PREFEITURA DE AMERICANA INTELIGENTE E HUMANA | SECRETARIA DA SAÚDE

Contrato cadastrado sob nº 517 / 25
Secretaria Municipal de Administração

CONTRATO DE GESTÃO N°: 517 /2025

PROCESSO N°: 6.417/2024

CHAMAMENTO PUBLICO Nº 002/2025

PARTÍCIPES: Prefeitura do Município de Americana por meio de sua da Secretaria Municipal da Saúde e INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH, na qualidade de CONTRATADA.

OBJETO DO CONTRATO: GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS PARA PRONTO ATENDIMENTO DO ANTONIO ZANAGA

A PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE AMERICANA, por meio da sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE**, com sede na Avenida Bandeirantes, 2.390. Chácara Machadinho, Americana/SP, neste ato representado por seu Secretário Municipal da Saúde **DANILO CARVALHO OLIVEIRA,** portador de cédula de identidade RG n° 2.201.040 SSP/PI, CPF n° 005.194.603-32, doravante denominada **CONTRATANTE** e de outro lado o **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH**, entidade privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social no município de Americana/SP nos autos do processo administrativo n° 6.417/2024, inscrita no **CNPJ** sob o n° 23.453.830/0001-70, com Sede na Rua Cristiano Otoni, nº 233 - Centro, CEP: 33250-006, na cidade de Pedro Leopoldo/MG, com estatuto arquivado no Registro Civil de Pessoa Jurídica da cidade de Pedro Leopoldo/MG, sob o nº de ordem 51, às fls. 47v/48v, do livro A-2 de registro civil de pessoas jurídicas, neste ato representada por seu Presidente **Sr. José Carlos Rizoli(Presidente)**, portador de cédula de identidade RG: 3.148.647-2 SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o n° 171.893.228-68, doravante denominada **CONTRATADA** tendo em vista o que dispõe a Lei Federal n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Municipal n° 5.087, de 01 de outubro de 2006, o Decreto Municipal n° 8.708, de 30 de novembro de 2010, a Lei Federal n° 13.144 de 1º de abril de 2021, **RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** mediante as seguintes cláusulas e condições:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

1. OBJETO

O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, e seus anexos, têm por objeto **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA ANTONIO ZANAGA**, em consonância com as Políticas de Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, diretrizes de SMS e em conformidade com os documentos do Chamamento Público nº 002/2025

São anexos deste Contrato de Gestão:

Anexo I – Descrição Técnica e seus respectivos anexos;

Anexo II – Termo de Referência e seus respectivos anexos;

Anexo III – Plano de Trabalho e seus respectivos anexos;

1.1 É objeto desse presente Contrato de Gestão;

CNES	UNIDADE/SERVIÇO – NOME DIVULGAÇÃO
	Unidade de Pronto Atendimento - UPA ANTONIO ZANAGA,

1.2 Atendido o interesse público, as metas pactuadas e os resultados obtidos no gerenciamento, conforme determinação da Secretaria Municipal de Saúde será possível o acréscimo de novos serviços, mediante celebração de termo aditivo e revisão dos parâmetros para pagamento e avaliação de desempenho por linha de serviço.

1.3 A **CONTRATADA** obriga-se a executar os serviços detalhados no objeto deste Contrato Plano de Trabalho da Contratada.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

1.4 Para atender ao disposto neste **CONTRATO DE GESTÃO**, as partes estabelecem:

I. Que a **CONTRATADA** dispõe de suficiente nível técnico assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados, conforme a especialidade e características da demanda;

II. Que a **CONTRATADA** não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este Contrato com a **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE.**

2. DO PRAZO DE VIGÊNCIA E DA TRANSIÇÃO

2.1. O prazo de vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** é de 12 (doze) meses, contados a partir da sua assinatura, podendo o mesmo ser prorrogado por iguais períodos até o limite de 60 (sessenta) meses.

2.1.1. Na hipótese de prorrogação, o cronograma de desembolso que acompanha este contrato deverá ser redimensionado para previsão de 12 (doze) meses de custeio.

2.1.2. Para fins do redimensionamento mencionado no item anterior e observação dos limites legais de ampliação e/ou redução do valor global do contrato, deverá ser considerado o valor correspondente a 12 (doze) meses do montante mensal destinado ao custeio, conforme previsão em cronograma mensal anexo a este contrato.

2.2. O período de início do cronograma de investimento, para adequações físicas para assunção total da unidade e serviços de saúde terá duração de até 120 (Cento e vinte) dias, a partir da data de ordem de início de execução do contrato.

3. DA PREVISÃO DE PERMISSÃO DE USO E ADMINISTRAÇÃO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS

3.1. Com relação à faculdade de permissão de uso e administração de bens, prevista no artigo 13 da Lei Municipal n° 5.087, de 01 de outubro de 2010 e pelo art. 26 do Decreto

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Municipal n° 8.708, de 30 de novembro de 2010, a permissão de uso dos bens cedidos no ato da assinatura do Contrato de Gestão, vigorará durante a vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.2. A **CONTRATADA** deverá comunicar à **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após sua ocorrência e providenciar a documentação necessária para o processo de incorporação dos bens adquiridos.

3.3. Em caso de término do contrato ou desqualificação da **CONTRATADA**, esta deverá entregar à **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo de incorporação dos bens adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTAO** bem como os bens recebidos ou adquiridos mediante legados ou doações, nos termos do art. 13, da Lei Municipal n°5.087/2010.

3.4. Os custos das reformas e ampliações necessários à adequada prestação de serviços daUnidade sob gerenciamento da **CONTRATADA** com verbas públicas ou com verbas de particulares, devem ser previamente submetidos à aprovação da **CONTRATANTE**, que poderá solicitar novos orçamentos ou justificativas.

3.5. Configurada a hipótese da cláusula anterior, a autorização exigirá, quando necessário, revisão de metas formalizada pôr Termo Aditivo.

3.6. As benfeitorias realizadas na unidade própria da **CONTRATANTE**, objeto deste **CONTRATO DE GESTAO,** serão incorporadas ao patrimônio municipal, não importando sua natureza ou origem dos recursos.

3.7. Futura e eventual destinação de bens públicos à **CONTRATADA** para cumprimento do objeto do **CONTRATO DE GESTÃO**, além de serem descritos pormenorizadamente em inventário, ocorrerá por meio de Termo Aditivo e seguirá o estabelecido pela legislação pertinente, em especial, a Lei Municipal nº 5.087, de 01 de outubro de 2010, e o Decreto

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Municipal nº 8.708, de 30 de novembro de 2010, a depender da prévia autorização do titular da **CONTRATANTE.**

3.8. Anualmente, ou quando solicitado pela **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** deverá entregar em meio eletrônico relatório atualizado de patrimônio para a Secretaria Municipal de Saúde.

4. DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

4.1. A CONTRATADA deverá executar este contrato com plena observância das diretrizes técnicas e gerenciais estabelecidas pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) por meio de suas portarias e protocolos, da legislação referente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e dos diplomas legais que regem a presente contratação, cabendo-lhe:

4.1.1 Executar as atividades e serviços de saúde especificados neste **CONTRATO DE GESTÃO**, nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS, especialmente o disposto na Lei Federal n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 regulamentada pelo Decreto da Presidência da República n° 7.508 de 28 de junho de 2011, em especial os seguintes:

4.1.2 Universalidade de acesso aos serviços de saúde.

4.1.3 Integralidade de assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos do SUS existentes no Município.

4.1.4 A humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde e no respeito aos seus direitos, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

4.1.5 Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto.

4.1.6 A **CONTRATADA** deverá afixar aviso em local visível, de sua condição de entidade Integrante do Sistema Único de Saúde – SUS e de sua gratuidade dos serviços prestados;

4.1.7 Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

4.1.8 Igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

4.1.9 Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

4.1.10 Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

4.1.11 Garantia de todas as instâncias formais nos termos da legislação pertinente para participação da comunidade.

4.1.12 Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

4.1.13 Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário.

4.1.14 Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

4.1.15 Laicidade na prestação dos serviços de saúde, com observância das diretrizes do SUS e da Secretaria Municipal da Saúde, independentemente das convicções religiosas da **CONTRATADA**.

4.1.16 Garantia da presença de um acompanhante em tempo integral, nos períodos de observações prolongadas de crianças, adolescentes e idosos, com direito a alojamento e alimentação, nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto do Idoso.

4.1.17 Informações aos pacientes sobre seus direitos como usuários dos serviços e das ações de saúde, de acordo com as disposições contidas nas Portarias do Ministério da Saúde n°1286 de 26/10/93 e n° 74, de 04/05/94, na Lei Estadual n° 10.241, de 17/03/99, bem como, as resoluções do Conselho Nacional de Saúde, e demais legislações pertinentes.

4.1.18 Observância, em respeito ao fomento público, dos princípios da legalidade, impessoalidade, publicidade, moralidade, eficiência, motivação, finalidade, razoabilidade proporcionalidade e submissão ao efetivo controle administrativo.

4.2. A **CONTRATADA** deverá executar os termos deste contrato com plena observância das diretrizes a seguir especificadas.

4.3. A **CONTRATADA** obrigar-se-á não só a observar a legislação disciplinadora do SUS mas também a legislação municipal e as normas e diretrizes técnicas da CONTRATANTE por meio de suas portarias e protocolos.

4.4. A **CONTRATADA** obrigar-se-á a atender a lista de fármacos padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais- Rename- estabelecidos pelos SUS, em conformidade com o porte hospitalar, conforme sua complexidade hospitalar, ou pela Comissão de Farmacoterapêutico da Instituição.

4.5. As orientações técnicas referentes à prestação dos serviços poderão ser alteradas

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

pela **CONTRATANTE**, obrigando a **CONTRATADA** a cumprir apenas após a devida comunicação da alteração.

4.6. Configurada a hipótese da cláusula anterior, o cumprimento das normas técnicas da Administração Municipal somente gerará a revisão de metas estabelecidas e/ou revisão do repasse de recursos, quando da demonstração documentada pela **CONTRATADA** de que as novas normas estabelecidas gerem custos adicionais ou inferiores aos previstos no Plano de Trabalho e da aprovação pela **CONTRATANTE**.

4.7. A **CONTRATADA** deverá apoiar a realização de práticas educativas, projetos e programas de formação desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde;

4.8. A **CONTRATADA** deverá permitir o integral acesso ao estabelecimento de saúde por ela gerenciado, aos servidores indicados pela **CONTRATANTE** e aos membros das Comissões, devidamente identificados.

4.9. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar todas as informações assistenciais e financeiras, de acordo com critérios e periodicidade estabelecidos pela **CONTRATANTE** e sempre que solicitadas para a realização do acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde contratados, colaborando com a fiscalização no emprego de recursos públicos e no integral cumprimento deste contrato.

4.10. A apresentação das informações nos prazos fixados pela **CONTRATANTE** não exime a **CONTRATADA** de apresentar as informações requeridas pelos órgãos discriminados neste **CONTRATO DE GESTÃO** na Cláusula 9 (Núcleo Técnico de Apoio e Comissão de Avaliação e Fiscalização) durante a sua execução.

4.11. A **CONTRATADA** deverá, em seus sítios eletrônicos, publicizar informações de interesse comum acerca da utilização de recursos públicos, tais como: relação de cargos e salários, prestação de contas da entidade, contratos de mão de obra terceirizada na íntegra e o que mais couber, em consonância as previsões legais.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

4.12. A **CONTRATADA** deverá manter atualizadas as versões e programas referentes aos sistemas de informação da Secretaria Municipal, de Saúde, do DATASUS (Sistema de Informação Ambulatorial, Sistema de Informação Hospitalar, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde-CNES, Central de Regulação e Oferta de Serviço de Saúde), e os respectivos dados informados nos prazos estabelecidos pela SMS e pelo Ministério da Saúde bem como outros que vierem a ser exigidos pela **CONTRATANTE**, e todos seus componentes.

4.13. A **CONTRATADA** deve notificar todas as doenças e agravos de notificação compulsória, estabelecidos mediante normas técnicas de âmbito federal, estadual e municipal em consonância com o estabelecido na legislação federal, estadual e municipal pertinente.

4.14. A **CONTRATADA** também deve notificar aos órgãos de vigilância em saúde municipais todos os acidentes de trabalho, bem como as doenças e agravos à saúde relacionados ao trabalho em conformidade com o disposto no Código Sanitário do Município de Americana/SP.

4.15. A **CONTRATADA** deverá igualmente atender todas as solicitações para a implantação de novos sistemas de informação, pela SMS. Em caso de geração de novos custos de aquisição, implantação e/ou manutenção destes, deverá a **CONTRATADA** apresentar documentação pertinente e Plano de Trabalho que será avaliado pela **CONTRATANTE**, e poderá implicar em revisão do repasse de recursos.

4.16. A **CONTRATADA** poderá instalar e utilizar sistema de informação referente às ações de assistência por ela gerenciada, desde que previamente aprovado pelo setor responsável da **CONTRATANTE**.

4.17. A **CONTRATADA** deverá manter atualizados, nos prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**, os dados de prestação de contas técnico-assistenciais e financeiras do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

4.18. A **CONTRATADA** deverá implantar um serviço de atenção ao usuário (SAU) integrado com o "Sistema de Ouvidoria" da SMS.

4.19. A **CONTRATADA** deverá manter efetiva articulação entre os equipamentos de saúde e as equipes que compõem as redes de saúde, assegurando a continuidade do processo assistencial de modo que seja reconhecido como tal pelo próprio usuário, de acordo com os seguintes critérios:

a) Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contra referências estabelecidas pela SMS;

b) Utilização de rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados.

4.20. A **CONTRATADA** deverá enviar à **CONTRATANTE**, ao término de cada exercício e sempre que solicitado, o Relatório de Execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, conforme Lei nº 5.087/2010 e seu Decreto nº 8.708/10 e Instrução Normativa nº 001/2020 e demais órgãos de fiscalizações.

4.21. A **CONTRATADA** se responsabilizará pela manutenção, guarda e arquivo de prontuários e documentos da unidade, objeto deste contrato, observadas as resoluções do CFM n° 1639/02 e n°1821/07.

4.22. A **CONTRATADA** se obriga a manter atualizados e arquivados as FAA (Ficha de Atendimento Ambulatorial) e prontuários da unidade de saúde objeto deste **CONTRATO DE GESTAO** de acordo com a Legislação vigente dos órgãos competentes, a partir da assunção deste.

4.23. Justificar a pacientes ou a seus representantes, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO**.

4.24. Permitir visita aberta a pacientes do SUS internados respeitada a rotina do serviço recomendação médica em contrário.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

4.25. Esclarecer aos pacientes e/ou responsáveis legais sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

4.26. Respeitar a decisão do paciente e/ou responsável legal, ao consentir ou recusar prestação de serviço de saúde, salvo em casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

4.27. Garantir a confidencialidade de dados e informações sobre pacientes.

4.28. Manter em pleno funcionamento as Comissões Obrigatórias e aquelas exigidas pelos Conselhos de Classe.

4.29. Instalar, no prazo previsto para cada caso, qualquer outra comissão que venha a ser criada por lei ou norma infra legal, independentemente de notificação da **CONTRATANTE**.

4.30. A **CONTRATADA** obriga-se a fornecer aos pacientes e/ou representante legal, relatório de atendimento prestado, e teor de seu prontuário médico nos moldes das legislações vigentes.

4.31. A **CONTRATADA** deverá manter durante toda a vigência do contrato o integral cumprimento de todas as condições de habilitação.

4.32. A **CONTRATADA** deverá observar as previsões estabelecidas na Lei Geral de Proteção de Dados n.° 13.709/2018.

5. DA GESTÃO DE PESSOAS

5.1. A **CONTRATADA** deverá contratar sempre, por meio de processo seletivo, exceto na hipótese de sucessão trabalhista, com estrita observância da impessoalidade de todo o

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

pessoal necessário e suficiente para a execução das atividades previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, inclusive a equipe assistencial mínima, providenciando a substituição no caso de faltas, licenças e férias, a fim de não ocasionar prejuízo à assistência.

5.2. O processo de contratação de pessoal deve ser precedido de prévia divulgação de edital que garanta iguais condições de disputa aos interessados, com definição e publicização de critérios objetivos de classificação.

5.3. Os contratos de trabalho celebrados pela **CONTRATADA** serão regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), não gerando vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**.

5.4. A **CONTRATADA** fica impedida ao pagamento de saúde suplementar com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO.**

5.5. A não realização do procedimento previsto no item 5.1. dependerá de motivação expressa da **CONTRATADA**, justificada a inviabilidade da competição.

5.6. A **CONTRATADA** deverá responsabilizar-se pelo recolhimento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do objeto deste contrato, devendo ainda nesse contexto, seguir as cláusulas presentes neste instrumento.

5.7. A **CONTRATADA** deverá se submeter à legislação trabalhista, inclusive as normativas que disciplinam Segurança e Medicina do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em especial as Normas Regulamentadoras n° 32 e n°7, devendo:

a) Implantar e garantir o funcionamento do Serviço Especializado em Segurança e Medicinado Trabalho (SESMT), em cumprimento a NR4.

b) Implantar e garantir o funcionamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), em cumprimento a NR5.

c) Em ambos os casos deverá a entidade contratada permitir e incentivar a participação dos representantes dos empregados e empregadores, conforme explicitado.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

5.8. Os profissionais contratados deverão ser incluídos no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

5.9. A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á, administrativamente, civil e criminalmente, perante os usuários por eventual indenização de danos materiais e/ou morais decorrentes da execução deste contrato.

5.10. A **CONTRATADA** deverá manter controle do ponto biométrico, cartão eletrônico ou folha de frequência de todos os profissionais em serviço na Unidade, mantendo sob sua guarda para eventual solicitação por parte da **CONTRATANTE**, devendo disponibilizar também escalas de plantões a SMS.

5.11. A **CONTRATADA** deverá apurar eventual falta funcional de seus empregados e demais prestadores de serviços na execução deste contrato e impor-lhes a sanção devida.

5.12. As disposições do item anterior deverão ser cumpridas também sempre que solicitado pela **CONTRATANTE**.

5.13. Não poderão ser contratadas, com recursos repassado pela **CONTRATANTE** pessoas físicas ou jurídicas que estejam impedidas de contratar com a Administração Pública.

5.14. A **CONTRATADA** fica ciente de que é vedada a contratação dos membros de sua Diretoria e do Conselho de Administração e respectivos cônjuges, companheiros e parentes colaterais ou afins até o terceiro grau, bem como de pessoa jurídica das quais estes sejam controladores ou detenham mais de 10% (dez por cento) das participações societárias, para prestar serviços objetos deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

5.15. A **CONTRATADA** deverá manter em seu poder cadastro atualizado dos profissionais contratados, que deverá conter, no mínimo:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

a) Dados pessoais;

b) Endereço domiciliar e telefones para contato;

c) Foto 3x4 recente;

d) Cópia do diploma de formação da entidade reconhecida pelo MEC e conselho regional de classe quando couber;

e) Cópia do diploma de especialização para os cargos e/ou funções que exigem essa formação;

f) Cópia do comprovante de pagamento do ano do exercício validado junto ao conselho regional de classe quando couber;

g) Cópia do registro profissional atualizado.

5.15.1. Esses registros deverão ser colocados à disposição de qualquer representante da Secretaria Municipal de Saúde quando solicitado, a qualquer tempo na duração da **CONTRATO DE GESTÃO**.

5.16. A **CONTRATADA**, nos termos da lei, afixará na unidade de saúde por ela gerenciada, em local visível, a lista dos profissionais em serviço no período, e demais legislações vigentes.

5.17. Mensalmente, a **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** a relação nominal dos empregados vinculados a este contrato, bem como as respectivas remunerações.

5.18. A **CONTRATADA** deverá apresentar Plano de Educação Permanente, com periodicidade anual, integrado ao NEPH – Núcleo de Educação Permanente e Humanização, que contemple os profissionais da Unidade gerenciada, até (três) meses da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, contanto que atestem a compatibilidade da capacitação com objeto contratual.

6. DA AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO E CONTRATAÇÕES

6.1. A **CONTRATADA** deverá enviar, nos termos estritos do objeto deste contrato à **CONTRATANTE**, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de assinatura do presente contrato, o Regulamento devidamente publicado, de aquisições para a

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

contratação de obras e serviços, bem como para compras e alienações, previamente aprovado pelo Conselho de Administração da entidade, juntamente com a comprovação da aprovação, da Lei nº 5.087, 2010 e seu Decreto Regulamentador.

6.2. O Regulamento de que trata a Cláusula 6.1 deverá ser aprovado pela CONTRATANTE;

6.3. A **CONTRATADA** se responsabilizará pelo abastecimento de material médico hospitalar, medicamentos, dietas enterais, suprimentos de informática, material de escritório e administrativo necessários para sua plena execução do respectivo Contrato.

6.4. A **CONTRATADA** deverá atender as solicitações excepcionais de compra da **CONTRATANTE** de insumos necessários à consecução dos serviços, objeto deste contrato, regularmente abastecidos pela **CONTRATANTE** e nesse caso será devidamente ressarcida no valor despendido. A **CONTRATADA** deverá seguir as regras procedimentos estabelecidos no Regulamento de Aquisições para a Contratação de Obras e Serviços, bem como para Compra e Alienações, aprovado previamente pela **CONTRATANTE**, consoante descrito no item 6.1.

6.5. A **CONTRATADA** deverá respeitar a Relação de Medicamentos Padronizados pelo Sistema Único de Saúde para a compra de medicamentos.

6.6. A **CONTRATADA** deverá ser responsável pela prestação dos serviços descritos no Plano de Trabalho, devendo nele prever, quando couber:

a) Médico-Assistenciais;

b) Manutenção de Equipamentos;

c) Manutenção Predial;

d) Vigilância Patrimonial;

e) Limpeza e Asseio predial

f) Outros cuja necessidade vier a ser identificada e autorizada pela CONTRATANTE.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

6.7. A **CONTRATADA** poderá contratar serviços de terceiros, desde que acessórios e instrumentais às atividades fins deste contrato, bem como para execução das atividades finalísticas, em caráter complementar e extraordinário quando diante das particularidades do mercado previamente justificadas, configure-se a impossibilidade da contratação direta do profissional, responsabilizando-se pelo recolhimento dos encargos daí decorrentes, no limite dos recursos financeiros repassado pela **CONTRATANTE.**

6.8. A **CONTRATADA** responsabiliza-se pelo pagamento do fornecimento de água, luz, telefone e internet, quando couber.

6.9. Na hipótese de reformas de natureza física ou estrutural das instalações, a **CONTRATADA** deverá submeter à **CONTRATANTE** o respectivo projeto, com memorial descritivo e cronograma de execução para prévia análise e aprovação.

6.10. A observância dos itens anteriores deverá, a qualquer tempo, ser comprovada pela **CONTRATADA**, por solicitação da **CONTRATANTE**, sob apena de glosa dos recursos a serem pagos.

7. DA COMUNICAÇÃO INTERNA E EXTERNA

7.1. A **CONTRATADA** obriga-se, na prestação dos serviços objeto deste contrato, a utilizar as marcas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde e observar as diretrizes que vierem a ser definidas pela **CONTRATANTE** em relação à programação visual.

7.2. A **CONTRATADA** deverá sempre informar à **CONTRATANTE** quando fornecer informações aos meios de comunicação acerca da prestação de serviços objeto deste **CONTRATO DE GESTAO**.

7.3. As marcas e logotipos da **CONTRATADA** deverão seguir os modelos definidos pela **CONTRATANTE**, para utilização de uniformes objetos deste contrato. Os mesmos modelos deverão ser seguidos na confecção de impressos, respeitando-se a proporção

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

de dimensionamento, ou seja, os logos da **CONTRATADA** e do SUS deverão corresponder a 70% do logo da Prefeitura Municipal de Americana - Secretaria Municipal da Saúde.

7.4. Nas dependências físicas da Unidade o uso das marcas e logotipos será definido pela **CONTRATANTE** conforme os padrões por ela estabelecidos em Portarias do Secretário Municipal da Saúde.

8. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

8.1. Para execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** a **CONTRATANTE** compromete-se a:

8.1.1. Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do objeto, incluindo os recursos financeiros, de acordo com Plano Orçamentário e Cronograma de Desembolso (Anexo II), conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e conforme as disponibilidades orçamentárias.

8.1.2. Garantir os recursos financeiros para execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTAO**, fazendo o repasse mensal à **CONTRATADA**, nos termos do disposto neste contrato e conforme as disponibilidades orçamentárias.

8.1.3. Ressarcir as despesas e/ou encargos financeiros e/ou prejuízos decorrentes de eventual atraso nos repasses financeiros, desde que tal atraso não seja provocado, por qualquer motivo, pela **CONTRATADA**.

8.1.4. Programar no orçamento do Município, para os exercícios subsequentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO** os recursos necessários para execução do objeto contratual.

8.1.5. Permitir o uso dos bens móveis e imóveis especificados no Termo de Permissão de Uso conforme Cláusula 3 e seus subitens deste **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos da Lei Municipal nº 5.087/10 e seu Decreto nº 8.708/10.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

8.1.6. A Secretaria Municipal da Saúde realizará, de acordo com as suas competências, a administração deste **CONTRATO DE GESTÃO.**

8.1.7. Instituir e garantir o funcionamento regular e adequado da Comissão Acompanhamento e Fiscalização, fazendo cumprir suas deliberações.

8.1.8. Promover a resolução das demais questões administrativas correlatas aos trâmites do **CONTRATO DE GESTÃO.**

8.1.9. Elaborar os instrumentos para o monitoramento e avaliação contratual.

8.1.10. Acompanhar e avaliar os indicadores de qualidade e de produtividade e as prestações de contas da **CONTRATADA**.

8.1.11. Fazer cumprir as deliberações emanadas dos órgãos de acompanhamento e avaliação indicados nas cláusulas da cláusula 9 deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

8.1.12. Promover a resolução das demais questões administrativas correlatas aos trâmites do **CONTRATO DE GESTAO**.

8.1.13. Manter a **CONTRATADA** informada sobre as diretrizes municipais.

9. DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

9.1. O acompanhamento e a avaliação da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** serão realizados pelo:

9.1.1. Núcleo Técnico de Apoio, setor da SMS responsável pelo desenvolvimento dos processos que envolvem a contratualização dos serviços de saúde, auxilia a gestão e controle administrativo dos contratos, bem como, por avaliar a atuação da

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

CONTRATADA através dos indicadores de qualidade e de produtividade, indicados neste contrato, através das prestações de contas. Responsáveis também pelo acompanhamento do respectivo Contrato de Gestão, envolvendo a verificação objetiva de que os serviços contratados estão sendo realizados de forma satisfatória e, também, pela identificação do alcance das metas do contrato, com a finalidade de determinar o progresso na prestação dos serviços, identificar eventuais desvios dos objetivos contratuais e indicar medidas de correção.

9.1.2. Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão constituída na forma prevista Lei Municipal n° 5.087/2010, e seu Decreto nº 8.078/10, compete analisar o relatório de execução do **CONTRATO DE GESTAO**, com comparativo específico entre as metas propostas e os resultados alcançados, acompanhados da prestação de contas apresentada pela **CONTRATADA**, ao final de cada exercício financeiro ou a qualquer tempo que necessário.

9.1.2.1. O relatório conclusivo da **Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão (CAF)** será submetido em até 30 (trinta) dias ao Secretário Municipal da Saúde;

9.1.2.2. Compete à Comissão de Acompanhamento e Fiscalização analisar o relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico entre as metas propostas e os resultados alcançados, acompanhados da prestação de contas apresentada pela Organização Social, trimestralmente e ao término de cada exercício financeiro, ou a qualquer tempo desde que requisitado, justificadamente, pelo referido Colegiado, nos termos do art, 8º da Lei nº 5.087,de 1º de outubro de 2010.

9.1.2.3. Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público, para as providências relativas aos respectivos âmbitos de atuação, sob pena de responsabilidade solidária e demais providências nos termos do Art. 10 e 11 da Lei Municipal n° 5087/10 e demais providências.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

9.2. Para a realização do acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde contratados serão utilizados indicadores selecionados para esta finalidade segundo objetivo a ser avaliado e tipologia do serviço contratualizado.

9.3. O acompanhamento da produção será realizado de acordo com as metas estabelecidas (Anexo II).

9.4. O acompanhamento e avaliação da qualidade serão realizados de acordo com os indicadores definidos no (Anexo II).

9.5. Além da fiscalização prevista nos itens anteriores, a auditoria e fiscalização em relação à aplicação dos recursos públicos repassados à contratada poderá ser realizada por auditoria externa independente, desde que autorizada, em despacho fundamentado, pelo Secretário de Saúde.

10. DO FINANCIAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

10.1 A transferência de recursos referentes às despesas será realizada sob as seguintes condições:

10.2. A **CONTRATADA** deverá possuir Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas CNPJ específico e exclusivo para este **CONTRATO DE GESTÃO**, que deverá ser obtido pela **CONTRATADA** no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da assinatura deste contrato constando como titular a **CONTRATADA**, sendo a razão social "NOME DA CONTRATADA/ UPA ANTONIO ZANAGA" para a abertura das contas correntes de movimentação e demais operações comerciais.

10.3. A **CONTRATADA** deverá possuir conta corrente, especifica e exclusiva para este **CONTRATO DE GESTAO,** constando como titular a **CONTRATADA**, junto ao Banco do Brasil, para as movimentações bancárias referentes aos repasses de recursos do TESOURO MUNICIPAL, ESTADUAL E FEDERAL.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

10.4. Havendo mais de um **CONTRATO DE GESTÃO** e independentemente da existência de conta bancária já cadastrada para recebimento dos valores repassados pela **CONTRATANTE** a **CONTRATADA** deverá providenciar a abertura de nova conta bancária para transferir os valores oriundos de cada ajuste, a fim de que permaneçam separados para todos os fins, inclusive verificação contábil.

10.5. É vedada a utilização de contas de outros Contratos de Gestão para movimentação financeira deste e vice-versa.

10.6. A CONTRATADA deverá constituir reserva de recursos destinada a contingências conexas à execução do programa de trabalho, atendidos os seguintes preceitos:

10.6.1. Organização Social abrirá conta bancária específica, na qual será depositada parte dos recursos financeiros repassados em decorrência do contrato de gestão, respeitada, para esse fim, porcentagem fixada pela Secretaria da Saúde de comum acordo com a Organização Social e de modo compatível com a finalidade da conta;

10.6.2. Organização Social poderá contribuir com recursos próprios para a reserva de que trata este inciso;

10.6.3. Os recursos serão obrigatoriamente aplicados em fundo de aplicação financeira ou operação de mercado aberto lastreada em títulos da dívida pública;

10.6.4. As receitas financeiras auferidas na forma da alínea anterior serão obrigatoriamente computadas a crédito do contrato de gestão, devendo constar de demonstrativo específico que integrará as prestações de contas;

10.6.5. Os recursos financeiros depositados na conta bancária a que se refere o item 10.6.1 deste inciso somente poderão ser utilizados no objeto de sua finalidade e com a prévia autorização do Conselho de Administração da Organização Social, por deliberação de 3/4 (três quartos) dos membros presentes em reunião convocada para esse fim, e do Secretário da Saúde;

10.6.6. Ao final do contrato de gestão, o saldo financeiro remanescente na reserva a que se refere este inciso será incorporado ao Município.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

10.7. A **CONTRATADA** deverá apresentar mensalmente, em sua prestação de contas, extratos bancários de movimentação de conta corrente e de investimentos, demonstrando a origem e aplicação dos recursos.

10.8. A **CONTRATADA** deverá realizar mensalmente a Prestação de Contas oficial, conforme modelos demonstrados no Anexo II.

10.9. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar permanentemente a **CONTRATANTE**, responsável pelo acompanhamento e avaliação do **CONTRATO DE GESTÃO** todas as informações relacionadas aos recursos pagos, demonstrativos gerenciais extratos bancários.

11. DOS RECURSOS FINANCEIROS

11.1. Pela execução das atividades e serviços de saúde objeto deste **CONTRATO DE GESTAO**, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA** os valores definidos no Plano de Trabalho e seu respectivo Plano Orçamentário, aprovados neste **CONTRATO DE GESTÃO**, no prazo e condições nele estabelecidos.

11.2. Pela prestação dos serviços objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo II, a importância global do **CONTRATO DE GESTÃO** para o período de 12 (doze) meses, o valor total de **R$ 18.316.960,94 (dezoito milhões, trezentos e dezesseis mil, novecentos e sessenta reais e noventa e quatro centavos),** sendo **R$ 17.753.431,20 (dezessete mil, setecentos e cinquenta e três mil quatrocentos e trinta e um reais e vinte centavos) de Custeio e R$ 563.529,74 (quinhentos e sessenta e três mil, quinhentos e vinte e nove reais e setenta e quatro centavos) de Investimentos,** conforme cronograma de desembolso:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - EXERCÍCIO 2025/2026

UPA ZANAGA														
	Agosto/25	Setembro/25	Outubro/25	Novembro/25	Dezembro/25	Janeiro/26	Fevereiro/26	Março/26	Abril/26	Maio/26	Junho/26	Julho/26	Agosto/26	TOTAL
Custeio	572.691,33	1.479.452,60	1.479.452,60	1.479.452,60	1.479.452,60	1.479.452,60	1.479.452,60	1.479.452,60	1.479.452,60	1.479.452,60	1.479.452,60	1.479.452,60	906.761,27	17.753.431,20
Investimento - Equipamentos*	36.090,37	36.090,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	72.180,74
Investimento - Obras*	245.674,50	245.674,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	491.349,00
TOTAL UPA ZANAGA														**18.316.960,94**

TOTAL GERAL	**18.316.960,94**

***** Repasses programados para meses 01 e 02, conforme proposta financeira da entidade.

Elaborado em 22/07/2025 por Juliana Toso Chagas Cantelli - Diretora da Unidade Financeira

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

11.3. Os recursos necessários para fazer frente às despesas decorrentes da contratação correrão por conta da dotação nº 02.14.01.3.3.50.85

11.4. Os recursos pagos à **CONTRATADA**, enquanto não utilizados, deverão estar aplicados em cadernetas de poupanças e a previsão de seu uso for igual ou superior a 1 (um) mês, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto lastreada em títulos da dívida pública, quando a sua utilização verificar- se prazos menores do que 1 (um) mês, eximindo a **CONTRATANTE** dos riscos assumidos nestas aplicações.

11.5. Os rendimentos das aplicações financeiras devem ser aplicados, exclusivamente, no objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO.**

11.6. As despesas deverão observar as previsões constantes no Plano de Trabalho e Plano Orçamentário.

11.7. Eventuais despesas que excedam as previstas devem ser justificadas e previamente aprovadas pela **CONTRATANTE** mediante eventual revisão de metas.

12. DAS CONDIÇÕES DA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS E DOS DESCONTOS PREVISTOS

12.1. O repasse de recursos referentes às despesas será realizado da seguinte forma:

12.1.1. O pagamento das despesas será realizado em 12 (doze) parcelas mensais e sucessivas, conforme Plano Orçamentário e Cronograma de Desembolso que faz parte integrante deste contrato, a serem pagas até o 5° (quinto) dia útil do mês consignado, em conformidade com a avaliação dos critérios estabelecidos de acordo cláusula 12 deste **CONTRATO DE GESTÃO.**

12.1.2. Mediante resultado da avaliação de desempenho, de acordo com os parâmetros definidos na cláusula 14 deste **CONTRATO DE GESTÃO**, poderão ser aplicados os seguintes descontos:

a) Desconto proporcional ao não cumprimento das metas de produção assistencial;

b) Desconto proporcional ao não cumprimento das metas de qualidade;

c) Os descontos de equipe mínima, avaliação de desempenho, bem como as avaliações da Comissão de Fiscalização e Acompanhamento. Serão averiguados após 90 (noventa) dias, período alusivo à sub-rogação.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

12.2. O repasse estará condicionado à correta prestação de contas, livre de inconsistências, conforme critérios estabelecidos pela **CONTRATANTE**, bem como ao envio tempestivo da documentação completa, conforme definido na cláusula 13.

12.3. Na apuração de saldo financeiro, durante a execução do contrato, a **CONTRATANTE** poderá reter a seu critério valores de recursos financeiros visando ajustar o saldo financeiro do contrato.

12.4. Havendo atrasos nos pagamentos previstos no cronograma de desembolso a **CONTRATADA** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos pagamentos mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não repassados que estejam previstos neste contrato.

12.5. O pagamento das despesas de **INVESTIMENTO** somente será realizado, se previamente aprovado pela **CONTRATANTE.**

13. DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO FINANCEIRA

13.1. O acompanhamento da execução financeira será realizado pelo monitoramento e análise das informações estabelecidas pela **CONTRATANTE** e disponibilizadas mensalmente pela **CONTRATADA**, através do Relatório de Prestação de Contas;

13.2. Todas as informações são integrantes do **RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS**, documento oficial de apresentação das contas relacionadas à execução do **CONTRATO DE GESTÃO**.

13.3. O relatório de Prestação de Contas deverá ser finalizado e entregue à **CONTRATANTE**, até o dia 15 (quinze) de cada mês subsequente ao mês de referência, prorrogado para o próximo dia útil, no caso de final de semana ou feriado.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

13.4. O relatório de Prestação de Contas, entregue à **CONTRATANTE**, deverá incluir os documentos abaixo relacionados, cujas páginas deverão ser todas devidamente rubricadas:

a) TERMO DE RESPONSABILIDADE da **CONTRATADA** devidamente assinado pelo responsável, atestando a veracidade das informações enviadas;

b) BALANCETE FINANCEIRO SINTÉTICO MENSAL;

c) EXTRATOS BANCÁRIOS de contas correntes e de aplicações financeiras do CONTRATO DE GESTAO;

d) CERTIDÕES NEGATIVAS de DÉBITOS TRABALHISTAS, de INSS e de FGTS, bem como da RECEITA FEDERAL.

e) E demais itens previstos no Termo de Referência;

13.5. A **CONTRATADA** deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas, bem como todos os contratos celebrados com terceiros, e seus respectivos processos seletivos, conforme regulamento, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes e pela SMS.

13.6. Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da **CONTRATADA** e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

13.7. As notas fiscais deverão estar devidamente quitadas, contendo aposição de carimbo identificador da **CONTRATADA**, bem como a data e a assinatura de seu preposto.

13.8. Somente serão aceitos os recibos e as notas fiscais quando forem emitidos com datas posteriores à assinatura do **CONTRATO DE GESTÃO** e de seus respectivos **TERMOS ADITIVOS**, quando houver, e de acordo com o Plano Orçamentário.

13.9. Poderão ser glosadas pela **CONTRATANTE** as despesas que não se enquadrarem no objeto do **CONTRATO DE GESTÃO**, além daquelas que não estiverem previstas e

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

aprovada sem Plano Orçamentário referente ao Plano de Trabalho pactuado com a CONTRATADA.

13.10. A **CONTRATADA** deverá seguir estritamente seu Regulamento de Compras, sob pena das sanções previstas na Cláusula 6, incluindo glosas das despesas irregulares.

14. PARÂMETROS PARA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS EM FUNÇÃO DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

14.1 PRODUTIVIDADE POR LINHA DE SERVIÇO

14.1.1. O cumprimento de 85% (oitenta e cinco por cento) ou mais das **METAS DE PRODUÇAO ASSISTENCIAL** não implicará em desconto de produtividade por linha de serviço.

14.1.2. O não cumprimento de no mínimo 85% (oitenta e cinco por cento) implicará no desconto sobre a proporção da respectiva linha de serviço, conforme os Parâmetros para pagamento e avaliação de desempenho por linha de serviço (Anexo II); o desconto proporcional incidirá sobre 95,00% do valor total de custeio deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

14.1.3. As metas de produção assistencial serão acompanhadas mensalmente pelo Núcleo Técnico de Apoio e Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, e levarão em consideração as atividades realizadas frente às metas estabelecidas.

14.1.4. A produtividade será avaliada trimestralmente em reunião Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, e em caso de não atingimento de no mínimo 85% (oitenta e cinco por cento) das metas para cada linha de serviço contratada, nos termos de suas responsabilidades descritas no item 9.1 e seus subitens deste **CONTRATO DE GESTÃO**, aplicará o desconto proporcional, no mês subsequente à reunião.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

14.1.5. Caso seja verificado que o não cumprimento da meta de produção assistencial deu-se a não contratação do número de profissionais estabelecidos na equipe mínima, o gestor poderá aplicar o desconto sobre as infrações contratuais ocorridas nos termos da cláusula 15.

14.1.6. Em caso de execução abaixo de 85% (oitenta e cinco por cento) das metas de produção assistencial por período maior de 3 (três) meses consecutivos, além do desconto previsto no item 14.1.4. sem prejuízo de outras sanções, será realizada a revisão das metas de produção assistencial pactuadas por linha de serviços estimados para execução das atividades contratadas, assim como a revisão do Plano Orçamentário de Custeio com base na análise de eventuais mudanças na demanda assistencial, formalizando as necessárias alterações por meio de Termo Aditivo ao presente contrato.

14.2. METAS DE QUALIDADE

14.2.1. As metas de qualidade serão avaliadas e pontuadas através de indicadores estabelecidos no ANEXO II.

14.2.2. A avaliação dos indicadores de qualidade, com valoração dos resultados, será realizada trimestralmente pela **Comissão de Acompanhamento e Fiscalização.**

14.2.3. O não cumprimento das **METAS DE QUALIDADE** implicará em desconto proporcional à meta não cumprida, conforme matriz de indicadores, que incidirá sobre 5% (cinco por cento) do valor global de custeio do contrato.

