centros de custos diretos das áreas assistenciais.
- Calcular o custo total e o custo unitário dos serviços prestados.

5. Elaboração de relatórios gerenciais

- Desenvolver relatórios que apresentem os custos por centro de custo, tipo de serviço e outros indicadores relevantes.
- Utilizar os relatórios para análise e tomada de decisões gerenciais.

6. Análise das informações e tomada de decisões

- Interpretar os dados dos relatórios para identificar oportunidades de melhoria e eficiência.
- Implementar ações corretivas ou estratégicas com base na análise dos custos.

Proposta para apuração de custos no HOSPITAL REGIONAL DR. JOSÉ DE SIMONE NETTO - HRDJSN

Conforme metodologia de custeio por absorção adotada pelo ISMS que está em conformidade com o PNGC – Programa Nacional de Gestão de Custos do Ministério da Saúde, seguiremos as etapas abaixo para apuração dos custos hospitalares na unidade.

1. Segmentação do hospital em centros de custos e classificação funcional

A primeira etapa é crucial para organizar a estrutura do centro de custo no hospital, sendo que cada centro de custo deverá ser classificado entre Assistencial, Apoio ou Administrativo.

Antes de continuar, vamos conceituar o que é centro de custo:

Centro de custos é uma unidade organizacional ou funcional de uma instituição onde são agrupados e controlados os custos incorridos com a finalidade de apurar, analisar e gerir os gastos relacionados à produção de bens ou à prestação de serviços.

Este conceito é validado pelo professor Eliseu Martins:

"Centro de custos é uma área da organização, departamentalizada ou não, que consome recursos e necessita ter seus custos apurados separadamente, para fins de controle e avaliação."

— *Martins, Eliseu. Contabilidade de Custos, 2010.*

Em relação a classificação dos centros de custos, é primordial que cada centro de custo seja classificado corretamente para possibilitar visão real dos custos hospitalares.

Veja abaixo o conceito da classificação dos centros de custos:

Centro de Custos Assistenciais

Os Centros de Custos Assistenciais são também chamados de Finalísticos ou Produtivos.

Centro de custos assistenciais é a unidade funcional de um hospital onde são realizados **diretamente os atendimentos e procedimentos de saúde ao paciente**, e que, por isso, **gera custos diretamente relacionados à assistência prestada**. Esses centros são responsáveis pela entrega dos serviços-fim da instituição, sendo fundamentais para a apuração precisa dos custos assistenciais.

"Os centros assistenciais são os responsáveis pela atividade-fim das unidades de saúde. Devem ser identificados e controlados separadamente, pois são neles que se concentra o foco da mensuração de resultados assistenciais e de custos."

— *Bertó, Dalvio José; Beulke, Ronaldo. Gestão de Custos e Resultados na Saúde. 2012.*

Segue abaixo a classificação de centro de custos proposto para a unidade:

Centro de Custos Assistenciais:

1.1 Internação e Urgência

- Pronto Atendimento / Urgência e Emergência
- Internação Clínica
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI Adulto Tipo II)
- Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto

1.2 Procedimentos Cirúrgicos e Ambulatoriais

- Centro Cirúrgico
- Ambulatório de Especialidades

1.3 Serviços Médicos Especializados

- Clínica Médica
- Cirurgia Geral
- Ortopedia
- Ginecologia e Obstetrícia
- Urologia
- Vascular
- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia
- Psiquiatria
- Cuidados Paliativos

1.4 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT Produtivo)

- Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Endoscopia / Colonoscopia
- Laboratório de Análises Clínicas

Centro de Custo de Apoio

É a unidade organizacional de um hospital que **não presta atendimento direto ao paciente**, mas oferece **serviços essenciais de suporte** às áreas assistenciais e administrativas, contribuindo indiretamente para a realização da atividade-fim da instituição.

"Os centros de apoio representam áreas de suporte técnico e operacional que, embora não prestem assistência direta ao paciente, são imprescindíveis para a execução dos serviços assistenciais. Seus custos devem ser apropriados aos centros usuários através de critérios de rateio adequados."

— Bertó, Dalvio José; Beulke, Ronaldo. *Gestão de Custos e Resultados na Saúde*. 2012.

2.1 Apoio Assistencial

- Central de Material e Esterilização (CME)
- Farmácia Hospitalar
- Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)
- OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais
- Núcleo Interno de Regulação (NIR)
- SAME (Arquivo Médico e Estatístico)
- Auditoria de Prontuários
- Serviço Social
- Núcleo de Educação Permanente (NEP)
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
- Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

2.2 Apoio Operacional

- Serviço de Nutrição e Dietética (SND)
- Lavanderia Hospitalar
- Serviço de Higienização e Limpeza (SHL)
- Engenharia Clínica
- Infraestrutura Física e Manutenção Predial
- Segurança Patrimonial e Portaria
- Transporte Interno e Externo

- Núcleo de Práticas Ambientais e Gestão de Resíduos

2.3 Apoio à Gestão Assistencial

- SADT – Agendamento e Monitoramento
- Faturamento Hospitalar
- Agendamentos e Recepções (Gestão de Atendimento)
- Ouvidoria e Atendimento ao Usuário

Centro de Custos Administrativos

É a unidade organizacional de uma instituição que **não realiza atividades-fim nem apoio técnico direto à assistência**, mas sim **atua nos processos gerenciais, administrativos e estratégicos**, sendo responsável pelo suporte institucional à operação do hospital.

“Os centros administrativos compreendem as unidades de apoio à gestão e administração geral da instituição, como recursos humanos, contabilidade, compras, planejamento, jurídico e direção.”

— Bertó, Dalvio José; Beulke, Ronaldo. *Gestão de Custos e Resultados na Saúde*. 2012.

3.1 Governança e Planejamento

- Direção Geral
- Governança e Planejamento Estratégico
- Comunicação Institucional
- Assessorias e Comitês Hospitalares

3.2 Gestão Administrativa e Financeira

- Coordenação Administrativa e Financeira
- Financeiro / Tesouraria
- Contabilidade
- Prestação de Contas

- Controladoria
 - Orçamento
 - Custos
- Patrimônio

3.3 Suprimentos e Logística

- Coordenação de Suprimentos
- Compras
- Almoxarifado

3.4 Tecnologia da Informação

- Infraestrutura de TI e Sistemas
- Suporte Técnico e BI

3.5 Gestão de Pessoas

- Recursos Humanos
- Departamento Pessoal
- SESMT
 - Bombeiros Civis

3.6 Apoio Jurídico e Contratual

- Assessoria Jurídica e Contratos

2. Definição e classificação de itens de custos, critérios de rateio e unidades de produção

2.1 Classificação dos Itens de Custos Os itens de custos serão classificados em:

- **Custos Diretos:** custos que podem ser atribuídos diretamente a um centro de custo específico, como:
 - Medicamentos
 - Materiais médicos e hospitalares

- OPME (próteses, órteses e materiais especiais)
- Dietas enterais e parentais
- Serviços médicos contratados por produção
- Equipes médicas alocadas diretamente em unidades assistenciais
- **Custos Indiretos:** custos que não são atribuíveis diretamente a um centro de custo, como:
 - Salários dos funcionários administrativos e de apoio
 - SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
 - Material de Consumo
 - Material de Escritório
 - Material de Manutenção
 - Vestuário e Uniformes
 - Despesas com Transporte
 - Coleta de lixo
 - Controle de Pragas
 - Limpeza de Caixa d'água
 - Análises microbiológicas
 - Locação de equipamentos hospitalares
 - Locação de ambulância
 - Locação de equipamentos de TI
 - Serviço de Portaria e Controle de Acesso
 - Energia elétrica
 - Água e esgoto
 - Telefonia
 - Serviços terceirizados de limpeza, segurança e lavanderia
 - Despesas da sede administrativa
 - Manutenção predial e equipamentos gerais
 - Lavanderia

- Engenharia Clínica
- Manutenção de Geradores
- Manutenção de elevadores

Dentre outros tipos de gastos que podem surgir sendo necessário alocação dos custos indiretos.