15. DAS PENALIDADES

15.1. A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constatada neste **CONTRATO DE GESTÃO** autorizará a **CONTRATANTE** a aplicar em cada caso, com observância do direito ao contraditório e ampla defesa, as sanções previstas nos art 155 a 163 da Lei Federal n° 14.133/2021, e alterações posteriores, quais sejam:

a) Advertência.
b) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar bem como de celebrar convênios e parcerias com a Administração Pública, por prazo não superior a 2 (dois) anos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

c) Declaração de inidoneidade para licitar, e contratar, bem como celebrar convênios e parcerias com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida desde que ressarcida à administração os prejuízos resultantes e depois de decorrido prazo da sanção aplicada com base na alínea anterior;

d) Multa a ser cobrada segundo os seguintes critérios:

I. Pelo descumprimento de qualquer cláusula do contrato que não diga respeito diretamente a execução do objeto, multa de 0,5% a 10% (de cinco décimos percentuais até dez por cento) do valor mensal dos serviços contratados.

II. Pela rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO** por culpa da **CONTRATADA,**. multa de 10% (dez por cento) sobre o valor mensal dos serviços contratados.

III. O valor de eventual multa será descontado dos pagamentos devidos à CONTRATADA.

15.2. A imposição das penalidades previstas na cláusula 15.1, será proporcional à gravidade do fato que a motivar, consideradas as circunstâncias objetivas do caso, e dela será notificada a **CONTRATADA.**

15.3. As sanções previstas nos itens 15.1.a; 15.1.b e 15.1.c poderão ser aplicadas juntamente com a sanção prevista no item 15.1.d.

15.4. Caberá recurso destinado ao Secretário Municipal de Saúde, em face da decisão que aplicar à **CONTRATADA** quaisquer das sanções indicadas nesta cláusula, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de publicação, na imprensa oficial, da decisão recorrida.

15.5. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não suprime o direito da **CONTRATANTE** de exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

15.6. Para a execução deste contrato, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, ou aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionada, devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma.

16. DA RESCISÃO, ALTERAÇÃO E ENCERRAMENTO CONTRATUAL

16.1. A extinção do presente **CONTRATO DE GESTÃO** obedecerá às disposições contidas nos art. 137 a 138 da Lei Federal n° 14.133/21, e alterações posteriores.

16.2. Verificada qualquer das hipóteses ensejadoras de extinção contratual prevista na Lei Federal n° 14.133/21, o Poder Executivo providenciará a revogação dos Termos de Permissão de Uso dos bens públicos à CONTRATADA, não cabendo à CONTRATADA direita indenização sob qualquer forma.

16.3. A rescisão contratual se dará por ato da Administração Pública, em processo administrativo no qual será assegurado o direito ao contraditório e ampla defesa da **CONTRATADA**.

16.4. Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE** que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da **CONTRATADA**, a Prefeitura Municipal de Americana efetuará os repasses de recursos devidos pela execução do Contrato até a data da rescisão, de acordo como cronograma de desembolso. O custo da desmobilização, incluindo aquele relativo à dispensa do pessoal e terceiros contratados pela **CONTRATADA** para execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, sem prejuízo da indenização a que a **CONTRATADA** faça jus por eventuais prejuízos regularmente comprovados que houver sofrido, será pago num prazo de até180 (cento oitenta) dias.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

16.5. Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, nas hipóteses dos incisos I a V e IX do art. 137 da Lei Federal n° 13.144/21, está se obriga a continuar executando as atividades e serviços de saúde ora contratados, salvo dispensa da obrigação por parte da **CONTRATANTE**, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data de recebimento pela **CONTRATANTE** da notificação de rescisão.

16.6. Em caso de término da vigência contratual, o custo de desmobilização, incluindo aquele relativo à dispensa de pessoal contratados pela **CONTRATADA** para execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, será pago pela **CONTRATANTE** num prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, mediante a prestação de contas final.

16.7. A alteração dos valores discriminados no plano de trabalho deverá ser documentalmente justificada.

16.8. Ao final de cada exercício deve ser efetuada a prestação de contas anual, condicionando-se a manutenção do contrato à sua aprovação.

16.9. Ao final de cada exercício a **CONTRATADA** apresentará relatório de execução do contrato e proposta de revisão ou manutenção das metas pactuadas.

16.10. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser alterado a qualquer momento, de comum acordo entre as partes, por meio de Termo Aditivo precedido de justificativa escrita e autorização do Secretário Municipal da Saúde.

16.11. Deverá ser aprovado a cada período de 12 (doze) meses, novo Plano de Trabalho novo Plano Orçamentário, com as devidas justificativas, observado o valor inicialmente previsto para o contrato e as disponibilidades orçamentarias da **CONTRATANTE**.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

16.12. No caso de término do prazo de vigência e após novo chamamento público, por ocasião de continuidade da prestação dos serviços com a mesma entidade **CONTRATADA**, não caberá à realização de repasse de recursos financeiros destinados a rescisão.

17. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

17.1. Fazem parte desse contrato, demais disposições expressas no Termo de Referência ensejadora desse presente contrato.

17.2. Fica expressamente vedada qualquer cobrança ao paciente pelos serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência que lhe é devida.

17.3. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente **CONTRATO DE GESTAO**, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrente da Lei Federal n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

17.4. Para atender ao disposto neste **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATADA** declara que:

a) Dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados.

b) Não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu representante legal para firmar este **CONTRATO DE GESTÃO.**

c) Para a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, tanto por conta própria quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação compensação vantagens financeiras ou não financeiras ou benefícios de qualquer espécie que constituam prática

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, ou de outra forma a ele não relacionada devendo garantir, ainda, que seus prepostos e colaboradores ajam da mesma forma.

18. DA PUBLICAÇÃO

18.1 A **CONTRATANTE** providenciará a publicação do presente **CONTRATO DE GESTÃO** no Diário Oficial da Cidade, no prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados a partir da data de sua assinatura.

19. DO FORO

19.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Americana, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste **CONTRATO DE GESTÃO** que não puderem ser resolvidas amigavelmente pelas partes. E, por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente **CONTRATO DE GESTAO** em 4 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Americana, 25 de julho de 2025.

Assinado digitalmente por:
JOSE CARLOS RIZOLI
CPF: ***.893.228-**
Certificado emitido por AC DIGITAL MULTIPLA G1
Data: 24/07/2025 14:55:34 -03:00
DigiForte

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH
SR. JOSÉ CARLOS RIZOLI
RG: 3.148.647-2 SSP/SP CPF/MF 171.893.228-68
PRESIDENTE

MUNICÍPIO DE AMERICANA
DANILO CARVALHO OLIVEIRA
RG: 2.201.040 SSP/PI CPF: 005.194.603-32
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

TESTEMUNHAS: 1 _____ 2 _____

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

ANEXO I

DESCRIÇÃO TÉCNICA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – ANTÔNIO ZANAGA

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – ANTÔNIO ZANAGA

O Prédio destinado ao PA-24h, encontra-se na Rua Ari Barroso, 485 - Zanaga

A Unidade de Pronto Atendimento (PA 24h) tem o objetivo de concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Desta forma, a população terá uma melhoria no acesso, um aumento da capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PA 24h oferece estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiograma, Clínico Geral, Pediatria, coleta de exames laboratoriais, e leitos de observação e de estabilização.

Se necessário o paciente poderá ser encaminhado para um hospital da rede de saúde, para realização de procedimento de alta complexidade.

A Unidade receberá adequações prediais, conforme exposto no Memorial Descritivo Anexo -II-A

A planilha de equipamentos e mobiliários estão descritos no Anexo II-F

A Entidade deverá providenciar o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde- CNES para o efetivo funcionamento da Unidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

ANEXO II

TERMO DE REFERÊNCIA PARA ELABORAÇÃO DE PLANO DE TRABALHO

PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS – ANTÔNIO ZANAGA –

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INTRODUÇÃO

A Secretaria de Saúde do Município de Americana/SP, na busca do aprimoramento e da eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde, adotará o modelo de gestão de Organização Social de Saúde para o **PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS – PA ANTÔNIO ZANAGA,** através do sistema de **GESTÃO COMPARTILHADA**, prevista pela Lei Municipal que regulamenta a formalização contratual de Organizações Sociais. A equipe de profissionais designada para a execução do presente Plano de Trabalho será composta por por profissionais contratados diretamente pela própria Organização Social.

Este Termo de Referência apresenta informações para subsidiar a elaboração de Programa de Trabalho das Organizações Sociais interessadas em formalizar Contrato de Gestão, para o gerenciamento, e execução e ações de saúde no Pronto Atendimento – PA ANTÔNIO ZANAGA, com descrições dos serviços assistenciais, Metas de Produção, Quadro de Indicadores de Qualidade e demais informações pertinentes aos serviços.

Além do conteúdo deste Termo de referência, a Organização Social poderá também consultar informações atuais de recursos físicos, entre outros no **ANEXO I – Descrição Técnica .**

OBJETO DO CONTRATO DE GESTÃO

Gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços no Pronto Atendimento – PA ANTÔNIO ZANAGA, portanto o projeto de **GESTÃO COMPARTILHADA,** tem por objetivos:

- Prestar assistência gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e conforme o Projeto Básico;
- Potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Programar e manter dispositivos e ferramentas da Política Nacional de Humanização do SUS em todos os processos dos atendimentos hospitalares, buscando sempre atingir maior resolutividade nos serviços ofertados aos usuários do SUS, propostas pelo Ministério da Saúde;
- Implantar modelo de gestão, buscando melhorias nos processos promovendo eficiência no âmbito Assistencial, de Recursos Humanos, Administrativos, Financeiros e Tecnológicos;
- Adotar mecanismos de gestão da clínica pautados na integralidade do cuidado e na humanização da assistência;
- Promover em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, programas e ações de saúde para prevenção e controle de enfermidades vinculadas à saúde, conforme normas, critérios e diretrizes estabelecidas;
- O modelo gerencial adotado obedece aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, seguindo as orientações das políticas públicas voltadas à regionalização e hierarquização da saúde no estado de São Paulo.

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS PARA O PRONTO ATENDIMENTO – PA ANTÔNIO ZANAGA

O Pronto Atendimento (PA 24h) faz parte da Rede de Atenção às Urgências tendo como parâmetro as definições da Portaria nº 10 de 03 de janeiro de 2017, que define as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde**.**

O PRONTO ATENDIMENTO 24 H – PA ZANAGA, será classificada nos termos do art. 23 da Portaria 10 de 2017, sendo como opção V- que preceitua o quantitativo de 06 profissionais médicos, (03 diurnos e 03 noturnos), podendo a proporção ser de acordo com a necessidade, respeitando o mínimo de profissional médico por turno, conforme estabelecido pelo parágrafo único do presente artigo. Todavia, diante do Interesse Público, poderá haver reclassificação do porte / opção constante na Portaria 10 de fevereiro de 2017, o que será alterado mediante repactuação do plano de trabalho e posterior aditamento contratual.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O Pronto Atendimento -, realizará os procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência e Emergência em Pediatria e Clínica Médica. O PA disponibilizará os atendimentos de Urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tais os atendimentos não programados.

O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - 192.

Desta forma, a população terá uma melhoria no acesso, um aumento da capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme Portaria GM 10 de janeiro de 2017, a Equipe Assistencial Multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional;

O PA 24h oferece estrutura simplificada, destinado a atendimento Clínico Adulto e Pediátrico, com a devida classificação de risco, com raio-X, eletrocardiografia, coletas de exames laboratoriais, leitos de observação e de estabilização.

O paciente poderá ser encaminhado para um hospital da rede de saúde, para realização de procedimentos de alta complexidade.

Considerar-se-á o PA 24h em efetivo funcionamento quando desempenhar as seguintes atividades:

Acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento na unidade;

Articular-se com a Atenção Básica, o Serviço Móvel de Urgência, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde;

Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento;

Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo Serviço Móvel de Urgência;

Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade;

Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados ao PA 24h;

Prestar apoio diagnóstico e terapêutico

Manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

Implantar diretrizes de acolhimento e classificação de risco, em conformidade com o preconizado pela portaria GM 10/2017

Adotar protocolos clínicos de atendimento e de procedimentos administrativos;

Garantir apoio técnico e logístico para o funcionamento adequado do PA 24h;

Garantir a continuidade do cuidado do paciente por meio da referência e contrarreferência, articulando com os pontos da RAS, considerando a territorialização;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Manter o PA 24h no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e alimentar periodicamente o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, com os dados referentes à assistência prestada, independente dos valores de referência ou da geração de crédito; e

Registrar obrigatoriamente todos os procedimentos realizados no PA 24h.

O PA 24h atenderá ao estabelecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, aos regulamentos técnicos de projetos e às legislações específicas

ATRIBUIÇÕES DA CONTRATADA COM RELAÇÃO DO PA 24h

A **CONTRATADA** deverá se pautar por resultados qualitativos e quantitativos, previamente acordados, cabendo **CONTRATANTE,** o acompanhamento dos indicadores definidos no Contrato de Gestão.

A **CONTRATADA** deverá garantir, em exercício do Contrato de Gestão, quadro de recursos humanos qualificados e em número suficiente para todos os setores, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes á espécie, estando definida, como parte de sua infraestrutura técnico-administrativa em seu dimensionamento de pessoal, observando a Portaria 10 de 2017, conforme dimensionamento da equipe técnica-assistencial, deve considerar o quantitativo necessário, devendo cumprir todas as políticas municipais, federais e estadual, sendo de responsabilidade da contratada, devendo dimensionar a equipe a ser contratada, considerando todas as atividades previstas.

A **CONTRATADA** deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados. Obedecer às Normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais, responsabilizando-se por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributarias e as demais previstas na legislação específica;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A **CONTRATADA** deverá garantir a realização de Processo Seletivo para a contratação do Recursos Humanos operacional de vínculos via CLT, próprio;

A **CONTRATADA** deve dispor de controle digital de frequência, para controle de seus respectivos funcionários com vínculos CLT; respeitando a Portaria 671 do Mistério do Trabalho e Previdência – MTP

A **CONTRATADA** será responsável por arcar com TODAS as contas de consumo e utilidade pública (tais como: energia elétrica, água e esgoto, telefonia, internet e outras caracterizadas como consumo, impostos ou taxas pertencentes ao imóvel);

A **CONTRATADA** deverá garantir insumos médicos - hospitalares, materiais médicos - hospitalares, medicamentos, materiais de esterilização, laboratoriais;

A **CONTRATADA** deverá garantir o a locação de tanques, cilindros e afins para o devido fornecimento dos gases medicinais;

A **CONTRATADA** deverá garantir o grupo gerador e respectivas manutenções preventivas e corretivas e fornecimento de insumos para sua operacionalização;

A **CONTRATADA** deverá realizar cotações através de plataformas eletrônicas e/ou através de Editais para realizar suas aquisições e/ou contratações, previstas neste.

A **CONTRATADA** deverá garantir e manter em perfeito estado de asseio e limpeza e conservação as áreas de trabalho, as instalações e os materiais utilizados na prestação do serviço, empregando-se preparações e produtos que atendem às normas técnicas de saúde vigentes; fornecimento de todo os materiais de limpeza, assepsia, conservação e afins;

A **CONTRATADA** deverá garantir a limpeza da área externa e conservação de toda parte de jardinagem;

A **CONTRATADA** deverá garantir os acessórios de descartáveis, lixeiras e insumos de descartáveis de uso coletivo;

A **CONTRATADA** deverá garantir o apoio técnico e logístico no que tange a cadeia de suprimentos, almoxarifados e estoques em gerais;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A **CONTRATADA** deverá garantir o abastecimento interno e devidamente controlado da farmácia central;

A **CONTRATADA** deverá garantir assistência nutricional e fornecimento de alimentação (desjejum, almoço, lanche e jantar) aos seus clientes/pacientes e acompanhantes, incluindo fórmulas infantis, dietas enterais e paraenterais;

A **CONTRATADA** deverá garantir a higienização e limpeza das caixas d'água, bebedouros e respectivamente potabilidade da água, e seus respectivos certificados, atendendo a toda legislação vigente;

A **CONTRATADA** deverá garantir a dedetização, desratização, controles de pragas e afins, com seus respectivos certificados, atendendo a toda legislação vigente;

A **CONTRATADA** deverá garantir o fornecimento de todo o enxoval hospitalar e roupas hospitalares (lençóis, cobertores, campos, aventais, roupas privativas, camisolas entre outros), além de toda higienização e conservação dos respectivos, garantir também o pleno funcionamento da rouparia (distribuição nos setores e coleta das roupas utilizadas);

A **CONTRATADA** deverá garantir o transporte e descarte adequado dos resíduos de serviços de saúde, seguindo as orientações da RDC 302/05 e RDC 306/04 – ANVISA;

A **CONTRATADA** deverá garantir o serviço de transporte hospitalar municipal (UPA x HMA) de forma a garantir a remoção dos pacientes quando necessário.

A **CONTRATADA** deverá garantir o aporte e fornecimento dos equipamentos médicos assistenciais não contemplados no Anexo de bens móveis, desde que seja pertinente ao serviço.

A **CONTRATADA** deverá garantir equipamentos e insumos de informática em quantidades mínimas, necessárias, para operacionalizar a unidade hospitalar e seus respectivos setores, da unidade hospitalar;

A **CONTRATADA** deverá garantir o apoio técnico e operacional e manutenções preventivas e corretivas no que se refere a parte tecnológica da unidade de pronto atendimento;

A **CONTRATADA** deverá garantir o serviço de radiologia para realização de exames radiológicos;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A **CONTRATADA** deverá garantir que os exames de imagem (raio-X) sejam disponibilizados de forma informatizada a todos os profissionais e setores internos e que a imagem seja disponibilizada aos clientes/pacientes de forma impressa em película, respeitando assim, toda legislação vigente, sendo todos os insumos de responsabilidade direta da **CONTRATADA**;

A **CONTRATADA** deverá garantir a manutenção preventiva, corretiva e higienização de todos os aparelhos de ar-condicionado, pertencentes a unidade em pleno funcionamento, além das substituições dos filtros "HEPA" em ambientes classificados como de alta criticidade infecciosa, conforme previsto nas legislações vigentes;

A **CONTRATADA** deverá garantir monitoramento por câmeras, em quantidades suficientes para a monitoramento interno e externo, manutenção das mesmas e sistema de CFTV para toda a unidade de pronto atendimento, respeitando as legislações vigentes e gravação por até 20 dias.

A **CONTRATADA** deverá garantir o fornecimento de todos os impressos gráficos e demais materiais e insumos de papelaria em geral;

A **CONTRATADA** deverá manter seus funcionários devidamente uniformizados, com crachá de identificação, além de provê-los com os Equipamentos de Proteção Individual EPI's e Equipamentos de Proteção Coletiva EPC's;

A **CONTRATADA** deverá garantir veículo adequado, com condutor, conforme legislação vigente para realização de logística e logística reversa, destinada a locomoção de material biológico, de forma ininterrupta por 24 horas, sete dias da semana incluindo domingo e feriados.

A **CONTRATADA** deverá garantir a implantação e permanecia dos programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) para seus colaboradores, com avaliação anual como o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). contendo no mínimo, os itens constantes das normas regulamentadoras n° 7 e 9, respectivamente, da Portaria n° 3.214/78 do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

A **CONTRATADA** deverá garantir a perfeita guarda e arquivo de todos os documentos oficiais de todos os atendimentos, procedimentos e afins da unidade de pronto atendimento;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A **CONTRATADA** deverá promover aos seus profissionais envolvidos na execução dos serviços ora contratados, educação continuada, treinamentos e capacitações, a fim de realizar atualizações e melhor eficiência na prestação dos serviços públicos, de forma mensal, conforme pré-estabelecido em Plano de Educação Permanente, elaborado pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL e previamente aprovado pela SMS;

A **CONTRATADA** deverá desenvolver e implantar os Procedimentos Operacionais Padrão – POP clínicos e administrativos em todos os departamentos, visando a otimização da gestão, sob sua responsabilidade de acordo com as legislações vigentes, capacitar os funcionários para que todos tenham plena ciência das rotinas estabelecidas pelos POP's, sua revisão e atualização deve ser periódica;

Os protocolos assistenciais e de atendimentos, deverão ser confeccionados pela equipe assistencial e assinados pelo Diretor Técnico. Os protocolos deverão abordar os processos envolvidos na assistência, contemplando os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos;

A **CONTRATADA** deverá possuir procedimentos e normas especificas para a gestão de suprimentos, tecnologia da informação e LGPD e ativos fixos;

A **CONTRATADA** deverá garantir e possuir Responsável Técnico – RT, (médico, enfermagem, farmacêutico, nutricionista), com registro juntamente aos respectivos conselhos profissionais; conforme preconiza as legislações vigentes;

A **CONTRATADA** deverá realizar toda a caracterização visual do Pronto Atendimento, conforme os padrões visuais definidos pela Secretaria de Saúde, incluindo placas de identificação dos setores da unidade e pintura, mantendo o padrão visual das Unidades de Pronto Atendimento.

A **CONTRATADA** deverá utilizar sua logomarca e o Brasão do Município de Americana e do SUS, em todos os documentos emitidos;

A **CONTRATADA** deverá implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, considerando a identificação com pulseira identificadora /classificatória do paciente de imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos â saúde ou grau de sofrimento em

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;

A **CONTRATADA** deverá adotar Prontuário Eletrônico de Paciente, contendo as informações completas do paciente e de seu quadro clínico e sua evolução, prescrição, pareceres intervenções e resultados de exames diagnósticos, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico SAME - SPP;

A **CONTRATADA** deverá dispor de sistema informatizado integrado para gestão do Pronto Atendimento que contemple, minimamente: Registro e controle de atendimentos; Classificação de risco; Prontuário eletrônico do paciente (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº 1.639/2002 e suas atualizações); Prescrição eletrônica; Controle de estoques (almoxarifado e farmácia); Sistema de custos; Gestão de compras e contratos; Controle de escalas profissionais e Indicadores e relatórios gerenciais. O sistema deverá permitir acesso via internet (web) pela Secretaria Municipal de Saúde, possibilitando o monitoramento dos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão.

A **CONTRATADA** será responsável pela implantação, manutenção e suporte da infraestrutura de TI, incluindo rede, servidores, estações de trabalho e demais equipamentos necessários para o pleno funcionamento do sistema. O sistema deverá estar em conformidade com as normas do Ministério da Saúde para registro e envio de dados aos sistemas nacionais.

A **CONTRATADA** deverá garantir a segurança e confidencialidade dos dados, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

A **CONTRATADA** deverá manter dois links de internet de operadoras diferentes, para redundância no acesso ao Sistema, bem como para todo o parque tecnológico;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A **CONTRATADA** deverá desenvolver Política de Gestão de Pessoas, atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do MTE.;

A **CONTRATADA** deverá respeitar a legislação ambiental pertinente e evidenciar todas as necessidades documentais exigida pelas normas legais, para a devida regularização de todas as pendencias;

A **CONTRATADA** deverá dispor de Núcleo de Manutenção Geral - NMG que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, (pequeno porte) predial, hidráulica e elétrica, assim como Núcleo de Engenharia Clínica (RDC nº 509, de 27/05/2021), responsável pelas manutenções preventivas, preditiva e calibrações, zelando assim, pelo bom funcionamento e desempenho dos equipamentos, sob a supervisão de Engenheiro Clínico, inclusive dos equipamentos pertencentes ao SADT, sendo de responsabilidade da CONTRATADA o fornecimento dos insumos para a realização das manutenções.

A **CONTRATADA** deverá garantir a segurança do processo do guarda corpo temporário até a liberação do corpo, para os serviços funerários;

A **CONTRATADA** deverá garantir acompanhante aos usuários de acordo com a legislação vigente, com direito a alojamento e alimentação;

A **CONTRATADA** deverá dispor de Núcleo de Epidemiologia – NHE, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no dentro de sua unidade, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, conforme as diretrizes da Portaria GM n° 2.529 de 23/11/2004, e da Portaria GM/MS Nº 1.693 de 23.07.2021, que institui no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH).

A **CONTRATADA** deverá constituir legalmente e manter ativas as Comissões:

- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Ética em Enfermagem;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Núcleo de Segurança do Paciente;
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

A **CONTRATADA** deverá constituir e manter recursos humanos para relacionamento com a clientela:

Ouvidoria Municipal – demanda referenciada;
Serviço de Atendimento ao Usuário;

A **CONTRATADA** deverá apoiar nas práticas de atividades curriculares como programas de formação, planos de estágios, entre outros, na área da saúde das Instituições de Ensino Superior e Ensino Médio, entre entes públicos e privados que estejam formalmente conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde ou estejam inseridos no campo de estudo e pesquisa em saúde, para desenvolvimento de estágios curriculares. Através de contratos devidamente formalizados entre a **CONTRATADA** e a Instituição de Ensino e especificamente descriminados as responsabilidades de ambas as partes.

A **CONTRATADA** deverá garantir exames laboratoriais e de imagem, conforme protocolos clínicos pré-definidos.

A CONTRATADA DEVERÁ REALIZAR AS ALTAS DE PACIENTES QUE NECESSITEM DE TRANSPORTE ADEQUADO.

ATRIBUIÇÕES DA CONTRATADA - SERVIÇOS DE APOIO

Farmácia para atendimento interno (24horas);

Recepção 24 horas;

Serviços laboratoriais 24 horas;

Segurança desarmada/Controladores de acesso 24 horas;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Limpeza, higienização e conservação 24 horas;

Transporte de material biológico, devidamente adequado conforme normas técnicas e de segurança;

Serviço de lavanderia e rouparia;

Central de materiais esterilização (CME);

Manutenção predial (24 horas para chamados de emergência);

Manutenção preventivas, preditiva e calibrações de equipamentos hospitalares (24 horas para chamados de emergência);

Serviço de Nutrição e Dietética;

Serviço de apoio e suporte ao usuário em relação ao sistema de informação utilizado na unidade 24 horas;

Transporte interhospitalar 24 horas;

Serviço de Raio-X 24 horas

O Pronto Atendimento PA ZANAGA, adotará como base – Porte II – Opção V, conforme Art.23 da Portaria GM 10/2017

Opção	**Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade**
V	6 (3 diurnos e 3 noturnos)

Sendo 02 (dois) clínicos diurnos e 02 (dois) clínicos noturnos e 01 (um) pediatra diurno e 01 (um) pediatra noturno. Podendo haver readequação, nos termos do parágrafo único do art. 23 da Portaria 10/2017

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO		
Especialidades *in loco*: Clínico Geral, Emergência e Pediatria.		
Descrição	**Meta atendimento mensal**	**Meta atendimento anual**
Atendimentos médicos	6.750	81.000
Total Geral	**6.750**	**81.000**

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – PA 24 HORAS

Inalação;

Retirada de Ponto;

Curativo;

Coleta de Material p/ Laboratório;

Teste para Diabetes;

Aferição de Pressão Arterial;

Administração de Medicamentos;

Suturas;

Coleta de exames;

Entre outros.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM – UPA – 24 HORAS		
Considerações: Atendimentos Internos da UPA		
Descrição	**Meta mensal**	**Meta anual**
Classificação de Risco	6.750	81.000

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Procedimentos enfermagem	20.000	240.000
Total Geral	**26.750**	**321.000**

E demais procedimentos que forem necessários para o pleno funcionamento do serviço.

SADT – INTERNO

SERVIÇO DE APOIO À DIAGNOSE E TERAPIA		
SADT: Atendimento para pacientes da UPA		
Descrição	**Meta mensal**	**Meta anual**
Raio X sem contraste	1.000	12.000
Exames laboratoriais	**3.000**	**36.000**
Total Geral	**4.000**	**48.000**

INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO QUALITATIVO

Os indicadores são medidos-síntese que contém informação relevante sobre determinados a tributos e dimensões dos processos estabelecidos assim como dos resultados das ações realizadas.

A seleção dos indicadores apresentados na Matriz de Indicadores de Qualidade buscou incentivar intervenções da **CONTRATADA** que visem à qualidade nos processos de trabalho das unidades de saúde objeto deste Contrato de Gestão.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Esses indicadores são acompanhados e avaliados mensalmente, os respectivos indicadores poderão e deverão ser atualizados e/ou modificados de acordo com as avaliações e o desenvolvimento das ações do contrato.

Objetivo	Indicador	Fórmula/ documentos	Fonte	Periodicidade	Meta a atingir	Peso
Visa avaliar a implantação efetiva do serviço de atendimento ao usuário e seu funcionamento	Constituição do Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU	Documento contendo o nome e função dos componentes, rotinas e modelo do relatório de atividades padronizado.	Entidade Parceira	90 dias após a assinatura do contrato	100%	3%
	Funcionamento do Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU			Mensal	100%	6%
Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros de atendimento	Implantação da Comissão de Prontuários	Relatório de Atividades		60 dias após a assinatura do contrato	100%	3%
	Acompanhamento Mensal da Comissão de Prontuários			Mensal	100%	6%
	Implantação da Comissão de óbitos	Ata de Nomeação e implantação da Comissão	Entidade Parceira	60 dias após a assinatura do contrato	100%	3%
	Acompanhamento Mensal da Comissão de óbitos	Ata de Reunião		Mensal	100%	6%
	Implantação da Comissão de Ética Médica	Ata de Nomeação e implantação da Comissão	Entidade Parceira	60 dias após a assinatura do contrato	100%	3%
	Acompanhamento Mensal da Comissão de Ética Médica	Ata de Reunião		Mensal	100%	6%
Acompanhamento dos registros dos dados dos profissionais que prestam serviço nas unidades de saúde e que estão sob responsabilidade direta da Entidade Parceira	Cadastro de Profissionais de Saúde no CNES	Cadastro atualizado dos profissionais em atividade nas unidades de saúde - CNES	Entidade Parceira	Mensal	100%	6%
	Total de profissional médico em exercício na unidade (mais que 95%) no período	Relatório de Frequencia efetiva dos profissionais	Entidade Parceira	Mensal	100%	8%
Acompanhar as atividades dos serviços de saúde contratados	Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco	Plano Acolhimento com Classificação de Risco implantado	Entidade Parceira	60 dias após a assinatura do contrato	100%	6%
	Acompanhamento da Classificação por cor	Relatório de Atividades	Entidade Parceira	Mensal	100%	9%
Acompanhar a efetividade na execução financeira e administrativa	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido pela SMS até o 20º dia útil do mês.	Entidade Parceira	Mensal	100%	11%
Avaliar a satisfação dos usuários com o serviço prestado	Satisfação do Usuário acima de 80% (Bom ou ótimo), com avaliação de pelo menos 2% dos usuários atendidos	Relatório de Atividades	Entidade Parceira	Mensal	100%	15%
Avaliar a participação dos colaboradores em atividades de Educação Permanente	Taxa de atividade de Educação Permanente (% de colaboradores que participaram de atividades/cursos)	Relatório de Atividades	Entidade Parceira	Mensal	100%	9%
Total						**100%**

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

CUSTEIO – RECEITAS E CUSTOS OPERACIONAIS

Para a avaliação financeira proposta, tem-se como referência

Até R$ 1.580.773,42 (um milhão quinhentos e oitenta mil setecentos e setenta e três reais e quarenta e dois centavos) , mensais, destinado ao custeio do PA 24 horas.

Para investimento no que tange a equipamentos e mobiliários e de até R$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) para a Unidade de Pronto Atendimento – PA 24h.

No que tange a investimento para infraestrutura (reformas) é de até R$ 491.349, 10 (quatrocentos e noventa e um mil reais trezentos e quarenta nove (para a Unidade de Pronto Atendimento – PA 24h.

Nas propostas financeiras deverão ser previstos e englobados recursos que contemplem custeio de todas as exigências de responsabilidade da **CONTRATADA**, considerando o volume mensal das metas quantitativas e qualitativas também expostas neste e outras despesas operacionais que se fizerem necessárias ao funcionamento do PA 24h.

Nas propostas financeiras, a **CONTRATADA** deverá prever a composição do Fundo de Reserva, que contemplará o valor referente ao pagamento de todas as verbas trabalhistas, (salários, rescisões e encargos) e encargos dos colaboradores da **CONTRATADA**, em caso de rescisão do presente instrumento. Tal valor deverá ser considerado na proposta de custeio de forma mensal.

A apresentação das informações de receitas e custos estimados deverão ser efetuadas através do preenchimento das planilhas abaixo:

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL** deverá apresentar planilha conforme demonstrado abaixo:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

PLANILHA SETOR, VÍNCULO, CARGA HORÁRIA MENSAL, FÉRIAS, SALÁRIO, ADICIONAL, INSALUBRIDADE E OUTROS:

SETOR:								
DESCRITIVO			COMPOSIÇÃO SALARIAL					
Profissionais	Carga Horaria Mensal	Qtd.	Vinculo	Salário Base	Insalubridade	Adicional Noturno	Total Salário Individual	Total Salario
PORCENTAGENS / VALORES ETC	-	-	-	-			-	-
			-				R$ -	R$ -
TOTAL GERAL	-	0	-	-	-	-	-	R$ -

(Continuação)

BENEFICIOS									ENCARGOS SOCIAIS				
V.T.	V.R.	V.A.	AUX. CRECHE	SESMET	SEGURO DE VIDA	CESTA BASICA	Total Beneficios Individual	Total Beneficios	PIS	FGTS	INSS	Total Encargos Individual	Total Encargos
								-					-
							R$ -	R$ -				R$ -	R$ -
-	-	-	-		-	-	-	R$ -	-	-	-	-	R$ -

(Continuação)

PROVISIONAMENTO									TOTAL GERAL	
Férias	1/3 Férias	FGTS Férias	13º Salário	FGTS - ref. 13º Salário	Aviso Prévio	FGTS - ref. Aviso Prévio	Total Provisionamento Individual	Total Provisionamento	Total Individual	Total Geral
							R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
-	-	-	-	-	-	-	-	R$ -	-	R$ -

PLANILHA – RESUMO GERAL RECURSOS HUMANOS:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

RESUMO GERAL DE RECURSOS HUMANOS - UPA 24h.				
Descrição / Função	**Carga Horaria Mensal**	**Qtd. R.H. - Cedidos**	**Qtd. R.H. à contratar -O.S.**	**Total Geral RH (O.S. + Cedidos)**
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
TOTAL GERAL	**-**	**0**	**0**	**0**

RESUMO GERAL DE RECURSOS HUMANOS MÉDICOS - UPA				
Descrição / Função	**Carga Horaria Mensal**	**Qtd. R.H. / HORAS - Cedidos**	**Qtd. R.H./ HORAS à contratar - O.S.**	**Total Geral HORAS (O.S. + Cedidos)**
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
TOTAL GERAL	**-**	**0**	**0**	**0**

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

PLANILHA – PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO . ANEXO IV

PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO

UNIDADE: PRONTO ATENDIMENTO - 24 HORAS - PA ZAMAGA

Grupo	Categoria	Descrição	Valor Mensal	Valor Anual
Grupo		BENS E MATERIAIS PERMANENTES	R$ -	R$ -
Categoria	BENS E MATERIAIS PERMANENTES	BENS E EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA		R$ -
Categoria	BENS E MATERIAIS PERMANENTES	BENS E EQUIPAMENTOS HOSPITALARES		R$ -
Categoria	BENS E MATERIAIS PERMANENTES	OUTROS BENS E MATERIAIS PERMANENTES		R$ -
Grupo		DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R$ -	R$ -
Categoria	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	DESPESAS BANCÁRIAS PAGAS		R$ -
Categoria	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	IOF PAGO		R$ -
Categoria	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	JUROS PAGOS		R$ -
Grupo		DIVERSOS	R$ -	R$ -
Categoria	DIVERSOS	DIVERSOS		R$ -
Grupo		GASTOS ADMINISTRATIVOS	R$ -	R$ -
Categoria	GASTOS ADMINISTRATIVOS	COMBUSTÍVEL		R$ -
Categoria	GASTOS ADMINISTRATIVOS	ESTACIONAMENTO/CONDUÇÃO/TÁXI		R$ -
Categoria	GASTOS ADMINISTRATIVOS	MATERIAL DE EXPEDIENTE/CORREIO/FOTOCÓPIAS		R$ -
Categoria	GASTOS ADMINISTRATIVOS	SEGUROS		R$ -
Categoria	GASTOS ADMINISTRATIVOS	VIAGENS (HOTEL/PASSAGENS AÉREAS/PASS.RODOVIÁRIAS)		R$ -
Grupo		GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	R$ -	R$ -
Categoria	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS		R$ -
Grupo		LOCAÇÃO	R$ -	R$ -
Categoria	LOCAÇÃO	AMBULÂNCIAS		R$ -
Categoria	LOCAÇÃO	DIVERSAS		R$ -
Categoria	LOCAÇÃO	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA		R$ -
Categoria	LOCAÇÃO	EQUIPAMENTO MÉDICO HOSPITALAR		R$ -
Categoria	LOCAÇÃO	IMÓVEL		R$ -
Categoria	LOCAÇÃO	LAVANDERIA E ENXOVAL		R$ -
Categoria	LOCAÇÃO	SISTEMA DE SOFTWARE		R$ -
Categoria	LOCAÇÃO	VEÍCULOS		R$ -
Grupo		MANUTENÇÃO	R$ -	R$ -
Categoria	MANUTENÇÃO	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA		R$ -
Categoria	MANUTENÇÃO	EQUIPAMENTO MÉDICO HOSPITALAR		R$ -
Categoria	MANUTENÇÃO	PREDIAL E IMOBILIÁRIO		R$ -
Categoria	MANUTENÇÃO	VEÍCULOS		R$ -
Grupo		MATERIAIS	R$ -	R$ -
Categoria	MATERIAIS	MATERIAL DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA/UNIFORMES		R$ -
Categoria	MATERIAIS	MATERIAL DIDÁTICO		R$ -
Categoria	MATERIAIS	MATERIAL ESPORTIVO		R$ -
Grupo		MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR	R$ -	R$ -
Categoria	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR		R$ -
Grupo		MEDICAMENTOS	R$ -	R$ -
Categoria	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS		R$ -
Grupo		RECURSOS HUMANOS	R$ -	R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	13º SALÁRIO		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	APRENDIZES		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	ASSISTÊNCIA MÉDICA		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	AVISO PRÉVIO		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	CONTRIBUIÇÃO AO INSS - COTA PATRONAL		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	CONTRIBUIÇÃO AO PIS		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	CURSOS/TREINAMENTO/RECICLAGEM		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	DIRETORIA (Salário e Ordenados)		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	ESTAGIÁRIOS		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	FÉRIAS		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	FGTS		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	GRATIFICAÇÕES		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	INDENIZAÇÕES		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	INSS		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	IRRF		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	MULTA RESCISÓRIA FGTS		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	SALÁRIOS E ORDENADOS (Exceto Diretoria)		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	VALE ALIMENTAÇÃO		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	VALE REFEIÇÃO		R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	VALE TRANSPORTE		R$ -
Grupo		SERVIÇOS DE TERCEIROS	R$ -	R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	COLETA DE LIXO COMUM		R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	COLETA DE LIXO HOSPITALAR		R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	CONSULTORIA/ASSESSORIA CONTÁBIL		R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	CONSULTORIA/ASSESSORIA JURÍDICA		R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	LIMPEZA E CONSERVAÇÃO		R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	OBRAS/REFORMAS		R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PESSOA FÍSICA		R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PESSOA JURÍDICA		R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	PUBLICIDADE E PROPAGANDA		R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)		R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	SERVIÇOS DE AUDITORIA		R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	SERVIÇOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI)		R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	VIGILÂNCIA		R$ -
Grupo		SERVIÇOS MÉDICOS	R$ -	R$ -
Categoria	SERVIÇOS MÉDICOS	SERVIÇOS MÉDICOS PESSOA FÍSICA		R$ -
Categoria	SERVIÇOS MÉDICOS	SERVIÇOS MÉDICOS PESSOA JURÍDICA		R$ -
Grupo		UTILIDADES PÚBLICAS	R$ -	R$ -
Categoria	UTILIDADES PÚBLICAS	ÁGUA E ESGOTO		R$ -
Categoria	UTILIDADES PÚBLICAS	FORÇA E LUZ		R$ -
Categoria	UTILIDADES PÚBLICAS	INTERNET/TV A CABO		R$ -
Categoria	UTILIDADES PÚBLICAS	TELEFONES		R$ -

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

AQUISIÇÕES

Descritivos técnicos Anexo II e seus anexos

INVESTIMENTOS

Memorial descritivo Anexo II e seus anexos, referente a Unidade de Pronto Atendimento Zanaga 24h.

DOS PRAZOS

A Unidade está em funcionamento, assim, as reformas e adequações deverão ser realizadas mediante a cronograma de serviços que não impeça o funcionamento da unidade.
Prazo para execução da reforma e aquisição de todos os mobiliários, para a Unidade de Pronto Atendimento Zanaga 24h, ou seja, para a referida unidade estar apta para funcionamento/atendimentos, de até 90 (noventa), dias. Contados da Emissão da ordem de serviço

SISTEMA DE REPASSE CUSTEIO

Os repasses à **CONTRATADA** serão efetivados mensalmente, sendo o valor global composto por:

A – uma parte correspondente a 90% (noventa por cento) do valor mensal, do respectivo custeio;

B – uma parte correspondente a 10% (por cento) de valor mensal, do respectivo projeto como variável, que tem como base o atendimento dos indicadores de qualidade;

A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas de forma mensal, conforme explicativos abaixo:

Prestação de Contas Financeira e;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Prestação de Contas Assistencial;

Os repasses serão realizados mensalmente, até o dia 05 (cinco) de cada mês;

A **CONTRATANTE,** ao assinar o Contrato de Gestão com a **CONTRATADA**, terá até 05 dias para a realização do primeiro repasse financeiro, atendendo a todas as exigências previstas em MINUTA do Contrato de Gestão.

A obrigatoriedade da apresentação das Prestações de Contas Financeiras e Assistenciais, entram em vigor a partir da data de autorização da Ordem de Início dos Trabalhos, porém em virtude dos ajustes necessários para a viabilização da gestão, operacionalização e execução das metas de produção, desempenho e qualidade pactuadas neste Instrumento, bem como a implantação de sistema informatizado, seleção e capacitação de pessoal, na fase inicial de implantação a Unidade deverá buscar o cumprimento integral das metas, porém, no primeiro quadrimestre da vigência do contrato, as mesmas não serão vinculadas aos repasses financeiros mensais do presente Contrato de Gestão.

A partir do quarto mês a CONTRATADA será submetida a avaliações qualitativas e quantitativas das metas.

Metas Quantitativas

Serviços	Volume Contratado	% de Repasse/Mensal	Peso
Atendimento médico em urgência e emergência	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Urgência/Emergência.	60%
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Urgência/Emergência.	
	Entre 70% e 84,9% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade da Urgência/Emergência.	
	Menos que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade da Urgência/Emergência.	

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Classificação de Risco	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Urgência/Emergência.	30%
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Urgência/Emergência.	
	Entre 70% e 84,9% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade da Urgência/Emergência.	
	Menos que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade da Urgência/Emergência.	
SADT	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Urgência/Emergência.	10%
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Urgência/Emergência.	
	Entre 70% e 84,9% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade da Urgência/Emergência.	
	Menos que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade da Urgência/Emergência.	

SISTEMA DE REPASSE INVESTIMENTO

Os repasses à **CONTRATADA** serão efetivados conforme exposto abaixo:

Para a Unidade de Pronto Atendimento – PA 24h.

A – 50% (cinquenta por cento) do valor global, do respectivo investimento, no primeiro mês de execução do Contrato de Gestão;

B – 50% (cinquenta por cento) do valor global, do respectivo investimento, no segundo mês de execução do Contrato de Gestão;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

C- O Valor destinado ao custeio será repassado em até cinco dias após a emissão da ordem de serviços, sendo o valor calculado pelos dias de efetiva execução da parceria dentro do mês de competência.

PRESTAÇÃO DE CONTAS FINANCEIRA

A **CONTRATADA** deverá encaminhar mensalmente prestação de contas financeira, referente a execução do respectivo Contrato de Gestão, contendo informações detalhadas, conforme modelo de prestação de contas financeira, que contemplam:

Documentos de apresentação mensal

• Extratos analítico (conta corrente e investimento);

• Conciliação bancária;

• Demonstrativo de Receitas e Despesas – Caixa;

• Demonstrativo de Receitas e Despesas – Competência;

• Demonstrativo de Notas Fiscais;

• Demonstrativo de Folha de Pagamento;

• Guias de recolhimento: FGTS, INSS, PIS, Contribuições Sindicais;

• Demonstrativo de provisão de férias, 13º e rescisões;

Cabe ressaltar ainda que:

Não serão aceitos:

- Documentos com qualquer tipo de rasura;
- Documentos ilegíveis;
- Documentos que não estejam devidamente: datados, carimbados e assinados pelo responsável da entidade gerenciada, (quando aplicável);

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Prazo de entrega da prestação de contas financeira:

- A entrega da prestação de contas financeira é mensal e deve ser entregue impreterivelmente até o dia 15 do mês subsequente;

Considerações

- Observar os prazos estabelecidos no Contrato e outros documentos Oficiais;
- Providenciar CNPJ da filial dentro de até 60 dias, após a assinatura do contrato;
- Providenciar que conste nas faturas de água, energia, telefone, internet e demais itens consoantes de utilidade pública, o nome da entidade e endereço do prédio gerenciado;
- Não alterar itens nas planilhas sem antes consultar o Núcleo Técnico de Apoio e ter a respectiva autorização por escrito;
- Atenção ao preenchimento das planilhas para que nenhuma fórmula seja apagada, e não digitar, e não digitar onde há fórmulas;
- Enviar as notas fiscais quitadas, com a data do recebimento e assinatura pelo responsável da unidade, na frente ou no verso do documento;
- As notas fiscais deverão conter o nº do respectivo contrato de gestão e do ente público contratante – Instrução 01/2020 – TCESP;
- Observar a Instrução 01/2020 e o Manual Básico de Repasses Públicos ao Terceiro Setor, ambos do TCESP;
- Investimentos – verba específica firmada em contrato ou verificar a possibilidade de Termo Aditivo;
- Apresentar em 60 dias os seguintes regulamentos: Regulamento para Contratação de Obras, Serviços e Compras, Regulamento de Contratação de Pessoal e Regulamento de Cargos e Salários;
- Apresentar anuência da Pasta, sobre os regulamentos e publicá-los;
- Elaborar regulamento para Fundo Fixo (se for o caso);
- Apresentar Regulamento Interno para uso de combustíveis;
- Enviar Relatório de Execução e Demonstrativo Financeiro referente a cada quadrimestre até o dia 20 do mês subsequente ao quadrimestre;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Despesas impróprias: NF sem CNPJ Filial (após 60 dias de carência), pagamento de juros, multa, documentos ilegíveis ou despesas sem justificativas e comprovações ou relação com o objeto do contrato;
- Manter saldo atualizado e acumulativo na conta de aplicação financeira referente a pagamentos de rescisões, férias, 13º salário e afins no que tange ao provisionamento mensal;
- Outros documentos poderão ser solicitados a qualquer tempo;

Cabe ressaltar que a não apresentação das Prestações de Contas Financeira e Assistencial, implicará na suspensão dos repasses financeiro, até sua devida regularização.

PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAL

A CONTRATADA deverá encaminhar mensalmente prestação de contas assistencial, referente a execução do respectivo Contrato de Gestão, contendo informações detalhadas e sistemática de todo o trabalho desenvolvido durante o período (mês) e resultados alcançados, assim como melhorias implantadas, situações ocorridas fora da rotina com as devidas tratativas, conforme diretrizes, a seguir:

- Documento desenvolvido no programa Word, obrigatoriamente no tamanho de caixa de texto 12, letra – Arial;
- Planilhas desenvolvidas no programa – Excel, obrigatoriamente no tamanho de caixa de texto 12, letra – Arial;
- Gráficos para representatividade dos indicadores, como gráficos de coluna para indicar dados de comparação, gráfico de linhas para indicar e/ou analisar evolução ao longo do tempo, gráfico de pizza para representar proporcionalidade, dentre outras opções disponíveis, considerando o objetivo principal. Obrigatoriamente no tamanho de caixa de texto 12, letra – Arial;

A CONTRATADA deverá cumprir com a entrega dos tópicos apresentados, obrigatoriamente seguindo a sequência ilustrada e indicada, abaixo:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

1- Introdução

Apresentação da CONTRATADA, segue exemplo:

A **CONTRATADA**, **CNPJ: xx.xxx.xxx/xx**, **endereço** com base no seu compromisso assumido **objeto do contrato**, vem por meio deste relatório assistencial disponibilizar todas as informações técnicas pertinentes e de forma transparente à Secretaria de Municipal de Saúde do Município de Americana-SP, sobre as ações e atividades desenvolvidas no período de **xx a xx de xxxxx de 20xx**, de sua Gestão.

Salientamos também que este relatório possibilitará à SMS acompanhar o status das ações executadas e em andamento do respectivo Plano de Trabalho.

2 - Informações do Contrato:

Contratada: XXXXXXXXXXXXXXXXXX

CNPJ: XX.XXX.XXX/XXXX-XX

Endereço: endereço da unidade

Responsável pela Contratada:

Objeto do Contrato: XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

P**eríodo Contrato:** XX meses – XX/20XX a XX/20XX

Xº ADITIVO: XX/XX/XXXX à XX/XX/XXXX (se aplicável, incluir todos aditivos)

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

3 - Implantação de Processos

A **CONTRATADA** deverá apresentar histórico de evolução e atuação no que tange aos processos de melhoria executados, considerando a gestão Prefeitura Municipal e início da Gestão da **CONTRATADA**.

4 - Documentações Regulatórias:

Documentos	**Validade/ Última atualização**
Alvará de funcionamento da instituição (municipal);	
Alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária;	
Alvarás de serviços Nutrição Enteral e Parenteral, Imagem, laboratório, serviço de imagem);	
Cadastro e Licença de funcionamento da Polícia Federal - Decreto 4262, atualizado. (psicotrópicos e entorpecentes);	
Licença ambiental regularizada;	
Alvará do Corpo de Bombeiros;	
Registro no CRM – Certificado de regularidade de inscrição de pessoa jurídica (lei 6839/80);	
Registro da responsabilidade técnica da enfermagem - COREN 168/93;	

5 - Documentos Operacionais

A **CONTRATADA** deverá apresentar, através de planilha elaborada no programa excel atendendo a obrigatoriedade de configuração descrita anteriormente, os Procedimentos Operacional Padrão – (POP), escrito de forma objetiva que estabeleça instrução sequencial para a realizaçãodas operações rotineiras e específicas no processo operacional.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A **CONTRATADA** deve cumprir com a atualização da planilha para o período (mês), indicando código, nome, responsáveis pela elaboração e revisão, versão, assim como, a periodicidade que os documentos serão atualizados.

Os documentos a serem apresentados são:

- Manual de Rotinas;
- Protocolos Assistenciais;
- Diretrizes, Regimentos, Regulamentos e
- POP's.

6 - Recursos Humanos / Departamento de Pessoal

A **CONTRATADA** deverá apresentar sua atuação dentro dos setores de Recursos Humanos – RH e Departamento de Pessoal – DP, através de planilha elaborada no programa excel atendendo a obrigatoriedade de configuração descrita anteriormente, com foco principal aos fatores que primordiais que envolve – Pessoas e Processos.

- Estatística geral Departamento Pessoal;
- Quadro de funcionários por função;

6.1 - Contratações, Desligamentos e Transferências

Exemplo:

Abaixo seguem contratações, desligamentos e transferências, necessários para os ajustes do quadro de funcionários no período – XX/XX/20XX: **Contratações:** Total **XXX** colaboradores;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Desligamentos: Realizados **XX** desligamentos no período; **Processos seletivos:** Realizado **XX** processos devido a **XX** vagas abertas no período;

6.2 - Relação de colaboradores

A **CONTRATADA** deve apresentar, através de planilha elaborada no programa excel atendendo a obrigatoriedade de configuração descrita anteriormente, constando nome completo, cargo, data de admissão e número de registro.

6.3 - Relação de CNES dos funcionários

A **CONTRATADA** deve apresentar, através de planilha elaborada no programa excel atendendo a obrigatoriedade de configuração descrita anteriormente, relação atualizada de CNES para funcionários.

6.4 – Escalas

A **CONTRATADA** deve apresentar, escala de trabalho, de todos os setores, departamentos por função, conforme preconiza lei municipal 6567/21, regulamentada pelo decreto 12.954/22.

6.5 - Turnover

A **CONTRATADA** deve apresentar, através de planilha elaborada no programa excel atendendo a obrigatoriedade de configuração descrita anteriormente, o índice de rotatividade de admissões e demissões em relação ao número de funcionários ativos.

6.6 – Absenteísmo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A **CONTRATADA** deve apresentar, através de planilha elaborada no programa excel atendendo a obrigatoriedade de configuração descrita anteriormente, o índice de absenteísmo, considerando as faltas justificadas (atestados) ou não, atrasos e saídas antecipadas. Não considerar colaboradores em cumprimento do aviso prévio, afastamentos após 16º dia (Previdência Social) e faltas justificadas e injustificadas, afastamentos, atrasos e saídas antecipadas das gestantes.

7 – Serviço de Segurança do Trabalho

A **CONTRATADA** deve apresentar, através de planilha elaborada no programa excel atendendo a obrigatoriedade de configuração descrita anteriormente, dados pertinentes ao **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO** para o período de referência.

7.1 – Acidentes de Trabalho

A **CONTRATADA** deve apresentar, através de planilha elaborada no programa excel atendendo a obrigatoriedade de configuração descrita anteriormente, as Notificações de Acidente de Trabalho.

8 – Educação Continuada

A **CONTRATADA** deve apresentar, cronograma de treinamentos estratégicos que possibilita o desenvolvimento dos serviços de saúde por meio de constante atualização e ações intencionais, planejadas e voltadas ao fortalecimento de conhecimentos, habilidades e atitudes.

- Dentre os **XX** treinamentos propostos para o período, foram realizados **XX**, e **XX**.
- Foram realizados XX treinamentos extraprogramação devido a necessidades internas da instituição
- Considerar orientações registradas em lista de presença, participações em campanhas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

8.1 – Indicadores

- **Horas de treinamento;**
- **Total de participantes em treinamentos;**
- **Lista de presença dos participantes;**

9 - Humanização

A **CONTRATADA** deve descrever todas as ações realizadas no mês relacionadas as atividades de humanização que envolvam colaboradores ou pacientes.

Inserir fotos e números de envolvidos se possível, sejam pacientes ou colaboradores, respeitando as legislações vigentes.

10 – Indicadores Assistenciais

A **CONTRATADA** deve apresentar os indicadores assistenciais, através de gráficos e planilhas elaboradas no programa excel atendendo a obrigatoriedade de configuração descrita anteriormente, demonstrando os processos de melhoria e o desenvolvimento da gestão institucional.

10.1 – Dados sobre óbitos ocorridos na unidade

- Taxa de mortalidade institucional (>24 horas de permanência);
- Taxa de mortalidade geral;
- Números de óbitos externos;

10.2 - Desempenho assistencial

Seguem alguns exemplos conforme perfil da unidade:

- Relação de todos os profissionais médicos;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Média de paciente/dia;
- Taxa de ocupação;
- Média de permanência;
- Saps;
- Taxa de transferências externas;
- Indicadores referentes ao gerenciamento de protocolos clínicos;
- Número de altas qualificadas;

10.3 - Classificação de risco

Seguem alguns exemplos conforme perfil da unidade:

- Taxa de pacientes classificados;
- Tempo médio para classificação de risco e/ou Taxa de pacientes classificados em até 20 minutos;
- Demonstrar total de pacientes classificados por corres;
- Total de pacientes reclassificados (indicador para melhoria contínua);

11 – Enfermagem

A **CONTRATADA** deve apresentar os indicadores assistenciais, através de gráficos e planilhas elaboradas no programa excel atendendo a obrigatoriedade de configuração descrita anteriormente, demonstrando os processos de melhoria e o desenvolvimento da gestão institucional, seguem alguns exemplos:

- Indicadores Protocolos de segurança do paciente;
- Índice de queda;
- Índice de novos casos de LPP;
- Número de flebites;
- Número de eventos relacionados a administração de medicamentos;
- Número de eventos relacionados a falha na identificação;
- Número de perda de dispositivos;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

12 – Farmácia / Almoxarifado

A **CONTRATADA** deve apresentar os indicadores assistenciais, através de gráficos e planilhas elaboradas no programa excel atendendo a obrigatoriedade de configuração descrita anteriormente, demonstrando os processos de melhoria e o desenvolvimento da gestão institucional, seguem alguns exemplos:

- Número de prescrições atendidas;
- Número de medicamentos dispensados;
- Número de medicamentos não padrão prescritos;
- Taxa de medicamentos em falta;
- Taxa de perda de medicamentos (quebra ou validade);
- Taxa de falhas na dispensação de medicamentos (Indicador obrigatório de qualidade);
- Número de erros de prescrições de medicamentos (Indicador obrigatório de qualidade);

13 – SADT

A **CONTRATADA** deve apresentar os indicadores assistenciais, através de gráficos e planilhas elaboradas no programa excel atendendo a obrigatoriedade de configuração descrita anteriormente, demonstrando os processos de melhoria e o desenvolvimento da gestão institucional, seguem alguns exemplos:

- Taxa de repetição de exames (indicador obrigatório a ser mensurado para análise qualidade) – Avaliar a quantidade de exames que houve a necessidade de repetição e os motivos.
- Taxa de recoleta (indicador obrigatório a ser mensurado para análise qualidade) – Avaliar os motivos das recoltas de exames laboratoriais;
- Estatística mensal de exames realizados, para a clientela/pacientes, por tipo de exame;
- Tempo de resultado de liberação de laudo;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

14 - Comissões

A **CONTRATADA** deve apresentar ata da reunião referente a comissão obrigatória exigida em contrato, ações de melhoria ou breve análise crítica sobre a reunião realizada.

14.1 - **Indicadores referentes as comissões**

- **Comissão de Revisão de Óbito;**
- **Comissão de Revisão de Prontuários;**
- **Comissão de Prevenção de Infecção Hospitalar;**
- **Comissão de prevenção de acidentes – CIPA;**
- **Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;**
- **Comissão / Núcleo de Segurança do Paciente;**
- **Comissão de Ética Médica;**
- **Comissão de Ética em Enfermagem;**
- **Comissão de Farmácia e Terapêutica;**

15 – Equipe Multidisciplinar

A **CONTRATADA** deverá apresentar os indicadores referenciados às equipes multidisciplinar, conforme metas pactuadas em contrato de gestão, seguem alguns exemplos:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Indicador de produtividade;
- Indicador de resultados;
- Indicador de análise nutricional;
- Taxa de administração de dieta enteral (vol. Prescrito X infundido);

16 – Serviço Atendimento ao Usuário

A **CONTRATADA** deverá demonstrar dados através de pesquisas, evidenciando número total de elogios, reclamações e sugestões, conforme metas pactuadas em contrato de gestão.

17 – Tecnologia da Informação

A **CONTRATADA** deverá demonstrar dados através do total de chamados abertos; tipos de chamados e/ou suporte e número de chamados atendidos, conforme metas pactuadas em contrato de gestão.

18 – Serviços Terceirizados

A **CONTRATADA** deverá apresentar evidências através de relatórios para os serviços terceirizados.

- Escalas de trabalhos;
- Chamados abertos, tipos de chamados e/ou suporte e números de chamados atendidos;
- Detalhamento dos serviços prestados

19 – Eventos ou Campanhas

A **CONTRATADA** deverá apresentar evidências através de relatórios e/ou fotos os eventos/campanhas produzidos pela instituição no período de sua gestão.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

20 – Investimentos

A **CONTRATADA** deverá demonstrar dados conforme metas pactuadas em contrato de gestão.

21 – Demais itens

A **CONTRATADA** deverá demonstrar dados conforme metas pactuadas em contrato de gestão.

22 - Faturamento

A **CONTRATADA** deverá demonstrar e evidenciar com documentações comprobatórias o devido envio dos dados de faturamento devidamente processados e enviados aos órgãos competentes, entre eles:

- SIA;
- CNES;
- Ou outro método que contenha rastreabilidade, devidamente reconhecido ou determinado pela Secretaria de Saúde.

23 – Anexos

A **CONTRATADA** deverá demonstrar dados conforme metas pactuadas em contrato de gestão.

24 – Considerações finais

A **CONTRATADA** deverá demonstrar dados conforme metas pactuadas em contrato de gestão.

No que tange a prestação de contas assistencial, a SMS irá realizar reunião com a **CONTRATADA,** para sanar dúvidas assim que o respectivo Contrato de Gestão for devidamente assinado.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Na impossibilidade por parte da **CONTRATADA**, do cumprimento das metas quantitativas e qualitativas, estipuladas no Contrato de Gestão, **CONTRATADA** deverá apresentar todas as evidenciadas documentais e suas respectivas justificativas de forma detalhada, para que sejam examinados e analisados, pelo Núcleo Técnico de Apoio e pela Comissão de Fiscalização, para que assim, caso for, não ocorram descontos nos repasses financeiros.

INFORMAÇÕES EM GERAIS

CATÁSTROFES e PANDEMIAS

Sempre que necessário a participação da **CONTRATADA** para apoiar, participar e estruturar planos de catástrofes e/ou pandemias, em parcerias com a SMS, Defesa Civil, Corpo de Bombeiros, e afins, será convocado a equipe técnica da **CONTRATADA,** através de formalizações oficiais**.** Cabe ressaltar que os respectivos serviços também estarão à disposição quando a equipe técnica da **CONTRATADA** verificar a necessidade de direcionar, desenvolver, ou realizar melhorias nos planos de Catástrofes em gerais, sempre com a ciência e autorização desta SMS local, que irá sempre intermediar as respectivas demandas de ambos os lados e participantes.

FATURAMENTO

O faturamento é uma das funções de maior importância na Administração/Gestão de um serviço hospitalar, o mesmo deverá ser rigoroso, verídico e mais transparente possível, tendo em vista que o seu processo é instituído no âmbito do **SUS** onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.
Sendo assim é total responsabilidade da **CONTRATADA** garantir a manutenção e alimentação dos Sistemas de Informações do SUS da respectiva unidade de Urgência e Emergência, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificados dessas, de acordo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

com suas responsabilidades, disponibilizando os resultados obtidos a fim de assegurar o direito fundamental de acesso a informação. Deverá seguir as diretrizes da SMS/Unidade de Auditoria e Avaliação – UAA.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES

A **CONTRATADA** deverá alimentar e disponibilizar, mensalmente, as informações do Cadastro de Equipes, profissionais, carga horaria, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no CNES – vigente.

É de responsabilidade da **CONTRATADA** o preenchimento de todos os formulários integrantes do CNES e assegurar o cumprimento da carga horaria integral de todos os seus profissionais de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema CNES.

AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS – AVCB

A **CONTRATADA** após assumir o respectivo Contrato de Gestão, tem até 90 dias, para apresentar projeto técnico detalhado e seu respectivo custo, alusivo ao AVCB Unidade de Pronto Atendimento -24 horas. O projeto deverá ser apresentado ao Núcleo Técnico de Apoio que irá intermediar as tratativas entre a Organização Social de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal de Americana.

AVALIAÇÃO E PRAZO

O respectivo contrato de gestão poderá ser reavaliado de forma trimestral, no que tange as questões financeiras, quantitativa e qualitativa, o pedido de reavaliação poderá ser requerido tanto pela **CONTRATANTE** quanto pela **CONTRATADA**, desde que em ambos os casos o pedido seja documentado e devidamente embasado com evidencias técnicas, sejam elas administrativas, financeiras ou assistencial.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

PROJETOS ESPECIAIS, NOVOS PROGRAMAS, NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO E AFINS.

Ao longo da vigência do contrato, a **CONTRATADA** e/ou a Secretaria Municipal de Saúde- SMS- poderão propor a realização de outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, pela introdução de novas categorias de serviços relacionados a assistência à saúde, ou até por intervenções físicas/estruturais/ampliações que se fizerem necessárias.

Essas atividades serão autorizadas pela SMS após análise técnica, que envolve a correspondente quantificação, física e financeira, destacadas do atendimento rotineiro do hospital, e apresentação, de forma discriminada, do orçamento econômico-financeiro.

Efetuadas essas etapas, poderá ocorrer o processo, que será homologado através da celebração de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

RELATÓRIO DE IMPLANTAÇÃO

A **CONTRATADA** deverá apresentar em até 60 (sessenta) dias relatório completo de todos os procedimentos de implantação, com evidências documentais e respectivamente imagens.

LEIS E NORMAS SANITARIAS

As quais a Organização Social, deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações:

- Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde;
- Lei 8.142/90 – Define Formas de Financiamento e Controle Social do SUS;
- PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – define critérios e parâmetros de caráter qualitativos;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Lei 9.431/97 – Versa sobre a obrigatoriedade de manutenção de PCIH e constituição de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH nas Unidades Hospitalares;
- PT MS/GM 2.616 de 12 de maio de 1998 – Estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares;
- PT MS/GM 67 de 21/02/1985 – Define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários (esta sofreu várias alterações e inclusões através das Portarias: Nº 01/DISAD -27/06/85; Nº 607 -23/08/85; Nº 15/MS/SVS -23/08/88; Nº 05 – 13/11/89; Nº 122 – 29/11/93; Nº 453/SNVS/DTN – 11/09/96; Nº. 843/MS/SVS – 26/10/98);

RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Substitui a Portaria 1884 de 11/11/1994 – Estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde; Inclui as alterações contidas nas Resoluções

- RDC nº 307 de 14/11/2002 publicada no DOU de 18/11/2002 e RDC nº189 de 18/07/2003 publicada no DOU de 21/07/2003
- PT MS/GM 1.863 de 29 de setembro de 2003 - Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- PT MS/GM 1.864 de 29 de setembro de 2003 - Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192;
- PT MS/GM 2.048 de 05 de novembro de 2002 – Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- PT MS/GM 1.559 de 1º de agosto de 2008 - Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS;
- PT MS/GM 2.529 de 23 de novembro de 2004 - Institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;
- PT MS/GM 453 – 01/06/1998 - Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;
- PT MS/GM Nº 881 DE 19 de junho de 2001 - Institui, no âmbito do SUS, o

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH;

- PT MS/SAS Nº 202 de 19 de junho de 2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde;
- PT MS/GM 1820 de 13 de agosto de 2009 – Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde;
- PT MS/GM Nº 1.378, DE 09/07/2013 - Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- PT MS/GM Nº 183, de 30/01/2014 - Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde;
- PT MS/GM Nº 264, de 17/02/2020 - Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;
- PT MS/GM Nº 1693, de 23/07/2021 - que institui no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH).
- PT MS/GM Nº 10, de 03/01/2017 – que redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- E outras pertinentes aos perfis das unidades, objetos deste Termo de Referência.

LEIS, NORMAS, PORTARIAS, RESOLUÇÕES E INSTRUÇÕES NORMATIVAS que também deverão ser seguidas pela OSS, observando suas atualizações:

- NR Nº 01 – MTE: Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Operacionais;
- NR Nº 04 – MTE: SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- NR Nº 05 – MTE: CIPA – Comissão interna de Prevenção de Acidentes;
- NR Nº 06 – MTE: EPI – Equipamentos de Proteção Individual;
- NR Nº 07 – MTE: PCMSO – Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional;
- NR Nº 09 – MTE: PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais;
- NR Nº 15 – MTE: Atividades e Operações Insalubres;
- NR Nº 17 – MTE: Ergonomia;
- NR Nº 23 – MTE: Proteção contra Incêndio;
- NR Nº 26 – MTE: Sinalização de Segurança;
- NR Nº 32 – MTE: Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde;
- Resoluções CONAMA nº 283/01 e 358/05 e RDC ANVISA 306/04: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Portaria MS/GM, de 28/08/1998: PMOC – Plano de manutenção, Operação e Controle;
- NBR ISO/IEC 17027, de 27 de dezembro de 2005 – Requisitos Gerais para a Competência em Realizar Ensaios e/ou Calibrações, incluindo amostragem;
- NBR ISO/IEC 60.601, de 25 de outubro de 2010 – Requisitos Gerais para Segurança Básica e Desempenho dos Equipamentos Médicos;
- Lei nº 9.732, de 11/12/98; Lei nº 8.213/91: LTCAT - Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho;
- Instrução Normativa IN-INSS/DC nº 96/2003: PPP – Perfil Profissiográfico Profissional;
- RDC nº 330 – ANVISA, de 20 de dezembro de 2019 – Estabelece os Requisitos Sanitários para a Organização e o Funcionamento de Serviços de Radiologia Diagnóstica ou Intervencionista e Regulamenta o Controle das Exposições Médicas, Ocupacionais e do Público decorrentes do Uso de Tecnologias Radiológicas Diagnósticas ou Intervencionistas;
- RDC – 509 - ANVISA, de 27 de maio de 2021- Escopo de Gestão de Engenharia Clínica e NBR 15.943/2011 ABNT: PGT: Plano de Gerenciamento das Tecnologias e;
- RDC nº 185 ANVISA, de 22 de outubro de 2001 - Classificação de Risco dos Produtos Médicos;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Instrução Normativa nº 001/2020, Tribunal de Contas do Estado de São Paulo – TCE.
- E outras pertinentes aos perfis das unidades, objetos deste Termo de Referência.

Quadro mínimo de RH

PRONTO ATENDIMENTO ZANAGA		
FUNÇÃO	**C.H. /SEM.**	**QTD.**
Analista Administrativo	40hs	1
Analista de Depto Pessoal	40hs	1
Aprendiz	30hs	1
Assistente Almoxarifado	40hs	1
Auxiliar Farmácia	12x36h	8
Auxiliar de Limpeza	12x36	6
Enfermeiro	12x36h	16
Farmacêutico	12x36h	5
Recepcionista	12x36h	10
Serviço Social	30hs	3
RT de Enfermagem	40hs	1
Técnico de Enfermagem	12x36h	25
Controlador de Acesso	12x36h	5

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE AMERICANA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CHAMAMENTO PÚBLICO
PMA Nº 002/2025

PROJETO UPA ANTONIO ZANAGA

Abril/2025

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

SUMÁRIO

TÍTULO 5
CARTA OFÍCIO 5
INFORMAÇÕES CADASTRAIS 5
OBJETO 6
APRESENTAÇÃO INDSH 6
CONHECIMENTO DO OBJETO 45
CONTEXTUALIZAÇÃO MUNICÍPIO DE AMERICANA - SP 49
DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DO PLANO 60
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA UPA ANTONIO ZANAGA 62
Organograma detalhado da UPA ANTONIO ZANAGA 62
Apresentação de quadro de metas 68
Proposta de Regimento Interno da UPA 74
Proposta de Regimento Interno do Corpo Clínico 90
Proposta para Regimento Interno do Serviço de Enfermagem 100

1 - GERENCIAMENTO ADMINISTRATIVO 110
1.1 Manual de Compras 110
Regulamento de Compras, Contratação de Obras e Serviços 110
Normas para realização dos procedimentos de aquisição de bens, recebimento, guarda e distribuição na unidade 114
Política de Gestão de Compras 120
Política para Aquisição de Medicamentos 121
Manual do Fornecedor 122
Política de qualificação de fornecedores de serviços 137
1.2 Manual de Contratação 143
1.3 Dimensionamento de Recursos Humanos 203
Proposta de Educação Permanente em Saúde/ Capacitação das Equipes 203
1.4 Organização dos Serviços Administrativos 212
Normas para o funcionamento do Serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas definidas, as áreas de abrangência, horário e equipe mínima e salários 212
Descrição de funcionamento da unidade de faturamento 226
Instrução/Manual de Desenvolvimento Financeiro 250
Proposta de Termos de Referência para a contratação de terceiros para os Serviços contratados (ex: Limpeza, Vigilância, entre outros) 266
Instrução de estruturação e funcionamento do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e de registro de documentos 276
Instrução/Manual de rotinas administrativas para Gerência do Almoxarifado/Farmácia 305
Instrução/Manual de Gestão de Patrimônio 354

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO DE VEIGA
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-000
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Jardinagem e conservação da área externa 355
1.5 Gerenciamento de Risco 357
Monitoramento de Indicadores e ações preventivas 359
Sistemática de Aplicação de Ações Corretivas de Desempenho – Gestão da Qualidade..366
Comissão de Gerenciamento de Riscos 370
Plano de Contingência da UPA 390
1.6 Sistema de Informação – PEP 401
Proposta de Gestão da Informação, com Especificação para Implantação de Sistema de Informação e Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP e gestão de Agenda 401
Gestão Administrativa dos Processos de Aquisição 407
Integração do PEP com Compras, Almoxarifado, Farmácia e Dispensação 410
Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos 411
Plano para Implantação da Sistematização da Gestão de Leitos 414
Tecnologia da Informação 419

2 - GERENCIAMENTO INSTITUCIONAL..... 431
2.1 Constituição de Comissões.....431
Comissão de Revisão de Óbitos 436
Comissão de Revisão de Prontuários 442
Comissão de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) 452
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.....461
Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS.....473
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) 477
Núcleo de Epidemiologia e Qualidade em Saúde.....496
Comissão de Ética Médica 497
Comissão de Ética Enfermagem (CEE) 502
Comissão de Farmácia e Terapêutica 507
Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos.....515
Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT 517
2.2 Organização dos Serviços de Hotelaria 525
2.3 Organização da Assistência Farmacêutica 554
2.4 Organização dos Serviços Assistenciais 610
2.5 Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Saúde 659
2.6 Plano de Manutenção Predial e de Equipamentos.....678
2.7 Projeto de Humanização e Sustentabilidade.....686
2.8 Protocolos Aplicados para o Serviço de Urgência / Emergência 710
2.9 Protocolos de Atendimento da Enfermagem 838

3 - GERENCIAMENTO QUALIDADE 907
3.1 Política de Gestão da Qualidade 907

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Núcleo Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente 908
Iniciativas e Programas da Qualidade 919
3.2 Satisfação do Usuário 956
Modelo de Serviço de Atendimento ao Usuário – S.A.U 956
Proposta para Implantação de Serviço de Atenção ao Usuário-SAU (usuário e acompanhantes) 962
Instrução de definição de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes de crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente 969
Proposta de pesquisa periódica/contínua de satisfação do usuário, instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas 974
Proposta de pesquisa periódica/contínua de satisfação do colaborador, com definição de uso das informações 987
3.3 Projeto Estrutural 992

4 – EXPERIÊNCIA 997
4.1 Certificação CEBAS em Saúde 997
4.2 Comprovação de experiência na parceria em administração pública 1000

5 - PROPOSTA FINANCEIRA 1000
5.1 Proposta Orçamentária de acordo com modelo 1000
ESCOLA DE SAÚDE, CIÊNCIA E TECNOLOGIA 1001

CONSIDERAÇÕES FINAIS 1008

PLANO FINANCEIRO **1009**
ORGANOGRAMA **1010**
RECURSOS HUMANOS – RH **1011**
DECLARAÇÃO RT **1016**
INVESTIMENTO **1017**
PLANO ORÇAMENTÁRIO **1020**
PLANO FINANCEIRO **1122**

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

TÍTULO

Proposta técnica referente ao PROCESSO DE CHAMAMENTO PÚBLICO PMA Nº 002/2025, destinado às ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, devidamente qualificadas em conformidade com o disposto na Lei Municipal nº 5.087, de 30 de novembro de 2010, e Decreto nº 8.078 de 30 de novembro de 2010, para GERENCIAMENTO OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS NO PRONTO ATENDIMENTO DO ANTÔNIO ZANAGA – PA ZANAGA.

CARTA OFÍCIO

Proposta de Prestação de Serviços para Gestão da UPA Antônio Zanaga.

Prezados,

O Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH, sociedade civil sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ nº 23.453.830/0001-70 e inscrição estadual nº 003138056.00-47, tem a satisfação de apresentar sua proposta para a prestação de serviços de gestão da UPA 24h Antônio Zanaga.

Com ampla experiência na administração de unidades de saúde, o INDSH reafirma seu compromisso com a eficiência, qualidade e humanização do atendimento, garantindo uma gestão estratégica e alinhada às melhores práticas para a excelência dos serviços prestados à população.

INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Razão Social: Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH		
CNPJ: 23.453.830/0001-70		
Atividade Econômica Principal: Atividade de Atendimento hospitalar		
Endereço: Rua Dr. Cristiano Ottoni, 233 – Pedro Leopoldo		
Cidade: Minas Gerais		UF: MG
CEP: 33.250-006	DDD/Telefone: (11) 3672–5136	
E-mail: licitacoes@indshsaude.org.br		
Banco: Santander	Agência: 0389	Conta Corrente: 13003460-5

Responsáveis

Responsável pela Instituição: José Carlos Rizoli		
CPF: 171.893.228-68	RG: 3.148.647-2	Órgão Expedidor: SSP/SP
Cargo: Presidente		
Endereço: Rua Heitor Penteado, 220		

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-00
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-00
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Cidade: São Paulo	UF: SP
CEP: 05438-000	DDD/Telefone: (11) 3672–5136

OBJETO

A presente SELEÇÃO tem por objeto a contratação de ORGANIZAÇÃO SOCIAL para GERENCIAMENTO OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA ANTONIO ZANAGA em consonância com as Políticas de Saúde do SUS e diretrizes do SMS.

APRESENTAÇÃO INDSH

Sinopse Histórica

Historicamente, o **Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH)** é uma continuidade da Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Pedro Leopoldo, criada pelo padre Sinfrônio Torres de Freitas em 1950, com o objetivo de cuidar de um lactário e um consultório médico na cidade mineira de Pedro Leopoldo. Em 1960, diante das necessidades da população, o lactário e o consultório evoluem para Hospital e Maternidade Dr. Eugênio Gomes de Carvalho, sob gestão das Irmãs Franciscanas da Providência de Deus.

Em 2009, com o escopo de profissionalização da gestão da Unidade e diante da perspectiva de expandir seu modelo de administração para outras Unidades Hospitalares, o Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano assume a gestão da Maternidade.

Objetivos do INDSH

O INDSH está constituído como organização social, de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, com a visão de se tornar referência nacional em sua área de atuação.

Seu foco é prestar serviços de gestão em Hospitais, Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento, Laboratórios, entre outros, além de oferecer consultoria nas áreas de saúde, meio ambiente, realização de cursos e treinamentos, visando o aprimoramento e capacitação dos serviços e profissionais da Saúde.

Quem Somos

- Entidade privada
- Filantrópica
- Sem fins lucrativos
- Referência em gestão hospitalar

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Aptos a prestar serviços de prevenção, proteção e promoção nas áreas de assistência social e de saúde. profissionais da Saúde.

Nossa Atividade

- Gestão em Saúde
- Consultoria e Assessoria
- Cursos e Treinamentos
- Gestão Ambiental
- Gestão em Sustentabilidade

Nosso Lema

Respeito à Vida.

Nossa Missão

Promover a gestão médico-hospitalar de excelência com equipes multidisciplinares comprometidas com a qualidade, com a ética e com a valorização profissional e humana na prestação da assistência à saúde, de forma humanizada, visando a restauração do bem-estar físico, psíquico e social, em benefício da comunidade.

Visão

Ser reconhecido como referência nacional em governança de instituições de saúde, com sustentabilidade, até 2025.

Princípios Organizacionais

- Humanidade – Atuar com dignidade, respeitando os semelhantes como seres únicos e complexos.
- Ética – Agir com regras e preceitos de ordem valorativa e moral da sociedade.
- Qualidade – Compromisso de exercer suas obrigações, buscando sobressair nos resultados.
- Responsabilidade Social e Humana – Desenvolver ações valorizando e respeitando o ser humano e o seu ambiente social, contribuindo para seu crescimento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Matriz



Figura 1 – Hospital e Maternidade Dr. Eugênio Gomes de Carvalho – Pedro Leopoldo (MG)

Sede Administrativa



Figura 2 – Av. Marquês de São Vicente, 576 – 19º andar – Barra Funda – São Paulo (SP)

Onde somos qualificados como Organização Social de Saúde: Estado e Municípios:

Acre	São Paulo (SP)	Itabira (MG)	Piraquara (SP)
Bahia	Americana (SP)	Ferraz de Vasconcelos (SP)	Ponta Grossa (PR)
Espírito Santo	Angra dos Reis (RJ)	Itabira (MG)	Rio Grande da Serra (SP)
Goiás	Araucária (PR)	Itapecerica da Serra (SP)	São Francisco do Sul
Mato Grosso	Arujá (SP)	Itapema (SC)	Sertãozinho (SP)
Minas Gerais	Balneário Camboriú (SC)	Itu (SP)	Ubatuba (SP)
Pará	Barueri (SP)	Lagoa Santa (MG)	Uberaba (MG)
Paraíba	Caieiras (SP)	Osasco (SP)	Uberlândia (MG)
Rio de Janeiro	Cajamar (SP)	Paulínia (SP)	
Rio Grande do Norte	Canoas (RS)	Pinhais (PR)	
Santa Catarina	Cerqueira César (SP)	Piraquara (SP)	
Tocantins	Cubatão (SP)		
	Diadema (SP)		

Serviços oferecidos pelo INDSH Gestão em Saúde

O INDSH está qualificado a executar gestão de serviços de saúde em Unidades particulares ou públicas por meio de contratos de gestão no âmbito municipal, estadual e federal, com base nos pilares de Governança Corporativa (equidade, transparência, prestação de contas e responsabilidade corporativa), sejam:

- Hospitais públicos, privados, filantrópicos;
- Unidades de Pronto-Atendimento;
- Unidades Básicas de Saúde;
- Clínicas;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento.

Consultoria e Assessoria

O INDSH executa a gestão em saúde, com atuação pontual das necessidades da Unidade de Saúde, por meio de Diagnóstico, Planejamento Estratégico com base na metodologia Balanced Score Card – BSC

Atua também na gestão de Pessoas, de Logística, Enfermagem, Meio Ambiente, Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente, tendo como ferramenta a Acreditação, através da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

- Diagnóstico Organizacional;
- Planejamento Estratégico;
- Gestão Organizacional;
- Atenção ao Paciente;
- Diagnóstico e Terapêutica;
- Gestão de Apoio;
- Gestão de Meio Ambiente na Área da Saúde.

Cursos e Treinamentos

O INDSH promove cursos de aprimoramento profissional, abertos e customizados, de acordo com cada necessidade. Também realiza cursos e treinamentos *in company*.

Abaixo, alguns exemplos:

- Plano de Capacitação;
- Gestão por Processo;
- Gestão de Risco focado em Segurança do Paciente;
- Gestão de Pessoas;
- Programa de Desenvolvimento de Liderança;
- Logística de Serviços de Saúde;
- Gestão Contábil;
- Indicadores Hospitalares;
- Gestão de Meio-Ambiente.

O MODO INDSH DE FAZER GESTÃO

O INDSH é uma entidade filantrópica que se diferencia na administração hospitalar, pois está pautada em pilares de valores que garantem não só a eficiência na gestão da saúde, mas como uma referência de governança em seu setor, promovendo soluções inovadoras para a saúde do país, com gestão de qualidade com foco na valorização humana, profissional, tecnológica e excelência no atendimento.