2.2 Critérios de Rateio de Custos Indiretos A alocação dos custos indiretos entre os centros de custos será realizada com base em critérios técnicos e objetivos, conforme diretrizes do Contrato de Gestão:

- **Proporção da produção assistencial** (número de atendimentos, procedimentos ou internações)
- **Proporção da área física ocupada** por centro de custo
- **Proporção do número de funcionários** alocados em cada centro de custo
- **Volume de consumo real** (quando houver medição específica por centro)

A metodologia de rateio será formalmente documentada e acompanhada de planilhas analíticas com as respectivas evidências (balancetes, contratos, recibos, notas fiscais).

2.3 Definição das Unidades de Produção As unidades de produção são utilizadas como base para distribuição de custos e avaliação de desempenho assistencial. Com base no Edital, serão consideradas:

- **Unidades de Internação** (por tipo de leito: clínico e cirúrgico)
- **Unidades de Terapia Intensiva** (por tipo de leito: crítico)
- **Procedimentos cirúrgicos** (eletivos e de urgência)
- **Atendimentos de urgência e emergência**

Os dados de produção deverão estar alinhados com os registros nos sistemas oficiais (como CNES, SIH/SUS, SIA/SUS) e relatórios internos de controle assistencial, assegurando a fidedignidade das informações prestadas à gestão contratual e órgãos de controle.

3. Discriminação dos custos indiretos com respectivos valores e cálculo de rateio, com respectivos valores e detalhamento do cálculo de rateio

A área de controladoria irá adotar procedimentos para realizar a coleta de dados necessários para apuração de custos, após diagnóstico situacional de dados que será realizado na unidade que permitirá a definição mais apurada dos critérios de alocação de custos.

Seguindo a metodologia do custeio por absorção, os gastos acima discriminados deverão ser alocados aos centros de custos assistenciais, para finalmente serem absorvidos aos serviços prestados ao paciente.

Este mesmo procedimento é realizado para todos os grupos de despesas obedecendo ao critério de rateio definido e validado.

4. Apuração do custo por setor produtivo

Concluída a distribuição dos custos indiretos às áreas assistenciais, procede-se à consolidação do custo total por centro de custo, compreendendo custos diretos somados aos custos indiretos absorvidos. Essa etapa evidencia o custo efetivo de cada setor produtivo, isto é, das unidades finalísticas responsáveis pelo atendimento direto ao paciente.

Para garantir consistência analítica e comparabilidade, os centros de custo com processos, capacidade instalada e perfil de consumo de recursos semelhantes são agrupados em classes homogêneas (por exemplo: enfermarias clínicas, UTIs, centro cirúrgico). Sobre esses agrupamentos derivam-se os indicadores gerenciais relevantes — como custo médio por leito-dia, por atendimento e por procedimento —, além das análises de variação (preço, volume e mix) frente ao orçamento e ao histórico.

Como resultado, obtém-se um quadro transparente e auditável do custo por setor produtivo, apto a subsidiar decisões assistenciais e econômico-financeiras, bem como a prestação de contas ao contratante.

Os custos indiretos

O Instituto Social Mais Saúde de forma transparente discrimina os custos indiretos com respectivos valores e cálculos de Rateio através da metodologia ordenada no Manual de Reembolso de Despesas Administrativas (RDA) apresentado como Anexo que atende a normatização da SES/MS descrito no Edital:

“os custos indiretos relativos as despesas administrativas da Sede, somam-se com as despesas administrativas do Contrato de Gestão da unidade hospitalar, limitados a 3% do valor mensal do repasse de recursos, conforme parágrafo único do artigo 14, combinado com os parágrafos § 1º, 2º e caput do artigo 14-A, da Lei Estadual nº 4.698/2015.”

RDA — Reembolso de Despesas Administrativas

Conceito e finalidade.

O RDA é o mecanismo pelo qual a sede administrativa do Instituto Social Mais Saúde (ISMS) recupera, de forma não remuneratória e sem caráter de taxa de administração, as despesas efetivamente incorridas em serviços centralizados que dão suporte técnico-administrativo direto à execução dos Contratos de Gestão (p.ex.: RH, Financeiro/Contábil, Controladoria/Prestação de Contas, Compras/Contratos, Jurídico, TI, Comunicação e infraestrutura da sede). O objetivo é evitar duplicidades, ganhar escala e reduzir o custo total das unidades, rateando tais despesas proporcionalmente entre os contratos beneficiários, com lastro contábil e memória de cálculo.

Base metodológica (critério de rateio).

O ISMS adota critério quantitativo único e objetivo: o percentual de colaboradores de cada unidade, apurado no mês imediatamente anterior, em relação ao total de colaboradores das unidades geridas pela OSS (excluída a sede). Esse critério é: (i) mensurável de forma independente; (ii) proporcional à complexidade e ao esforço de gestão; (iii) rastreável em relatórios oficiais (p.ex., CAGED) e sistemas de pessoal; e (iv) auditável.

Fórmula: Percentual da unidade = (nº de colaboradores da unidade) ÷ (total de colaboradores das unidades ISMS, exceto sede).

Despesas elegíveis e vedadas.

São elegíveis apenas as despesas centralizadas na sede, sem duplicidade com atividades executadas localmente nas unidades (ex.: gestão corporativa de RH, TI, Jurídico, Contabilidade/Financeiro, Compras/Contratos, Comunicação e insumos de funcionamento da sede). São vedadas despesas estranhas ao objeto, “taxas administrativas” de natureza remuneratória, bem como gastos promocionais/brindes.

Governança, controles e prestação de contas.

O RDA é regulado por Manual institucional, amparado em normas aplicáveis às parcerias e na jurisprudência dos órgãos de controle, e operado com documentação comprobatória:

- Planilha mensal de rateio (com a base de colaboradores, percentuais e valores) e memória de cálculo;
- Balancete contábil da sede; notas fiscais/contratos que comprovem as despesas;
- Nota de débito do repasse do rateio; e evidências de pessoal (relatórios internos e/ou CAGED).
- Toda a documentação integra a prestação de contas ao ente contratante e é mantida com trilha de auditoria e versionamento.

Transparência ativa.

Para reforçar a publicidade e a confiabilidade do processo, o ISMS publica em sítio próprio as planilhas de rateio com dados quantitativos de colaboradores e a síntese financeira dos gastos rateados, observados os requisitos de sigilo legal quando aplicáveis.

Limites, aderência contratual e economicidade.

A aplicação do RDA observa previsão expressa no Contrato de Gestão e limites percentuais eventualmente fixados pelo ente público (no caso deste Edital está limitado a 3%), sempre vinculada às despesas efetivas e com demonstração de vantajosidade econômica para o poder público (escala, padronização, controles).

Cronograma geral de implantação da gestão financeira

Etapa / Ação Principal	Descrição das Atividades	Responsável Primário	Produto Resultado Esperado	Prazo Estimado
1. Diagnóstico Inicial e Planejamento (Dias 1–30)	Levantamento de processos financeiros, contábeis e patrimoniais existentes; identificação de lacunas; análise de conformidade documental; mapeamento de contas bancárias e centros de custos.	DAF / Controladoria / Contabilidade	Relatório Diagnóstico e Plano de Ação Integrado	D+30
2. Estruturação da Governança Financeira (Dias 1–45)	Criação do Comitê de Governança Econômico-Financeira; definição de papéis e responsabilidades; fluxos de aprovação e controle	Direção Geral / DAF / Controladoria	Comitê instituído e fluxos formalizados	D+45

Etapa / Ação Principal	Descrição das Atividades	Responsável Primário	Produto Resultado Esperado	Prazo Estimado
	interno; instituição de rotina de reuniões mensais de alinhamento.			
3. Padronização de Processos e Procedimentos (Dias 15–60)	Implementação dos Manuais de Rotina Financeira, Contábil e de Prestação de Contas do ISMS; revisão dos fluxos de pagamento, conciliação e prestação de contas.	DAF / Financeiro / Controladoria	Procedimentos padronizados e aprovados	D+60
4. Estruturação e Treinamento das Equipes (Dias 30–60)	Capacitação técnica das equipes locais em orçamento, controle de custos, contabilidade aplicada ao setor público e uso do sistema Tasy.	NEP / Controladoria / ISMS Corporativo	Equipe capacitada e plano de desenvolvimento validado	D+60
5. Integração de Sistemas e Parametrização (Dias 30–75)	Configuração do módulo financeiro e contábil no Tasy; parametrização de centros de custos, plano de contas e critérios de rateio; integração com folha, estoque e patrimônio.	TI / Controladoria / Contabilidade	Sistema Tasy integrado e operacional	D+75
6. Implantação da Gestão de Custos (Dias 45–90)	Implantação da metodologia de custeio por absorção (PNGC/MS); coleta de dados; teste piloto e	Controladoria / Custos / Contabilidade	Relatório de Custo Piloto (Custo por Setor e Procedimento)	D+90

Etapa / Ação Principal	Descrição das Atividades	Responsável Primário	Produto Resultado Esperado	Prazo Estimado
	geração do primeiro relatório de custo.			
7. Implantação do Controle Patrimonial (Dias 45–90)	Tombamento e registro de 100% dos bens; etiquetagem; integração contábil e depreciação automatizada; inventário físico.	Patrimônio / Contabilidade	Cadastro Patrimonial Consolidado	D+90
8. Consolidação do Fluxo Financeiro (Dias 60–90)	Implantação do controle diário de caixa (D+1); conciliação bancária semanal; criação de painel financeiro (entradas, saídas, saldo e provisões).	Financeiro / Controladoria	Painel de Fluxo de Caixa Operacional	D+90
9. Padronização da Prestação de Contas (Dias 75–105)	Implantação do checklist de conformidade documental; integração contábil-financeira; ensaio da 1ª prestação de contas eletrônica via plataforma SES/MS.	DAF / Controladoria / Prestação de Contas	Prestação de Contas Modelo e Teste de Envio	D+105
10. Auditoria Interna e Ajustes Finais (Dias 90–120)	Revisão de processos; auditoria de conformidade contábil e financeira; validação de relatórios de desempenho econômico-financeiro e planos de melhoria.	Auditoria Interna / Controladoria / DAF	Relatório de Auditoria e Plano de Ação Corretivo	D+120

Etapa / Ação Principal	Descrição das Atividades	Responsável Primário	Produto Resultado Esperado	Prazo Estimado
11. Consolidação e Entrega de Resultados (Dia 120)	Apresentação dos resultados à Direção Geral e à SES/MS; entrega dos indicadores financeiros e relatórios consolidados (balancete, DRE, custos e prestação de contas).	DAF / Direção Geral / ISMS Corporativo	Relatório Final de Implantação da Gestão Financeira	D+120

Plano de Implantação da Gestão de Recursos Humanos

A excelência na gestão hospitalar pública exige muito mais que eficiência técnica — requer integridade, meritocracia e compromisso com as pessoas. O **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**, enquanto Organização Social de Saúde (OSS), estrutura sua política de gestão de pessoas sob esses princípios, garantindo que a ética, a transparência e o desempenho profissional sejam as bases do seu modelo de governança.

A Proposta para estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho e avaliação de desempenho, para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** com sugestões de condutas para combater absenteísmo e estimular a produção que se apresenta visa demonstrar a capacidade institucional do ISMS para implementar normas e práticas modernas de gestão de pessoas, abrangendo seleção, contratação, avaliação de desempenho, combate ao absenteísmo e estímulo à produtividade, conforme exigido pelo Edital e em consonância com as melhores práticas de gestão pública e privada.

O ISMS adota um modelo integrado de Gestão por Competências (GCPEC), que orienta todo o ciclo de vida do colaborador — desde o processo de recrutamento e seleção, baseado em perfis estruturados por competências técnicas e comportamentais (PEC), até a avaliação de desempenho, o desenvolvimento profissional e o reconhecimento por performance. Esse modelo assegura que cada colaborador seja selecionado, desenvolvido e reconhecido de acordo com sua contribuição efetiva para os resultados assistenciais e administrativos da instituição.

Complementarmente, o Instituto mantém a **Política de Pagamento por Performance**, que estabelece um sistema meritocrático de reconhecimento financeiro e moral, vinculado ao atingimento de metas institucionais e individuais, alinhadas aos resultados pactuados com o Poder Público. Essa política funciona como instrumento de motivação e engajamento, reforçando a cultura de resultados e a valorização do mérito.

O **Código de Integridade** do ISMS, que integra o **Programa de Ética e Compliance** da instituição, garante que todos os processos de gestão de pessoas sejam conduzidos com probidade, transparência e isonomia, prevenindo conflitos de interesse e assegurando que todas as contratações, promoções e reconhecimentos sejam pautados exclusivamente em critérios técnicos e éticos. Esse documento estabelece o compromisso institucional com a ética, a humanização, a sustentabilidade e a diversidade, aplicando-se a todos os colaboradores, gestores e parceiros.

Assim, a gestão de pessoas no ISMS é norteada por quatro eixos fundamentais e interdependentes:

5. **Ética e Integridade** – todos os processos de RH seguem o Código de Integridade e são auditáveis, garantindo conformidade com a legislação trabalhista e com os princípios do SUS.
6. **Gestão por Competências** – mapeamento, desenvolvimento e avaliação estruturada de competências técnicas e comportamentais, vinculadas aos resultados institucionais.
7. **Reconhecimento por Performance** – estímulo à produtividade e à entrega de resultados por meio de critérios objetivos de desempenho e bonificação meritocrática.
8. **Qualidade de Vida e Engajamento** – políticas voltadas à prevenção do absenteísmo, equilíbrio emocional e valorização do ambiente de trabalho saudável e inclusivo.

Esses instrumentos formam um sistema de governança de pessoas sólido, rastreável e integrado ao planejamento estratégico institucional, permitindo que o ISMS atenda às metas contratuais com eficiência, transparência e responsabilidade social, sempre sob a supervisão do compliance e das áreas técnicas competentes.

Em síntese, a proposta do ISMS traduz-se em uma política institucional de gestão de pessoas centrada na competência, ética e resultados, capaz de assegurar a seleção criteriosa, o desenvolvimento contínuo e o engajamento dos profissionais — pilares essenciais para a entrega de serviços de saúde de qualidade, humanizados e sustentáveis.

Objetivos Gerais

- Promover a gestão de pessoas orientada por competências, integridade e resultados;

- Garantir seleção impessoal, técnica e transparente de colaboradores;
- Manter níveis adequados de assiduidade e produtividade, assegurando eficiência dos recursos humanos;
- Fomentar o desenvolvimento contínuo e o reconhecimento meritocrático;
- Assegurar aderência dos colaboradores aos valores e cultura organizacional do ISMS;
- Fortalecer o clima organizacional e a satisfação interna, promovendo engajamento e qualidade de vida no trabalho;
- Cumprir integralmente as metas e indicadores de desempenho do Contrato de Gestão junto à SES/MS.