Assinado por 1 pessoa: PAULO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E





O MODO INDSH DE FAZER GESTÃO: SUSTENTABILIDADE GESTÃO AMBIENTAL

O INDSH oferece projetos de sustentabilidade na área da saúde focada nas atividades hospitalares e seu impacto ambiental, tendo como premissa:

- Cumprimento de normas e legislação ambiental;
- Suporte jurídico às atividades hospitalares e seu impacto no meio ambiente;
- Plano de ação para gestão de ações de sustentabilidade e responsabilidade social;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- A elaboração voluntária de inventários de GEE.



O GEE é o primeiro passo para que uma organização contribua para o combate à mudança climática. A iniciativa recebeu, em 2014, o prêmio "Boas Práticas de Sustentabilidade", da revista Healthcare Management e foi, em 2016, um dos finalistas do prêmio de Sustentabilidade da Associação Brasileira de Recursos Humanos – Sec. Pará.
Unidades do INDSH são certificadas pela FGV no combate à mudança climática e emissão de Gases de Efeito Estufa (GEE).

Os hospitais administrados pelo INDSH, além da Sede Administrativa, são certificados com o Selo Ouro do Programa Brasileiro *Greenhouse Gas Protocol* (GHG) da Fundação Getúlio Vargas, concedido a quem divulga, anualmente, inventários sobre emissão de Gases de Efeito Estufa (GEE).

Projeto Guardião Azul

A iniciativa Guardião Azul é um projeto de cunho socioambiental e educativo desenvolvido pela equipe SIAmbiental e parceria com INDSH que teve sua primeira edição aplicada durante todo o ano de 2022/2023, sendo de adesão **obrigatória** por parte das instituições administradas pelo Instituto e direcionado a importante e inseparável relação entre um meio ambiente equilibrado e o desenvolvimento de uma vida saudável para todos.
O projeto criou uma metodologia dividida por níveis de certificação apresentando em seu interior diversos projetos e ações que certamente tornam as unidades membros do projeto cada vez mais conscientes e sustentáveis. Além de criar ações e métodos dentro das unidades que perpetuam essas ideias não só dentro das barreiras físicas das unidades, mas também nas residências e na vida pessoal de nossos colaboradores e usuários.

Cabe citar alguns projetos exigidos de todas as unidades membros em nosso primeiro nível de certificação:

Práticas relacionadas a questões climáticas:

Ser inventariantes de gases do efeito estufa (GHG Protocol);
Ter metas de redução e/ou redução parcial do carbono equivalente emitido por sua atividade.

Práticas relacionadas à biodiversidade:

Adesão ao projeto Mesa de Mãe;
Incluir a prática da compostagem de resíduos orgânicos;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Inserção de um espaço sensorial contendo plantas medicinais e típicas da região.

Práticas relacionadas a educação ambiental:

Ser agente receptor de pilhas, baterias e/ou lâmpadas;

Ser agente receptor de remédios vencidos;

Aderir ao uso de sabonetes biodegradáveis.

Prática relacionada a aquisição de materiais e descarte de resíduos:

Entregar inventário completo de resíduos segundo classes definidas na RDC 222 ANVISA.

Incorporação e incentivo a reciclagem.

Buscar e se associar a empresas igualmente preocupadas com o fiel cumprimento das legislações ambientais e práticas de segurança do trabalho.

Controle de Indicadores

Para controle de tudo que foi citado em nosso documento, o INDSH realiza o monitoramento de diversos indicadores que nos possibilitam averiguar de maneira criteriosa se tudo está realmente caminhando e todas as nossas ações estão sendo eficientes.

- Controle do consumo de água na unidade através dos respectivos consumos;
- Análise da eficiência energética através de análises realizadas em todos os setores;
- Inventário completo e quantitativo da geração dos RSS por setor na Unidade; incluindo por exemplo os resíduos orgânicos gerados diariamente;
- Quantidade de treinamentos realizados e pessoal atendido;
- Número de atendimentos mês;
- Taxa de reciclagem apresentada.

O MODO INDSH DE FAZER GESTÃO: INTEGRALIDADE

O programa de integralidade na área da saúde é uma abordagem que busca promover o cuidado integral e holístico aos pacientes, levando em consideração não apenas aspectos físicos, mas também emocionais, sociais e culturais. Esse programa é baseado na compreensão de que a saúde de um indivíduo é influenciada por uma variedade de fatores, incluindo condições médicas, ambiente social, estilo de vida, acesso aos serviços de saúde e apoio da comunidade.

A integralidade na saúde envolve a coordenação de diferentes serviços e profissionais de saúde para garantir que as necessidades do paciente sejam atendidas de forma abrangente e eficaz. Isso pode incluir serviços médicos, psicológicos, sociais e de reabilitação, além de uma abordagem centrada no paciente que considere seus valores, preferências e circunstâncias individuais.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Programa Brasileiro GHG Protocol
INICIATIVA GVCES

UNIDADES INDSH COM SELO OURO NOS INVENTÁRIOS DE EMISSÕES DE GASES DE EFEITO ESTUFA PARA O CICLO 2020

- Hospital Regional Público do Leste do Para - Paragominas
- Centro Hospitalar Jean Bittar
- Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação
- Unidade de Alta Complexidade em oncologia Dr. Vitor Moutinho
- Hospital Geral de Tailândia
- Hospital Público do Marajo
- Hospital Geral de Ipixuna

Secretaria de Saúde Pública – GOVERNO DO PARÁ – www.pa.gov.br

- Hospital e Maternidade Municipal Nossa Senhora da Graça
- Unidade de Pronto atendimento – Sandra Regina

GOVERNO DE SANTA CATARINA – Secretaria de Estado da Saúde

- Unidade de pronto atendimento Adulto e Infantil Santa Paula

PARANÁ – GOVERNO DO ESTADO – SECRETARIA DA SAÚDE

- Hospital e Maternidade Dr. Eugênio Gomes de Carvalho

GOVERNO DE MINAS – SAÚDE

- Hospital e pronto-socorro Delphina Rinaldi Abdel Aziz
- Unidade de pronto atendimento Campos Salles

AMAZONAS – GOVERNO DO ESTADO – Secretaria de Saúde

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

PRÊMIOS / CERTIFICAÇÕES













Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA


INSTITUTO INTERNACIONAL DE PESQUISA E RESPONSABILIDADE SOCIOAMBIENTAL
CHICO MENDES

CERTIFICADO

O Instituto Internacional de Pesquisa e Responsabilidade Socioambiental Chico Mendes certifica que a

CENTRO INTEGRADO DE INCLUSÃO E REABILITAÇÃO
CNPJ: 23.453.830/0017-37
Belém / PA

De criação, implantação e coordenação do ECOCIR está de acordo com os critérios do PROCEXT – Programa de Certificação.

Categoria
AÇÃO SOCIOAMBIENTAL RESPONSÁVEL
Parecer nº PT 011/2020

Tecnologia social, poder de transformação, sustentabilidade, replicabilidade e integração socioambiental, baseada na lei 10165/2000.

Quatro Barras, 08 de maio de 2020.
Data de validade: 08 de maio de 2021.

Presidente da Comissão Técnica

SELO VERDE


II SIMPÓSIO Norte DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
AMAZONAS

CERTIFICADO

Certificamos que

Leisson Domingues Pinheiro, Nádia Moraes de Oliveira, Thais Caroline Alves Freitas, Juliana Rodrigues da Cunha Ferreira, Gal Caroline Alho Lobão, Samara Paiva Rabelo, Manoel Correia Ferreira e Dilton Luis Soares de Farias,

autores do trabalho "Gerenciamento de Risco Aplicado em um Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação", apresentado no II Simpósio Norte de Qualidade e Segurança do Paciente, foram premiados com o 3° lugar de melhor trabalho, no dia 24 de agosto de 2019.

Manaus, 27 de agosto de 2019.

Dra. Bruna Monteiro Rodrigues
Presidente da Comissão Científica

II SIMPÓSIO NORTE DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE


FUNDAÇÃO VANZOLINI

CERTIFICADO DE SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

A FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI
certifica que a organização
OZN HEALTH SPE S.A.
Avenida Torquato Tapajós, 9250 – Manaus – AM – Brasil
Avenida Carvalho Leal, 1688, 3º andar, sala 04 – Manaus – AM – Brasil
para o seguinte escopo:

Prestação dos serviços de Processamento de Roupas, Higienização e Gestão de Meio Ambiente; Gerenciamento dos serviços de Nutrição e Dietética, Segurança Patrimonial, Central de Material Esterilizado, Tecnologia da Informação, Manutenção de Equipamentos Clínicos e Manutenção Predial.

implementou e mantém um
Sistema de Gestão da Qualidade
Através de auditoria da Fundação Vanzolini foi comprovado que este Sistema de Gestão cumpre os requisitos da norma:

NBR ISO 9001: 2015
Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos

Este certificado é válido até: 12 de setembro de 2022
Número do certificado: SQ-22555

São Paulo, 25 de setembro de 2020

IQNet
IAF


IQNet
THE INTERNATIONAL CERTIFICATION NETWORK

CERTIFICATE

FCAV has issued an IQNet recognized certificate that the organization:

OZN HEALTH SPE S.A.
Avenida Torquato Tapajós, 9250 – Manaus – AM – Brasil
Avenida Carvalho Leal, 1688, 3º andar, sala 04 – Manaus – AM – Brasil

has implemented and maintains a
Quality Management System
for the following scope:
Provision of Clothing Processing, Sanitation and Environmental Management Services; Management of Nutrition and Dietetics, Patrimonial Security, Sterilized Material Center; Information Technology, Clinical Equipment Maintenance and Building Maintenance Services.

which fulfils the requirements of the following standard:
ISO 9001: 2015
Issued on: 2020-09-25
Expires on: 2022-09-12

This attestation is directly linked to the IQNet Partner's original certificate and shall not be used as a stand-alone document

Registration Number: BR-SQ-22555

IQNet
Fundação Vanzolini
SQ-0065/15


Processo AQUA

Certificado

EMPREENDIMENTO
HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ
Avenida Torquato Tapajós, km 9
Manaus / AM

EMPREENDEDOR
ZONA NORTE ENGENHARIA, MANUTENÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS S.A.
Avenida Carvalho Leal, 1688, 2º andar, sala 4
Manaus / AM

Perfil ambiental do empreendimento

Excelente
Superior
Bom

1 de 2

Fundação Vanzolini

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E


CEMIG RGC
CERTIFICADO DE ENERGIA RENOVÁVEL
Nº FC/GC-00455/2025

ENERGIA LIVRE CEMIG

Geração e disponibilização da quantidade de energia vinculada a esta declaração, provenientes de fonte de energia renovável.

CEDENTE	GERADOR DA ENERGIA	UHE TRÊS DOMBOS - CARNEIRO SANTIAGO (EMBORCAÇÃO)
CEMIG GERAÇÃO E TRANSMISSÃO S.A.	FONTE DE GERAÇÃO	HIDRÁULICA
06.981.176/0001-58	LOCALIZAÇÃO	ARAGUARI-MG
CESSIONÁRIO	PERÍODO DE GERAÇÃO	01-01-2024 A 31-12-2024
HOSPITAL METROPOLITANO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ENERGIA VINCULADA – MWh	794
23.453.830/0029-70	QUANTIDADE DE REC	794
	FATOR DE EMISSÃO - TCO2EQ	0
	COORDENADAS GEOGRÁFICAS	19°38'47"S, 42°51'01"W

O Cedente declara que o atributo de energia renovável referente a quantidade de energia elétrica declarada, foi repassado exclusivamente em favor deste Cessionário, não transmitido na forma de certificados de energia renovável ou repassado a outros e se compromete a atestar a autenticidade das informações aqui relatadas. Este certificado está em total consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), relacionados à produção de energia e à preservação do meio ambiente: ODS-7 - Energia Acessível e Limpa e ODS-13 – Ação Contra a Mudança Global do Clima.

Belo Horizonte | 17/03/2025


CERTIFICADO
CORPORATIVO
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano

Hoje, dia 21 de Agosto de 2024 acontece o evento anual do Programa Brasileiro GHG Protocol, promovendo as publicações dos inventários de gases de efeito estufa pertinentes ao ciclo 2024.
Deste modo, é com enorme prazer, que a equipe SIAmbiental conjuntamente ao Centro de Estudos em Sustentabilidade da Fundação Getúlio Vargas vem comunicar a todos os envolvidos a concessão de mais um Selo Ouro GHG Protocol para as unidades inventariantes na categoria.

CENTRO INTEGRADO DE INCLUSÃO E REABILITAÇÃO
HOSPITAL E MATERNIDADE DR. EUGÊNIO GOMES DE CARVALHO
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL NOSSA SENHORA DA GRAÇA E UPA SANDRA REGINA
HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ E UPA CAMPOS SALLES
HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA
HOSPITAL JEAN BITAR
HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ
HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DOS CAETÉS
UPA SANTA PAULA
UPA SANTANA
HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

Programa Brasileiro GHG Protocol OURO 2023 INVENTÁRIO VERIFICADO
21 DE AGOSTO DE 2024
Márcia Mariani
CEO SIAmbiental
Serviço de Inteligência Ambiental
INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

O MODO INDSH DE FAZER GESTÃO: COMPLIANCE

O INDSH é filiado ao Instituto Ética Saúde - IES

Mobilização e transformação no setor da saúde.

O Instituto Ética Saúde é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, que congrega empresas e instituições com a proposta e o compromisso de criar e seguir, voluntariamente, regras para a prevenção de suborno e corrupção no setor saúde.

Busca garantir a sustentabilidade do sistema de saúde por meio de uma conduta ética entre os atores em um ambiente de concorrência justa e transparente. Uma importante ferramenta para a mobilização e a transformação do mercado da saúde em nosso país.

Fonte: https://eticasaude.org.br/QuemSomos acesso em 01/04/2025.

O INDSH, desde 2017, é filiado ao Instituto Ética Saúde, com o objetivo de aprimorar as relações na área da Saúde e promover uma cultura mais transparentes e responsável, tanto na gestão pública, quanto privada.

O INDSH foi a primeira Organização Social de Saúde (OSS) a ser aceita pelo IES.

Objetivos:

- Promover uma cultura ética empresarial que gere ambientes de concorrência justos e transparentes;
- Fomentar ação social responsável e participativa para desenvolvimento da sociedade;
- Estabelecer, aos associados, regras rígidas para atuar nos mercados privado e público;
- Garantir a segurança do paciente;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- Incentivar e apoiar uma relação ética entre paciente e médico;
- Gerar confiança no mercado;
- Fortalecer princípios que assegurem a adoção de práticas lícitas e éticas;
- Promover concorrência justa com respeito à relação qualidade x preço.

Entidades com acordos de cooperação e canais de diálogo

- Anvisa;
- Tribunal de Contas da União;
- Ministério Público de São Paulo;
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE).

Conselho Consultivo do IES



Missão

Difundir e consolidar a cultura de ética e transparência na saúde para garantir a sustentabilidade do setor e a segurança do paciente.

Objetivo Geral

Promover a cultura ética empresarial e a ação social responsável e participativa, entre os agentes do segmento saúde, para gerar ambientes de concorrência justos e transparentes e contribuir para uma sociedade mais ética.

Objetivos Específicos

- Ampliar a consciência do custo do oportunismo e da falta de transparência;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Combater a oferta de vantagens indevidas para indução de demanda de tratamentos e procedimentos;
- Fomentar a transparência e a coerência nas transações entre os agentes da saúde.

Valores

- Ética;
- Integridade;
- Sensibilização e Educação;
- Transparência;
- Legalidade.

Eixos de Atuação

As ações do IES estão baseadas nos seguintes eixos de atuação:

- Educação e Sensibilização;
- Autorregulação Setorial;
- Monitoramento de Compliance;
- Relações Governamentais e Institucionais.

Canal de Denúncias Ética Saúde

O Canal de Denúncias do Instituto Ética Saúde é uma ferramenta independente, administrada pela ICTS, empresa especializada em gerenciamento de risco e Compliance e apta a receber todas as denúncias de violação no âmbito do Ética Saúde, com segurança e sigilo. A ICTS cuida das investigações e produz relatórios com análises e informações para são encaminhados ao Conselho de Ética do Instituto.

CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA – CEC



O INDSH possui um Código de Ética e Conduta – CEC que abrange um programa de integridade e de Compliance, integrando um guia de comportamento para quem mantém relacionamento com a Instituição.
Ele é fruto da inspiração advinda do estudo de vários diplomas legais, normas jurídicas e documentos semelhantes onde formaliza por escrito práticas e posturas que observa há anos no desenvolvimento de suas atividades em parcerias com seus clientes de diferentes partes do país, e natureza jurídica, e tenta de forma ampla a convivência harmoniosa entre empregados, parceiros e prestadores de serviços e agentes públicos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Para tanto listamos os componentes, ou pilares, que o INDSH tem como prerrogativas institucionais: Este Código de Ética e Conduta do INDSH está amplamente divulgado e acessível em nosso site https://www.indsh.org.br/codigo-de-etica/

O MODO INDSH DE FAZER GESTÃO: SEGURANÇA DO PACIENTE

A Organização Mundial da Saúde (OMS)[5], em 2004 demonstrando preocupação com a situação, criou a World Alliance for Patient Safety. Os objetivos desse programa, (que passou a chamar-se Patient Safety Program) eram, entre outros, organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos.

Em diferentes pesquisas, foram encontradas de 17 a 24 diferentes definições de erro em saúde e 14 de evento adverso, o que motivou a OMS a desenvolver a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety – ICPS). O Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente traduziu os conceitos chave do ICPS para a língua portuguesa.

Com a publicação do relatório "*To Err is Human*" (Errar é Humano) pelo *Institute of Medicine* em 1999 uma onda se espalhou por todo o mundo. Esta onda nada mais foi que a tomada de consciência, pelas instituições e profissionais de saúde, que a assistência que prestávamos estava muito longe de ser boa.

Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de **dano** desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
Near miss	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Desde então para o INDSH segurança em seus processos e meios são fundamentais para o exercício de suas atividades, e principalmente na questão da segurança do paciente.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Para isso o INDSH conta com um parceiro mais conceituado na atualidade neste quesito, o **IBSP – Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente** que visa ser uma instituição que oferece conteúdo relevante em diferentes mídias e formatos de distribuição, para organizações e profissionais de saúde que buscam adquirir e renovar conhecimento no que tange segurança do paciente e demais dimensões da qualidade na assistência à saúde.

O IBSP auxilia organizações de saúde na implementação de núcleos de segurança do paciente, atendendo à determinação do Programa Nacional de Segurança do Paciente detalhado na Portaria nº 529/2013.

É, também, escopo do IBSP, contribuir com a elaboração de melhorias que englobam ações de identificação, captação, análise, investigação e desmembramento de incidentes em saúde.

Com ampla expertise na elaboração de conteúdo, o IBSP fornece todos os Protocolos Clínicos e Assistenciais visando a melhoria contínua dos processos e segurança dos pacientes.

Cabe destacar, no Brasil, a contribuição da avaliação externa para a segurança do paciente, e a inspeção deles são importantes estratégias de melhoria da qualidade desses estabelecimentos, desde que os roteiros de inspeção sanitária sejam abrangentes, com itens referentes à totalidade dos atos normativos vigentes.

As ações da vigilância possibilitam a verificação in loco da situação e a identificação de fontes potenciais de danos, além de constituir uma prática de observação sistemática, orientada por conhecimentos técnico-científicos, destinada a examinar a conformidade com padrões e os requisitos que visam à proteção da saúde individual e coletiva.

As não conformidades encontradas nas inspeções reorientam o planejamento dos estabelecimentos de Saúde e constituem uma oportunidade de implementação de medidas de melhoria da qualidade e da segurança do paciente.

Entre essas medidas, inclui-se a adoção da rotina de realização de auditorias internas periódicas como premissas a necessidade de promover a identificação precoce de problemas relacionados com os serviços e produtos sob vigilância sanitária, a fim de eliminar ou minimizar os riscos decorrentes do uso destes. O caráter indissociável e o impacto dessas ações na segurança do paciente são ressaltados pela OMS, como necessárias ao cuidado seguro.

O MODO INDSH DE FAZER GESTÃO: QUALIDADE / ACREDITAÇÃO

A acreditação é uma metodologia de avaliação externa da qualidade dos estabelecimentos de Saúde, que consiste em um sistema de verificação de caráter voluntário em sua contratação, para determinar a conformidade com um conjunto de padrões, consistindo, assim, em um

Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E
Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD

processo de avaliação dos recursos institucionais (as estruturas, os processos de cuidado e os resultados obtidos).

É um processo que implica custos para sua realização. O processo de acreditação inclui a exigência de que os estabelecimentos de Saúde atuem em conformidade com os requisitos técnicos e legais e tenham seu licenciamento revalidado pela vigilância sanitária.

Existem três instituições atuando como acreditadoras no Brasil: a Organização Nacional de Acreditação, a Joint Commission International, representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação e a Canadian Council on Healthcare Services Accreditation, representada pelo Instituto Qualisa de Gestão.

O INDSH tem o orgulho de ter as seguintes Unidades com acreditação:

- ✓ **Hospital Regional Público do Marajó – Breves/PA:** Acreditação ONA – Pleno;
- ✓ **Centro Hospitalar Jean Bitar – Belém/PA:** Acreditação ONA – Pleno;
- ✓ **Hospital Delphina Rinaldi Abdel Aziz – Manaus/AM:** Acreditação ONA – Pleno;
- ✓ **Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação (CIIR) – Belém/PA:** Membro do Programa Internacional de Certificação QMENTUM DIAMANTE;
- ✓ **UPA Santana – Ponta Grossa/PR:** Membro do Programa Internacional de Certificação QMENTUM GOLD
- ✓ **UPA Santa Paula - Ponta Grossa/PR:** Membro do Programa Internacional de Certificação QMENTUM GOLD
- ✓ **UPA Campos Sales - Manaus/AM:** Membro do Programa Internacional de Certificação QMENTUM GOLD
- ✓ **Sede Administrativa – São Paulo/SP:** Membro do Programa Internacional de Certificação QMENTUM DIAMANTE.

Acreditação de contratos anteriores:

- ✓ **Hospital Regional Público do Leste do Pará – Paragominas/PA:** Acreditação ONA – Pleno;
- ✓ **UPA Santa Paula - Ponta Grossa/PR:** Acreditação ONA – Pleno*;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

*** Nota: O INDSH foi a primeira instituição a conseguir a Acreditação da ONA em Unidade de Pronto Atendimento na região Sul.**

O MODO INDSH DE FAZER GESTÃO: BUSINESS INTELLIGENCE (BI)

O INDSH trabalha com Business Intelligence em saúde para processar e assimilar os dados gerados e compreender tanto as tendências quanto as necessidades da Unidade de Saúde.

O Business Intelligence (BI), ou inteligência de negócios em português, se refere a um conjunto de teorias, processos, metodologias, tecnologias e estruturas capazes de transformar grandes quantidades de dados brutos em informações relevantes para a tomada de decisão empresarial. O conceito abrange desde o processo de coleta até o monitoramento de informações que suportam a gestão do negócio.

Com o Business Intelligence, pode-se acompanhar e correlacionar diversas informações úteis para a estratégia e funcionamento hospitalar, nos mais diversos aspectos, como por exemplo:

- Indicadores assistenciais;
- Indicadores de faturamento;
- Desvios no tempo médio de permanência;
- Acompanhamento da performance médica;
- Indicadores de faturamento e glosas.

E o que mais a Unidade achar importante na parametrização da ferramenta. Com essas informações, a tomada de decisões é baseada em evidências e se torna profissional, já que os vários sistemas utilizados pela mesma rede de Unidades de Saúde são integrados em tempo real.

No painel da ferramenta, é possível acompanhar online os indicadores que a empresa considera estratégicos, contribuindo para a evolução do planejamento, bem como a tomada de decisão nos casos de divergentes da meta.

Além do monitoramento de desempenho para otimizar as receitas, com o Business Intelligence é possível analisar a evolução clínica do paciente, auxiliando nas melhores opções de tratamento e na geração de bases históricas para a comparação de desfechos de casos similares.

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Como parceiro temos a HSP Software é uma empresa especializada no mercado hospitalar que oferece ferramentas de apoio à decisão da administração hospitalar, compreendendo uma plataforma que permite visão integrada do ciclo de gestão hospitalar.

O seu principal produto, HSP INTELIGÊNCIA HOSPITALAR, compreende principalmente:

- Visão por Macroprocessos/Dimensões do BSC;
- KPIs (Indicadores de desempenho) e Gestão da conformidade das Metas;
- Análise crítica de indicador fora de meta;
- Gestão de Planos de Ação por Indicador e Processo correspondente;
- Acompanhamento da Operação Hospitalar por Unidades Produtivas, com visões gráficas pré-montadas para os principais sistemas HIS/ERPs do mercado nacional (MV, Tasy e outros);
- Auditoria e rastreabilidade em Faturamento Hospitalar e Suprimentos.

A visualização dos dados integrados em tempo real, via web, favorece ao Gestor um enorme leque de informações para tomadas de decisões com maior assertividade guiadas por dados precisos, sem interferência na performance do sistema da Unidade.

Essa ferramenta também será disponibilizada ao Contratante, com acesso integral a TODOS os dados da Unidade em tempo real e com acesso remoto via web.

O MODO INDSH DE FAZER GESTÃO: MATRIZ DE RISCO

Uma matriz de risco na área da saúde é uma ferramenta utilizada para identificar, avaliar e gerenciar os riscos associados às operações, práticas clínicas, processos e atividades dentro de uma instituição de saúde. Essa matriz é uma representação visual que organiza os riscos de acordo com sua probabilidade de ocorrência e o impacto potencial que podem ter na organização ou nos pacientes.

A matriz de risco geralmente é representada por uma grade ou tabela, na qual os riscos são classificados em diferentes níveis com base em dois critérios principais:

1. Probabilidade de Ocorrência: Refere-se à chance de que um determinado evento ou incidente adverso ocorra. Isso pode ser classificado em categorias como baixa, média ou alta probabilidade.

2. Impacto Potencial: Refere-se à gravidade das consequências caso o evento adverso ocorra. Isso pode incluir consequências financeiras, operacionais, de segurança do paciente, reputacionais ou legais. O impacto potencial também pode ser classificado em categorias como baixo, médio ou alto impacto.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Com base nesses critérios, os riscos são plotados na matriz, resultando em uma classificação visual que destaca os riscos que têm a maior probabilidade de ocorrência e/ou o maior impacto potencial.

Uma vez identificados e classificados na matriz de risco, os riscos podem ser priorizados e estratégias de gerenciamento de riscos podem ser desenvolvidas para mitigar ou reduzir sua probabilidade de ocorrência ou impacto. Isso pode incluir a implementação de controles preventivos, planos de contingência, treinamento de pessoal, revisão de políticas e procedimentos, entre outras medidas.

A matriz de risco na área da saúde é uma ferramenta valiosa para promover a segurança do paciente, a qualidade dos cuidados de saúde e a gestão eficaz dos riscos operacionais, ajudando as instituições de saúde identificarem áreas de melhoria e tomar medidas proativas para garantir um ambiente seguro e eficiente para pacientes e profissionais de saúde.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

UNIDADES PRÓPRIAS

MATERNIDADE DR. EUGÊNIO G. DE CARVALHO - PEDRO LEOPOLDO (MG)



Informações Gerais

- Matriz do INDSH (Unidade própria).
- Local: Pedro Leopoldo (MG).
- Início das Atividades: 1960.
- Leitos totais: 45.
- Média complexidade.
- Abrangência (pacientes potenciais): Pedro Leopoldo, Capim Branco, Matozinhos, Lagoa Santa, São José da Lapa, Vespasiano, Jaboticatubas, Cordisburgo e Belo Horizonte.

Responsáveis Técnicos da Unidade

- Cláudia Cristina da silva – CRA/MG 01-024248 (Diretora Executiva)
- Sérgio Coube Bogado Júnior – CRM/MG 15.033 (Diretor Clínico)
- Thaís Damiani – COREN/MG 266.254 (Gerente Assistencial/RT)

Endereço

- Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Pedro Leopoldo (MG) – CEP: 33250-006
- Telefone: (31) 3660-3700

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO - CAMPINA VERDE (MG)

UNIDADE PRÓPRIA



Informações Gerais

- Local: Av. Um, 544 – Campina Verde (MG).
- Início das Atividades: 1944 (início da gestão INDSH: 2022)
- Leitos totais: 41.
- Média complexidade.
- Abrangência (pacientes potenciais): Campina Verde, microrregião de Ituiutaba e Triângulo Mineiro.

Responsáveis Técnicos da Unidade

- Edna Gomes Batista – (Diretora Executiva)
- Honório de Souza Rosa – CRM/MG 9732 (Diretor Técnico)
- Renata Oliveira Nunes – COREN/MG 461397 (Responsável Técnico Enfermagem)

Endereço

- Av. Um, 544 – Campina Verde (MG) – CEP: 38270-000
- Telefone: (34) 3412-1064

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

UNIDADES ADMINISTRADAS



Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ - BREVES (PA)



Informações Gerais

- Rede de regionalização da saúde do governo do Estado do Pará.
- Local: Breves (PA).
- Início da gestão: 2010.
- Leitos totais: 70.
- Média e alta complexidade.
- Abrangência (pacientes potenciais): 8º Centro Regional de Saúde: Breves, Bagre, Curralinho, Anajás, Portel, Melgaço e Gurupá.

Responsáveis Técnicos Da Unidade

- Jusciely Pereira Machado – (Diretora Executiva)
- Karen Salomão Cavalcanti - CRM/PA 13985 (Diretora Clínica)
- André Ramos Noronha – CRM/PA 011643 (Diretor Técnico)
- Rafaela Castro Valente – COREN/PA 33837 (Gerente Assistencial)

Endereço

- Av. Rio Branco, 1.266 – Breves (PA) – CEP: 68800-000
- Telefone: (91) 3873-2140

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA - TAILÂNDIA (PA)



Informações Gerais

- Rede de saúde do governo do Estado do Pará.
- Local: Tailândia (PA).
- Início da gestão: 2013.
- Leitos totais: 52.
- Média e baixa complexidade.
- Abrangência (pacientes potenciais): mesorregião do nordeste paraense: Bragantina, Cametá, Guamá, Salgado e Tomé-Açú.

Responsáveis Técnicos Da Unidade

- Eduardo Pereira da Silva – Diretor Executivo
- Eduardo Rocha – CRM 19783 PA (Diretor Técnico)
- Milton Peixoto de Oliveira Neto – CRM 19783 PA (Gerente Assistencial)

Endereço

- Av. Florianópolis, s/nº – Tailândia (PA) – CEP: 68695-000
- Telefone: (91) 3752-1661

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

CENTRO HOSPITALAR HOSPITAL JEAN BITAR - BELÉM (PA)



Informações Gerais

- Rede de saúde do governo do Estado do Pará.
- Local: Belém (PA).
- Início da gestão: 2016.
- Leitos totais: 70.
- Referência em endoscopia digestiva, colonoscopia e cirurgia gastrointestinal.
- Abrangência (pacientes potenciais): mesorregião de Belém.

Responsáveis Técnicos da Unidade

- Giovani Luís Padão Merenda – CRA/PA 16134 (Diretor Executivo)
- Rafael Maia de Sousa – CRM/PA 8627 (Diretor Técnico)
- Alexandra dos Santos do Carmo – COREN/PA 158.475 (Gerente Assistencial)

Endereço

- Rua Cônego Jerônimo Pimentel, 543 – Belém (PA) – CEP: 66055-000
- Telefone: (91) 3239-3800

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

CENTRO INTEGRADO DE INCLUSÃO E REABILITAÇÃO (CIIR)





Informações Gerais

- Complexo de assistência médica, odontológica, reabilitação, capacitação, oficinas para produção de próteses, serviço de apoio e diagnósticos.
- Local: Belém (PA).
- Início: 2018.
- Centro Integrado.
- Abrangência (pacientes potenciais): Belém (PA).

Responsáveis Técnicos da Unidade

- Rejane Xavier Soares Gomes – CRA 15.854/PA (Diretora Executiva)
- Maria do Carmo da Silva Freiras – COREN/PA 180.905 (Diretora Assistencial)
- Fabrícia Dias Maciel – CRM/PA 2.530 (Diretora Técnica)
- Nelma do Socorro Salim Ramos– CRM/PA 5.580 (Diretora Clínica)
- Brena Pereira dos Santos – COREN 543.038/PA (SCIH/PGRSS)
- Milton Silva Marques – CRF 5469/PA (Farmacêutico)

Endereço

- Rodovia Arthur Bernardes, nº 1.000 – Belém (PA) – CEP: 66117-005
- Telefone: (91) 4042-5127

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL NOSSA SENHORA DA GRAÇA



Informações Gerais

- Local: São Francisco do Sul (SC).
- Início da gestão: 2018.
- Leitos totais: 37.
- Unidade hospitalar da rede municipal de saúde, que conta com maternidade, serviços de diagnóstico e pronto atendimento durante 24 horas do dia, entre outros atendimentos.
- Abrangência (pacientes potenciais): São Francisco do Sul.

Responsáveis Técnicos da Unidade

- Rodrigo Frohlich, CRA/SC 33.484 (Diretor Executivo)
- Lizabel Balta Zumba Baniski – CRM/SC 14.235 (Diretora Técnica)
- Roberson Felix Oliveira - COREN/SC 185.959 (Gerente Assistencial)

Endereço

- Rua Manoel Antônio Bueno, s/nº - Rocio Grande – São Francisco do Sul (SC) – CEP: 89240-000
- Telefone: (47) 3471-3700

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – SANDRA REGINA



Informações Gerais

- Local: São Francisco do Sul (SC).
- Início da gestão: 2018.
- Unidade de Pronto Atendimento, porte I, 24 horas.
- Abrangência (pacientes potenciais): São Francisco do Sul.

Responsáveis Técnicos da Unidade

- Rodrigo Frohlich, CRA/SC 33.484 (Diretor Executivo)
- Lizabel Balta Zumba Baniski – CRM/SC 14.235 (Diretora Técnica)
- Roberson Felix Oliveira - COREN/SC 185.959 (Gerente Assistencial)

Endereço

- Rodovia Duque de Caxias, s/nº – Iperoba – São Francisco do Sul (SC) – CEP: 89240-000
- Telefone: (47) 3444-6277

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

HOSPITAL DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ



Informações Gerais

- Local: Manaus (MA).
- Início da gestão: 2019.
- Leitos totais: 372.
- Unidade hospitalar da rede estadual de Saúde, com atendimento 24 horas de urgência e emergência adulto e infantil, centro de diagnóstico e exames de alta complexidade.
- Abrangência (pacientes potenciais): Manaus e região.

Responsáveis Técnicos da Unidade

- Cristian Tassi – (Diretor Executivo)
- Leandro Moura – CRM/AM 7.064 (Diretor Técnico)
- Lourdes Soane Guimarães Alves COREN/AM 222977 (Diretora Assistencial)

Endereço

- Avenida Torquato Tapajós, s/nº - Colônia Terra Nova – Manaus (AM) – CEP: 69093-415
- Telefone: (92) 3090-0500

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAMPOS SALLES



Informações Gerais

- Local: Manaus (MA).
- Início da gestão: 2019.
- Unidade de Pronto Atendimento, porte III, 24 horas.
- Abrangência (pacientes potenciais): Manaus.

Responsáveis Técnicos da Unidade

- Anderson Barros – (Diretor Executivo)
- Leandro Moura – CRM/AM 7.064 (Diretor Técnico)
- Lourdes Soane Guimarães Alves COREN/AM 222977 (Diretora Assistencial)

Endereço

- Avenida Dona Otília, 649 – Tarumã – Manaus (AM) – CEP: 69021-430
- Contato: contato@indsh.org.br

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DOS CAETÉS DR. JORGE NETTO DA COSTA





Informações Gerais

- Local: Capanema - PA.
- Início da gestão: 2021.
- Leitos totais: 110.
- Unidade de média e alta complexidade.
- Abrangência (pacientes potenciais): Mesorregião do nordeste paraense: Augusto Corrêa, Aurora do Pará, Bonito, Bragança, Cachoeira do Piriá, Capanema, Capitão Poço, Castanhal, Concórdia do Pará, Curuçá, Ipixuna do Pará, Irituia, Mãne do Rio, Novo Repartimento, Ourém, Paragominas, Primavera, Quatipuru, Salinópolis, Santa Luzia do Pará, Santarém Novo, São João de Pirabas, São Miguel do Guamá, Tomé-Açu, Tracuateua, Vigia de Nazaré e Viseu.

Responsáveis Técnicos da Unidade

- Marcelo Azevedo – (Diretor Executivo)
- Rafael Leite Freitas – CRM 11135/PA (Diretor Técnico)

Endereço

- Av. Barão de Capanema, 3.191 - Capanema (PA) – CEP 68700-140
- Telefone: (91) 3462-3051

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DR. ALAIR MAFRA ANDRADE



Informações Gerais

- Local: Anápolis – GO.
- Início da gestão: 2022.
- Unidade de Pronto Atendimento, Porte III, 24 horas.
- Abrangência (pacientes potenciais): Anápolis.

Responsáveis Técnicos Da Unidade

- Sebastião Bismarques da Silva – (Diretor Executivo)
- Rúlio Max de Freitas – CRM/GO 9.840 (Diretor Técnico)
- Alan M. N. Sebata - COREN /GO 98.501 (Gerente Assistencial)

Endereço

- Rua 29 de Dezembro, s/nº – Vila Esperança – Anápolis (GO) – CEP: 75133-555
- Telefone: (62) 3902-2165

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

UPA SANTANA



Informações Gerais

- Local: Ponta Grossa – PR.
- Início da gestão: 2022.
- Unidade de Pronto Atendimento, Porte II, 24 horas.
- Abrangência (pacientes potenciais): Ponta Grossa.

Responsáveis Técnicos da Unidade

- Clemência de Souza – (Diretora Executiva)
- Cassio Henrique Mendes – CRM/PR 43.308 (Diretor Técnico)
- Luciane R. Chezini - CRF 9.340/PR (Farmácia)
- Juliana S. Machado – Coren 15-541.938 / PR (Ger. Enf.)

Endereço

- R. Dr. Paula Xavier – Centro – Ponta Grossa (PR) – CEP: 84040-120
- Telefone: (42) 3220-1015

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

UPA SANTA PAULA



Informações Gerais

- Local: Ponta Grossa – PR.
- Início da gestão: 2022.
- Unidade de Pronto Atendimento, Porte II, 24 horas.
- Abrangência (pacientes potenciais): Ponta Grossa.

Responsáveis Técnicos da Unidade

- Clemência de Souza – (Diretora Executiva)
- Mayra Carolina Pereira – CRF 38.839 / PR (Farmácia)
- Carine Teresinha C. Sandrino – Coren 152.989/PR (Ger. Enf.)

Endereço

- R. Nicolau Kluppel Neto, 1.645 – Ponta Grossa (PR) – CEP: 84061-000
- Telefone: (42) 3122-7500

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Informações Gerais

- Local: Ananindeua (PA).
- Início da gestão: 2022.
- Leitos: 208.
- Média e alta complexidade.
- Abrangência (pacientes potenciais): Pará e região.

Responsáveis Técnicos da Unidade

- Marcelo Azevedo – (Diretor Executivo)
- Patrícia Isabel Bahia Mendes Freire – CRM/PA 8683 (Diretora Técnica)
- Clovis Guse – COREN/PA 56983 (Diretor Assistencial)

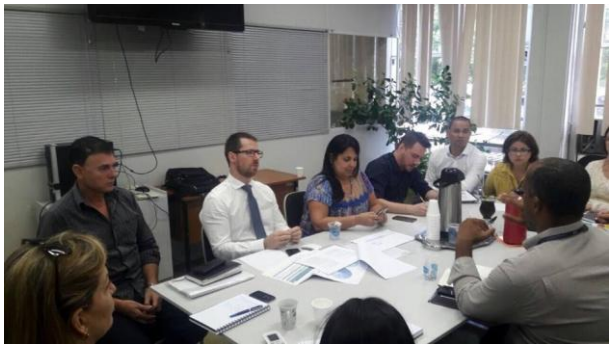
Endereço

- Rod BR-316, Km 3, s/nº – Guanabara – Ananindeua (PA) – CEP: 67010-000
- Telefone: (91) 3073-3700

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Atuação da Equipe de Gestão



Diretoria da UPA Santa Paula e Secretária de Saúde de Ponta Grossa/PR - reunião de trabalho

Atuação direta sobre todas as atividades da Unidade por uma equipe de gestores que desenvolvem o papel executivo, implementando diretrizes institucionais do INDSH, onde gradativamente, são introduzidos o planejamento e a gestão estratégica.

A equipe de gestão é responsável por:

- Designar para a administração direta da Unidade um profissional com experiência em gestão hospitalar;
- Manter, como base de apoio, uma equipe de retaguarda à distância, composta de médicos, administradores hospitalares, enfermeiros, contadores e advogados, prestando assessoria à contratante e a equipe de gestão da Unidade sempre que solicitado;
- Administrar a Unidade com plena autonomia e independência para implantar sistemas administrativos, rotinas e procedimentos condizentes com as modernas normas de administração hospitalar e legislação vigente;
- Organizar a estrutura indispensável para o bom funcionamento da Unidade.
- Elaborar os instrumentos administrativos e jurídicos compatíveis com as necessidades;
- Orientar quanto à instalação de novos serviços, adequação ou ampliação dos existentes;
- Orientar e proceder a celebração e revisão de todos os contratos existentes e necessários para o correto funcionamento da Unidade;
- Definir os objetivos e estratégias de funcionamento da Unidade alinhadas ao contrato de gestão;
- Elaborar a prestação de contas mensal que contenha todos os elementos para a correta apreciação das atividades gerais no período, envolvendo aspectos administrativos, sociais, econômico-financeiros, ético e transparência;
- Esclarecer sobre as atividades desenvolvidas na gestão da Unidade sempre que for convocado pelo contratante.

Serviços de Assessoria Técnica

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O desenvolvimento do trabalho de gestão conforme modelo proposto requer, entre outros, suporte técnico de assessoria específica, a ser utilizada sempre que o plano de trabalho assim demandar. Entre outros, destacamos as seguintes áreas:

Assessoria Jurídica

- Emitir pareceres jurídicos ligados à área da saúde, quando solicitada;
- Analisar os contratos firmados pela Unidade, emitindo parecer.

Assessoria Contábil

- Implantar plano contábil hospitalar, conforme a legislação em vigor;
- Assessorar a Unidade na contabilização de todos os fatos contábeis ocorridos no decorrer do mês;
- Emitir pareceres conclusivos relativos as questões da área contábil e financeira;
- Acompanhar a conciliação das contas e o fechamento dos balancetes mensais e do balanço anual.

Assessoria Médica

Emitir pareceres, sempre que solicitada, acerca de novas terapias a serem implantadas, rotinas, aquisição de equipamentos, alteração de protocolos clínicos, entre outros, sempre respeitando as características regionais, bem como os preceitos éticos, morais e legais.

Assessoria Assistencial

- Emitir parecer acerca do correto dimensionamento de pessoal;
- Auxiliar na implantação das escalas de trabalho;
- Assessorar equipes de enfermagem na utilização das melhores práticas de trabalho;
- Emitir parecer acerca das atribuições de cada segmento profissional da área de enfermagem;

Colocar à disposição da Unidade toda a legislação relativa a atuação profissional da área de enfermagem.

Assessoria Administrativa

- Orientação especializada ao Dirigente Hospitalar;
- Apoio técnico em mudanças estruturais;
- Introdução de instrumentos de análise permanente de desempenho;
- Gestão de Resultados: Plano de Ação do Exercício e Programação Orçamentária;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

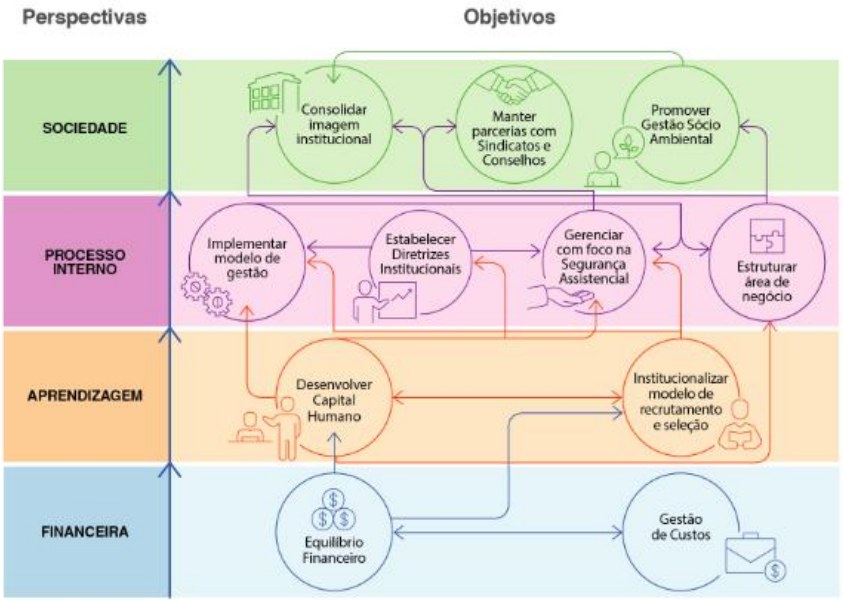
- Projetos de desenvolvimento empresarial e comprometimento das partes envolvidas;
- Estudos de viabilidade: expansão e redução de serviços e contratação de terceiros;
- Projeto de novas receitas e captação de recursos;
- Parametrização de despesas;
- Orientação e enquadramento legal;
- Implantar plano estatístico hospitalar;
- Assessorar as Unidades no levantamento dos dados estatísticos.

Foco Estratégico



A equipe de gestores tem atuação focada nos objetivos estratégicos pertencentes a este modelo de gestão.

O mapa estratégico possui, entre outros a serem incorporados ao longo do trabalho, os seguintes objetivos:



Esses objetivos estratégicos se desdobram em metas, indicadores e planos de ação que são executados para o cumprimento das estratégias institucionais.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Relatórios de Desempenho

Captação e processamento de informação e análise do desempenho da Unidade, por meio de relatórios e planos de trabalho referentes a capacidade produtiva e do custeio de toda atividade, pelos seguintes instrumentos:

Plano Estatístico

O plano estatístico é composto do movimento geral da Unidade, reunindo os indicadores hospitalares utilizados na avaliação contínua de desempenho.

Relatório de Atividades

Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho da Unidade sob vários aspectos, análise crítica dos resultados previstos e alcançados, entre eles:

Atividades Assistenciais

- Número de internações (admissões e saídas);
- Porcentagem de ocupação;
- Média de permanência;
- Taxa de mortalidade;
- Número de exames por tipo;
- Número de procedimentos.

Recursos Humanos

- Número de colaboradores diretos e indiretos;
- Rotatividade de pessoal;
- Taxa de absenteísmo;
- Colaborador por leito;
- Colaborador por paciente.

Atividades Sociais

- Palestras realizadas junto aos usuários;
- Campanhas de saúde realizadas;
- Cursos ministrados.

Atividades econômicas

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Composição das Receitas;
- Composição das Despesas.

Indicadores de Resultados

- Assistenciais;
- Recursos Humanos;
- Econômicos.

Indicadores de Custos

- Alimentação (desjejum, colação, almoço, lanche, jantar, ceia e fórmulas lácteas);
- Custo do quilo de roupa lavada;
- Custo do m³ de oxigênio.

CONHECIMENTO DO OBJETO

Objetivo Geral

O objetivo geral da Unidade de Pronto Atendimento é fornecer atendimento médico de urgência e emergência de forma rápida, eficiente e acessível à população. Essas unidades têm como finalidade principal oferecer cuidados de saúde imediatos para casos que não são graves o suficiente para necessitar de um hospital, mas que ainda assim demandam atenção médica urgente.

Além disso, as UPA's visam desafogar os serviços de emergência dos hospitais, contribuindo para uma melhor gestão do sistema de saúde como um todo. Elas também têm como objetivo promover a integralidade do cuidado ao paciente, oferecendo não apenas atendimento emergencial, mas também serviços de apoio diagnóstico e estabilização para casos agudos.

Objetivos Específicos

Os objetivos específicos das Unidades de Pronto Atendimento podem variar de acordo com as necessidades da comunidade atendida e as diretrizes estabelecidas pelas autoridades de saúde locais. No entanto, alguns objetivos comuns incluem:

Atendimento rápido e eficiente: Garantir que os pacientes sejam atendidos o mais rápido possível, especialmente aqueles em estado de urgência ou emergência, através de processos eficientes de triagem, classificação e tratamento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Triagem e classificação adequadas: Realizar uma triagem precisa para classificar os pacientes de acordo com a gravidade de seu quadro clínico, priorizando aqueles com maior necessidade de atendimento imediato.

Estabilização inicial: Prestar cuidados médicos iniciais para estabilizar pacientes em situações de emergência, realizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos básicos para garantir a segurança do paciente até que possam ser encaminhados para outros níveis de cuidado, se necessário.

Encaminhamento adequado: Avaliar a necessidade de encaminhamento dos pacientes para hospitais ou outras unidades de saúde de maior complexidade, garantindo que recebam o tratamento adequado para sua condição.

Redução do tempo de espera: Implementar medidas para reduzir o tempo de espera dos pacientes, otimizando os processos internos, garantindo uma gestão eficaz dos recursos disponíveis e priorizando os casos mais urgentes.

Acolhimento e humanização: Proporcionar um ambiente acolhedor e humanizado para os pacientes e seus familiares, oferecendo apoio emocional e informações claras sobre o tratamento e os procedimentos realizados.

Educação e promoção da saúde: Realizar atividades educativas para orientar a comunidade sobre cuidados preventivos, sinais de alerta e medidas de promoção da saúde, visando reduzir a incidência de doenças e lesões.

Esses são alguns dos objetivos específicos que as UPAs geralmente buscam alcançar para fornecer um atendimento de qualidade e eficiente à população que atendem.

Posicionamento da Unidade de Pronto Atendimento na Rede de Urgência e Emergência, conforme Portaria GM/MS n.º 1.600/2011, que estabelece a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). A UPA 24h integra a rede como uma unidade de referência para atendimento de situações de urgência e emergência, presente como ponto estratégico para atenção imediata à saúde em casos que exigem intervenção rápida.
A UPA é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências. As UPAs e o conjunto de Serviços de Urgência 24 horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por

Assinado por 1 pessoa: PAULO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Destacando a competência da UPA dentro da RUE – Rede de Urgência e Emergência:

- Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;
- Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;
- Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;
- Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
- Manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação;
- Prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à RUE a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
- Contrarreferência para os demais serviços de atenção integrantes da RUE, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade;
- Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- Estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos; e
- Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

Passamos a apresentar as práticas assistenciais que compõem o Modelo de Gestão da Assistência proposto para a operacionalização da UPA.

Razões da Proposição e Interesse Público na sua Realização:

- Garantir a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
- Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;
- Buscar a eficiência e efetividade na formulação do modelo de gestão na saúde adotado no Município, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, em consonância com as políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos de demanda espontânea, encaminhamentos da central de Regulação da SMS e rede de assistência à saúde, preservando a missão da Secretaria Municipal de Saúde.

Integração com Secretaria Municipal de Saúde

A Entidade efetuará reunião inicial para definição do comitê de transição e de acompanhamento do contrato de gestão. Nesta reunião será definido cronograma das reuniões semanais onde todas as ações serão acordadas entre as partes.

A Entidade implementará qualquer iniciativa e programa da Secretaria de Saúde que porventura seja adequada a Unidade. Abaixo descrevemos como será o monitoramento das ações, indicadores e metas.

Plano Diretor de Saúde

Características da Demanda

Funcionará como unidade de portas abertas, constituindo-se como pontos de atenção na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município, inclusive ao SAMU, atendendo a demanda

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

espontânea da população de um modo geral e no atendimento dos casos de menor complexidade clínica e cirúrgica, incluindo suturas, drenagens de abscessos, curativos em geral (inclusive queimados), dentre outros, evitando que esses casos sejam encaminhados para outras unidades de saúde ou hospitalares.

A unidade objeto do edital pertence e permanecerá plenamente integrada à Rede Municipal de Saúde, da qual fazem parte os equipamentos constantes do mapa apresentado em edital.

A assistência será prestada de acordo com as diretrizes do SUS para a Assistência Pré-Hospitalar e com as definições das Políticas Nacionais de Saúde, como a de Urgência e Emergência e de Humanização, complementadas por diretrizes e normas específicas da Secretaria Municipal de Saúde.

Será atendida, integralmente, a legislação do SUS aplicada ao atendimento de Urgência e Emergência e, em especial, a Portaria GM-MS nº 10, de 3 de Janeiro de 2017 e posteriores atualizações, as atividades a serem desempenhadas na UPA correspondem ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, inclusive nos finais de semana e feriados, e executará atividades de assistência à saúde envolvendo atendimentos de urgência e emergência (adultos e infantil), inclusive acompanhamentos dos casos durante o período de atividade. Em relação aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, pode prestar o primeiro atendimento, estabilização e investigação diagnóstica inicial, definindo a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade, conforme regulação exercida pela Central de Regulação de Urgência e Emergência do Município, garantindo a assistência universal e gratuita à população.

Será efetivada a participação nas ações de Planejamento e do Plano de Ação regional/ municipal da Rede de Atenção às Urgências (RAU).

CONTEXTUALIZAÇÃO MUNICÍPIO DE AMERICANA - SP

Informações Gerais





Americana, localizada a aproximadamente 126 km da capital paulista, destaca-se como um dos municípios mais desenvolvidos do Brasil. Sua posição estratégica é reforçada pela proximidade com importantes rodovias estaduais, como a Anhanguera (SP-330), Luiz de Queiroz (SP-304) e Rodovia dos Bandeirantes (SP-348), facilitando o fluxo comercial e o escoamento de produtos.

Assinado por 1 pessoa: PAULO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Historicamente reconhecida como a "Princesa Tecelã" devido à sua tradição têxtil, Americana mantém um elevado potencial de consumo e tem se destacado em setores complementares à indústria automobilística, construção civil e serviços.
De acordo com estimativas do IBGE divulgadas em 2022, a população de Americana é de 237.247 habitantes, representando um crescimento de 12,63% em relação a 2010. Esse aumento populacional reflete o contínuo desenvolvimento socioeconômico do município.

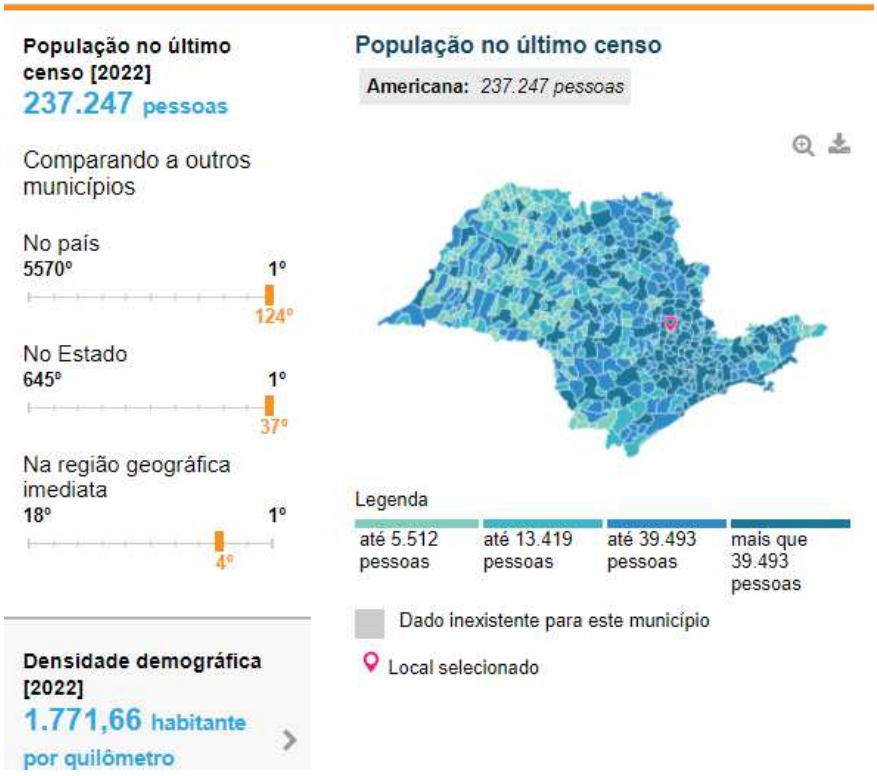
No âmbito educacional, Americana abriga diversas instituições de ensino superior, incluindo a Faculdade de Americana (FAM), o Centro Universitário Salesiano de São Paulo (Unisal), a Faculdade de Tecnologia de Americana (Fatec) e o Instituto de Ensino Superior de Americana (IESA), contribuindo significativamente para a formação acadêmica e profissional da região.
Fundada em 27 de agosto de 1875, Americana celebrou 149 anos em 2024. Seus habitantes são conhecidos como americanenses.

Histórico

Os primeiros registros de ocupação são do fim do século 18, com pequenas propriedades. A cidade foi povoada por portugueses, escravos, estadunidenses (refugiados da Guerra Civil americana) e italianos, formando o que foi chamada posteriormente de Vila Americana, logo elevada a distrito.
A imigração norte americana, a partir de 1865, marca um período de desenvolvimento no campo da agricultura, com o aprimoramento do cultivo do algodão, da educação e em atividades médicas e odontológicas. Os imigrantes italianos (1887) muito colaboraram nos serviços da lavoura, e posteriormente na indústria têxtil. Construíram a 1ª Igreja de Americana em meados de 1896.
Na década de 1930 iniciou-se em Americana a modalidade de trabalho a fação, o que caracteriza o desenvolvimento da cidade baseado num grande número de pequenas empresas têxteis. Americana passou a ser conhecida como a Capital do Rayon e um dos mais importantes polos têxteis do país.
As décadas de 1960 e 1970, foram marcadas pelo rápido desenvolvimento da cidade, fazendo com que muitas pessoas viessem em busca de emprego e moradia.

População

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Indicadores Gerais

Item	Quantidade
População estimada (2022)	237.247
População estimada (2024)	246.655
Homens (2010)	49%
Mulheres (2010)	51%
Área territorial	133,912 km²
Densidade demográfica (2022)	1.771,66 hab/km²
Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM – 2010)	0,811

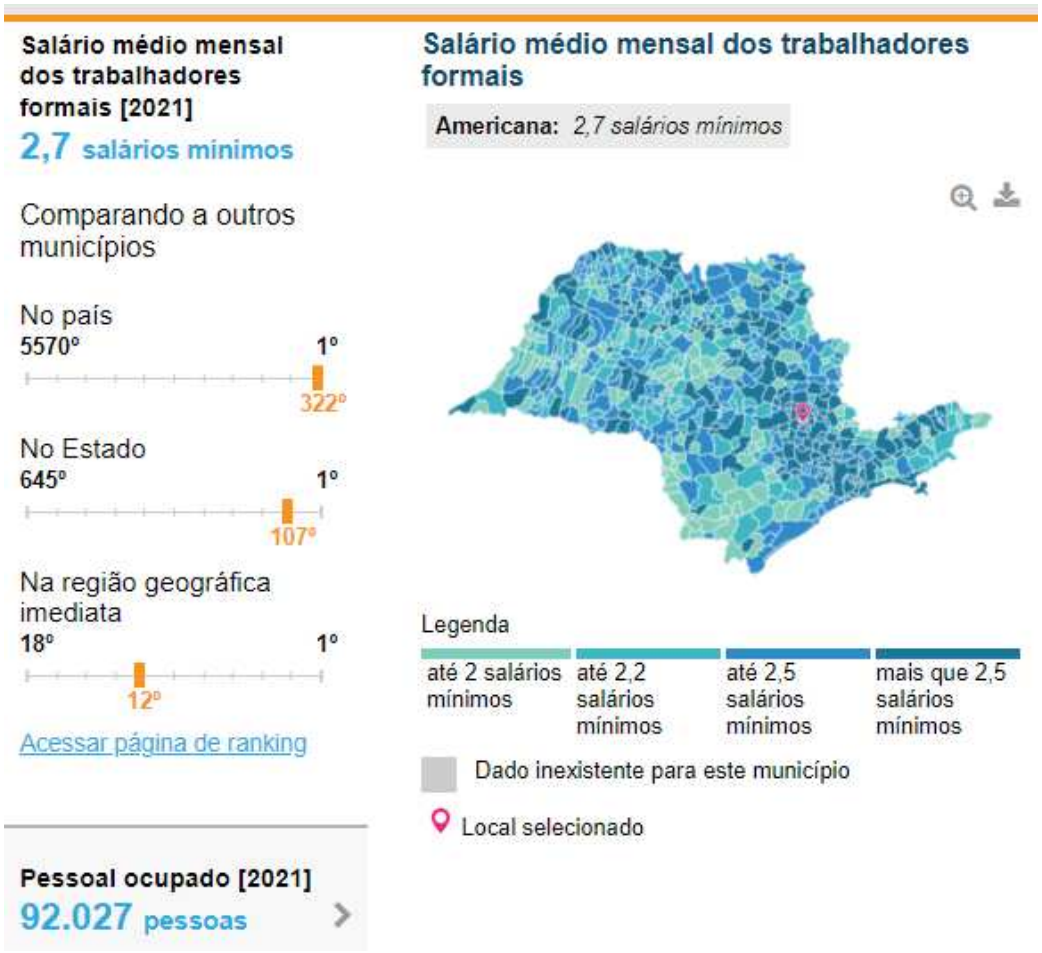
Fonte: IBGE.

Trabalho e Rendimento

Em 2021, o salário médio mensal era de 2.7 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 35.9%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 107 de 645 e 61 de 645, respectivamente. Já na comparação com cidades

Assinado por 1 pessoa: MANOEL ANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

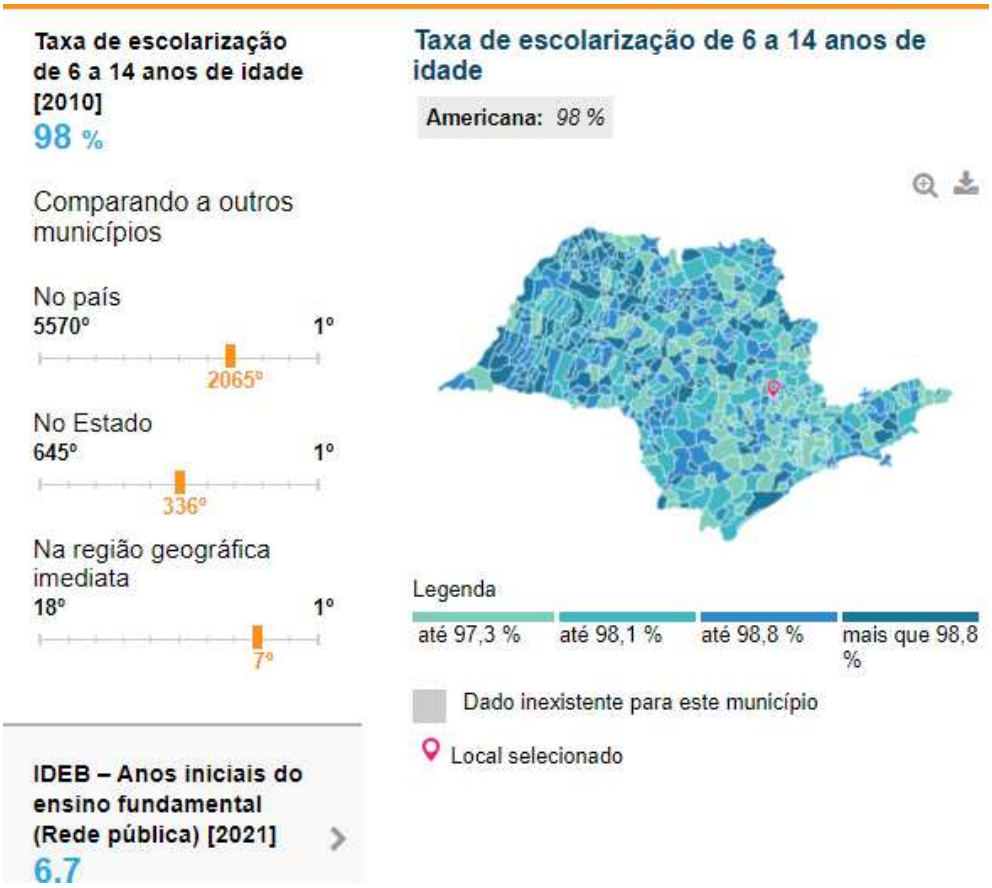
do país todo, ficava na posição 322 de 5570 e 268 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 26.4% da população nessas condições, o que o colocava na posição 596 de 645 dentre as cidades do estado e na posição 5211 de 5570 dentre as cidades do Brasil.



Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2021]	2,7 salários-mínimos
Pessoal ocupado [2021]	92.027 pessoas
População ocupada [2020]	35,9 %
Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário-mínimo [2010]	26,4 %

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Educação

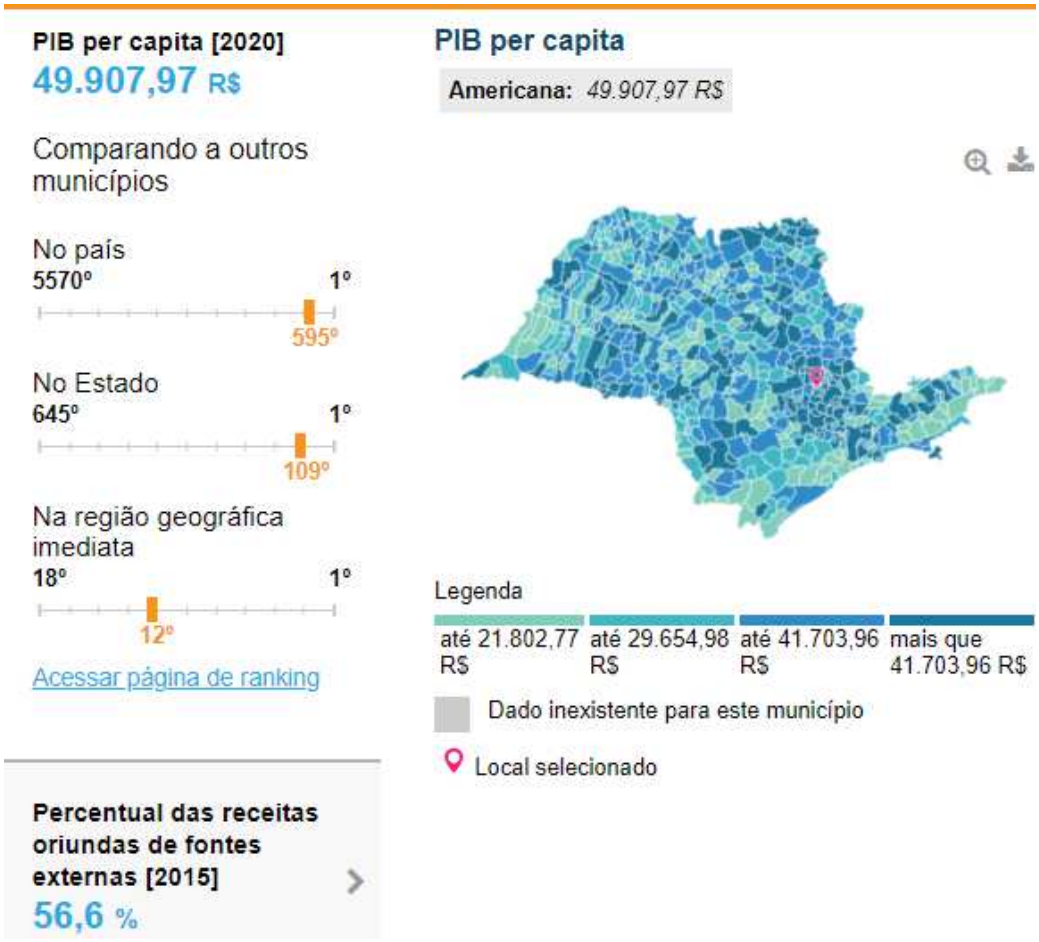


Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	98 %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2021]	6,7
IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) [2021]	5,5
Matrículas no ensino fundamental [2021]	25.515 matrículas
Matrículas no ensino médio [2021]	9.379 matrículas
Docentes no ensino fundamental [2021]	1.457 docentes
Docentes no ensino médio [2021]	796 docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2021]	64 escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio [2021]	35 escolas

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

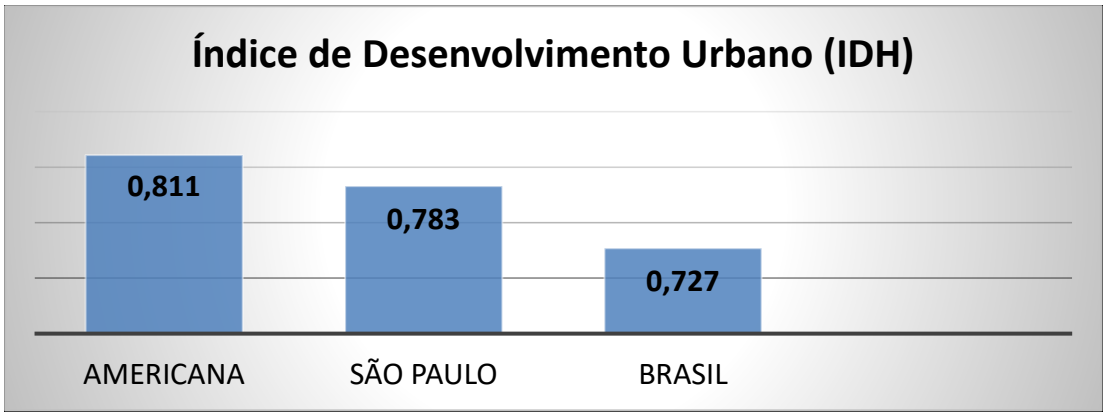
Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Economia



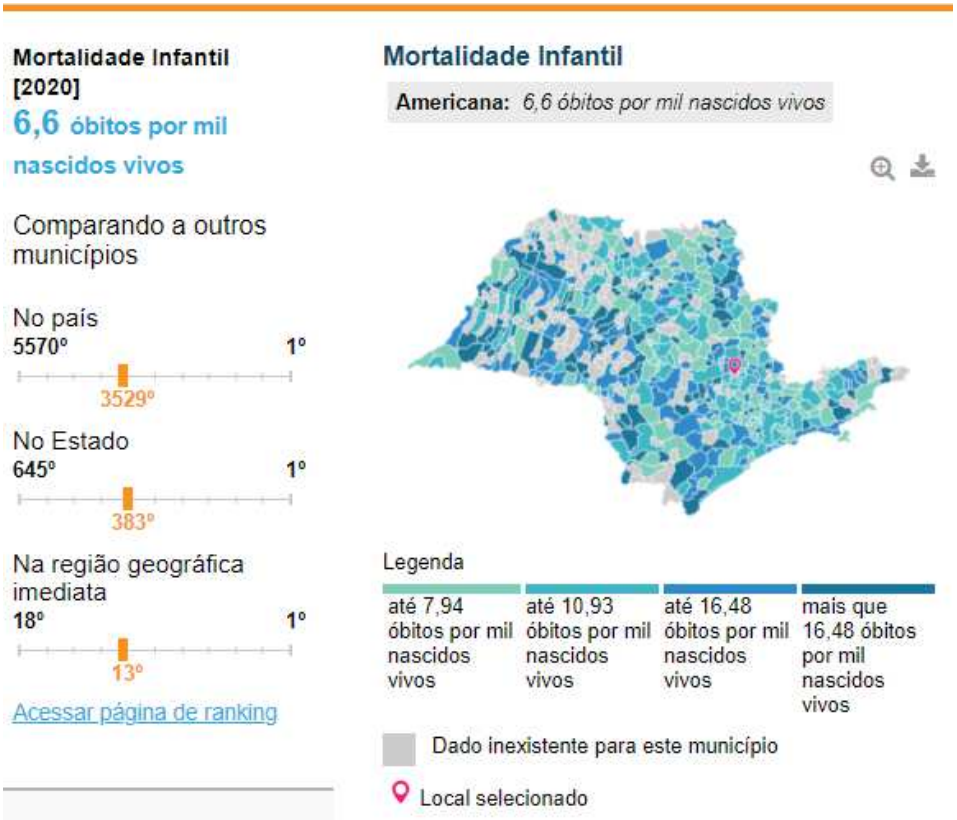
PIB per capita [2020]	R$ 49.907,97
Percentual das receitas oriundas de fontes externas [2015]	56,6 %
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010]	0,811
Total de receitas realizadas [2017]	R$ 774.032,59 (×1000)
Total de despesas empenhadas [2017]	R$ 709.743,81 (×1000)

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Saúde

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 6.6 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 383 de 645 e 465 de 645, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3529 de 5570 e 4734 de 5570, respectivamente.

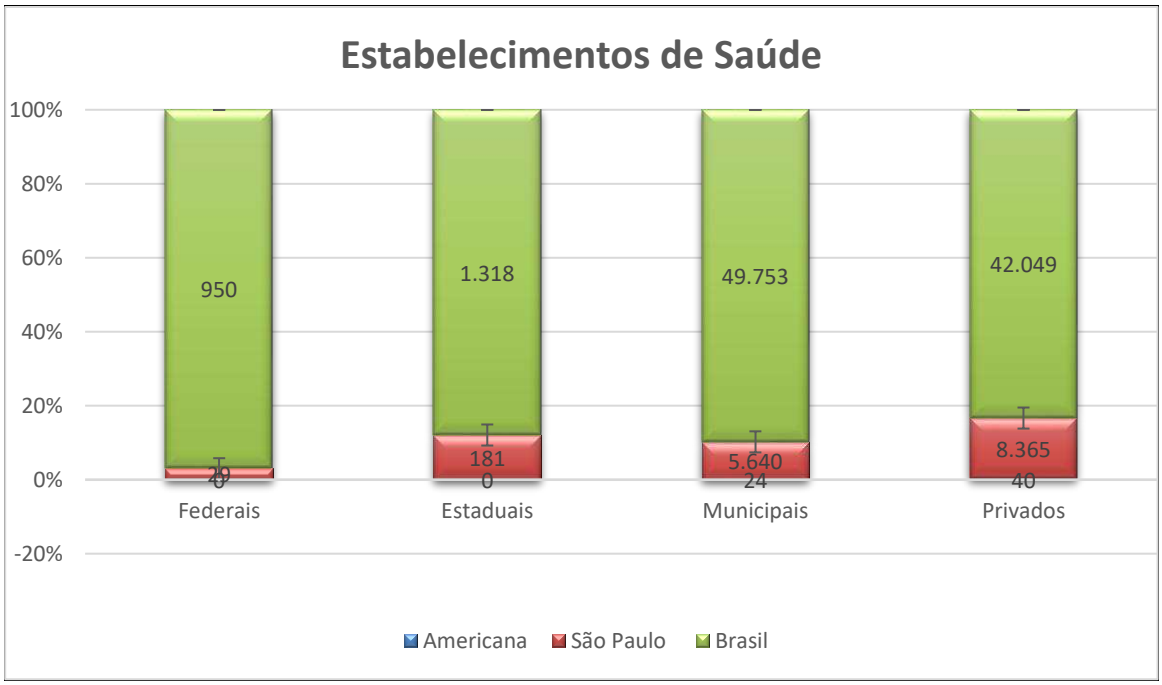


Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Estabelecimentos de Saúde

Variável	Americana	São Paulo	Brasil
Federais	0	29	950
Estaduais	0	181	1.318
Municipais	24	5.640	49.753
Privados	56	8.365	42.049

Fonte: IBGE / 2010.



(Fonte: IBGE).

Morbidade Hospitalar

Variável	Americana	São Paulo	Brasil
Homens	998	62.201	242.238
Mulheres	766	52.468	205.787

(Fontes: IBGE / Datasus – 2020).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Taxa de Morbidade Infantil 2016-2020

Local	2016	2017	2018	2019	2020
Americana	7,21	7,47	11,19	9,08	6,6
São Paulo	11,32	11,19	11,04	11,21	10,23
Brasil	13,30	12,80	12,35	11,94	11,56
OMS (valor aceitável)	10	10	10	10	10

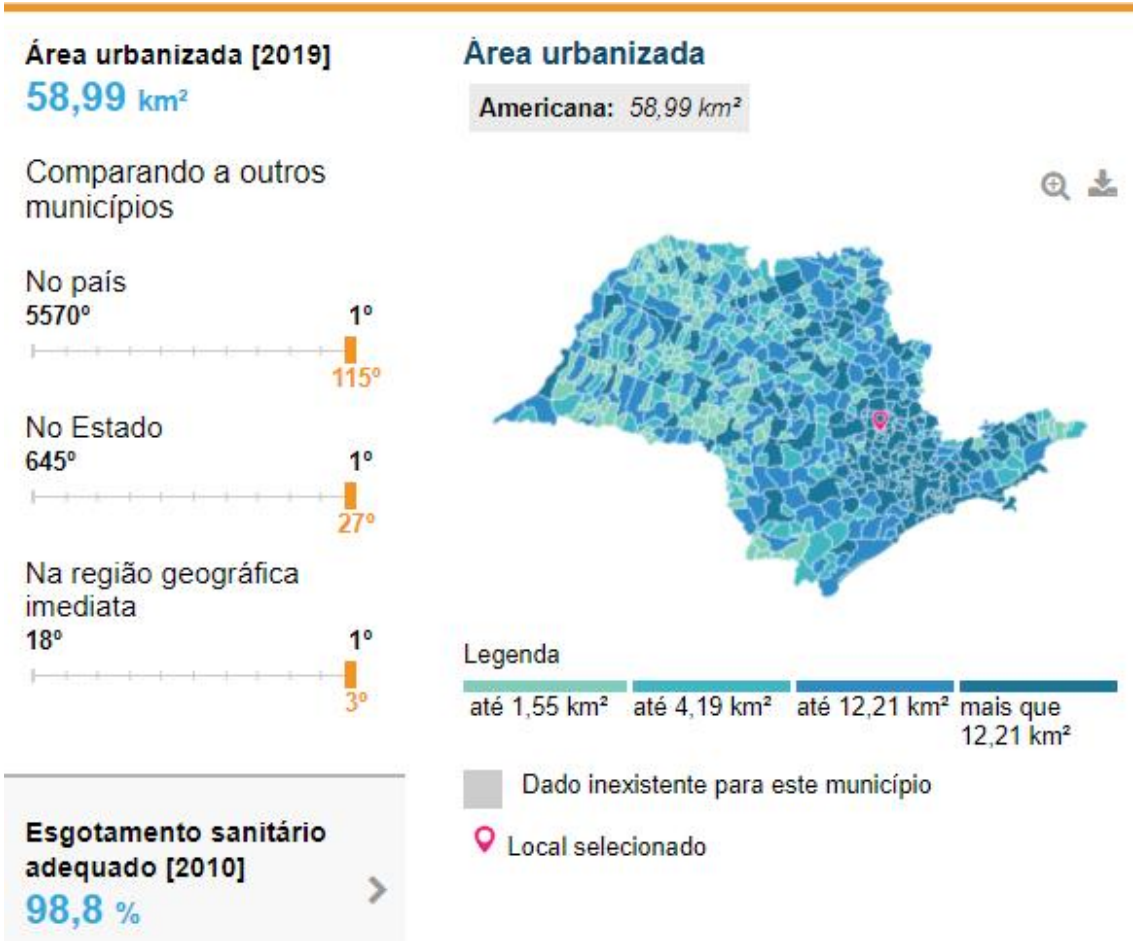
(Fontes: IBGE / OMS).

Meio Ambiente

Apresenta 98.8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 97.1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 37.1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 27 de 645, 240 de 645 e 170 de 645, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 28 de 5570, 551 de 5570 e 873 de 5570, respectivamente.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

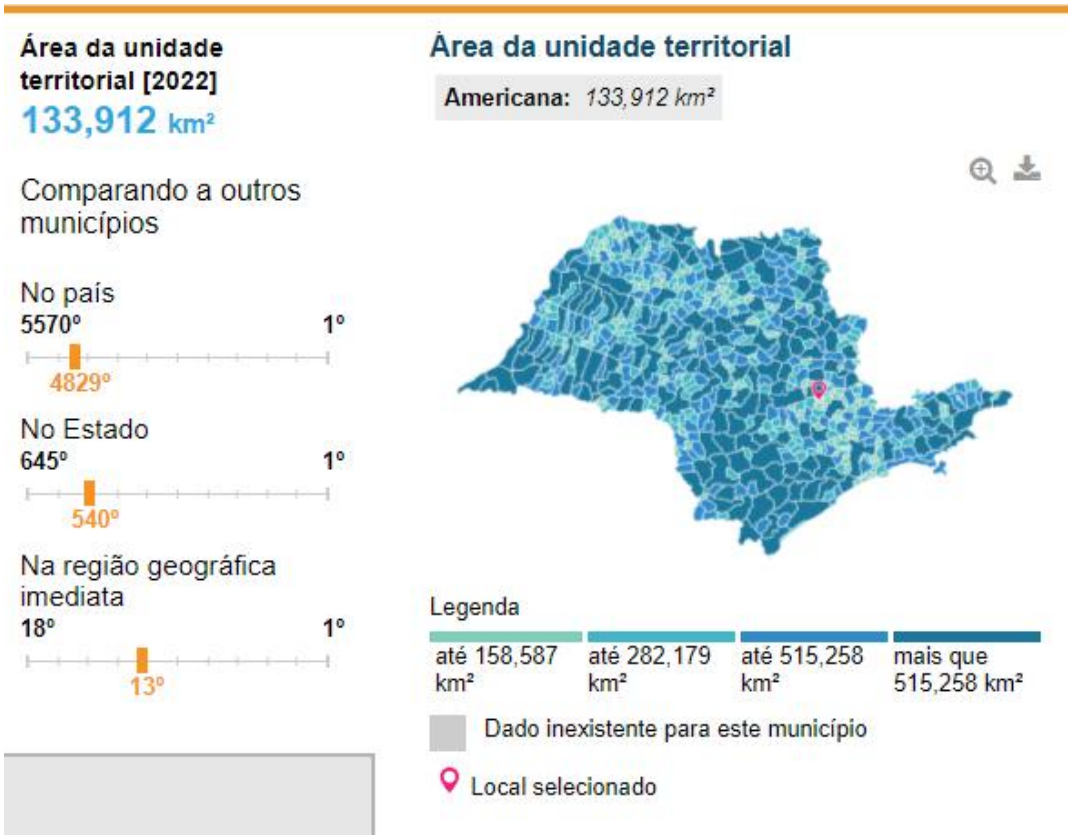
Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org



Área urbanizada [2019]	58,99 km²
Esgotamento sanitário adequado [2010]	98,8 %
Arborização de vias públicas [2010]	97,1 %
Urbanização de vias públicas [2010]	37,1 %
População exposta ao risco [2010]	Sem dados
Bioma [2019]	Mata Atlântica
Sistema Costeiro-Marinho [2019]	Não pertence

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Território



Área da unidade territorial [2022]	133,912 km²

Hierarquia urbana [2018] Capital Regional C (2C) - Município integrante do Arranjo Populacional de Americana - Santa Bárbara d'Oeste/SP

Região de Influência [2018] Arranjo Populacional de Campinas/SP - Metrópole (1C)\; Arranjo Populacional de São Paulo/SP - Grande Metrópole Nacional (1A)

Região intermediária [2021]	Campinas
Região imediata [2021]	Campinas
Mesorregião [2021]	Campinas
Microrregião [2021]	Campinas

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DO PLANO

Para a elaboração deste plano de trabalho o INDSH se norteou pelas seguintes diretrizes:

A **Lei 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 outras providências.