Resultados Qualitativos Esperados

Eixo Estratégico	Resultado Esperado	Instrumento / Evidência
Integridade e Ética	Consolidação de uma cultura institucional baseada em conduta ética, transparência e probidade.	Código de Integridade, Termo de Adesão, relatórios de compliance.
Competência Técnica e Comportamental	Profissionais selecionados e desenvolvidos conforme o perfil de competências definido no GCPEC.	Perfis Estruturados por Competência (PEC), avaliações de desempenho, PDI.
Desempenho e Produtividade	Aumento do engajamento e entrega de resultados em todas as áreas assistenciais e administrativas.	Indicadores de produtividade e relatórios de performance setorial.
Educação Permanente	Implementação de programas contínuos de capacitação técnica e comportamental.	Relatórios do NEP, registros de capacitação e certificações.
Qualidade de Vida no Trabalho	Melhoria do clima organizacional e redução de afastamentos por causas ocupacionais.	Pesquisas de clima, relatórios do SESMT e NEP.

Reconhecimento e Valorização	Aplicação regular da Política de Pagamento por Performance e programas simbólicos de reconhecimento.	Relatórios de performance, atas de bonificação, certificados de mérito.

Resultados Quantitativos Esperados

Indicador	Meta Anual (1º Ano de Contrato)	Fonte / Responsável
Taxa de Absenteísmo Global	≤ 3%	Relatórios de RH / DAF
Rotatividade (Turnover)	≤ 10% ao ano	Gestão de Pessoas
Percentual de Colaboradores Avaliados no GCPEC	≥ 95%	GCPEC / RH
Taxa de Adesão ao Código de Integridade	100%	Compliance / RH
Índice Médio de Satisfação Interna	≥ 80%	Pesquisa de Clima / NEP
Taxa de Participação em Programas de Capacitação	≥ 85% dos colaboradores ativos	NEP
Índice de Colaboradores com Desempenho “Satisfatório” ou Superior	≥ 90%	GCPEC / DAF
Redução de Afastamentos Médicos Não Ocupacionais	-10% em relação ao semestre anterior	SESMT / RH
Cumprimento do Cronograma de Avaliação de Desempenho	100% das avaliações no prazo	Gerência Corporativa de Pessoas
Percentual de Bonificação por Performance Executada	≥ 90% da previsão orçamentária disponível	DAF / RH

Esses indicadores são revisados trimestralmente, permitindo o acompanhamento pela Diretoria Executiva Corporativa e pela SES/MS, assegurando a prestação de contas contínua e transparente.

Metodologia de Monitoramento e Avaliação

O ISMS adota metodologia de avaliação integrada para acompanhar o desempenho das políticas de gestão de pessoas.

O monitoramento ocorre por meio de:

- **Relatórios mensais de gestão de pessoas**, com dados de admissões, desligamentos, absenteísmo e produtividade;
- **Reuniões trimestrais de análise de desempenho**, com participação das áreas de RH, DAF, NEP;
- **Auditorias internas e externas**, assegurando aderência às normas e registros institucionais;
- **Indicadores vinculados ao Contrato de Gestão**, integrados ao painel corporativo de resultados;
- **Sistema GCPEC**, que consolida informações sobre competências, desempenho e evolução de cada colaborador.

A metodologia garante que decisões estratégicas sejam tomadas com base em evidências e análises comparativas, promovendo a melhoria contínua da gestão e a conformidade com os objetivos pactuados.

Governança e Prestação de Contas

A governança da gestão de pessoas no ISMS é composta por instâncias de supervisão, controle e decisão integradas:

- **Gestor de Pessoas**: Coordena as atividades e implementa a execução das políticas de RH
- **Diretoria Administrativa-Financeira (DAF)**: Garante viabilidade orçamentária e compatibilidade com metas contratuais.
- **Núcleo de Educação Permanente (NEP)**: Planeja e executa ações formativas e de desenvolvimento.

- **Área de Compliance e Integridade:** Supervisiona conduta ética e conformidade legal.
- **Diretoria Geral:** Homologa os resultados e presta contas à SES/MS.
- **Gerência Corporativa de Pessoas:** Coordena o planejamento e execução das políticas de RH
- **Diretoria Executiva Corporativa:** Estabelecimento de Diretrizes e acompanhamento de resultados

Todos os relatórios e resultados são registrados em arquivos, sistemas e planilhas oficiais, enviados à SES/MS conforme o cronograma de prestação de contas e disponíveis para auditoria.

Impactos Esperados na Unidade Hospitalar

Com a implantação das diretrizes propostas, os impactos esperados incluem:

- Maior eficiência na utilização de recursos humanos e financeiros;
- Redução de afastamentos e desperdícios de força de trabalho;
- Aumento da produtividade e qualidade assistencial;
- Fortalecimento da imagem institucional junto aos órgãos de controle e à sociedade;
- Clima organizacional positivo, com equipes estáveis e comprometidas;
- Gestão transparente, ética e baseada em resultados mensuráveis.

Síntese Final

A consolidação deste modelo permitirá que a gestão de pessoas da unidade hospitalar opere com altos padrões de governança, desempenho e integridade, assegurando que cada profissional atue como agente de transformação e excelência no SUS.

Com isso, o ISMS reafirma seu compromisso de entregar resultados sustentáveis e humanizados, fortalecendo o sistema público de saúde e o valor social de sua atuação.

Cronograma de Execução

As ações da proposta de gestão de recursos humanos serão implantadas conforme cronograma abaixo:

CRONOGRAMA GERAL DE IMPLANTAÇÃO

Tarefa/Descrição	Início	Término	Área Responsável
Seleção interna e contrato de trabalho	Início das atividades	No 1º (primeiro) dia após a assinatura do Contrato de Gestão, para início das atividades	RH/DP
Seleção de vagas remanescentes	Início das atividades	Em até 15 (quinze) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão, para início das atividades.	RH/DP
Análise e Planejamento	Início das atividades	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão, para início das atividades.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira
Revisão das Normas	Início das atividades	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira
Implementação	Início das atividades	Em até 30 (trinta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira
Treinamento	Início das atividades	Em até 45 (quarenta e cinco) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira

Avaliação e acompanhamento	Início das atividades	Em até 60 (sessenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira
Monitoramento e ajustes	Início das atividades	Em até 60 (sessenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira
Avaliação de desempenho	Início das atividades	Em 180 (cento e oitenta) dias corridos, após a assinatura do Contrato de Gestão.	RH/DP – Diretoria Administrativa e financeira

A seguir apresentamos:

- Regulamento de Contratação Institucional
- Política pagamento por performance
- Código de Integridade

Resultados Esperados e Indicadores de Avaliação da Gestão de Pessoas

A gestão de pessoas do Instituto Social Mais Saúde (ISMS) tem como finalidade assegurar equipes técnicas qualificadas, éticas e engajadas, capazes de contribuir diretamente para a eficiência operacional e a excelência assistencial da unidade hospitalar sob sua responsabilidade.

Os resultados esperados derivam da execução integrada das políticas e instrumentos institucionais, Política de Performance e Código de Integridade, e são mensurados por

indicadores quantitativos e qualitativos, que refletem a efetividade do modelo de gestão e o alcance das metas contratuais pactuadas.

Plano de Implantação do Programa de Integridade

1. Objetivo

Comprovar a efetiva implementação de um Programa de Integridade, em até 6 meses após a assinatura do Contrato de Gestão, conforme parâmetros da CGE-MS, promovendo ética, transparência, conformidade legal e prevenção de fraudes, de acordo com a Lei nº 6.134/2023 e Resolução CGE-MS nº 116/2024.