Destacamos o **CAPÍTULO II - Dos Princípios e Diretrizes**

Art. 7º - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - Participação da comunidade;

IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – Organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

XV – Proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes. (Incluído pela Lei nº 14.679, de 2023)

Parágrafo único. Para os efeitos do inciso XIV do **caput** deste artigo, as mulheres vítimas de qualquer tipo de violência têm o direito de serem acolhidas e atendidas nos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS, na rede própria ou conveniada, em local e ambiente que garantam sua privacidade e restrição do acesso de terceiros não autorizados pela paciente, em especial o do agressor. (Incluído pela Lei nº 14.847, de 2024)

Outra diretriz que norteou para a elaboração deste plano de trabalho:

LEI Nº 14.133, DE 1º DE ABRIL DE 2021

Art. 1º Esta Lei estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e abrange:

I - Os órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário da União, dos Estados e do Distrito Federal e os órgãos do Poder Legislativo dos Municípios, quando no desempenho de função administrativa;

II - Os fundos especiais e as demais entidades controladas direta ou indiretamente pela Administração Pública.

Destacamos: **Das Compras**

Art. 40. O planejamento de compras deverá considerar a expectativa de consumo anual e observar o seguinte:

I - Condições de aquisição e pagamento semelhantes às do setor privado;

II - Processamento por meio de sistema de registro de preços, quando pertinente;

III - Determinação de unidades e quantidades a serem adquiridas em função de consumo e utilização prováveis, cuja estimativa será obtida, sempre que possível, mediante adequadas técnicas quantitativas, admitido o fornecimento contínuo;

IV - Condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do material;

V - Atendimento aos princípios:

a) da padronização, considerada a compatibilidade de especificações estéticas, técnicas ou de desempenho;

b) do parcelamento, quando for tecnicamente viável e economicamente vantajoso;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

c) da responsabilidade fiscal, mediante a comparação da despesa estimada com a prevista no orçamento.

CAPÍTULO I - Da formalização dos contratos:

Art. 89. Os contratos de que trata esta Lei regular-se-ão pelas suas cláusulas e pelos preceitos de direito público, e a eles serão aplicados, supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

Art. 90. A Administração convocará regularmente o licitante vencedor para assinar o termo de contrato ou para aceitar ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo e nas condições estabelecidas no edital de licitação, sob pena de decair o direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas nesta Lei.

Diante disso o INDSH criou seu ***REGULAMENTO INSTITUCIONAL DE COMPRAS, CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS E AQUISIÇÃO DE BENS COM EMPREGO DE RECURSOS PROVENIENTES DO PODER PÚBLICO.*** Esse regulamento tem por finalidade estabelecer normas e critérios para compras e contratação de obras e serviços e aquisição de bens com emprego de recursos provenientes do Poder Público do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH, associação civil de caráter beneficente de promoção social à saúde, sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA UPA ANTONIO ZANAGA

Organograma detalhado da UPA ANTONIO ZANAGA

Em anexo apresentamos o organograma da Unidade.

Definição das Competências

Apresentamos abaixo a definição das Competências de cada Membro do Corpo Diretivo

CARGO	GESTOR OPERACIONAL
Escolaridade mínima	Graduação em Administração ou Administração Hospitalar
Escolaridade desejável	Especialização em administração hospitalar, gestão em serviços de saúde ou similar.
Requisitos técnicos	Experiência em gestão de Unidades de serviços de saúde de, no mínimo, 15 anos, gestão de pessoas de serviços de saúde, implantação de processos de qualidade e certificações.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação e planejamento

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar toda a Equipe Multiprofissional da Instituição, bem como todas as Unidades institucionais.

CARGO	**DIRETOR (A) TÉCNICO (A)**
Escolaridade mínima	Graduação em Medicina
Requisitos técnicos	Residência Médica em qualquer área da medicina. Dez anos de atuação em assistência direta ao paciente na respectiva especialidade. Experiência em gestão de unidades de serviços de saúde de, no mínimo, três anos, equipes médicas e similar. Pacote office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação e planejamento.
Funções	Planejar, dirigir, controlar e coordenar todas as atividades médicas da Unidade. Implantar e fazer cumprir os protocolos médicos e padronizações. fazer com que funcione plenamente todas as comissões e projetos implementados pela diretoria.

CARGO	**RESPONSÁVEL TÉCNICO ENFERMAGEM**
Escolaridade mínima	Graduação em Enfermagem
Escolaridade desejável	Especialização em administração hospitalar, gestão em serviços de saúde ou similar.
Requisitos técnicos	Experiência em gestão de Unidades de serviços de saúde de, no mínimo, cinco anos, gestão dos serviços de enfermagem. Pacote office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação e planejamento.
Funções	Planejar, dirigir, controlar, coordenar e supervisionar todas as atividades relacionadas aos cuidados assistências da enfermagem.
CARGO	**COORDENADORES E SUPERVISORES**
Escolaridade mínima	Graduação na área afim
Escolaridade desejável	Especialização em administração hospitalar, gestão em serviços de saúde ou similar.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Requisitos técnicos	Experiência em gestão de Unidades de serviços de saúde de, no mínimo, dois anos, gestão de pessoas de serviços de saúde, implantação de processos de qualidade e certificações.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação e planejamento.
Funções	Planejar, Dirigir, Controlar, Coordenar e Supervisionar toda a Equipe Multiprofissional da Instituição, bem como a estrutura física (Edifício e Equipamentos), como a Estrutura Financeira, assessorado por Diretorias específicas.

CARGO	**ENFERMEIROS**
Escolaridade mínima	Graduação em Enfermagem
Escolaridade desejável	Especialização na área que irá atuar.
Requisitos técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, liderança, iniciativa, comunicação, negociação e planejamento.
Funções	Cabe privativamente, ao enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; prescrição da assistência de Enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e prestar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

CARGO:	**FARMACÊUTICO**
Escolaridade mínima	Graduação em Química Farmacêutica
Escolaridade desejável	Especialização em Gestão de Materiais e Logística e/ou Farmácia, Hospitalar
Requisitos técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação e planejamento.
Funções	Responsável Técnico pelo planejamento, coordenação, supervisão e controle de toda aquisição, dispensação e utilização dos fármacos e medicamentos e suas consequências ao organismo humano dentro da Unidade. É o responsável para atuar junto aos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	médicos, demais profissionais de saúde e usuários sobre interações medicamentosas.

CARGO	**ASSISTENTE SOCIAL**
Escolaridade mínima	Graduação em Serviço Social
Escolaridade desejável	Especialização na área Hospitalar
Requisitos técnicos	Pacote Office.
Competências	Flexibilidade, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, comunicação, negociação e planejamento.
Funções	Responsável pelo planejamento e a execução de políticas e de programas sociais voltados para o bem-estar coletivo e para a integração do indivíduo assegurado na sociedade. O Assistente Social trabalha com o acompanhando, analisando e propondo ações para melhorar as condições de vida de crianças, adolescentes e adultos assegurados. Cria campanhas de alimentação, saúde, educação e recreação e implanta projetos assistenciais, realiza campanhas de segurança no trabalho e acompanha funcionários nas questões de saúde, finanças, sociais e familiares.

CARGO	**TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**
Escolaridade mínima	Técnico em Enfermagem
Escolaridade desejável	Especialização na Área que irá atuar
Requisitos técnicos	Experiência em assistência na enfermagem e supervisão da equipe na área que irá atuar. Pacote office.
Competências	Comunicação, relacionamento, trabalho em equipe, agilidade, atenção dividida e motivação.
Funções	Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, executar atividades de desinfecção, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, integrar a equipe de saúde; participar de atividades de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	educação em saúde, inclusive: executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes e participar dos procedimentos pós-morte.

Cronograma

Para apresentar um cronograma com todas as ações necessárias para o funcionamento de uma UPA, considerando que ela não pode sofrer descontinuidade durante a transição da gestão e que todas as ações essenciais para o seu funcionamento devem ser implementadas no primeiro mês da nova gestão, é importante detalhar todas as atividades prioritárias de forma clara e objetiva.

Cronograma de Ações para Funcionamento da UPA no 1º Mês da Gestão

1. Diagnóstico Inicial e Levantamento de Necessidades

- **Objetivo:** Avaliar as condições atuais da UPA, identificar pontos críticos e levantar necessidades imediatas.
- **Ações:**
  - Inspeção das instalações físicas (equipamentos, insumos e infraestrutura).
  - Reuniões com as equipes de saúde para identificar problemas operacionais e de recursos humanos.
  - Verificação dos contratos de serviços terceirizados (limpeza, segurança, vigilância, alimentação).
  - Levantamento dos estoques de medicamentos e materiais hospitalares.
- **Prazo:** 1º ao 5º dia

2. Gestão de Recursos Humanos

- **Objetivo:** Garantir que a equipe necessária para o funcionamento da UPA esteja devidamente alocada e capacitada.
- **Ações:**
  - Levantamento da quantidade de funcionários existentes e análise de possíveis lacunas.
  - Recrutamento de profissionais, se necessário (médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos).
  - Treinamento de equipes (protocolos de atendimento, fluxo de trabalho, uso de equipamentos).
  - Negociação e formalização de contratos com prestadores terceirizados (segurança, limpeza, vigilância).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- **Prazo:** 1º ao 15º dia

3. Insumos e Materiais Hospitalares

- **Objetivo:** Garantir a reposição e adequação dos insumos e medicamentos essenciais para a UPA.
- **Ações:**
  - Reposição imediata de medicamentos, materiais de consumo (luvas, seringas, gazes, etc.) e equipamentos médicos (oxímetros, respiradores, monitores).
  - Revisão dos contratos de fornecimento com fornecedores locais.
  - Controle de estoque e inventário rigoroso de itens essenciais.
- **Prazo:** 1º ao 10º dia

4. Infraestrutura e Manutenção

- **Objetivo:** Realizar reparos e garantir que as instalações físicas da UPA estejam adequadas para o atendimento.
- **Ações:**
  - Reparo de equipamentos danificados (ventiladores, monitores, sistemas de ar-condicionado).
  - Reparos em instalações físicas (encanamento, elétrica, acessibilidade).
  - Revisão da estrutura de rede de comunicação (internet, telefonia).
- **Prazo:** 1º ao 15º dia

5. Processos e Fluxos de Atendimento

- **Objetivo:** Otimizar e organizar os processos internos da UPA para garantir eficiência no atendimento.
- **Ações:**
  - Revisão e aprimoramento dos fluxos de atendimento, desde a recepção até o encaminhamento de pacientes.
  - Implementação de protocolos de triagem e priorização de casos.
  - Adequação dos horários e escala de trabalho das equipes.
  - Instalação de sistemas de gestão e monitoramento (se necessário).
- **Prazo:** 1º ao 20º dia

6. Monitoramento e Avaliação

- **Objetivo:** Estabelecer um processo contínuo de avaliação do desempenho e resultados da UPA.
- **Ações:**

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- Estabelecimento de indicadores de desempenho e satisfação do paciente.
- Monitoramento diário da qualidade do atendimento e fluxo de pacientes.
- Avaliação do estoque e fornecimento de insumos.

- **Prazo:** 10º ao 30º dia

7. Comunicação e Relação com a Comunidade

- **Objetivo:** Garantir uma comunicação eficaz entre a UPA e a população, além de esclarecer sobre os serviços oferecidos.
- **Ações:**
  - Divulgação das atividades e serviços da UPA através de canais de comunicação (site, redes sociais, cartazes, rádio local).
  - Realização de campanhas informativas sobre prevenção de doenças e uso adequado dos serviços de urgência.
  - Estabelecimento de um canal de feedback com os usuários.
- **Prazo:** 5º ao 20º dia

8. Parcerias e Convênios

- **Objetivo:** Estabelecer parcerias com outros serviços de saúde e órgãos públicos para otimizar o atendimento.
- **Ações:**
  - Formalização de convênios com hospitais de referência e unidades de saúde especializadas para encaminhamento de pacientes.
  - Parcerias com fornecedores de serviços médicos e equipamentos.
  - Acordos com empresas de transporte de pacientes, se necessário.
- **Prazo:** 10º ao 30º dia

Apresentação de quadro de metas

O INDSH se compromete a realizar as metas abaixo detalhadas e todas as metas especificadas no chamamento público.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO		
Especialidades *in loco*: Clínico Geral, Emergência e Pediatria.		
Descrição	**Meta atendimento mensal**	**Meta atendimento anual**

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Atendimentos médicos	6.750	81.000
Total Geral	**6.750**	**81.000**

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM – UPA – 24 HORAS		
Considerações: Atendimentos Internos da UPA		
Descrição	**Meta mensal**	**Meta anual**
Classificação de Risco	6.750	81.000
Procedimentos enfermagem	20.000	240.000
Total Geral	**26.750**	**321.000**

SADT – INTERNO

SERVIÇO DE APOIO À DIAGNOSE E TERAPIA		
SADT: Atendimento para pacientes da UPA		
Descrição	**Meta mensal**	**Meta anual**
Raio X sem contraste	1.000	12.000
Exames laboratoriais	**3.000**	**36.000**
Total Geral	**4.000**	**48.000**

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – PA 24 HORAS

Inalação;
Retirada de Ponto;
Curativo;
Coleta de Material p/ Laboratório;
Teste para Diabetes;
Aferição de Pressão Arterial; Administração de Medicamentos;
Suturas;
Coleta de exames;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Entre outros.

SERVIÇOS DE APOIO

Farmácia para atendimento interno (24horas); Recepção 24 horas;
Serviços laboratoriais 24 horas;
Segurança desarmada / Controladores de acesso 24 horas;
Limpeza, higienização e conservação 24 horas;
Transporte de material biológico, devidamente adequado conforme normas técnicas e de segurança;
Serviço de lavanderia e rouparia;
Central de materiais esterilização (CME);
Manutenção predial (24 horas para chamados de emergência);
Manutenção preventivas, preditiva e calibrações de equipamentos hospitalares (24 horas para chamados de emergência);
Serviço de Nutrição e Dietética;
Serviço de apoio e suporte ao usuário em relação ao sistema de informação utilizado na unidade 24 horas;
Transporte interhospitalar 24 horas; Serviço de Raio-X 24 horas
E demais procedimentos que forem necessários para o pleno funcionamento do serviço.

INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO QUALITATIVO

Esses indicadores são acompanhados e avaliados mensalmente, os respectivos indicadores poderão e deverão ser atualizados e/ou modificados de acordo com as avaliações e o desenvolvimento das ações do contrato.

Objetivo	**Indicador**	**Fórmula/ documentos**	**Fonte**	**Periodicidade**	**Meta a atingir**	**Peso**
Visa avaliar a implantação	Constituição do Serviço de Atendiment	Documento contendo o nome e função		90 dias após a assinatura do contrato	100%	3%

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

efetiva do serviço de atendimento ao usuário e seu funcionamento	o ao Usuário - SAU	dos componentes, rotinas e modelo do relatório de atividades padronizado.	Entidade Parceira			
	Funcionamento do Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU			Mensal	100%	6%
Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros de atendimento	Implantação da Comissão de Prontuários	Relatório de Atividades		60 dias após a assinatura do contrato	100%	3%
	Acompanhamento Mensal da Comissão de Prontuários			Mensal	100%	6%
	Implantação da Comissão de óbitos	Ata de Nomeação e implantação da Comissão	Entidade Parceira	60 dias após a assinatura do contrato	100%	3%
	Acompanhamento Mensal da Comissão de óbitos	Ata de Reunião		Mensal	100%	6%
	Implantação da	Ata de Nomeação e		60 dias após a assinatura do	100%	3%

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	Comissão de Ética Médica	implantação da Comissão	Entidade Parceira	contrato		
	Acompanhamento Mensal da Comissão de Ética Médica	Ata de Reunião		Mensal	100%	6%
Acompanhamento dos registros dos dados dos profissionais que prestam serviço nas unidades de saúde e que estão sob responsabilidade direta da Entidade Parceira	Cadastro de Profissionais de Saúde no CNES	Cadastro atualizado dos profissionais em atividade nas unidades de saúde - CNES	Entidade Parceira	Mensal	100%	6%
	Total de profissional médico em exercício na unidade (mais que 95%) no período	Relatório de Frequencia efetiva dos profissionais	Entidade Parceira	Mensal	100%	8%
Acompanhar as atividades dos serviços de saúde contratados	Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco	Plano Acolhimento com Classificação de Risco implantado	Entidade Parceira	60 dias após a assinatura do contrato	100%	6%
	Acompanhamento da Classificação por	Relatório de Atividades	Entidade Parceira	Mensal	100%	9%

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	cor					
Acompanhar a efetividade na execução financeira e administrativa	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão e no prazo	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido pela SMS até o 20º dia útil do mês.	Entidade Parceira	Mensal	100%	11%
Avaliar a satisfação dos usuários com o serviço prestado	Satisfação do Usuário acima de 80% (Bom ou ótimo), com avaliação de pelo menos 2% dos usuários atendidos	Relatório de Atividades	Entidade Parceira	Mensal	100%	15%
Avaliar a participação dos colaboradores em atividades de Educação Permanente	Taxa de atividade de Educação Permanente (% de colaboradores que participaram de atividades/cursos)	Relatório de Atividades	Entidade Parceira	Mensal	100%	9%
Total						**100%**

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Proposta de Regimento Interno da UPA

Abaixo descrevemos o modelo de Regulamento do INDSH contendo todas os setores que compõe a UPA.

Introdução

Este Regulamento define e caracteriza o sistema de gestão aplicado na UPA 24h, com o propósito de organizar os recursos necessários à prestação de serviços qualificados que atendam aos requisitos dos usuários, bem como aos requisitos legais e regulamentares aplicáveis.

O conteúdo deste Manual é responsabilidade da Diretoria Executiva da Unidade; a natureza da revisão deve ser indicada no controle de revisões, última página deste Regulamento.

O Regulamento é estruturado em itens direcionadores: Apresentação; Organização; Qualidade integrada à gestão hospitalar; Responsabilidade da direção; e, Controle de revisões.

Apresentação

Da Unidade de Saúde

(Breve relato da origem da Unidade)

A Unidade XXX foi construída no ano de XXX, por iniciativa de XXX, com recursos de XXX. Conta com XXX m2 de área construída e uma área total de XXX m2.

A área de atuação da Unidade de Saúde é XXX; o perfil de atendimento é predominantemente XXX; a clientela é formada por pacientes do Sistema Único de Saúde.

Esta Unidade de Saúde é um patrimônio público e encontra-se sob gestão de uma Organização Social de Saúde denominada INDSH – Instituto Nacional Desenvolvimento Social e Humano, regularmente contratada para esta finalidade.

A Identidade da Unidade, que compõem a parte filosófica da instituição, constituída pelo:

Negócio: XXXX

Missão: XXXX

Visão: XXXX

Princípios institucionais/organizacionais: XXXX

Do Contrato de Gestão

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

O Contrato de Gestão Nº XXX datado de XXX, seus anexos técnicos e aditivos são instrumentos que outorgam ao INDSH poder de gestão da Unidade e estabelecem todas as condições operacionais acerca da produção de serviços e custeio da atividade.

Do INDSH

O INDSH está constituído como organização social, de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, com a visão de se tornar referência nacional em sua área de atuação.

Seu escopo é prestar serviços de gestão em hospitais, clínicas, Unidades de Pronto Atendimento, laboratórios, entre outros, além de oferecer consultoria nas áreas de saúde e ambiental, e apoio em cursos e treinamentos, visando o aprimoramento e capacitação dos profissionais na área da saúde.

Missão

Promover a gestão de equipamento de saúde de excelência com equipes multidisciplinares, comprometidas com a qualidade, com a ética e com a valorização profissional e humana na prestação de assistência à saúde, de forma humanizada, visando a restauração do bem-estar físico, psíquico e social, em benefício da comunidade.

Visão

Ser reconhecido como referência em governança de instituições de saúde promovendo soluções inovadoras para a saúde do País, instituindo gestão de qualidade com foco na valorização humana, profissional, tecnológica e com excelência de atendimento.

Valores

Humanidade
Ética
Compromisso
Trabalho Multiprofissional
Profissionalismo
Responsabilidade Social

Profissionalismo

Competência técnica e responsabilidade profissional para atingir os objetivos definidos.

Qualidade

Criação e aperfeiçoamento de produtos/ serviços e satisfação dos clientes internos e externos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Responsabilidade Social

Princípios da Gestão Biocêntrica

Praticar sempre a abordagem sistêmica em nossas atividades;

Promover o consumo racional dos recursos naturais renováveis e não renováveis;

Incentivar o consumo consciente;

Gerenciar todos os resíduos produzidos no nosso dia a dia;

Gerenciar os impactos de nossas atividades no meio ambiente;

Buscar sempre informações corretas;

Valorizar, conservar, e preservar as riquezas regionais;

Promover a liderança inovadora e participativa;

Ser agente de educação ambiental, incentivando sempre as reflexões.

Ética

Transparência e respeito em todas as relações e sigilo profissional.

Organização

A Unidade de Saúde está organizado em unidades administrativas, técnicas e assistenciais que se inter-relacionam, compondo a estrutura organizacional. O organograma é o documento que demonstra e formaliza essa estrutura, bem como a relação hierárquica de subordinação existente entre as diversas unidades. Cabe ao Diretor de Operações e Diretor Executivo da Unidade sua aprovação.

Instruções para elaboração do Organograma:

As Comissões não precisam constar todas em ícones separados, aquelas ligadas à Diretoria Geral podem estar apresentadas em um único item denominado "Comissões" e no rodapé do documento citar na legenda todas as comissões que estão inseridas neste item;

A identificação deverá ocorrer por setores/unidades. Não identificar os cargos no organograma;

Serviços terceirizados deverão ser indicados em tens tracejados e ligados à Diretoria a qual estão associados;

Funções de Staff, que respondem a um superior e não têm autoridade total sobre os níveis abaixo, são colocados em níveis intermediários e ligados a linha principal do superior correspondente;

Siglas no organograma devem ser evitadas;

As linhas de comunicação e hierarquia devem aparecer na legenda em acordo com o tipo utilizado;

As instruções constantes deste item devem ser retiradas do Manual de Gestão após sua elaboração.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O Organograma apresenta-se em linhas de comando, a saber:

Diretoria Sede

A Unidade, enquanto organização é uma Dependência (filial) do INDSH, com Sede administrativa em São Paulo, Capital. Neste sentido seu Diretor Executivo e demais cargos de diretoria de área são designados pelo INDSH Sede.

Diretoria Executiva da Unidade

É a autoridade funcional da Unidade, responsável pelo cumprimento das obrigações e metas previamente definidos em contrato, bem como pela implantação das diretrizes e políticas de gestão da Unidade. Compete à Diretoria Executiva cumprir e fazer cumprir este Regulamento.

Diretorias das Áreas

É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementados nas áreas sob comando direto, bem como representar os interesses e necessidades destas áreas no contexto da Unidade de Saúde. Compete cumprir e fazer cumprir este Regulamento e representar a Diretoria Executiva quando necessário.

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

O Núcleo deverá traduzir o modelo de gestão do INDSH atuando em consonância com as disciplinas que o compõe: gestão estratégica, gestão de processos, segurança assistencial, auditorias, certificações e serviço de atendimento ao cliente. O objetivo final é assegurar a qualidade e a segurança ao paciente/usuário que está em atendimento.

Comissões Internas

A Diretoria irá organizar e manter em funcionamento todas as Comissões Internas legalmente exigidas pelos Órgãos Públicos fiscalizadores da atividade, além de criar outras necessárias para o desempenho e segurança Institucional.

Comissões Obrigatórias

Comissão de Ética Médica

Lei 3.268/57 de 30/09/1957 (DOU 04/10/1957). Resolução CFM Resolução CFM nº 2152/2016.

É o órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Medicina. Estes Conselhos têm por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional e ético da Medicina. Esta Comissão será implantada pelo Diretor Técnico da Unidade e será composta pelos membros do Corpo Clínico.

As competências estarão definidas na Ata de Abertura e Regimento da Comissão.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Comissão de Ética de Enfermagem

Resolução COFEN 172/94. Esta Comissão deve ser designada pela Diretoria de Enfermagem de acordo com as determinações legais do COFEN. Os membros terão, entre outras atribuições, a colaboração com os Conselhos Regionais no combate ao exercício ilegal da profissão.

Está comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura e Regimento da Comissão.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

A Comissão de Controle da Infecção Hospitalar é o órgão de assessoria à Direção Geral e de execução das ações de controle de infecção – Resolução Nº 2616/1998 e de assessoramento dos serviços médicos e hospitalares.

Embora a nomenclatura defina como "Hospitalar", será implantada em todas as Unidades de Saúde sob gestão do INDSH, necessariamente com um Enfermeiro e um médico infectologista responsável pelo Serviço, podendo prestar o Serviço através de pessoa jurídica.

As competências estarão definidas na Ata de Abertura e Regimento da Comissão, composta pelos profissionais da Unidade conforme determinação legal.

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

A CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - é uma comissão composta pelos próprios colaboradores do serviço e visa à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde.

Os membros da CIPA deverão manter um elevado nível de participação e colaboração, respeitando plenamente as disposições legais referentes ao assunto e ao presente regimento, inclusive, respondendo por seus atos à Administração do serviço.

Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições classificadas como grau de risco 3, (NR5 da Portaria 9.214/78) e que possuam 20 ou mais colaboradores.

Está Comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura e Regimento da Comissão.

Comissão de Revisão de Prontuários

Resolução 1638 de 10/07/2002. Esta Comissão deve ser designada pelo Diretor, sendo que os membros dessa comissão serão indicados pelo Diretor Técnico e Diretor/Gerente de Enfermagem.

Está Comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura e Regimento da Comissão.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Comissão de Revisão de Óbitos

Esta Comissão deve ser designada pelo Diretor, sendo que os membros dessa comissão serão indicados pelo Diretor Técnico e Diretor/Gerente de Enfermagem.

Está Comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura e Regimento da Comissão.

Educação Permanente – NEP

O NEP deve interagir com todas as áreas da Unidade de Saúde, visando implementação de práticas de educação permanente do profissional em seu local de trabalho.

Comunicação

Compete fortalecer a comunicação e a imagem da Unidade junto à comunidade em geral, instituições de classe, colaboradores e usuários.

Recrutamento e Seleção

Prover profissionais qualificados para suprir, em tempo, as vagas de trabalho abertas pela Unidade de Saúde. Avaliar perfil e emitir laudo dos candidatos.

Administração de Pessoal

Responsável pela admissão, compensação e desligamento de pessoal, ou seja, todo processo de acompanhamento da relação contratual do colaborador com a Unidade. Representar a Instituição junto aos órgãos oficiais (DRT, Sindicato, Justiça do Trabalho, etc.).

Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)

Deve promover o mais alto grau de bem-estar físico, mental e social aos trabalhadores, prevenir os desvios de saúde e proteger os trabalhadores dos riscos resultantes dos agentes agressores no ambiente de trabalho.

Financeiro

Responsável pela administração de recursos financeiros, planejando e executando as políticas que vão assegurar fluxo adequado de pagamento a fornecedores e prestadores de serviço, maximizando as receitas disponíveis.

Faturamento

Responsável pelo processamento, cobrança e recebimento dos atendimentos e procedimentos realizados internos e externos do Sistema Único de Saúde e, naqueles permitidos pelo Contratante e expressos no Contrato de Gestão, de particulares e outros convênios e parcerias contratadas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Contabilidade

Responsável por registrar e monitorar toda ação econômica que resulte em compromisso financeiro perante terceiros, seja para pagamento ou recebimento de recursos, subsidiando os gestores com informações pertinentes.

Custos

Responsável por gerar informações sobre a utilização de recursos e contribuição de resultado gerado em cada serviço da Unidade de Saúde, precificação, apuração e análise de desempenho de serviços existentes e novos projetos.

Patrimônio

Responsável por catalogar e controlar todos os bens patrimoniais cedidos para uso. Proceder os controles de inclusão, transferência e baixa dos bens próprios e de terceiros sob sua guarda.

Tecnologia da Informação

Prover sistema de informações adequado e seguro necessário aos serviços prestados pela Unidade de Saúde. Responsável pela assistência técnica de software e hardware, atualização de sistemas operacionais, procedimentos de segurança e preservação de informações e avaliação de novas tecnologias.

Hotelaria

Responsável pelo gerenciamento da interface dos serviços de apoio com o objetivo de garantir qualidade do atendimento ao usuário através dos meios de hospedagem oferecidos.

Nutrição e Dietética

Prover alimentação adequada aos usuários da Unidade. Produz ou recebe de terceiros e realiza a distribuição de todos os alimentos destinados aos pacientes em observação, profissionais e acompanhantes. Realiza avaliação clínica, acompanha e orienta nutricionalmente os usuários quando necessário. Este Serviço pode ser próprio, total ou parcialmente terceirizado.

Serviço de Processamento de Roupas - SPR

Prover roupa necessária aos serviços prestados pela Unidade. Realiza a coleta, transporte e separação de roupa suja, bem como o processamento de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição. Este Serviço pode ser próprio, total ou parcialmente terceirizado.

Segurança e Controle de Acessos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Responsável por controlar acessos e fluxos (pessoas e bens) na Unidade de Saúde, além da manutenção da ordem, prevenção de riscos e a proteção à integridade pessoal e patrimonial da Unidade.

Serviço de Higienização e Limpeza - SHL

Prover ambiente limpo e seguro necessário aos serviços prestados pela Unidade de Saúde. Planejamento e execução de todas as atividades relacionadas à preservação, limpeza, desinfecção, tratamento e manutenção de piso, parede e mobiliário e a coleta dos resíduos de saúde. Este Serviço pode ser próprio, total ou parcialmente terceirizado.

Compras

Prover o abastecimento de insumos adequados e seguros necessários aos serviços prestados pela Unidade. Responsável por assegurar a melhor relação preço e qualidade pertinentes ao orçamento estabelecido.

Almoxarifado

Responsável pelo recebimento, guarda, controle e distribuição dos insumos necessários ao funcionamento da Unidade de Saúde, observando as condições técnicas e de segurança pertinentes.

Farmácia

Prover medicamentos adequados e seguros necessários aos serviços prestados pela Unidade. Responsável por programar, receber, estocar, preparar, controlar e distribuir medicamentos e correlatos, em Unidades específicas e com estrutura adequada, manipular fórmulas magistrais.

Infraestrutura Predial e Equipamentos

Prover instalações adequadas e seguras necessárias aos serviços prestados pela Unidade de Saúde. Adequação e manutenção de ambientes hospitalares em conformidade com os requisitos da RDC-50. Conservação, recuperação e vistoria (laudo técnico) dos equipamentos, sistemas ou instalações da Unidade, com a finalidade de garantir sua completa operacionalidade.

Engenharia Clínica

Assegurar que todos os equipamentos de suporte à vida estejam em pleno funcionamento. Realizar o controle da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, bem como manter os laudos técnicos de funcionamento e calibração atualizados. Este Serviço pode ser próprio, total ou parcialmente terceirizado.

Atendimento - Recepções

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Executar o atendimento a usuários, acompanhantes e demais pessoas que buscarem a Unidade de Saúde. Responsável por processar os registros e encaminhamentos adequados e seguros de todos os atendimentos.

Arquivo e Estatística

Zelar pela preservação do prontuário e qualidade dos registros. Assegurar o fluxo e guarda do prontuário do paciente, conforme legislações e normas estabelecidas, bem como compilação de dados estatísticos e relatórios de gestão.

Enfermagem

Receber pacientes e prover informações as pessoas que buscarem contato com a Unidade. Responsável pelo encaminhamento adequado e seguro dos pacientes e realizar o gerenciamento dos leitos.

NIR – Núcleo Interno de Regulação

Tem como responsabilidade solicitar leito para a regulação do paciente, disponibilizando-os de acordo com as necessidades do paciente dentro do perfil assistencial contratualizado pela unidade. Cabe ao NIR fazer a interface da Unidade pré-hospitalar com as centrais de regulação, identificando situações em que haja necessidade de interferir para agilizar o atendimento do paciente, como no caso de exames, consultas e transferências externas para especialidades de que a unidade não dispõe.

Ouvidoria/Serviço de atendimento ao Usuário – SAU

Atuar como canal de comunicação entre o usuário e a Unidade de Saúde. Receber e dar o encaminhamento adequado e seguro a toda manifestação registrada ou verbal envolvendo a Unidade de Saúde, relacionada aos serviços e/ou profissionais. Responsável por pesquisar e medir o grau de satisfação dos usuários e prover informações aos Gestores, lideranças da Unidade e à Contratante.

Diretoria técnica

É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção e em conformidade com o Contrato de Gestão e diretrizes do Contratante, a serem implementadas junto ao Corpo Clínico, com o objetivo de programar o modelo assistencial através de práticas de qualidade e segurança. Tem a função de representar organizar e supervisionar as atividades médicas, responsabilizando-se pelas atividades técnicas do serviço médico da Unidade, assegurando o exercício correto da Medicina em conformidade com as normas vigentes.

Assinado por 1 pessoa: JOAO PAULO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Corpo Clínico

O Corpo Clínico da Unidade é constituído por médicos credenciados a desenvolverem atividades profissionais no âmbito da Unidade:

Os membros do Corpo Clínico por possuírem autonomia profissional são responsáveis pela assistência médica aos que procuram atendimento médico e respondem civil, penal e eticamente por seus atos;

Aos membros do Corpo Clínico da Unidade, será franqueada a utilização da infraestrutura, instrumentais cirúrgicos e equipamentos disponíveis para atendimento dos usuários de acordo com o perfil estabelecido, na forma deste Regulamento, observada a habilitação técnica de cada profissional;

O credenciamento de médicos ao Corpo Clínico da Unidade se fará conforme estabelecido no presente Regulamento.

O Corpo Clínico, órgão de caráter administrativo e sem personalidade jurídica, é constituído de Direção Clínica, Comissão de Ética Médica e Especialidades Médicas necessários e possíveis para o atendimento da demanda de clientes da Unidade, obedecidas às determinações do presente

O Corpo Clínico da Unidade possuirá Regimento conforme padrão estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina e o Regulamento da Unidade.

A terceirização dos Serviços Médicos poderá ser realizada por meio da celebração de contrato entre pessoas jurídicas, registrado em cartório, ficando garantido a Gestão da Unidade o direito de fiscalização do serviço de acordo com o respectivo contrato e metas estabelecidas e a aplicação das normas deste Regulamento.

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)

Constituído pelas áreas que realizam exames e tratamentos, têm como atribuição o auxílio no diagnóstico precoce e tratamento das principais patologias, contando com a utilização de tecnologia adequada e técnicas preconizadas pelos manuais de boas práticas e protocolos assistenciais.

Diagnóstico por Imagem e Traçados

Composto por Radiologia, Eletrocardiograma, e outros que porventura venham ser implantados.

Laboratório de Análises Clínicas

Serviço destinado a análise laboratorial dos componentes do organismo, por meio de exames de sangue, urina, etc. Este Serviço pode ser próprio, total ou parcialmente terceirizado.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Equipe Multiprofissional

A Unidade contará em seu escopo de trabalho com profissionais com formações específicas na área da saúde e necessários que compõem a equipe multiprofissional e são fundamentais e complementares para o tratamento dos usuários.

Estes profissionais são definidos e estabelecidos pela Legislação vigente e/ou de acordo com as necessidades da Unidade de Saúde, sempre preservando a efetividade do tratamento e qualidade da atenção à recuperação da saúde.

Serviço Social

Prestar assistência social aos usuários e profissionais da Unidade, em uma abordagem educativa, respeitando os princípios éticos e técnicos da profissão como premissa do serviço.

Psicologia

Prestar atendimento psicológico aos usuários em atendimento e seus familiares utilizando psicoterapia breve e focal, contribuindo para a melhoria do nível de saúde mental, aderência ao tratamento e reabilitação sociopsicológica. Este Serviço pode ser próprio, total ou parcialmente terceirizado.

Central de Material e Esterilização (CME)

Responsável por prover a Unidade de Saúde com material estéril adequado e seguro necessário ao serviço prestado. Executar o controle, processamento e distribuição de artigos a serem utilizados em todas as áreas de atendimento que requeiram limpeza, esterilização e armazenagem.

Serviços da Sede INDSH

Sede/Diretoria Operacional

Compete nomear diretores, acompanhar e orientar todo o processo de gestão, nos assuntos administrativos de complexidade e relevância. Controlar e assegurar o bom desempenho da Unidade.

Sede/Apoio Técnico

Profissionais especialistas das áreas médica, de enfermagem, contabilidade, finanças, administração geral, administração de pessoal, gestão da qualidade, gestão de suprimentos e outros, compõem a equipe de Apoio Técnico. Através de visitas periódicas, esses profissionais orientam e participam do processo de gestão da Unidade.

Sede/Departamento Jurídico

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Advogados da Sede orientam todas as demandas jurídicas. A Unidade poderá contar com apoio de advogados locais, porém, sob supervisão do Jurídico da Sede, ao qual compete:
Avaliar todos os contratos de prestação de serviços que a Unidade mantém com terceiros;
Defender os interesses da Unidade, judicial e extrajudicialmente;
Atuar em todas as ações em que a Unidade for sujeito ativo ou passivo;
Orientar a gestão da Unidade sobre a conduta a ser adotada, objetivando eliminar ou diminuir os riscos trabalhistas, civis e penais, para não acumular obrigações futuras;
Emitir pareceres sobre questões inerentes a Unidade, na aplicação dos diversos dispositivos legais que forem aprovados;
Acompanhar e orientar a Gestão junto ao sindicato patronal nas negociações referentes às Convenções Coletivas de Trabalho.

Qualidade Integrada à Gestão

A gestão Integrada está alinhada as ações de identificação e implementação de melhorias da qualidade nos processos operacionais e boas práticas aplicadas aos serviços disponíveis, bem como às diretrizes corporativas estabelecidas pela Sede.

Requisitos Gerais

A Unidade de Saúde identifica a totalidade de seus processos de trabalho por meio do mapeamento setorial e das possíveis interações administrativas ou técnicas (fornecedores e clientes), objetivando com isto o estabelecimento de controles e critérios padronizados para desempenho da assistência como um todo. A busca pelo alcance das metas estabelecidas é a evidência do comprometimento da equipe com a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Objetivos da Qualidade Integrada à Gestão

Os objetivos da qualidade foram estabelecidos com base na elaboração do planejamento estratégico das Unidades sob gestão do INDSH, desdobrados em metas, indicadores e ações, que são adaptadas e complementadas de acordo com cada realidade, as quais serão observadas e cumpridas integralmente, conforme requisitos contratuais acordados com as partes interessadas.

Cumprimento integral das obrigações contratuais

Para prover serviços de qualidade na assistência por meio de sua infraestrutura, profissionais capacitados, recursos tecnológicos, sustentabilidade e atendimento às legislações da saúde, a gestão deve assegurar o cumprimento integral das obrigações contratuais, garantindo assim, o

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

pleno atendimento das necessidades e expectativas de seus clientes e partes interessadas. Dentre as obrigações contratuais podem ou devem ainda constar, as seguintes premissas:

Viabilidade Econômica

Com o intuito de propiciar uma estrutura sólida e perene, é fundamental que haja por parte da gestão uma preocupação em assegurar o equilíbrio econômico-financeiro da instituição, por meio das devidas alocações específicas de recursos que garantam o atendimento aos requisitos da qualidade da Unidade.

Auditorias (internas e externas) e certificações

A área da saúde mede seu grau de aderência a padrões de qualidade por meio de avaliação e aplicação dos requisitos em seus processos/atividades de atendimento ao usuário (paciente/cliente), objetivando a excelência dos serviços prestados, contando sempre que possível, com sua adesão a programas de qualidade objetivando a melhoria contínua.

Treinamento e Desenvolvimento

A qualidade dos serviços oferecidos somente será alcançada caso haja o desenvolvimento e aprimoramento de seu capital intelectual. A promoção e realização de treinamentos, visa a disseminação do conhecimento, aperfeiçoamento técnico e reciclagem de conceitos dos profissionais.

Satisfação do usuário (paciente/cliente)

Colocamos as expectativas dos nossos clientes externos e internos no ponto central da nossa atuação. O nosso sucesso é medido através da satisfação dos clientes com os nossos serviços e da sua fidelidade em relação à instituição.

Responsabilidade Socioambiental

Buscamos conquistar a confiabilidade junto à comunidade por meio do nosso compromisso na gestão das questões ambientais e sociais. A utilização responsável dos recursos durante todo o ciclo de vida dos nossos serviços aumenta a nossa credibilidade e sustentabilidade perante a sociedade e meio ambiente.

Humanização

Uma das premissas mais importantes é a Humanização, conceito que busca acolher e envolver os profissionais e usuários de forma que sua estadia e recuperação ocorram dentro de um ambiente de respeito e sensibilidade.

Estrutura do NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

A qualidade em um conceito maior foi traduzida no modelo de gestão do INDSH no conjunto de várias ações que somadas originaram o NQSP, que tem em sua base as políticas de segurança do paciente instruídas pelo Ministério da Saúde e complementadas pela Equipe de Qualidade Institucional do INDSH.

Tem em sua constituição, no mínimo, um enfermeiro especialista em qualidade com o apoio Institucional de vários profissionais, entre eles médico, enfermeiros, farmacêutico e administradores com experiência e capacidade técnica. O objetivo final é assegurar a disseminação da cultura da qualidade e a segurança ao usuário que recebe prestação dos serviços na Unidade.

Responsabilidade e Autoridade

A responsabilidade e autoridade do pessoal que administra, desempenha e verifica atividades que influenciam os resultados de processos e desempenho no tocante à qualidade dos serviços prestados, sejam eles relativos à assistência, apoio e/ ou às rotinas administrativas, estão definidas nas descrições de cargo e representada no organograma.

Membros individuais da organização podem assumir mais de uma responsabilidade. Na ausência de qualquer titular de uma atividade específica, esta estará automaticamente delegada ao seu superior imediato ou pessoa designada.

Estrutura da Documentação

Políticas

Documento que declara e institui as intenções, diretrizes, regras, normas e responsabilidades da Diretoria da Unidade, em relação às suas estratégias e objetivos, bem como, determina a estrutura e recursos para sua implementação.

Manual de Gestão

Documento que descreve o sistema de gestão de uma organização de acordo com os padrões e normas de referência.

Regimentos Obrigatórios

São os regimentos exigidos por força da lei, normalmente relativos às comissões obrigatórias e integram a ata de abertura.

Protocolos Clínicos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Recomendações desenvolvidas sistematicamente, para auxiliar na solução de um problema de saúde, dentro de uma circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica (embasados em evidência).

Protocolos de Segurança do Paciente

Definição de conduta objetiva atribuída aos profissionais no âmbito da atenção à saúde. Representa o resultado de consenso técnico-científico formulado dentro de parâmetros de qualidade, precisão de identificação e metodologia.

Manuais Institucionais

Documento que descreve de modo amplo orientações de todas as etapas de um processo sistêmico (abrangência institucional) que compõem o Sistema de Gestão.

Mapa de Processos

Documento que descreve o conjunto de atividades inter-relacionadas, em sua sequência lógica, que transformam as entradas (fornecedores e insumos) em saídas (produtos e clientes) que deve agregar valor na percepção dos clientes, mencionando seus indicadores de desempenho para proporcionar sua gestão.

Procedimentos de Gestão

Documento que descreve orientações sobre uma ou mais etapas de um processo sistêmico (abrangência institucional) que compõem o Sistema de Gestão.

Circular Normativa

Documento que declara as deliberações estratégicas da Diretoria da Unidade referente à assuntos de interesse comum a toda a Instituição.

Manuais Técnicos

Documento que descreve de modo amplo todas as etapas de um processo de abrangência setorial, ou seja, documentos com aplicação específica.

Instruções de Trabalho

Documentos que descrevem com adequado grau de detalhamento a forma específica de executar uma atividade de um processo, setor ou área especificamente.

Registros

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

É um tipo de documento que apresenta os resultados obtidos ou fornece evidências de atividades realizadas, que pode ser escrito ou automatizado sendo: notas, relatórios, lista de presença, pedido de compras, guias, formulários preenchidos e outros.

Responsabilidade da Direção

Comprometimento da Alta Direção

As Diretorias estão comprometidas com o desenvolvimento, a implementação e a melhoria contínua dos processos, sendo demonstrado por meio do cumprimento dos objetivos que sustentam a identidade estratégica/organizacional da Unidade e que dizem respeito ao atendimento aos requisitos e cláusulas contratuais de gestão, e a garantia da qualidade na prestação de serviços médico-hospitalares.

Metas da Alta Direção

A Diretoria da Unidade definiu entradas para o monitoramento de metas que serão abordadas nas reuniões de análise crítica, com o intuito de verificar:

Metas contratuais e orçamentárias;

Resultado da assistência prestada aos pacientes e pesquisa de satisfação;

Indicadores operacionais, indicadores estratégicos e indicadores corporativos.

Metas dos Gestores de Processos

Há reuniões de nível gerencial, que são consideradas análises críticas de processos, com periodicidade pré-definida, visando adequação e eficácia dos processos. São considerados dados de entradas a serem analisados:

Resultados relacionados a pacientes;

Situações de ações corretivas e preventivas e mitigação de riscos;

Desempenho dos processos (através dos resultados dos indicadores setoriais);

Acompanhamento do cumprimento de Planos de Ação.

Comunicação e Divulgação

O processo de comunicação tem como objetivo a disseminação dos objetivos da Unidade e as ações voltadas para a qualidade dos serviços prestados, visando manter informados e conscientizados os colaboradores, fornecedores e usuários.

Meios para comunicação/divulgação

A tabela abaixo demonstra a aplicabilidade:

Comunicação	Público-alvo	Responsabilidade	Periodicidade	Forma de Comunicação

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Missão, Visão e Valores	Colaboradores e usuários	Direção Executiva	Contínua	Informativos, quadros nas áreas, Intranet, papel de parede dos computadores, banners, folders, eventos relacionados.
Objetivos, Metas e Projetos	Colaboradores	Gestores dos Processos, Direção e NQSP.	Acompanhamentos mensais e/ou conforme definido em ata de reunião e ou quando necessário	Mural das áreas, Ata de Reunião de Análise Crítica e/ou Reunião com colaboradores e intranet
Resultados de Auditorias Internas e Externas, Plano de Ação e Melhorias	Colaboradores dos setores envolvidos	Gestores dos Processos, Direção e NQSP.	Reuniões para apresentação dos resultados e Reunião de Análise Crítica	Ata de Reunião de Análise Crítica e/ou Reunião com colaboradores e intranet
Dados de Produção e Produtividade	Setorial	Responsável pela atividade ou processo	Mensal e com validade determinada	Indicadores setoriais
	Geral	Responsável pela atividade ou processo	Mensal e com validade determinada	Indicadores Gerais

Proposta de Regimento Interno do Corpo Clínico

O Regimento Interno de Corpo Clínico foi elaborado com base na, na Resolução CREMESP Do 134, de 21 de março de 2006, e na Resolução CFM nº 2.147, de 17 de junho de 2016, e dispõe

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

sobre as normas de relacionamento ético e científico, devendo ser seguido por todo e qualquer médico que utilize as instalações da Unidade para prática profissional.

Capítulo I – Conceituação

Artigo 1º - Corpo Clínico da Unidade é composto pelos médicos devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina e credenciados nesta instituição, com a incumbência de prestar assistência aos pacientes, gozando de autonomia profissional, técnica, cientifica, política e cultural, respeitadas as disposições do presente Regimento.

Capítulo II – Objetivos principais do Corpo Clínico

Artigo 2º - O Corpo Clínico tem como objetivos, dentre outros:

Reunir o conjunto de médicos da Unidade;

Promover a melhoria no atendimento ao paciente;

Promover o bom desempenho profissional e a constante busca pelo aperfeiçoamento profissional;

Estimular a pesquisa médica;

Cooperar com a administração da Unidade para melhoria do serviço;

Colaborar com o cumprimento do Código de Ética Médica.

Capítulo III – Composição do Corpo Clínico

Artigo 3º - O Corpo Clínico da Unidade é composto pelos seguintes membros:

Membros Titulares;

Membros Assistentes;

Membros Eventuais.

Artigo 4º - São Membros Titulares os médicos, contratados ou não pela Unidade que participam de forma contínua e efetiva da vida hospitalar da instituição e apresentam documentação (residência ou título de especialista) de acordo com a política de outorga do programa de relacionamento médico da Unidade de Saúde.

Parágrafo Primeiro. Por participação contínua e efetiva considera-se o profissional médico que utilize as instalações da Unidade de Saúde para a prática profissional ao menos 01 (uma) vez ao mês.

Artigo 5º - São Membros Assistentes os profissionais médicos graduados que ainda não detém título de especialista, mantendo ou não vínculo contratual ou empregatício com o a Unidade de Saúde.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Parágrafo Primeiro - Os Membros Assistentes são classificados nas seguintes categorias:

Primeiro Auxiliar: graduado em medicina que estejam cursando o segundo ano de Residência Médica;

Segundo Auxiliar: graduado em medicina que estejam cursando o primeiro ano de Residência Médica;

Residente sem prova de título: graduado em medicina que já tenha finalizado o curso de residência médica, mas que ainda não tenha realizado a prova de títulos.

Parágrafo Segundo - Os Médicos Assistentes só podem atuar sob a supervisão direta de um Médico Titular.

Parágrafo Terceiro - O prazo de duração do credenciamento do Primeiro Auxiliar é de 03 anos, devendo o médico, após esse período requisitar seu cadastro como Médico Titular.

Parágrafo Quarto - O prazo de duração do credenciamento do Segundo Auxiliar é de 04 anos, devendo o médico, após esse período requisitar seu cadastro como Médico Titular.

Artigo 6º - São Membros Eventuais os profissionais, contratados ou não pela Unidade, que atuam esporadicamente na instituição.
Parágrafo Primeiro. O prazo de duração do credenciamento do Membro Eventual é de um dia, cabendo ao profissional requerer seu credenciamento como Membro Titular.

Artigo 7º - Os Membros Titulares e os Membros Assistentes poderão participar das Comissões instituídas pelo presente Regimento.

Capítulo IV – Das Comissões obrigatórias
Artigo 8º - A Unidade manterá, ao menos, as seguintes Comissões:
Comissão de Ética Médica, nos termos da Resolução CFM nº 2152/2016;
Comissão de Revisão de Prontuários;
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
Comissão de Revisão de Óbito;
Comissão de Credenciamento.

Parágrafo Primeiro. As comissões indicadas neste Artigo serão regidas por regimentos próprios.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Parágrafo Segundo. O regimento da Comissão de Ética Médica deve ser aprovado por seus membros e, os demais, pelos membros da referida comissão, Diretoria Técnica e Comitê de Qualidade da Unidade de Saúde.

Capítulo V – Administração, Direção Técnica e Comitê Técnico de Especialistas

Artigo 9º - A Unidade é administrada nos termos do Estatuto Social do INDSH.

Artigo 10º - O Diretor Técnico é escolhido pela administração da Unidade de Saúde e tem as seguintes atribuições:

Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício dos pacientes da instituição, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição;

Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;

Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar na pasta do médico perante o setor responsável, aplicando-se essa mesma regra aos demais profissionais da área da saúde que atuem na instituição;

Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição, nos termos da Resolução CFM nº 2.056/2013;

Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;

Nas áreas de apoio ao trabalho médico, de caráter administrativo, envidar esforços para assegurar a correção do repasse dos honorários e do pagamento de salários, comprovando documentalmente as providências tomadas junto das instâncias superiores para solucionar eventuais problemas;

Assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas no que diz respeito aos serviços de manutenção predial;

Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de qualquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo do estabelecimento assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da instituição;

Cumprir o que determina a Resolução CFM nº 2056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional;

Cumprir o que determina a norma quanto às demais comissões oficiais, garantindo seu pleno funcionamento;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na Resolução CFM nº 1.974/2011, ou aquela que a suceder;
Assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição;
Assegurar que as pessoas jurídicas que atuam na instituição estejam regularmente inscritas no CRM;
Assegurar que os convênios na área de ensino sejam formulados dentro das normas vigentes, garantindo seus cumprimentos;
Não contratar médicos formados no exterior sem registro nos Conselhos de Medicina.
Assegurar que todo paciente em observação na instituição tenha um médico assistente;
Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário;
Organizar os prontuários dos pacientes de acordo com o que determina as Resoluções CFM nº 1.638/2002, CFM nº 1.821/07 e nº 2.056/2013 ou legislação superveniente;
Exigir que qualquer médico que atenda na Unidade de Saúde faça as devidas anotações legais no prontuário do paciente;
Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Parágrafo Primeiro. Para o cargo de Diretor Técnico pode ser nomeado médico não integrante do Corpo Clínico.
Parágrafo Segundo. O Diretor Técnico é responsável perante o Conselho Regional de Medicina do Estado.

Parágrafo Terceiro. Nos impedimentos do Diretor Técnico, a Administração da Unidade de Saúde designará, imediatamente, substituto médico enquanto durar o impedimento.

Parágrafo Quarto. Nos termos do artigo 11 da Resolução CFM nº 2.147/2016, é obrigatório o exercício presencial da Direção Técnica.

Artigo 11º - É assegurado ao Diretor Técnico o direito de suspender integral ou parcialmente as atividades do estabelecimento assistencial médico sob sua direção quando faltarem as condições funcionais previstas neste regimento, nos termos indicados pelos Artigos 17 e 18 da Resolução CFM nº 2056/2013.

Artigo 12º - O Comitê Técnico de Especialistas é órgão consultivo com representação técnica do corpo clínico da Unidade de Saúde.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Parágrafo único. O Comitê Técnico de Especialistas é um órgão consultor, corresponsável pelas diretrizes de boas práticas assistenciais, padronização de procedimentos, definição de critérios de outorga nas especialidades e áreas de atuação, programas de ensino e pesquisa, sendo escolhidos pela Administração da Unidade de Saúde.

Artigo 13º - São de competência do Comitê Técnico de Especialistas:
Discutir as maneiras de implantação de Diretrizes de boas práticas assistenciais propostas pela Administração;
Subsidiar a elaboração de padronização de procedimentos;
Atualizar, de acordo com padrões de excelência e segundo critérios da comissão mista de especialidades do CFM, os critérios de outorga de especialidades e de áreas de atuação para atuação de profissionais médicos na Unidade de Saúde;
Apoiar o desenvolvimento de programas de estágios para pós-graduandos não remunerados na Unidade de Saúde;
Apoiar a elaboração das provas técnicas para avaliação de desempenho nas diversas especialidades da Unidade de Saúde;
Apoiar a avaliação da participação da instituição em estudos multicêntricos.

Artigo 14º - O Comitê Técnico de Especialistas será composto pelos profissionais:
Um Coordenador médico das Unidades de Urgência e Emergência;
Um Representante das especialidades clínicas atuantes na Unidade de Saúde;
Um Representante do Apoio Diagnóstico e Terapêutico – Radiologia ou Ultrassonografista;
Até cinco Coordenadores de cada uma das linhas estratégicas da Unidade de Saúde, quais sejam: Neurologia, Cardiologia, Ortopedia, Oncologia e Pediatria;
O Diretor Técnico da Unidade de Saúde;
O Diretor Corporativo de Qualidade e Segurança.

Parágrafo Único - Os membros serão convidados pela Administração da Unidade, conforme o perfil da Unidade de Saúde.

Artigo 15º - O Comitê Técnico de Especialistas reunir-se-á, ao menos, a cada trimestre, devendo suas reuniões serem convocadas com, ao menos, 02 dias de antecedência, por meio mensagem eletrônica encaminhada ao endereço eletrônico dos membros.

Parágrafo único. Competirá ao Diretor Técnico presidir as reuniões do Comitê Técnico de Especialistas, podendo qualquer um dos membros ser designado para lavratura das atas de reunião.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Capítulo VI – Direitos e Deveres dos Membros do Corpo Clínico

Artigo 16º - É dever dos integrantes do Corpo Clínico da Unidade de Saúde obedecer ao Código de Ética Médica, ao Estatuto e ao presente Regimento.

Artigo 17º - São direitos dos membros do Corpo Clínico exercer a medicina com plena autonomia nas funções, sendo seu dever a comunicação, à Administração da Unidade de Saúde, de falhas na assistência prestada.

Capítulo VII – Do pedido de Admissão ao Corpo Clínico

Artigo 18º - O profissional médico que pretender ser admitido/credenciado ao Corpo Clínico da Unidade de Saúde deverá apresentar pedido de credenciamento ao Diretor Técnico, instruído com os documentos a seguir indicados:

Ficha de credenciamento devidamente preenchida;

01 foto recente;

Currículo atualizado ou Curriculum Lattes atualizado no último ano;

Diploma de conclusão de Curso Superior em Medicina;

Comprovante de registro perante o Conselho Regional de Medicina do Estado;

Certidão negativa emitida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado;

Certidão de regularidade de pagamento junto ao Conselho Regional de Medicina

Certificado de Residência Médica registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM-XX) e/ou Título de Especialista registrado na AMB;

Cópia das habilitações e/ou especializações realizadas em sua área de atuação, quando aplicável;

Declaração de que o profissional médico recebeu, leu e tem plena ciência das disposições do presente Regimento, e das Normas de conduta ética da Unidade de Saúde, obrigando-se a cumpri-lo integralmente;

Parágrafo Primeiro. Nos termos do Inciso IV, §3º, Artigo 2º Resolução CFM nº 2147/2016 competirá ao Diretor Técnico certificar-se da regular habilitação dos médicos no Conselho Regional de Medicina do Estado, bem como de sua qualificação como especialista.

Parágrafo Segundo. No exercício da atribuição indicada no Parágrafo Primeiro do caput este Artigo, o Diretor Técnico deverá exigir a apresentação formal dos documentos arrolados e manter cópia na pasta de credenciamento do médico.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Parágrafo Terceiro. Como parâmetro nos termos do item 7.1 do Anexo I da Resolução CREMESP nº134/2006, a admissão de profissional médico ao Corpo Clínico deve respeitar as normas administrativas da Unidade de Saúde.

Parágrafo Quarto. Após análise do Diretor Técnico, nos termos indicados no Parágrafo Primeiro deste Artigo, o pedido de credenciamento do profissional médico será analisado pela Comissão de Credenciamento.

Parágrafo Quinto. O Cadastro deverá ser atualizado anualmente no mês de aniversário do médico com envio dos documentos por e-mail e/ou atualização no site específico.
Parágrafo Sexto. O médico que não atuar na Unidade de Saúde durante 24 meses terá o seu cadastro inativado.

Para reativá-lo, deverá atualizar as informações cadastrais.

Artigo 19º - A Comissão de Credenciamento será composta pelo Diretor Técnico e por dois membros indicados em reunião do Conselho Técnico de Especialistas.

Capítulo VIII – Das Penalidades

Artigo 20º - Será passível de punição o membro do Corpo Clínico que:
Descumprir as disposições do Código de Ética Médica;
Desrespeitar o presente Regimento;
Desrespeitar normas administrativas da Unidade de Saúde;
Desrespeitar as Normas Técnicas da Unidade de Saúde, especialmente, mas não se limitando, as Diretrizes e Protocolos Clínicos;
Revelar-se, por fato grave danoso à vida ou à saúde do paciente, inábil ao exercício da medicina;
Desrespeitar qualquer empregado, contratado, paciente ou acompanhante nas dependências da Unidade de Saúde;
Violar o sigilo médico trazendo danos, de qualquer natureza, a da Unidade de Saúde ou a paciente, salvo por disposição legal;
Abandonar suas funções, sem justo motivo;
Praticar atos que violem a imagem da Unidade de Saúde;
Apresentar informações falsas no ato do credenciamento;
Cometer crimes nas dependências da Unidade de Saúde, relacionado ou não ao atendimento aos pacientes.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Parágrafo Primeiro. As infrações indicadas nas alíneas "b" a "k" deste Artigo são classificadas como infrações administrativas e serão apuradas nos termos indicados nos regulamentos internos da Unidade de Saúde.

Parágrafo Segundo. As infrações éticas, indicadas na alínea "a" deste Artigo, serão apuradas pela Comissão de Ética Médica e/ou pelo Conselho Regional de Medicina, nos termos da Resolução CFM nº 2152/2016.

Artigo 21º - As transgressões cometidas por membro do Corpo Clínico sujeitarão o infrator às seguintes penas:
Advertência;
Suspensão temporária das atividades no Corpo Clínico pelo prazo máximo de 06 meses;
Desativação de Cadastro;
Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo Primeiro. A imposição das penas dependerá da gravidade da infração.

Parágrafo Segundo. A aplicação da pena de Advertência por três vezes sujeitará o Membro do Corpo Clínico à Suspensão.

Parágrafo Terceiro. Diante da gravidade dos fatos, a Administração da Unidade de Saúde deverá aplicar imediatamente a pena de suspensão, impossibilitando que o Membro do Corpo Clínico continue atuando na Unidade de Saúde até o término da apuração dos fatos.

Parágrafo Quarto. Para as infrações ao disposto na alínea "a" do Artigo 20, a pena de suspensão será aplicada até a finalização dos trabalhos da Comissão de Ética Médica.

Parágrafo Quinto. A depender da gravidade dos fatos, a Administração da Unidade de Saúde aplicará a pena de Desativação de Cadastro.

Artigo 22º - Competirá à Administração da Unidade de Saúde aplicar as penas de Advertência, Suspensão ou Desativação de Cadastro.

Parágrafo Único. As infrações éticas, apuradas pela Comissão de Ética, poderão sujeitar o infrator à pena de exclusão, após a finalização do processo de investigação.

Capítulo IX – Disposições Finais e Transitórias

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Artigo 23º - Em até 90 dias, contados da aprovação do presente Regimento, serão aprovados os regimentos das comissões indicadas no Artigo 8º.

Artigo 24º - Os Membros do Corpo Clínico que, na data de aprovação do presente Regimento, estavam devidamente credenciados serão requalificados, nos termos a seguir indicados:
Os Membros Efetivos, Postulantes e Associados que preencham os requisitos indicados no Artigo 4º serão qualificados como Membros Titulares;
Os Residentes/ Estagiários que preencham os requisitos indicados no Artigo 5º serão qualificados como Membros Assistentes;
Os Membros Honorários que preencham os requisitos indicados no Artigo 4º serão qualificados como Membros Titulares;
Os Membros Eventuais continuarão sendo qualificados como Membros Eventuais.

Parágrafo Primeiro: Em até 30 dias, contados da data da aprovação do presente Regimento, o Diretor Técnico deverá informar a cada Membro do Corpo Clínico a categoria que ocupará, utilizando, para tanto, os endereços indicados no cadastro da Unidade de Saúde.

Parágrafo Segundo: Os credenciamentos existentes na data de aprovação do presente Regimento serão válidos pelo período de 24 meses, contados da data de aprovação do presente Regimento.
Artigo 25º - Casos omissos, não previstos no presente Regimento, não relacionados às normas administrativas da Unidade de Saúde, serão dirimidos pelo Conselho Técnico de Especialistas.
Parágrafo único. Casos omissos, não previstos no presente Regimento, relacionados a aspectos éticos serão dirimidos pela Comissão de Ética Médica.

Artigo 26º - O presente Regimento será alterado por deliberação da Administração da Unidade de Saúde.

Artigo 27º - O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Referências:
Resolução CFM nº 2.147, de 17 de junho de 2016;
Resolução CREMESP n.º 134, de 21 de março de 2006.
Resolução CFM nº 2152/2016
Resolução CFM nº 2056/2013.
Resoluções CFM nº 1.638/2002e nº 2.056/2013

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Proposta para Regimento Interno do Serviço de Enfermagem

Conforme a resolução COFEN nº 726 de 15 de setembro de 2023– alterada pela resolução COFEN nº 745/2024 que aprova o Regimento Interno do Conselho Federal de Enfermagem, e dá outras providências.

Da Apresentação

O Serviço de Enfermagem da Instituição, tem por finalidade prestar uma assistência de enfermagem de excelência em todos os níveis de complexidade, com qualidade isenta de riscos indo ao encontro das necessidades do paciente e da missão, visão e valores institucionais, tem como base:

Respeito ao profissional, paciente e família;

Promoção da saúde e prevenção de doenças;

Assistência Integral com ênfase ao autocuidado baseada na fundamentação científica, ética e humanização;

Integração dos profissionais, estimulando o trabalho em equipe;

Desenvolvimento profissional dos membros do corpo de enfermagem.

Das Finalidades

O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

Estabelecer, implantar e controlar o Plano Diretor de Enfermagem, com planos de ação e indicadores na busca da melhoria contínua dos serviços prestados;

Planejar, organizar, coordenar a assistência prestada aos pacientes, de acordo com a metodologia adotada para a SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

Prover recursos que possibilitem uma assistência integral aos pacientes, nas diversas fases do tratamento;

Manter um padrão de atendimento seguro em todos os níveis de assistência;

Estabelecer técnicas e definir métodos de trabalho;

Programar e coordenar o dimensionamento adequado de recursos humanos para a assistência ao paciente;

Estimular trabalho em equipe e prover ambiente harmônico;

Definir programa e promover condições para o desenvolvimento profissional do Corpo de Enfermagem;

Colaborar com a equipe de saúde, a fim de melhorar e aperfeiçoar o desenvolvimento da assistência ao paciente;

Colaborar com instituições educacionais na formação de profissionais da saúde;

Estimular e oferecer condições para o desenvolvimento da pesquisa.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Parágrafo Único: O Serviço de Enfermagem da Instituição terá como parâmetro para a execução de suas atividades a legislação aplicável no âmbito da saúde proveniente dos órgãos competentes e especificamente, do exercício profissional estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Da Estrutura Organizacional

O Serviço de Enfermagem é representado por uma Gerência e está subordinada à Diretoria Executiva.

Do pessoal, seus requisitos e competências:

O Serviço de Enfermagem possui as seguintes funções:

Gerente de Enfermagem;

Coordenador de Enfermagem;

Supervisão de Enfermagem;

Enfermeiro;

Técnico de Enfermagem;

Auxiliar Administrativo,

Os requisitos para a função de Gerente de Enfermagem são:

Possuir diploma do curso superior de Enfermagem e registro no COREN;

Possuir Pós-Graduação em Administração hospitalar ou Gestão hospitalar**;**

Prática no exercício da profissão de, no mínimo, cinco anos;

Ter conhecimento da legislação e jurisprudência dos procedimentos, métodos e técnicas que regem o serviço;

Habilidades gerenciais para planejar, organizar e integrar atividades em nível complexo;

Liderança, controle emocional, criatividade, dinamismo, facilidade de relacionamento e trabalho em equipe;

Título de Responsável Técnico no COREN Estadual.

Parágrafo Único: O provimento do Cargo de Diretor de Enfermagem é indicado pelo Diretor de Operações do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano.

Os requisitos básicos para função de Coordenador são:

Possuir diploma do curso superior de enfermagem e registro no COREN-XX;

Possuir Pós-Graduação na área de atuação;

Prática do exercício da profissão por um prazo mínimo de dois anos;

Conhecimento das técnicas e métodos científicos;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Possuir habilidades gerenciais aplicado à sua área de atuação, liderança, iniciativa, controle emocional e facilidade de trabalho em equipe;
Possuir conhecimento técnico sobre o manejo de aparelhos, equipamentos e instrumentais utilizados em execução dos trabalhos.

Os requisitos básicos para função de Enfermeiro são:
Possuir diploma do curso superior de Enfermagem e registro no COREN-XX;
Experiência mínima de 02 anos;
Ter espírito de disciplina, colaboração, dinamismo, versatilidade, facilidade em relacionar-se, compreender níveis hierárquicos e aceitação de supervisão;
Possuir conhecimentos teóricos e habilidades técnicas dos procedimentos relacionados à sua área de atuação;
Ter conhecimento e habilidades gerenciais necessárias para operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem e coordenação da equipe de trabalho.

Os requisitos necessários para função de Técnico em Enfermagem:
Possuir o certificado do curso Técnico em Enfermagem e registro no COREN –XX;
Ter Conhecimentos teóricos e habilidade prática no desempenho de suas atribuições;
Capacidade para acompanhar o Enfermeiro no planejamento, programação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
Espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito hierárquico e aceitação de supervisão.

Os requisitos para função de Assistente Administrativo

Possuir o certificado de conclusão do ensino médio reconhecido pelo Ministério da Educação;
Conhecimentos sobre organização e manutenção de arquivos e fichários;
Conhecimentos elementares de português e matemática;
Conhecimentos de informática e manuseio de máquina de calcular.
Desenvoltura para redação e interpretação de textos.

Do pessoal e suas atribuições
São atribuições do Gerente de Enfermagem:
Garantir a execução dos serviços de enfermagem nos setores da Unidade, em conformidade com a Lei N° 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem (COFEN).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Colaborar com a Diretoria Técnica e Diretoria Executiva da Unidade no processo de implantação e desenvolvimento da Unidade.

Administrar recursos materiais, físicos e orçamentários alocados a disposição da diretoria de enfermagem.

Responsabilizar-se pelos atos e ações da Equipe de Enfermagem perante a direção da Unidade, órgãos representativos de classe, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, dentre outras entidades.

Dimensionar o quadro de enfermagem e solicitar o provimento nas vagas das unidades de trabalho.

Oferecer condições e apoiar o desenvolvimento aos trabalhos dos grupos de estudo e das Comissões Institucionais.

Estabelecer, divulgar e implementar a política da assistência de enfermagem com foco no cuidado integral.

Estabelecer e implantar, junto com os Coordenadores os Indicadores de Qualidade dos setores, incentivando e propondo planos de ação em busca da melhoria contínua.

Solicitar e orientar os Coordenadores de Enfermagem na elaboração e apresentação de relatórios mensais de atividades.

Valorizar o profissional através do incentivo à sua capacidade de trabalho e comprometimento e com a Instituição.

Elaborar, divulgar e acompanhar o Plano Diretor de Enfermagem.

Promover reuniões periódicas com os coordenadores para alinhamento estratégico, resolução e discussão de problemas, bem como receber sugestões e propostas em relação à melhoria dos serviços, mantendo registro na pauta dos problemas apresentados e tomada de decisões.

Estabelecer, divulgar e fazer cumprir os processos e instruções de trabalho desenvolvidas pela diretoria de enfermagem em consonância com a Política da Qualidade da Instituição.

Interagir com as equipes de trabalho, mantendo inter-relação com os demais serviços da Unidade, buscando e incentivando o cumprimento das interações de processos, a fim de agilizar e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Elaborar, divulgar e executar a programação anual de desenvolvimento profissional, incentivando a participação dos profissionais que integram o Corpo de Enfermagem e estimulando o desenvolvimento da pesquisa.

Manter a Direção da Unidade informada sobre qualquer problema operacional, técnico e/ou administrativo relacionado aos cuidados prestados aos pacientes, bem como apresentar relatório mensal de atividades.

Responder pelos testes e padronização de materiais hospitalares.

Assessorar e emitir parecer sobre assuntos relativos á área de enfermagem.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Manter por meio de instrumentos próprios, sistemas de avaliações contínuos, visando aferir o desempenho do profissional e equipe de enfermagem, bem como, a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Avaliar o desempenho do pessoal de enfermagem, promoções, transferências e desligamentos com a colaboração das coordenações dos departamentos e setores.

Deliberar a solicitação de horas extras e compensação por meio do banco de horas conforme política institucional e sindicato.

Elaborar em conjunto com os coordenadores a programação anual de férias.

Participar do processo de seleção de pessoal e conduzindo a entrevista de seleção.

Favorecer a integração com outras instituições de saúde e entidades, na busca de conhecer as melhores práticas assistenciais.

O Diretor de Enfermagem deve ser substituído em suas ausências e impedimentos pelo coordenador (Indicado pelo diretor de enfermagem).

Em caso de falta, impedimento ou vacância simultânea do Diretor de Enfermagem e do Coordenador, responde pela Diretoria o Enfermeiro da Educação Continuada (indicado pelo diretor de enfermagem).

Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética de Enfermagem e regulamento da Unidade.

Assegurar a implantação/operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, Manual do Regimento Interno e do manual de normas técnicas (Instruções de Trabalho e Protocolos).

Manter atualizada a Certidão de Responsabilidade Técnica – CRT, junto ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN-XX.

Promover e apoiar os trabalhos dos Grupos de Estudos, sendo: Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas – CPTF e Comissão de Ética de Enfermagem - CEE.

Promover excelente relacionamento entre membros da equipe de enfermagem e equipes multiprofissionais da instituição.

Ser membro efetivo da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Ser membro efetivo da Comissão de Óbito, Hemovigilância, Farmacovigilância e Tecnovigilância, bem como, supervisão do cumprimento pelo serviço de enfermagem das normas internas e externas estabelecida por estes órgãos.

Participar das reuniões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Participar das reuniões da Direção Geral.

São atribuições do coordenador de departamento:

Substituir o Diretor em suas ausências e impedimentos.

Estabelecer, monitorar e divulgar os indicadores implementando, quando necessário, planos de ação na busca da melhoria contínua.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Contribuir em conjunto com a Diretoria na implementação dos processos de trabalho e padronizações, apoiando as diretrizes do Sistema da Qualidade.
Realizar e participar de reuniões periódicas com sua equipe, mantendo registro da pauta, problemas e sugestões apresentadas, bem como as tomadas de decisões.
Receber diariamente o plantão dos enfermeiros noturno inteirando-se das intercorrências e providências tomadas, realizando os devidos encaminhamentos.
Elaborar, coordenar e orientar as escalas de trabalho, serviço e férias, deliberando quando necessária autorização para realização de horas extras.
Auditar por amostragem o prontuário do paciente quanto ao registro adequado de informações.
Participar, avaliar e emitir parecer de testes técnicos de materiais, equipamentos e/ou assuntos relativos à Assistência de Enfermagem.
Alinhar a equipe à política de Assistência de Enfermagem da Instituição, incentivando a aplicação e desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), cumprindo a determinação legal da Resolução COFEN N° 358/2009.
Promover a avaliação de desempenho dos seus colaboradores, conforme as diretrizes preconizadas pela Instituição.
Participar do processo de seleção de pessoal e conduzir a entrevista de seleção.
Elaborar, implementar e supervisionar, em conjunto com a equipe médica e multidisciplinar, o Protocolo de Atenção em Emergências (PAE) nas bases do acolhimento, pré-atendimento, regulação dos fluxos e humanização do cuidado.
Participar na implantação dos programas institucionais de qualidade e humanização.

São atribuições do Enfermeiro do Setor de Controle de Infecção Hospitalar

Realizar vigilância das infecções hospitalares através do método de busca ativa.
Apurar e divulgar a taxa mensal de infecção hospitalar das unidades sob vigilância.
Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de isolamento padronizadas pela SCIH.
Participar da investigação de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor.
Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação.
Normatizar junto com a Comissão de Padronização de Materiais/Medicamentos, e outros membros do grupo executor o uso de germicidas hospitalares.
Participar da elaboração de normas para prevenção e controle das infecções hospitalares.
Fazer revisão das Normas de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar periodicamente.
Programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multiprofissional da área hospitalar.
Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH).

Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico – hospitalar.

Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração.

Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico – hospitalar.

Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço, como farmácia de preparo de nutrição parenteral, esterilização em óxido de etileno e lavanderia hospitalar.

Participar de grupos de interesse para o controle das infecções hospitalares como: grupo de feridas, cateter, reuso, etc.

Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência.

São atribuições comuns ao enfermeiro:

Planejar, executar, orientar e controlar a assistência de enfermagem.

Delegar e supervisionar as tarefas dos membros da equipe de forma equilibrada, tendo como parâmetro a SAE – Sistematização da Assistência da Enfermagem.

Coordenar a passagem de plantão ao Enfermeiro mantendo o registro de todos os dados e intercorrências de seu período de trabalho.

Realizar visitas a todos os pacientes, buscando resolutividade ou encaminhando as possíveis queixas e necessidades do paciente.

Manter o setor organizado e proporcionar um ambiente adequado para o bom desenvolvimento dos serviços, supervisionando a entrega do trabalho realizado pelos profissionais de enfermagem, higienização e limpeza e manutenção.

Interagir com os integrantes da equipe, a fim de incentivar e melhorar o trabalho em grupo, desenvolvendo na equipe uma visão holística do paciente, que deve ser cuidado de forma integral e personalizado.

Providenciar a documentação e exames necessários para a TFD (Transferência Fora do Domicílio), comunicando imediatamente o Assistente Social de tal solicitação.

Participar de reuniões e integrar Comissões sempre que necessário ou convocado.

Coletar, medir e acompanhar os indicadores Assistenciais de Enfermagem que lhe forem solicitados.

Realizar solicitação de materiais no sistema informatizado (farmácia e almoxarifado).

Participar, incentivar e favorecer o envolvimento dos colaboradores nas atividades de educação permanente propostas pelo Programa de Desenvolvimento Profissional.

Divulgar e fazer cumprir as Instruções de Trabalho contidas na pasta da qualidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Realizar o controle da pontualidade, assiduidade, postura e apresentação pessoal dos colaboradores conforme normalização.
Reposição e controle de materiais do carrinho de emergência - Certificar, checar e registrar diariamente em formulário próprio o funcionamento do desfibrilador, lâmpada do laringoscópio e demais equipamentos essenciais ao setor.
Comunicar imediatamente ao SND qualquer alteração na prescrição da dieta dos pacientes.
Realizar a notificação de doenças de notificações compulsórias.
Orientar pacientes e familiares diante da admissão e alta.
Colaborar na avaliação de desempenho dos seus colaboradores.
Participar de testes de materiais e equipamentos, emitindo parecer técnico.
Zelar e controlar o patrimônio do setor, contribuindo com o programa de manutenção preventiva e corretiva.
Avaliar e realizar procedimentos de enfermagem alta complexidade: SNE, PORT-CATH, SVA, SVD, PICC, PUNÇÃO ARTERIAL, RETIRADA DA CATÉTER VENOSO CENTRAL.
Representar a instituição em eventos externos quando convidado, repassando o conhecimento adquirido.
Acionar a Coordenação em situações que não estão contempladas nas suas atribuições.
Coordenar as ações de enfermagem nos atendimentos de emergência.
Supervisionar a realização da troca semanal das almotolias, limpeza do mobiliário e equipamentos do local de trabalho.
Supervisionar e/ou realizar a execução das prescrições médica e de enfermagem.
Cumprir e fazer cumprir as Instruções de Trabalho do SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar).
Acompanhar eventualmente quando determinado pela coordenação pacientes em exames ou processo de transferência fora de domicílio – TFD.
Promover reuniões periódicas com os colaboradores da equipe.
Cumprir e fazer cumprir o regimento do corpo de enfermagem.

São atribuições comuns aos Técnicos de Enfermagem:
Prestar os cuidados integralmente aos pacientes sob sua responsabilidade, atendendo com cortesia, educação e agilidade de acordo com a prescrição médica e de enfermagem.
Admitir e orientar pacientes e familiares que internarem no setor.
Receber e passar plantão, prestando informações básicas, essenciais e necessárias à continuidade do serviço.
Registrar em prontuário a assistência prestada, sendo que as intercorrências do plantão devem ser direcionadas ao Livro de Ocorrências.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Manter o prontuário identificado, organizado, limpo, devidamente preenchido e em boas condições de manuseio.
Auxiliar a equipe interdisciplinar na realização de exames e procedimentos.
Preparar, disponibilizar, controlar e manter em condições de uso, os materiais, medicamentos e equipamentos necessários à execução das atividades assistenciais, conforme Escala de Atividades.
Zelar pela limpeza e manter a ordem e organização no setor e nas áreas específicas de trabalho da Enfermagem.
Acompanhar o paciente durante a realização de exames, obedecendo às regras de segurança durante o transporte.
Receber e conferir as medicações enviadas pela Farmácia.
Promover a identificação do paciente por meio de pulseira.
Participar das programações de treinamento e desenvolvimento profissional promovidos na instituição.
Participar das reuniões da equipe de enfermagem quando convocado, sugerindo medidas que visem à integração e desenvolvimento da equipe.
Conhecer e cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Instruções de Trabalho contidas na pasta da qualidade.
Conferir e repor os materiais e medicamentos do carrinho de emergência (conforme escala de atividades).
Comunicar ao enfermeiro as observações de alterações do estado geral do paciente.
Comunicar ao setor de Nutrição alterações de dieta.
Acompanhar eventualmente quando determinado pela coordenação.
Observação: O profissional Técnico de Enfermagem deverá solicitar a presença do enfermeiro quando se sentir inseguro ou julgar-se imperito para realizar determinado procedimento.

Das Normas Gerais

É vedado o uso de qualquer informação relativa à Instituição em benefício próprio ou de terceiros.
Comunicar ao Serviço de Enfermagem, sem perda de tempo, as variações de residência, telefone e estado civil, para que possa ser encaminhado ao departamento de pessoal.
É proibido fumar nas dependências da Unidade.
Permanecer na Instituição fora do seu horário de serviço sem autorização ou justificativa prévia.
Organizar, dentro das dependências da Unidade, rifas, vendas e compras ou outras iniciativas não autorizadas pela administração, bem como tomar parte nelas.
Receber pessoas estranhas no recinto de trabalho, salvo ordem superior.
Servir-se de uso de telefones ou impressos da Unidade para assuntos pessoais.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sair das dependências da Unidade durante o período de trabalho, sem para tanto estar autorizado pela chefia.

Durante o período de trabalho, os colaboradores deverão, obrigatoriamente, estar uniformizados e devidamente identificados.

Receber, sob qualquer forma ou pretexto, dádivas e gorjetas de outras pessoas que estejam em relação de negócio com a Unidade.

É proibida a visita aos pacientes por menores de 12 anos, exceção para autorizações concedidas pelo enfermeiro.

Os colaboradores da enfermagem deverão estar em seus setores dez minutos antes do seu horário de trabalho para a passagem de plantão na troca de turno.

É permitida troca de folga entre os colaboradores do Corpo de Enfermagem, desde que este colaborador não tenha faltas, atrasos e está conduta esteja intermediada e autorizada pelo Coordenador.