Contexto Atual

O ISMS já possui:

- Estrutura de equipe dedicada (Compliance Officer, Gerente de Compliance e Consultor de Compliance);
- Canal de denúncias institucionalizado;
- Código de Integridade;
- Política de Integridade;
- Política de Prevenção e Combate ao Assédio e Outras Formas de Violências;
- Periódico Institucional “Mais Integridade”;
- Auditoria Interna;
- Estrutura para apurações interna; e,
- Campanhas sazonais de conscientização.

2. Fases de Implantação

Fase 1 – Estruturação Inicial (até 45 dias do início da gestão e operação pelo ISMS).

- *Due diligence* para contratação de pessoal sob demanda dos setores responsáveis;
- *Due diligence* para contratação de prestadores de serviços e fornecedores sob demanda dos setores responsáveis;
- Apresentação da equipe de Compliance à unidade

- Treinamento presencial *in loco* para colaboradores e lideranças acerca do Código de Integridade, Política de Compliance, Política de Prevenção e Combate ao Assédio e Outros Tipos de Violência, bem como as funcionalidades do canal de denúncias. O treinamento visa capacitar os colaboradores acerca das diretrizes institucionais e assegurar a adesão às práticas éticas e legais no ambiente de trabalho.
- Ampla divulgação e fixação de materiais pela unidade hospitalar para rápido acesso ao Canal de Denúncias e ao Código de Integridade.
- Gestão de Terceiros: contratos com cláusulas de integridade e compliance

Fase 2 – Diagnóstico e Avaliação de Riscos (Mês 2)

- Realização do **Relatório de Perfil**: mapeamento de riscos, vulnerabilidades e áreas críticas.
- Identificação de riscos de desvio, fraude, conflito de interesses e/ou outras práticas reprováveis.
- Evidências: relatórios de riscos, planos de mitigação, revisões periódicas

Fase 3 – Instrumentos Normativos (Mês 3 e 4)

- Formalização do Relatório de Conformidade, conforme modelo da CGE-MS.
- Treinamentos periódicos para colaboradores e parceiros
- Campanhas de conscientização sobre ética, integridade e canais de denúncia e gestão de terceiros
- Divulgação interna e externa do Programa de Integridade
- Evidências: listas de presença, fotos das campanhas, comunicados, logs do canal de denúncias

Fase 5 – Monitoramento e Auditoria (Mês 5)

- Implantação de mecanismos de controle interno.
- Auditorias periódicas e testes de conformidade.
- Avaliação da efetividade dos instrumentos normativos.

Fase 6 – Consolidação e Envio à CGE-MS (Mês 6)

- Finalização dos relatórios e documentos comprobatórios, consolidando todas as evidências.
- Envio do link da pasta na nuvem para o e-mail institucional da CGE-MS:
- **integridadeprivada@cge.ms.gov.br**, com cópia ao órgão contratante.
- Solicitação de emissão do **Certificado de Regularidade do Programa de Integridade (CERPI)**.

3. Pilares do Programa

- **Comprometimento da Alta Administração**
- **Avaliação de Riscos**
- **Instrumentos Normativos**
- **Monitoramento e Auditoria**
- **Capacitação e Conscientização**
- **Canais de Denúncia e Proteção ao Denunciante**
- **Gestão de Conflitos de Interesse**

4. Documentos de Referência

- Lei nº 6.134/2023 – MS [aacpdappls....ms.gov.br]
- Resolução CGE-MS nº 116/2024 [cge.ms.gov.br]
- Lei Federal nº 12.846/2013 – Anticorrupção
- Lei Federal nº 14.133/2021 – Nova Lei de Licitações
- Política de Compliance do ISMS

5. Indicadores de Efetividade

- Percentual de colaboradores capacitados
- Número de denúncias recebidas e tratadas

- Auditorias realizadas e não conformidades corrigidas
- Atualizações normativas realizadas
- Certificação emitida pela CGE-MS (CERPI)

Cronograma de Implantação do Programa de Integridade – ISMS

Cronograma Resumido

Observações Importantes

O cronograma está alinhado ao prazo máximo de 6 meses exigido pela Lei nº 6.134/2023.

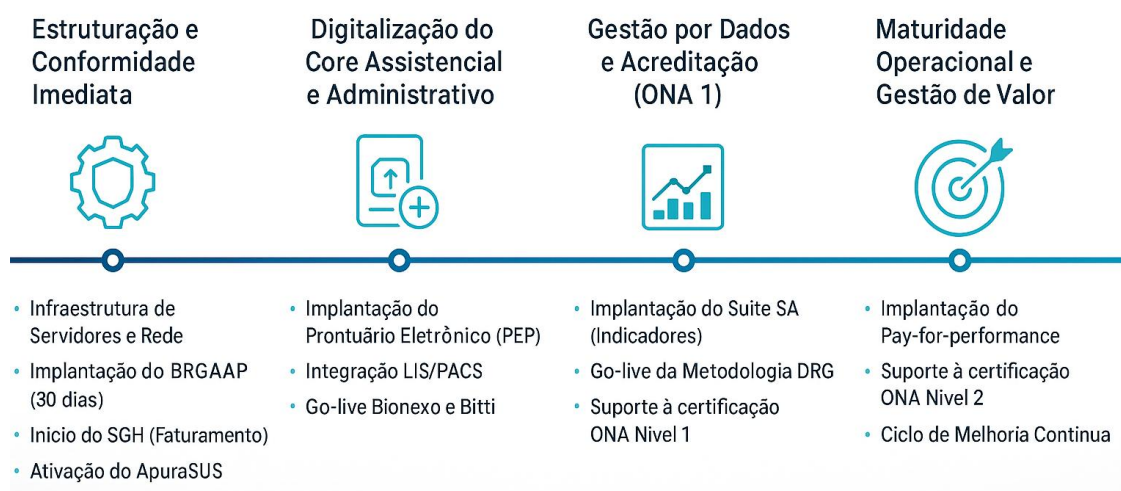
A contagem da multa por descumprimento é suspensa durante a análise do Programa pela CGE-MS.

O envio da documentação deve ser feito via link de pasta na nuvem para o e-mail institucional da CGE-MS: integridadeprivada@cge.ms.gov.br.

Plano de Implantação de Tecnologia de Informação

Plano de Implementação e cronograma

O plano de implementação para a infraestrutura e sistemas de TI no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). O cronograma foi projetado em fases para garantir uma transição suave, com entregas de valor progressivas, e para cumprir rigorosamente todos os prazos mandatórios estabelecidos na **Minuta do Contrato de Gestão (Anexo XI)**.



Cronograma de Implantação :

Fase 1: Estruturação e Conformidade Imediata (Meses 1 a 3)

Objetivo: Estabelecer a infraestrutura base e cumprir as obrigações contratuais de curtíssimo prazo.

- **Infraestrutura de TI:** Será realizada a instalação física e configuração dos servidores, equipamentos de rede e do firewall de nova geração. Os links de internet redundantes serão ativados para garantir a conectividade da unidade.
- **Sistema de Prestação de Contas (BRGAAP):** A implantação do sistema BRGAAP será tratada como prioridade máxima para atender à exigência de uma "plataforma eletrônica de prestação de contas" em até **30 dias** da assinatura do contrato.
- **Sistemas Essenciais:** Daremos início à implantação do SGH Philips Tasy, começando pelos módulos de Admissão, Agendamento e Faturamento. Simultaneamente, iniciaremos a implantação do sistema **ApuraSUS**, para atender à exigência de implementação "Imediato a partir da assinatura do Contrato de Gestão".

Fase 2: Digitalização do Core Assistencial e Administrativo (Meses 4 a 9)

Objetivo: Digitalizar o núcleo da operação assistencial e administrativa para ganho de eficiência e segurança.

- **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP):** Foco total no rollout dos módulos clínicos do Philips Tasy, incluindo Prescrição Eletrônica, Evolução Clínica e de Enfermagem, e Checagem à beira-leito.

- **Sistemas de Apoio Diagnóstico:** Implantação e integração dos sistemas de Laboratório (LIS) e Radiologia (RIS/PACS) para suportar os serviços de diagnóstico descritos no **Anexo II (Perfil Assistencial)**.
- **Sistemas Administrativos:** Implantação dos sistemas de Compras (Bionexo) e Folha de Pagamento (Bitti) para otimizar os processos de backoffice.

Fase 3: Gestão por Dados e Acreditação ONA (Meses 10 a 24)

Objetivo: Implementar as metodologias avançadas de gestão e alcançar a primeira grande certificação de qualidade.

- **Gestão da Qualidade:** Implantação do sistema Suite SA da Interact, com integração ao SGH para o monitoramento automatizado dos **Indicadores e Metas de Desempenho e Qualidade**.
- **Metodologia DRG:** Início do projeto e implantação da metodologia de Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG), visando o cumprimento do prazo contratual de até **24 meses**.
- **Acreditação ONA Nível 1 e 2:** A TI dará suporte intensivo aos processos de auditoria e à gestão de documentos e indicadores para alcançar a certificação ONA Nível 1 e 2, em conformidade com o prazo de até **24 meses**.

Fase 4: Maturidade Operacional e Gestão de Valor (Meses 25 a 60)

Objetivo: Alcançar a maturidade da gestão baseada em valor e avançar no nível de acreditação.

- **Modelo Remuneratório:** Implantação do Modelo Remuneratório Baseado em Valor (Pay-for-performance), cumprindo o prazo de até **36 meses**.
- **Acreditação ONA Nível 3:** A tecnologia continuará a suportar o ciclo de melhoria contínua para alcançar a certificação ONA Nível 3, visando o prazo contratual em até **48 meses**.

Plano de integração

Nesta seção, em resposta direta à exigência do **Edital (item 9.1)**, que determina a necessidade de integração com os sistemas de saúde existentes, detalhamos nossa estratégia de interoperabilidade. Nosso objetivo é garantir que o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto

(HRDJSN) opere como um nó coeso e comunicativo dentro da rede de saúde estadual e nacional, utilizando o "modelo de gestão da informação" solicitado no **Anexo III**.

Integração com Sistemas Corporativos da SES/MS

Garantiremos a plena integração com as plataformas estaduais, um requisito fundamental para a operação em rede:

- **Sistema de Regulação Estadual (CORE):** Nosso Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) será integrado ao CORE para a gestão de leitos e agendamentos. Conforme a tabela do **Edital (item 9.2)**, esta é uma integração de implementação "Imediata a partir da assinatura do Contrato de Gestão". A interoperabilidade permitirá a atualização do mapa de leitos em tempo real, o recebimento de solicitações de internação e o envio de informações de alta de forma automatizada.
- **Plataforma de Prestação de Contas:** Nosso sistema financeiro (BRGAAP) será configurado para gerar e transmitir os dados no formato exato exigido pela plataforma eletrônica da SES/MS, garantindo o cumprimento das obrigações de transparência.

Integração com Sistemas Nacionais do

Para cumprir a obrigação de "Implantar e manter os Sistemas de Informação do SUS", conforme o **Anexo XI (Minuta do Contrato de Gestão), item 3.21**, nosso SGH assegurará a geração de arquivos nos padrões do DATASUS para:

- **SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares):** Para o faturamento de todas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).
- **SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial):** Para o registro e faturamento da produção ambulatorial (BPA/APAC).
- **SCNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde):** Manteremos os dados cadastrais da unidade e dos profissionais rigorosamente atualizados, conforme exigido no **Anexo XI, item 3.32**.

Estratégia Técnica de Interoperabilidade

Nossa abordagem técnica para a integração será baseada em padrões modernos de mercado para garantir a flexibilidade e a segurança na troca de informações. Utilizaremos **APIs RESTful** para integrações em tempo real (como a comunicação com o CORE) e, para a troca de dados clínicos, adotaremos o padrão internacional **HL7 (Health Level Seven)**, garantindo que as

informações do Prontuário Eletrônico possam ser compartilhadas de forma estruturada e segura com outras plataformas que adotem o mesmo padrão.

O processo de integração será conduzido em fases, em colaboração direta com a equipe de TI da SES/MS, para garantir uma transição suave e sem impacto nas operações.

Capacitação e treinamento em sistemas de TI

A introdução de um ecossistema tecnológico avançado exige uma estratégia de capacitação robusta para garantir a rápida adoção, o uso correto das ferramentas e a maximização do retorno sobre o investimento. Em resposta à solicitação do **Anexo III (Roteiro para Elaboração da Proposta Técnica)** por um "plano anual de treinamento / capacitação", e em linha com a diretriz de "educação permanente em saúde" do **Anexo II (Perfil Assistencial)**, detalhamos nossa metodologia.

- **Mapeamento de Perfis e Necessidades:** Antes de qualquer treinamento, nossa equipe, em conjunto com as lideranças do hospital, realizará um mapeamento detalhado dos perfis de usuários (médicos, enfermeiros, faturistas, gestores) e suas respectivas interações com os novos sistemas. Isso nos permitirá criar trilhas de aprendizagem personalizadas e eficientes.
- **Treinamento de Implantação (Prático e Imersivo):** Durante o rollout dos sistemas, especialmente do SGH Philips Tasy, executaremos um programa de treinamento prático e "hands-on". As sessões ocorrerão em um ambiente de treinamento que simula o sistema real, utilizando cenários do dia a dia de cada setor. Capacitaremos "usuários-chave" em cada departamento para que se tornem multiplicadores do conhecimento e pontos de apoio locais.
- **Educação Continuada e Plataforma EAD:** Para garantir a sustentabilidade do conhecimento, implementaremos um programa de educação permanente que inclui:
 - **Portal de Educação a Distância (EAD):** Disponibilizaremos uma plataforma online acessível 24/7 com videoaulas, manuais, guias rápidos em PDF e FAQs para consulta autônoma.
 - **Workshops Periódicos:** Realizaremos workshops para apresentar novas funcionalidades dos sistemas e para reciclar o conhecimento sobre processos críticos.
 - **Treinamento de Integração:** Novos colaboradores passarão por um treinamento obrigatório nos sistemas como parte de seu processo de integração.
- **Critérios de Avaliação:** Conforme solicitado no **Anexo III**, a eficácia do treinamento será avaliada por meio de listas de presença, avaliações de reação pós-treinamento e,

principalmente, pela observação direta da correta utilização do sistema na operação, permitindo-nos identificar e corrigir eventuais lacunas de conhecimento.

Segurança da informação e privacidade dos dados

A segurança e a privacidade dos dados são pilares prioritários em nossa proposta de gestão para o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**. Esta seção detalha as estratégias e medidas técnicas que serão adotadas para proteger as informações contra acessos não autorizados, perdas ou violações, em estrita conformidade com a **Cláusula Décima Sexta da Minuta do Contrato de Gestão (Anexo XI)**, que rege o tratamento de dados sob a luz da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

1 Objetivos

- **Proteção de Dados Sensíveis:** Assegurar que todos os dados sensíveis dos pacientes e do hospital sejam protegidos conforme os mais altos padrões de segurança, garantindo a confidencialidade e o sigilo exigidos contratualmente.
- **Conformidade com Regulamentações:** Cumprir todas as leis e regulamentações pertinentes à proteção de dados e privacidade, com destaque para a LGPD.
- **Minimização de Riscos de Segurança:** Adotar "medidas técnicas e administrativas aptas a promover a segurança" para reduzir os riscos de violações e garantir respostas rápidas e eficazes a incidentes.

2 Estratégias de Segurança de Dados

- **Implementação de Políticas de Segurança:** Serão aplicadas nossas políticas corporativas de segurança de dados, que definem claramente os procedimentos para o manuseio, armazenamento e transmissão de informações sensíveis.
- **Treinamento de Conscientização em Segurança:** Serão realizados treinamentos regulares com todos os funcionários sobre as práticas de segurança de dados, enfatizando a importância da proteção das informações dos pacientes e as responsabilidades individuais.

3 Tecnologias de Proteção de Dados

- **Criptografia de Dados:** Será implementada criptografia forte em todos os dados sensíveis, tanto em repouso (armazenados em servidores e backups) quanto em trânsito (na rede), garantindo que as informações sejam acessíveis apenas por pessoas autorizadas.

- **Controles de Acesso:** Serão utilizados sistemas de controle de acesso baseados em perfis para assegurar que apenas usuários autorizados, com base em sua função, possam acessar informações sensíveis, minimizando o risco de acessos indevidos.

4 Monitoramento e Resposta a Incidentes

- **Monitoramento Contínuo:** Serão implementadas soluções de monitoramento contínuo para detectar atividades suspeitas ou não autorizadas em tempo real.
- **Plano de Resposta a Incidentes:** Conforme exigido pelo **Anexo XI, item 16.7**, possuímos um plano abrangente de resposta a incidentes de segurança. Em caso de violação, o plano será ativado imediatamente para mitigação rápida dos impactos e para a notificação às partes interessadas e autoridades, conforme os ritos contratuais e legais.

5 Avaliação e Melhoria Contínua

- **Auditorias de Segurança:** Serão realizadas auditorias de segurança regulares para avaliar a eficácia das políticas e práticas de segurança, identificando áreas para melhoria contínua.
- **Atualizações de Políticas e Tecnologias:** As políticas de segurança e as tecnologias utilizadas serão revisadas e atualizadas regularmente, com base nas mudanças nas ameaças cibernéticas e nas melhores práticas do setor.

6 Impacto Esperado

- **Confiança e Conformidade:** A implementação destas medidas fortalecerá a confiança dos pacientes e funcionários na capacidade do hospital de proteger suas informações, garantindo a conformidade com os requisitos legais e contratuais.
- **Resiliência Organizacional:** A estratégia de segurança aumentará a resiliência do hospital contra ameaças cibernéticas, minimizando potenciais interrupções operacionais e financeiras decorrentes de violações de dados.

Conclusão

Esta Proposta Técnica de Tecnologia da Informação representa mais do que um plano operacional; é o nosso compromisso formal com a transformação digital e a excelência em gestão de saúde no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN). Compreendemos que a TI é o sistema nervoso de um hospital moderno, e nossa solução foi projetada para ser robusta, inteligente e totalmente alinhada aos objetivos estratégicos do **Chamamento Público nº 001/2025/SES**.

Nossa proposta se sustenta em pilares sólidos que, em conjunto, garantem a entrega de um serviço de TI de alta performance e valor agregado:

4. **Governança e Operação de Excelência:** Propomos uma **equipe técnica presente na unidade 24 horas por dia, 7 dias por semana**, garantindo a continuidade assistencial em áreas críticas como a UTI e o Pronto-Socorro. Nossa gestão será pautada por rotinas operacionais maduras e alinhadas ao ITIL, com processos claros para gestão de chamados, incidentes e mudanças, assegurando um serviço previsível e controlado, conforme o "modelo gerencial" solicitado no **Anexo III**.
5. **Tecnologia Integrada e de Ponta:** Implementaremos um **ecossistema de sistemas de informação líderes de mercado**, com o ERP **Philips Tasy** como núcleo, para unificar a jornada do paciente e a gestão hospitalar. Esta plataforma integrada, que inclui soluções como **BRGAAP** para transparência financeira e **Suite SA** para gestão de indicadores, é a ferramenta que nos permitirá não apenas operar, mas otimizar cada processo da unidade, respondendo com profundidade à exigência de um "projeto de Tecnologia da Informação" de alto valor no **Anexo IV (Matriz de Avaliação)**.
6. **Execução Estratégica e Conformidade Rigorosa:** Apresentamos um **cronograma de implementação detalhado e factível**, que cumpre com rigor todos os prazos mandatórios do edital, desde a implantação da plataforma de prestação de contas em **30 dias** até a certificação **ONA Nível 1 em 24 meses**. Nossa arquitetura de segurança e nossas políticas corporativas garantem a total conformidade com a **LGPD**, conforme a **Cláusula Décima Sexta do Anexo XI**, protegendo o bem mais valioso da instituição: a informação.

Em suma, nossa solução tecnológica foi desenhada para ir além do suporte técnico. Ela é a ferramenta estratégica que permitirá ao HRDJSN:

- **Elevar a qualidade e a segurança do atendimento** ao paciente, através de um prontuário eletrônico completo e da padronização de protocolos.
- **Garantir a máxima eficiência operacional e financeira**, otimizando o uso de recursos e proporcionando total transparência na prestação de contas.
- **Alcançar as certificações de qualidade** e implementar as metodologias de gestão mais avançadas do setor de saúde, conforme exigido contratualmente.

O Instituto Social Mais Saúde possui a expertise, as ferramentas e o plano detalhado para executar este projeto com sucesso. Estamos prontos para ser o parceiro tecnológico e estratégico que o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto necessita para se consolidar como uma referência de excelência em saúde pública para o estado de Mato Grosso do Sul. Nossa

proposta é um passaporte para o futuro da gestão hospitalar, e estamos prontos para iniciar esta jornada.

3.6.1.7. Comunicação com a SES/MS

- **Sistema de informação integrado** com acesso remoto para SES/MS.
- **Relatórios gerenciais e financeiros mensais.**
- **Participação em reuniões técnicas e fóruns de governança hospitalar.**
- **Canais institucionais de comunicação.**

3.6.1.8. Limites de Responsabilidade

O Instituto Mais Saúde se compromete a:

- Assumir integralmente a gestão dos serviços contratualizados.
- Garantir qualidade, segurança e resolutividade da assistência.
- Garantir a execução dos serviços conforme pactuação e legislação vigente.
- Manter a transparência na prestação de contas e nos processos de contratação
- Implantar **plataforma eletrônica de prestação de contas**
- Responder tecnicamente pela qualidade, segurança e resolubilidade da assistência.
- Implantar política de sustentabilidade institucional e ambiental.
- Realizar contratação de pessoal conforme **Manual de Contratação e Serviços** institucional.
- Implantar o modelo OCI (Ofertas de Cuidado Integrado) com foco em especialidades e multiprofissionais.
- Implantar Programa de Integridade
- Metodologia de Grupos de Diagnósticos Relacionados (Diagnosis Related Groups - DRG)
- Modelo Remuneratório Baseado em Valor (Pay-for- performance)
- Certificados da Organização Nacional de Acreditação - ONA 1, 2 e 3
- Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) na área de Saúde.

3.6.1.9. Resultados Esperados

- Redução de filas e tempo de espera.
- Melhoria da resolutividade ambulatorial e hospitalar.
- Aumento da satisfação dos usuários.

- Certificação ONA e outras creditações.
- Melhoria de Resultados com DRG
- Sistema de Pagamento por Performance
- Programa de Integridade
- Eficiência na gestão de recursos humanos e financeiros.
- Transparência e conformidade regulatória.
- Sustentabilidade institucional.

3.6.1.10. Cronograma do Planejamento Estratégico Tático e Operacional – Institucional

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
Execução dos projetos por diretoria conforme cronograma.	Padronizar os protocolos assistenciais e administrativos.	Implantar o Modelo de Gestão do ISMS
Implantar o Sistema de Gestão de Indicadores (SAS Interact) integrado às diretorias.	Capacitar equipes em gestão por resultados, gestão por indicadores e metodologias de melhoria contínua.	Consolidar o HRDJSN como referência regional em qualidade assistencial e segurança do paciente.
Acompanhamento semanal das metas e entregas.	Implantar monitoramento de bundles assistenciais e indicadores de desempenho técnico e de pessoal.	Fortalecer a integração entre os processos gerenciais e clínicos.
Realizar reuniões semanais de acompanhamento de metas.	Monitorar indicadores-chave de desempenho (KPIs) por área.	Sustentar equilíbrio econômico-financeiro com eficiência operacional.
Publicar relatórios mensais de desempenho institucional.	Implantar Certificados da Organização Nacional e Acreditação - ONA 1, 2	Fomentar cultura de inovação, pesquisa e ensino.

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
Relatórios mensais de progresso e ajustes.	Implantar Metodologia de Grupos de Diagnósticos Relacionados (Diagnosis Related Groups - DRG)	Fortalecer a gestão hospitalar com foco em eficiência, qualidade assistencial e sustentabilidade.
Implantar Sistema de Gestão baseado em Custos	Modelo Remuneratório Baseado em Valor (Pay-for-performance)	Implantar modelo de cuidado centrado no paciente e baseado em resultados.
Implantar Sistema de Gestão de Pessoas com avaliação de desempenho.	Monitoramento Contínuo e Avaliação da Educação permanente.	Integrar ações entre as diretorias para garantir sinergia e governança.
Implantar os Sistemas de Gestão de Tecnologia da Informação	Implantar os Indicadores Táticos	Implantar Certificados da Organização Nacional e Acreditação - ONA 3
Implantar Programa de Integridade		Monitoramento Contínuo e Avaliação da Educação permanente.
Implantar Programa de Sustentabilidade		Implantar os Indicadores Estratégicos
A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS;		

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;		
Prática clínica assistencial baseada em evidências;		
Garantia do acesso;		
Gestão hospitalar baseada em indicadores de desempenho e sistema de metas;		
Estruturação para habilitações de serviços inerentes ao perfil da Unidade e conforme pactuações;		
Implantação de política de educação permanente em saúde do SUS para os seus colaboradores.		
Cumprir os compromissos contratualizados, incluindo todas as metas e condições		

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
estabelecidas no <u>Anexo I e II do Contrato de Gestão – Critérios e metas de produção e</u>		
<u>Indicadores e metas de desempenho e qualidade, respectivamente;</u>		
Prestar todo o atendimento necessário, sem limitar-se ao quantitativo mínimo estabelecido no Anexo I do Contrato de Gestão - Critérios e metas de produção, bem como àqueles atendimentos não pactuados nas metas, desde que o Hospital disponha de condições técnico-operacionais para realiza-lo.		
Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos validados pelo gestor;		
Manter o serviço de urgência e emergência geral, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas nos 7 (sete) dias da semana, com		

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
acolhimento sob protocolo de classificação de risco, conforme a Portaria GM nº 2.395/2011;		
Realizar a gestão dos leitos hospitalares com vistas a otimização da sua utilização;		
Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP);		
Implantar e 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:		
Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente;		

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
Elaboração de planos para Segurança do Paciente; e		
Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente;		
Implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);		
Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza;		
Garantir que todo o corpo clínico, de enfermagem e demais profissionais realizem a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no <u>Anexo II do Contrato de Gestão - Indicadores de desempenho e qualidade</u> ;		

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
Promover a visita ampliada para os usuários internados;		
Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, indígenas, de acordo com as legislações específicas;		
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;		
Prestar atendimento de emergência ao estrangeiro, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais;		
Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização de procedimentos		

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas;		
Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica;		
Disponibilizar o acesso dos prontuários a autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica;		
Garantir todos os medicamentos necessários durante o período de observação e internação, incluindo medicamentos de alto custo;		
Garantir dieta prescrita, por meio do Serviço de Nutrição e Dietética, incluindo as alimentações parenterais, dietas enterais e dietas especiais;		

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
Garantir estrutura adequada do Centro Cirúrgico aos procedimentos que demandarem cirurgia, junto ao serviço de anestesiologia, respeitando as legislações vigentes;		
Garantir a oferta de equipamentos de proteção individual e coletivo aos trabalhadores;		
Garantir os materiais e insumos em todas as áreas e setores do hospital;		
Ofertar balsas de sangue e hemoderivados, quando necessário;		
Disponibilizar Órteses, Próteses e Materiais Especiais, conforme critérios do SUS e de necessidade do paciente;		
Garantir a oferta de exames e laudos técnicos de imagens próprio ou terceirizado;		

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
Assegurar e intermediar as transferências de usuários para unidades hospitalares especializadas ou ambulatoriais, disponibilizando equipe de profissionais assistentes para o transporte, quando necessário, conforme os critérios da política de regulação do acesso;		
Garantir o serviço de hotelaria e enxoval a todos os setores do Hospital;		
Garantir o fornecimento de materiais esterilizados reutilizáveis e descartáveis;		
Garantir Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT, disponibilizando equipamentos prioritários à manutenção da vida e demais equipamentos, conforme a especificidade do setor e serviço;		

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
Prestar assistência, conforme as redes temáticas da Rede de Atenção à Saúde (RAPS, Alyne, RUE, Crônicas, Psicossocial e outras pactuadas);		
Ofertar consultas especializadas por profissionais de saúde qualificados;		
Referenciar o usuário, conforme o fluxograma da rede de assistência municipal local ou regional;		
Garantir a implantação e o pleno funcionamento das Comissões Hospitalares instituídas por legislações específicas e/ou requeridas pela Secretaria de Estado de Saúde;		
Responsabilizar-se pela continuidade dos processos de cadastramento, credenciamento e habilitações de serviços, bem como os projetos de reforma e ampliação estrutural;		

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
Garantir que a assistência de Cuidados Paliativos na fase compatível com quadro clínico em que o paciente se apresenta;		
Garantir a prestação de assistência nas Unidades de Terapia Intensiva em observância a todos os critérios da RDC nº 7/2010 do Ministério da Saúde.		
Prestar as ações e serviços de saúde contratualizados, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada;		
Informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento;		
Disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor;		

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
Disponer de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com os parâmetros estabelecidos na legislação vigente;		
Disponer de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, respeitada a legislação vigente;		
Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS;		
Disponibilizar brinquedoteca no Serviço de Pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação vigente;		
Disponer de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário;		

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do Hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso;		
Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores;		
Participar com representante da Unidade Hospitalar no Conselho de Saúde local;		
Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados a assistência à saúde;		
Registrar e apresentar de forma correta, conforme sistemática adotada pelo gestor, a produção das ações e serviços de saúde de acordo com as normas estabelecidas pelo DATASUS;		

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
Disponibilizar ao gestor público de saúde os respectivos dados necessários à alimentação dos sistemas de informações em saúde, bem como o acesso aos sistemas de gestão hospitalar (sistema de monitoramento assistencial e outros que sejam necessários);		
Participar e fornecer, à Superintendência de Governança Hospitalar (SGH) e às demais superintendências da SES, todos os documentos e informações necessárias ao cumprimento integral do Contrato de Gestão;		
Facilitar o acompanhamento, monitoramento e a avaliação permanente dos serviços e prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da Secretaria de Estado de Saúde de MS designados para tal fim;		

Operacional (Curto Prazo – até 12 meses)	Tático (Médio Prazo – 1 a 2 anos)	Estratégico (Visão de Longo Prazo – 3 a 5 anos)
Cumprir o cronograma de entrega dos documentos referentes a produção ambulatorial e hospitalar definido por ato normativo da Secretaria de Estado de Saúde de MS; e		
Encaminhar a Secretaria de Estado de Saúde de MS cópia dos contratos de serviços		
Implantar os Indicadores Operacionais e de Sustentabilidade:		