O colaborador deverá fazer o uso adequado dos EPI – equipamentos de proteção individual e do EPC – equipamentos de proteção coletiva.

No caso de falta ao trabalho por licença de saúde, o colaborador deverá apresentar o atestado com o CID (Código Internacional de Doença) ao departamento de pessoal no prazo de 48 horas.

Não é permitido aos colaboradores o uso de *piercing* e adornos, conforme determinação da NR 32 (Portaria MT – Nº 485 – 11/11/2005).

Manter os cabelos presos e fazer uso da redinha de cabelo do início ao final do trabalho nas áreas de PA/UDT, SADTs, Centro Médico e Pesquisa Clínica;

Não é permitido fotografias nas dependências da Instituição, sem prévia autorização por escrito da chefia direta.

Parágrafo 1º - Normalização específica oriunda de processos de trabalho, assistenciais ou administrativos, deverão estar especificados nas IT's (instruções de trabalho).

Das disposições gerais

Os profissionais receberão no Treinamento do Colaborador Recém-Admitido informações sobre o regimento de enfermagem, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que o descumprir está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

A diretoria de enfermagem poderá resolver questões não previstas neste regimento, sempre que seja necessário preservar a imagem da instituição e garantir o bom andamento do serviço.

Este regimento será mantido nos setores assistências atualizadas anualmente e disponível em local de fácil acesso para consulta dos profissionais do Corpo de Enfermagem da Instituição.

Este Regimento poderá ser modificado por proposição da Diretoria de Enfermagem, aprovação em reunião com os coordenadores convocada para esta finalidade.

O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e será assinado pelo Diretor Executivo e Diretor de Enfermagem.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

1 - GERENCIAMENTO ADMINISTRATIVO

1.1 Manual de Compras

Regulamento de Compras, Contratação de Obras e Serviços

Segue o link do regulamento de compras do INDSH:
https://www.indsh.org.br/wp-content/uploads/2023/08/Regulamentos-Institucionais-para-compra-15.06.23.pdf

INTRODUÇÃO

Este Regulamento visa estabelecer normas e critérios para compras e contratação de obras e serviços especializados pela entidade e se aplica a todos os dispêndios financeiros, inclusive os realizados por unidades descentralizadas (filiais).

Todos os dispêndios feitos reger-se-ão pelos princípios da moralidade e boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos da instituição.

É vedado pela entidade manter relacionamento comercial ou profissional com entidades privadas cujos dirigentes, diretores, sócios, gerentes colaboradores e/ou equivalentes sejam agentes públicos de poder, órgão ou entidade da administração pública estadual, bem assim com cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo, adotivo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º grau, de dirigentes e/ou equivalentes da organização social os quais detenham poder decisório.
O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas que atendem aos princípios do artigo anterior, a mais vantajosa.

O processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento deve estar documentado para facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização dos Contratos de Gestão.

AS COMPRAS
Definição

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir unidades de saúde com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

Procedimento de compras

O procedimento de compras compreende o cumprimento das seguintes etapas:

I – Solicitação de compras;

II – Qualificação de fornecedores;

III– Coleta de preço;

IV– Apuração da melhor oferta;

V– Emissão de ordem de compra.

A qualificação do fornecedor candidato é composta pela verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados que deverão ser encaminhados via Correios, e-mail ou entregues diretamente no departamento de compras da filial ou a quem ela indicar, atualizados e dentro do prazo de validade.

I - CNPJ

II - Inscrição Estadual

III - Contrato Social com a última alteração ou estatuto

IV - Autorização de Funcionamento Municipal

V - CCM – Comprovante de Contribuintes Municipal

VI - CADIN - Cadastro Informativo de Créditos não quitados (estadual e federal)

Para o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos são necessários também os documentos listados abaixo:

I - Cópia autenticada do registro no Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União – obrigatório para fabricante e distribuidor;

II - Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante;

III - Licença de Funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária;

IV - Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica - obrigatório para fabricante e distribuidor;

V - Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;

VI - Cópia autenticada da autorização especial para medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatório para fabricante e distribuidor.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A coleta de preço será realizada por e-mail, fax ou o Portal Eletrônico indicado pela entidade, com a participação de no mínimo 3 (três) fornecedores previamente qualificados.
O sistema de coleta de preço e a qualificação de fornecedores serão dispensados nos casos em que haja carência de fornecedor, exclusividade ou singularidade do objeto, necessidade emergencial de aquisição ou contratação de obra e/ou serviço e, ainda, no caso de ordem de compra ou contrato de pequeno valor, assim considerada aquela que não ultrapassar o valor de R$ 8.000,00 (oito mil reais).

Considera-se de urgência a aquisição de material inexistente no estoque, com imediata necessidade de utilização.
A melhor oferta será apurada considerando menor preço, custo de transporte e seguro até o local de entrega, condição de pagamento, prazo de entrega, custo para operação do produto e disponibilidade para eventual necessidade de treinamento de pessoal.

A ordem de compra ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS

Definição

Considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da entidade, realizada por terceiros: conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade e seguro, consultoria, assessoria, hospedagem, alimentação, serviços técnicos profissionais especializados, produção artística, serviços gráficos, serviços médicos, bem como obras civis, englobando construção, reforma, recuperação, ampliação etc.

Contratação

Aplicam-se à contratação de serviços, no que couberem, todas as regras estabelecidas nos artigos 6º a 10 deste Regulamento, com exceção dos serviços técnicos profissionais especializados, que ficam dispensados das exigências estabelecidas no artigo 8º deste Regulamento.

Os contratos deverão estabelecer com clareza e precisão as condições de execução, aplicando-lhes as normas e princípios de direito civil.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A venda ou fornecimento de bens e serviços para a entidade implica a aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados por ela, bem como a observância deste Regulamento e demais normas eventualmente aplicáveis.
Para todas as compras de bens e serviços deverão ser emitidas nota fiscal de venda ou fatura de prestação de serviços pelo fornecedor.

A critério da entidade poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução ou fiança bancária.

À entidade caberá fiscalizar a execução dos contratos, podendo aplicar as sanções previstas contratualmente quando descumpridas as cláusulas pactuadas.

A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar a sua rescisão, respondendo a parte que a causou com as consequências contratuais e as previstas em lei.

Serviços Técnicos Profissionais Especializados

Consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:
I - Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
II - Pareceres, perícias e avaliações em geral;
III - Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias financeiras;
IV - Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
V - Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
VI - Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
VII - prestação de serviços de assistência à saúde em áreas e especialidades específicas;
VIII - Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas.

Empresa de prestação de serviços técnicos especializados é a que:
Detém com exclusividade a capacidade para realização do serviço, atividade ou obra;
No campo da sua especialidade demonstre desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos objetivos relacionados que permitam inferir que o seu trabalho é essencial, excepcional e indiscutivelmente mais adequado à plena satisfação do objeto do contrato.

A Diretoria deverá selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnicos profissionais especializados, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área, além do registro nos órgãos e Conselhos Profissionais competentes.

Assinado por 1 pessoa: CARLOS RIZOLI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

ALIENAÇÃO

Procedimento de Alienação

Nos casos em que o bem estiver em posse da entidade por força do Contrato de Gestão firmado com o ente público, serão observados os procedimentos conforme a legislação em vigor aplicável a espécie.

O procedimento estabelecido neste regulamento se aplica exclusivamente aos bens públicos.

A alienação de bens de que trata este regulamento se vincula a autorização expressa e controle patrimonial direto pelo ente público.

Nas alienações, a modalidade de divulgação e forma de pagamento deverão observar as especificidades do bem a ser alienado e as condições do mercado, em consonância com a Lei nº 8.666/93, por se tratar de patrimônio público.

A alienação de bens móveis integrantes do patrimônio público deverão ser precedida de autorização do ente público, cujo resultado financeiro deverá ser reinvestido no desenvolvimento das atividades especificadas no Contrato de Gestão, se de outra forma não for determinado.

Todos os bens móveis e imóveis cujo uso tenha sido autorizado à esta entidade por meio de cessão e permissão de uso têm sua destinação e utilização exclusiva e vinculada à consecução dos objetivos do Contrato de Gestão.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Considera-se Diretoria a Diretoria Estatutária da entidade, representada pelo seu presidente, ou quem ele delegar, por meio de procuração escrita.

Os casos omissos ou dúvidas na interpretação deste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria Estatutária.

Este Regulamento entrará em vigor a partir da sua publicação.

Este regulamento pode ser consultado em nosso portal da transparência conforme segue: https://www.indsh.org.br/wp-ontent/uploads/2023/08/Regulamentos-Institucionais-para-compra-15.06.23.pdf

Normas para realização dos procedimentos de aquisição de bens, recebimento, guarda e distribuição na unidade

O INDSH preconiza que qualquer contratação de serviços ou aquisição de bens sejam conforme seu **REGULAMENTO INSTITUCIONAL DE COMPRAS, CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS E AQUISIÇÃO DE BENS COM EMPREGO DE RECURSOS PROVENIENTES DO PODER PÚBLICO.**

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Por ser uma Organização Social, não realiza compras através de licitação, e sim pelo seu regulamento interno, Termo de Referência para a contratação de Terceiros.

Utiliza a ferramenta de compra Bionexo, que consulta preços nacionalmente, e consegue cotações diversas, sendo a rentabilidade e economicidade garantida pelo volume de compras global feitas pelo INDSH mensalmente.

Descreveremos abaixo os procedimentos e rotinas do setor:

AQUISIÇÃO DE MATERIAS E MEDICAMENTOS

Quando forem compras programadas:

Receber Solicitação – Receber a Solicitação de Compra no sistema conferindo se os itens não fazem parte dos grupos atendidos pela central de Compras e se todas as especificações do(s) item(ns) solicitadas estão devidamente informadas, após esta análise liberar ao comprador responsável.

Fazer contato com Fornecedor (es) – Entrar em contato com Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando da necessidade da Unidade, solicitando o envio de uma proposta para fornecimento.

Receber proposta - Receber a proposta e orçamentos do Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis.

Analisar propostas - Analisar as informações enviadas pelo Fornecedor, se o produto cotado está correto, se a quantidade solicitada está correta e compara se o preço informado é igual ao da última compra.

Emitir Ordem de Compra - Emitir Ordem de Compra com todas as informações acordadas com o Fornecedor, e anexar a esta todos os documentos relativos ao processo de compra: Solicitação de Compra, Orçamentos, e todo e qualquer outro documento que se relaciona ao processo.

Analisar e Aprovar as Ordens de Compra

1) Coordenador Compras;
2) Dir. Apoio;
3) Dir. Financeiro.

Confirmar a aquisição - Entrar em contato com Fornecedor informando os itens a serem adquiridos, dentro das condições acertadas nas cotações e orçamentos, identificando o número da Ordem de Compra a que se refere a aquisição, enviando uma cópia da OC para o Fornecedor.

Controlar Processo - Arquivar todo o processo de aquisição, junto com uma cópia da OC em arquivo no Setor de Compras.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Encaminhar ao Setor de Recebimento - Entregar no Setor de Recebimento a OC. e Ficha de Inspeção.

Verificar conclusão do processo de Compra - Receber, todo o dia pela manhã, encaminhado pelo responsável do setor de Recebimento, Ficha de Inspeção e as Ordens de Compra que estiverem com o prazo de entrega vencido, e entrar em contato com os Fornecedores para regularizar a situação.

Compras de consumo direto/estoque:

Receber Solicitação via Sistema - Receber a Solicitação de Compra, verificando se todas as especificações do (s) item (ns) solicitadas estão devidamente informadas.

Definir prioridade da Solicitação e Liberar no sistema ao comprador Responsável pelo grupo - Definir com o Comprador a prioridade de atendimento da Solicitação dentro da rotina diária dos pedidos.

Contatar Fornecedor (es) - Entrar em contato com fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando da necessidade da Unidade, (produto, marca, quantidade, preço, prazo de pagamento, e prazo de entrega) e solicitando o envio de uma proposta para fornecimento. Este contato será realizado nas seguintes condições:

Até R$200,00, não é necessária a formalização de nenhuma cotação de preços, sendo o comprador autorizado a fazer a aquisição de forma direta.

De R$200,01 até R$999,99 é necessário documentar através de uma cotação de preços, com no mínimo 3 fornecedores, para que o comprador efetue a aquisição.

De R$1.000,00 em diante é necessário anexar ao processo de compras além da cotação de preços, os orçamentos enviados pelos fornecedores para documentar o processo.

Nos casos de urgência, devidamente documentados no documento de Solicitação de Compras, pelo responsável pela solicitação, o comprador estará dispensado de formalizar a compra através de cotação ou orçamentos.

Receber propostas - Receber as propostas e orçamentos dos fornecedores, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, inserindo as informações no Mapa de Cotação.

Analisar propostas - Analisar as informações enviadas pelos fornecedores, escolhendo a melhor proposta, levando em conta preço, prazo de entrega e prazo de pagamento.

Confirmar a aquisição - Entrar em contato com Fornecedor informando os itens a serem adquiridos, dentro das condições acertadas nas cotações e orçamentos, identificando o número da Ordem de Compra a que se refere a aquisição.

Emitir a Ordem de Compra - Emitir Ordem de Compra com todas as informações acordadas com o Fornecedor, e anexar a este todos os documentos relativos ao processo de compra: Solicitação de Compra, Mapa de Cotação, Orçamentos, e todo e qualquer outro documento que se relaciona ao processo.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Aprovar Ordem de Compra – Analisar e aprovar a Ordem de Compra, o processo de compra e a sua documentação. 1) Coordenador de Compras; 2) Diretor de Apoio.

Encaminhar ao Setor de Recebimento (Farmácia e Almoxarifado) - Arquivar no Setor de Recebimento (Farmácia, SND, Eng.º Clínica e Hospitalar ou Almoxarifado) a Ordem de Compra, no arquivo de Ordem de Compras do Setor, arquivando as mesmas por data de recebimento.

Verificar conclusão do processo de Compra - Verificar, todo o dia pela manhã, a existência de Ordens de Compra que estiverem com o prazo de entrega vencido, e entrar em contato com os Fornecedores para regularizar a situação.

Compra de órteses, próteses e materiais

Solicitar novos materiais - Sempre quando há necessidade de novos materiais para procedimentos, o cirurgião deve entrar em contato com a coordenadora do Centro Cirúrgico, a mesma deverá fazer uma solicitação por escrito com a descrição dos materiais que serão usados no procedimento e entregar ao setor de Compras/Consignados para providencias junto a Central de Compras e Fornecedores.

Nota: Nos casos em que for necessário o uso de OPMs em procedimentos cirúrgicos, deverá ser fornecido pelo Setor de Consignados da Unidade, ficando terminantemente proibido ao Cirurgião, paciente ou aos seus familiares a compra de órtese, prótese, medicamentos e materiais cirúrgicos necessários ao seu tratamento, bem como a cobrança de qualquer valor financeiro para atendimento, uma vez que a Unidade é uma instituição pública de atendimento e gratuito.

Entrar em contato com a Central de Compras - Após receber a solicitação de compra autorizada pelo Diretor de Apoio, o Coordenador de Compras deverá entrar em contato com a Central de Compras, que irá negociar o menor preço (de preferência os que estão de acordo com a tabela SUS). Depois de fechada a negociação informará ao setor de compras da Unidade a empresa que irá fornecer os materiais, bem como prazo de entrega.

Realizar previsão de Material - De acordo com o aviso de cirurgias, verificar quantidade de material de acordo com cada procedimento. Caso não se tenha material suficiente para o procedimento contatar cirurgião responsável pelo procedimento e repassar ao mesmo o material disponível. Se não houver material suficiente, o cirurgião deverá informar se vai haver a cirurgia ou não

Conferir o material antes e após as cirurgias - Antes de o Cirurgião abrir a caixa, verificar na etiqueta preenchida pelo CME os materiais que foram entregues. Em caso de divergência entrar em contato com a Coordenação do setor e ao término do procedimento, conferir os materiais com base na descrição dos médicos.

Assinado por 1 pessoa: JOAO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Essa documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Solicitar Reposição de OPM - Verificar no sistema de controle o estoque atual, colocar o que tem e o que falta em cada caixa, quando uma delas é usada, conferir tudo o que tem dentro e se basear de acordo com as informações contidas nessa pasta e, automaticamente o que está faltando nessa análise é o que foi usado no procedimento. Após conferir os materiais que faltam nas caixas, preencher por completo o pedido de acordo com a empresa fornecedora, pegar a assinatura e o carimbo do cirurgião responsável pelo procedimento que usou a OPM e logo em seguida enviá-lo por fax.

Receber Reposição de OPM - Após receber o material, conferir se realmente bate com a quantidade discriminada e se o valor de cada item está de acordo com a tabela SUS. Verificar se está identificado com o nome do paciente que usou o material e a data da cirurgia, número série, lote juntamente com o nome do médico e enviar para o CME.

Preparar processo de compra para pagamentos das Notas Fiscais - Fazer o processo da ordem de compra, com a discriminação dos materiais, bem como seus valores, nome do paciente, da empresa que irá fornecer, nº do pedido, data da cirurgia, e nome do médico que realizou o procedimento, além da assinatura do comprador do material, do coordenador de compra e do Diretor Financeiro, e por fim, enviar a 1ª via à contabilidade, e a 2ª via para o faturamento.

Compra de emergência de medicamentos e material médico

Receber Solicitação - Receber a Solicitação de Compra no Sistema verificando se todas as especificações do(s) item(s) solicitadas estão devidamente informadas, após esta análise liberar ao comprador responsável.

Fazer contato com Fornecedores local - Entrar em Contato com Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando a necessidade da Unidade.

Fazer contato com Unidades locais (Parceiras) - Entrar em contato com Diretor e/ou Responsável por suprimentos e/ou Farmácia dos Hospitais parceiros.

Efetuar a Compra e/ou empréstimo - Em caso de empréstimo este deverá ser solicitado através Documento de Empréstimo através sistema ou em caso de compras seguir o procedimento esse procedimento no item ¨COMPRAS PROGRAMADAS".

Nota: Quando realizado empréstimo atentar-se para a reposição do produto antes da virada do mês.

RECEBIMENTO E GUARDA

Recebimento de Itens solicitados via Unidade:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Receber Nota Fiscal e conferir com a Ordem de compra – O almoxarifado recebe a nota fiscal do fornecedor e confere com a ordem de compras encaminhado anteriormente pelo setor de compras devidamente autorizada e assinada. Nunca receber uma nota fiscal sem a ordem de compra. Qualquer divergência na ordem de compras entrar em contato com o setor de compras para que imediatamente sejam realizadas alterações.

Conferir o produto – O almoxarifado comunica o setor solicitante para realizar a conferência em conjunto, devendo ser observado: volumes entregues verificando o estado da embalagem dos produtos; setores solicitantes conferem os produtos quanto: espécie, quantidade, lote e validade. Após a conferência, assinar o canhoto da Nota Fiscal informando a data e o responsável pelo recebimento e concordando com a entrega. Carimba a Nota Fiscal com o carimbo de Recebimento, informando a data do recebimento, o nome do Colaborador responsável pelo recebimento da NF.

Verificar divergências - Verificar a existência de divergência entre a Ordem de Compra/Pedido de Compra e a Nota Fiscal.

Verificar na NF valor inferior ou superior ao constante na Ordem de Compra/Pedido de Compra - Verificar a existência de divergência de valor na NF em relação a OC/PC. Verificar se a quantidade de produtos constantes na NF e na OC/PC está correta. Sendo as quantidades constantes da NF inferior a da OC/PC, anotar quais os itens e/ou quantidades estão divergentes/faltantes na própria OC/PC, tirar cópia da OC/PC, manter esta cópia com os itens faltantes no arquivo de Ordem de Compra do setor, aguardando a entrega posterior dos itens faltantes. Comunicar esta situação ao Setor de Compras.

Classificar os itens da Nota Fiscal - Carimbar com o carimbo de classificação Contábil, no verso da Nota Fiscal, e classificar conforme os grupos contábeis, os valores dos itens constantes na NF.

Registrar e emitir documentos – O auxiliar administrativo realiza a entrada e emite: relatório de entrada do produto, relatório contábil de entrada de produto e quando necessário o relatório de pendências. Em caso de Nota fiscal de medicamentos da Portaria 344/98 uma cópia deve ser entregue para a farmacêutica para ser arquivada.

Enviar o processo a contabilidade – O auxiliar administrativo do almoxarifado encaminha o processo completo (NF e OC) para a contabilidade, protocolando a entrega. No caso de produtos do setor de almoxarifado serão conferidos e permanecerão na área de recebimento até a realização da entrada e liberação para armazenamento.

Arquivar 2ª via NF - Arquivar por mês a 2ª via da NF em arquivo próprio.

Preencher Formulário de Inspeção de Recebimento - Preencher o Formulário de Inspeção de Recebimento, informando as divergências e não conformidades que ocorreram no processo.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Armazenar (exceto para itens da farmácia e nutrição) – Após a liberação do auxiliar administrativo, os materiais e medicamentos do setor de farmácia deverá ser encaminhado para a farmácia e os produtos de nutrição deverão ser enviados para a nutricionista, para todos os demais produtos ao armazenar seguir o armazenamento utilizando a data de vencimento para a organização das prateleiras de forma a facilitar a dispensação.

DISTRIBUIÇÃO

Receber Requisição – Receber a requisição de materiais. As requisições serão recebidas diariamente de acordo com cronograma entregue aos setores. Serão recebidas via sistema até às 10:30h e atendidas no mesmo dia. Solicitações feitas após esse horário serão entregues no dia seguinte.

Separar os itens para entregar aos Setores - Separar os itens a serem entregues, conforme a solicitação feita pelos setores da Unidade.

Lançar baixa de Requisição de Material no Sistema Informatizado - Registrar no Sistema Informatizado, a saída/consumo dos itens solicitados pelos setores e entregues pelo Almoxarifado.

Entregar produtos nos Setores - Entregar nos Setores os produtos solicitados no Almoxarifado, acompanhados por uma cópia da Requisição de Materiais para conferência no setor solicitante.

Receber e conferir entrega dos produtos - Receber e conferir, com base na cópia da solicitação os produtos entregues no setor e assinar recebimento.

Política de Gestão de Compras

A política de aquisição de medicamentos para uma UPA geralmente segue diretrizes estabelecidas pela instituição responsável pela gestão da saúde na região, que pode ser o governo municipal, estadual ou até mesmo federal, dependendo da estrutura organizacional do sistema de saúde.

Essa política pode incluir várias considerações, tais como:

1. **Lista de medicamentos essenciais:** Definir uma lista de medicamentos considerados essenciais para atender às necessidades da UPA, baseada em diretrizes nacionais ou internacionais de saúde.
2. **Processo de compra:** Estabelecer um processo transparente e eficiente para a aquisição de medicamentos, que pode incluir licitações públicas, parcerias com fornecedores autorizados e uso de atas de registro de preços.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

3. **Controle de estoque:** Implementar sistemas de gestão de estoque para garantir que os medicamentos necessários estejam sempre disponíveis, evitando tanto a falta quanto o excesso de medicamentos.
4. **Padrões de qualidade:** Garantir que os medicamentos adquiridos atendam aos padrões de qualidade e segurança estabelecidos pela legislação nacional de saúde.
5. **Preço e custo-efetividade:** Buscar opções que ofereçam o melhor custo-benefício para a UPA, levando em consideração tanto o preço dos medicamentos quanto sua eficácia clínica.
6. **Política de substituição:** Estabelecer diretrizes para a substituição de medicamentos por alternativas mais acessíveis ou igualmente eficazes, quando necessário.
7. **Monitoramento e avaliação:** Implementar mecanismos de monitoramento e avaliação para acompanhar o uso dos medicamentos, identificar possíveis problemas e fazer ajustes na política de aquisição, se necessário.

Essas são apenas algumas considerações que podem fazer parte da política de aquisição de medicamentos para uma UPA. É importante que essa política seja flexível o suficiente para se adaptar às necessidades específicas da unidade e às mudanças no cenário de saúde.

Política para Aquisição de Medicamentos

A aquisição de medicamentos na UPA envolve uma série de políticas e procedimentos destinados a garantir o fornecimento adequado e oportuno de medicamentos para atender às necessidades dos pacientes. Aqui estão algumas políticas comuns relacionadas à aquisição de medicamentos na UPA:

1. **Formulário de Medicamentos**: A UPA geralmente mantém um formulário de medicamentos, que é uma lista dos medicamentos essenciais que estão disponíveis na unidade. Essa lista é baseada nas necessidades de atendimento dos pacientes e nas diretrizes clínicas estabelecidas.
2. **Política de Estoque e Reposição**: A UPA deve ter uma política clara para o controle de estoque e reposição de medicamentos. Isso inclui estabelecer níveis mínimos de estoque para cada medicamento, monitorar o estoque regularmente e fazer pedidos de reposição conforme necessário para evitar escassez.
3. **Processo de Aquisição**: A aquisição de medicamentos na UPA geralmente segue um processo formal que pode envolver a solicitação de cotações de fornecedores, avaliação

Assinado por 1 pessoa: ANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

das propostas recebidas, seleção do fornecedor mais adequado e formalização do pedido de compra.

4. **Padrões de Qualidade**: A UPA deve adquirir medicamentos apenas de fornecedores confiáveis e que atendam aos padrões de qualidade estabelecidos pelas autoridades reguladoras de saúde. Isso garante a segurança e eficácia dos medicamentos administrados aos pacientes.
5. **Monitoramento de Custos**: A UPA deve monitorar os custos relacionados à aquisição de medicamentos para garantir o uso eficiente dos recursos financeiros disponíveis. Isso pode incluir a negociação de preços com fornecedores, o monitoramento do consumo de medicamentos e a identificação de oportunidades para reduzir custos sem comprometer a qualidade do atendimento.
6. **Controle de Estoque e Armazenamento**: A UPA deve ter procedimentos para o controle adequado de estoque e armazenamento de medicamentos, incluindo o armazenamento em condições adequadas de temperatura e umidade para garantir a estabilidade dos medicamentos.

Essas são apenas algumas das políticas comuns relacionadas à aquisição de medicamentos na UPA. É importante que a UPA siga todas as regulamentações e diretrizes estabelecidas pelas autoridades de saúde locais e nacionais para garantir uma gestão eficaz e segura dos medicamentos.

Manual do Fornecedor

Introdução

Este manual visa informar os Fornecedores e Clientes, dados relevantes e fundamentais para o bom andamento do processo de aquisição trabalhado na instituição, bem como os critérios adotados para avaliar e monitorar a desempenho de fornecedores de suprimentos em geral e serviços, além da análise e demais providência quando do resultado das avaliações realizadas.

Objetivo

Garantir a qualidade de fornecimento, atendendo as melhores práticas do mercado;
Capacitar os fornecedores para atender aos requisitos exigidos pela Instituição;
Selecionar e manter no quadro de fornecimentos as melhores empresas do mercado;
Buscar atender os requisitos da ONA – Organização Nacional de Acreditação, bem como o Sistema de Gestão da Qualidade da Instituição.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Considerações Gerais

O comprador encaminhará ao fornecedor, via e-mail ou fax e através do Portal de Compras, solicitação para cotação de preços.

O fornecedor deverá analisar a solicitação de compra e elaborar proposta comercial contemplando as informações descritas abaixo, tendo em vista que sua avaliação de desempenho será realizada com base nos dados informados na referida proposta.

Dados necessários:
Especificação do produto e/ou serviço;
Quantidade;
Preços unitários e preço total;
Marca do produto oferecido;
Unidade de compra;
Prazo para entrega;
Prazo para pagamento;
Validade da proposta;
Campo de observação, quando da necessidade de esclarecer dúvidas, ou quaisquer informações que julgarem necessárias;
A proposta poderá ser encaminhada, por e-mail ou fax e através do portal de compras ao setor de Suprimentos.

Observações:

É importante observar a data e hora solicitada pelo Comprador para que o retorno da proposta de fornecimento, não atrapalhe o bom andamento do processo, respeitando um prazo máximo de resposta de 48 horas.

Após autorização do processo de aquisição, o Setor de Suprimentos encaminhará ao fornecedor a Ordem de Compra para o fornecimento do produto e/ou serviço.

No ato da entrega do produto e/ou serviço, o fornecedor deverá apresentar a Nota Fiscal contendo os dados relacionados abaixo:
Especificação do produto/serviço;
Quantidade;
Preços unitário e total;
Marca do produto entregue, lote e validade;
Dados bancários para recebimento;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO DE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Documentos comprobatórios quanto à isenção de recolhimento de taxas de impostos.

Observações:

A Instituição trabalha com as formas de pagamento: Boletos bancários, duplicatas e recibos.

Quanto aos impostos retidos na fonte pagadora seguirão as normas previstas e vigentes na legislação tributária.

A Instituição segue critérios para aquisição de seus produtos e/ou serviços, conforme estabelecido pela Comissão de Compras, a fim de garantir que os produtos e/ou serviços adquiridos estejam em conformidade com os requisitos especificados, objetivando a prestação de serviço com qualidade aos seus clientes.

A avaliação de Desempenho do Fornecedor é feita com base em padrões de qualidade, através de requisitos estabelecidos junto aos fornecedores de suprimentos em geral e/ou serviços que impactam na qualidade do produto final da empresa e, é realizada a todos aqueles que efetuam entrega de produtos e prestam serviço na Instituição.

Quando do recebimento do produto no almoxarifado ou na dispensa, o almoxarife realizará a avaliação através da Ficha de Avaliação e, no caso de prestação de serviço, o próprio requisitante ou responsável designado para acompanhamento da execução dos serviços, efetuará a avaliação.

Os critérios adotados para Avaliação de Desempenho do Fornecedor são:
Pontualidade
Qualidade
Atendimento

A cada entrega realizada por parte do fornecedor será atribuído pontos conforme critérios estabelecidos, registrando na Ficha de Avaliação de Desempenho do Fornecedor.

Pontualidade

Entrega ou atendimento no prazo – 20 pontos
Atraso até 03 (três) dias -14 pontos
Atraso de 04 (quatro) dias até 07 (sete) dias - 07 pontos
Atraso acima de 07 (sete) dias – 0 pontos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Qualidade

Produto sem avarias/serviço atendido plenamente - 25 pontos

Produto com avaria aceito/serviço atendido parcialmente - 13 pontos

Produto com avaria não aceito/serviço não aceito - 0 pontos

Atendimento Do Produto Ou Serviço

Conforme especificação - 20 pontos

Especificação diversa da cotada – aceita - 10 pontos

Especificação diversa da cotada – não aceita - 0 pontos

O fornecedor será classificado como BOM, REGULAR ou RUIM, conforme pontuação atribuída durante a avaliação de seu desempenho.

Qualificação	Faixa De Pontuação
Bom	46 a 65
Regular	26 a 45
Ruim	0 a 25

Modelos Da Descrição Dos Procedimentos Operacionais Padrão Da Farmácia

Atividade: Conferência da Prescrição Nova com a Anterior
Executante: Auxiliar de Farmácia e Farmacêutico
Principais Ações: • Após realização da prescrição a Enfermagem abrirá os horários e levará até a farmácia a 2º via da prescrição; • Os auxiliares de Farmácia recebem esta nova prescrição e conferem com a prescrição antiga; • Nesta conferência é observado: legibilidade, acréscimo ou retirada de medicações, horários, posologia e nº do prontuário.
Ações Corretivas: • Se a prescrição estiver ilegível entrar em contato com Enfermagem para que seja verificado com o Médico. • Se a prescrição apresentar divergência de horário, posologia entrar em contato com Enfermagem para esclarecimento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Principais Ações: • As etiquetas são conferidas com as prescrições, observando com atenção os dados da etiqueta. • Após conferência é feito a checagem na prescrição e etiqueta. • As etiquetas conferidas são separadas por setor e horário e colocadas dentro dos bins.
Ações Corretivas: • Qualquer divergência da etiqueta com prescrição encaminhar etiqueta para o setor de digitação fazer correção.
Atividade: • Seleção dos Medicamentos nas Prateleiras
Executante: • Auxiliar de Farmácia
Principais Ações: • O auxiliar faz a seleção dos medicamentos de acordo com etiquetas contida no bim. • Os medicamentos estão dispostos nas prateleiras em ordem alfabética (Princípio Ativo) e separados por: injetáveis, comprimidos, líquidos, pomadas e medicamento de controle especial. • Os medicamentos selecionados dentro dos bins são enviados a sala de higienização.
Ações Corretivas: • Se houver falta de medicamento no bim deve comunicar o responsável pela reposição. • Se houver armazenamento trocado de medicamento no bim deve comunicar o Farmacêutico.

Digitação das Prescrições
Executante: Todos
Principais Ações: • Após realizada a conferência da prescrição esta é encaminhada para setor de digitação. • As prescrições são digitadas no sistema eletrônico da UNIDADE. • Neste processo são geradas etiquetas de identificação do paciente com nome dos medicamentos, setor, dosagem e horário que o paciente irá receber a medicação. • As impressões das etiquetas são por horário determinado; sendo: Turma manhã – 12h, 14h e 16h Turma tarde – 18h, 20h, 22h, 24h, 02h, 04h, 06h, 08h e 10h • Após impressa são encaminhadas para auxiliar de farmácia.
Ações Corretivas: • Se a impressão não estiver legível providenciar troca do cartucho. • Se a impressora apresentar outros problemas comunicar TI. • Quando após digitada tiver qualquer alteração na prescrição, a mesma volta para digitação para correção.
Atividade: Conferência da Prescrição com etiqueta
Executante: Auxiliar de Farmácia

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Principais Ações: • As etiquetas são conferidas com as prescrições, observando com atenção os dados da etiqueta. • Após conferência é feito a checagem na prescrição e etiqueta. • As etiquetas conferidas são separadas por setor e horário e colocadas dentro dos bins.
Ações Corretivas: • Qualquer divergência da etiqueta com prescrição encaminhar etiqueta para o setor de digitação fazer correção.
Atividade: Seleção dos Medicamentos nas Prateleiras
Executante: Auxiliar de Farmácia
Principais Ações: • O auxiliar faz a seleção dos medicamentos de acordo com etiquetas contida no bim. • Os medicamentos estão dispostos nas prateleiras em ordem alfabética (Princípio Ativo) e separados por: injetáveis, comprimidos, líquidos, pomadas e medicamento de controle especial. • Os medicamentos selecionados dentro dos bins são enviados a sala de higienização.
Ações Corretivas: • Se houver falta de medicamento no bim deve comunicar o responsável pela reposição. • Se houver armazenamento trocado de medicamento no bim deve comunicar o Farmacêutico.

Atividade: Envio de Medicamentos para Sala de Higienização
Executante: Auxiliar de Farmácia
Principais Ações: • O auxiliar de Farmácia faz a limpeza dos medicamentos com álcool 70° e compressa de gaze; • Após limpeza os mesmos são enviados para sala de diluição, não podendo permanecer na sala de higienização.
Ações Corretivas: • Se houver troca ou cancelamento de medicamento e este já estiver higienizado, o auxiliar de farmácia comunica o auxiliar da diluição para fazer o cancelamento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Atividade: Diluição de Medicamentos Estéreis
Executante: Auxiliar de Farmácia
Principais Ações: • O auxiliar de farmácia confere a medicação com a etiqueta e vista a mesma. • Aspira à medicação e faz seu preparo de acordo com a etiqueta e manual de Diluição de Medicamentos Injetáveis. • Identifica a medicação com a etiqueta. • Acondiciona todas as medicações de determinado paciente dentro de saco plástico; coloca no bim da unidade e envia para setor de conferência.
Ações Corretivas: • Se houver dúvida consultar o farmacêutico.

Atividade: Diluição de Medicamentos Estéreis
Executante: Auxiliar de Farmácia
Principais Ações: • O auxiliar de farmácia confere a medicação com a etiqueta e vista a mesma. • Prepara a medicação de acordo com etiqueta. • Comprimido – se necessário fazer partição e diluição. • Identifica a medicação com a etiqueta. • Acondiciona todas as medicações de determinado paciente dentro de saco plástico; coloca no bim da unidade e envia para setor de conferência.
Ações Corretivas: • Medicamento de uso oral independente da dose somente deve ser enviado em dosador oral ou copo. Nunca enviar em seringa. • Se houver dúvida consultar o farmacêutico.

Atividade: Conferência dos Medicamentos Diluídos
Executante: Auxiliar de Farmácia
Principais Ações: • O auxiliar de farmácia da confere as medicações diluídas de sua clínica com as prescrições. • Nesta conferência deve-se observar se o nome do paciente, leito, medicamento, dosagem, via e horário estão de acordo com o que foi prescrito.
Ações Corretivas: • Se houver dúvida consultar o farmacêutico.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Atividade: Envio dos medicamentos para as Unidades
Executante: Auxiliar de Farmácia
Principais Ações: • O auxiliar de farmácia antes de levar as medicações para a unidade anota em um livro de registro o horário que está sendo entregue, e assina; lembrando que a entrega deve ser de 15 minutos antes do horário da etiqueta. • Ao chegar às unidades o responsável pela enfermagem recebe as medicações e assina o registro de recebimento. • Os medicamentos são colocados em bandejas específicas. • O auxiliar de farmácia retorna à Farmácia com os bins, que devem ser limpos com álcool a 70º para voltarem ao uso. **OBS**: Livro de Registro tem a finalidade apenas de registrar o horário de entrega das medicações.
Ações Corretivas: • Se houver dúvida consultar o farmacêutico.

Segue Abaixo Alguns Modelos De Organização Dos Formulários A Serem Utilizados Na Farmácia Da UNIDADE:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Solicitação De Medicamentos Não Padronizados

Uso do médico

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: _____ Peso: _____

Medicamento solicitado (nome genérico/comercial): _____

Forma farmacêutica: _____ Dosagem: _____

Posologia diária

Justificativa (incluir o motivo da escolha do medicamento e da preferência em relação a outros medicamentos já padronizados):

_____/_____/_____

Médico solicitante Data

Uso da Farmácia/Setor de compras

Existe medicamento padronizado com atividade terapêutica equivalente? Qual?

_____

Qual o custo desse medicamento?

_____

Quantidade a ser adquirida? _____ Fornecedores: _____

Observações:

_____

_____

_____/_____/_____

Farmacêutica Coordenador adm. Data

Uso da diretoria Aprovado? Sim (_____) Não (_____)

_____ _____/_____/_____

Diretor Executivo Data

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Solicitação De Inclusão/Exclusão De Itens Da Padronização

Inclusão (_____) Exclusão (_____)

Uso do médico
Nome genérico:
_____

Nome comercial: _____-
_____

Forma farmacêutica: _____Concentração: _____ Via de adm.: _____

Justificativa de
inclusão/exclusão_____

Há equivalente similar ou da mesma classe terapêutica padronizado? Quais?

Justificar a superioridade terapêutica do item solicitado em relação à estes (somente para
inclusão).____

Atualmente como é realizado o tratamento/procedimento sem o medicamento solicitado?
_____

Este medicamento substituirá outro padronizado? Não (___) .Sim (___) Qual?

A falta do medicamento solicitado impede a realização do tratamento/procedimento?
Sim (____) . Não (___)

O medicamento é utilizado em emergências? Sim (___). Não (___)

O medicamento é requerido por algum protocolo clínico adotado na instituição?
Sim (___) .Não (___) Qual?
_____

Referências bibliográficas?
_____

Médico/Assinatura: _____

CRM/Carimbo:

Data: ___/___/____

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Solicitação De Inclusão/Exclusão De Itens Da Padronização

Parecer da Farmácia:

_____

_____ _____/_____/_____
Farmacêutica Data

Uso do Diretor
Aprovado: Sim (___) Não (___)

_____ _____/_____/_____
Diretor Data

NÃO CONFORMIDADES

Data: ___/___/_____ Setor: _____ POP relacionado: _____

Responsável pela verificação da não conformidade: _____

Não conformidade (s) observada (s):
_____

Não conformidade informada à: _____

Medidas adotadas para solucionar a não conformidade: _____

Data da solução: ___/___/____. Responsável: _____

Qualificação De Fornecedores

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Data:		**Fornecedor:**	
CNPJ:			
Fone:			
Transportadora:			
AVALIAÇÃO DO TRANSPORTE		SIM	NÃO
1	Os entregadores utilizam uniformes adequados para o ambiente hospitalar?		
2	As caixas estão amassadas, molhadas, rasgadas?		
3	Existe algum tipo de violação na embalagem do (s) produto (s)?		
4	O material está sendo entregue em transporte adequado?		
5	A transportadora está respeitado o horário de entrega do Setor?		
6	Termo lábeis estão em térmicas com controle de temperatura entre 2 e 8ºC?		
7	Total de itens em não conformidade		
	AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENTREGA	SIM	NÃO
1	O numero da O.C está especificado na Nota Fiscal?		
2	O valor da Nota Fiscal coincide com o valor estipulado na O.C?		
3	Os lotes dos produtos coincidem com o da Nota Fiscal?		
4	Os produtos apresentam data de validade superior a 80% do prazo estipulado ou, no mínimo, superior a um ano?		
5	Os produtos foram entregues dentro do prazo estipulado?		
6	Total de itens em não conformidade		
Observações			
Nome do avaliador			

Controle De Temperatura

Ambiente Alm. (___) Ambiente Far. (___) Geladeira 1 (___) Geladeira 2 (___)Mês/Ano: ____/____

	Manhã					Tarde				
Dia	Max. ºC	Min.ºC	Atual ºC	Hora	Resp.	Max. ºC	Min. ºC	Atual ºC	Hora	Resp.
01										

Controle De Umidade

Ambiente Alm.(___) Ambiente Far. (___)
Mês/Ano: ____/____

	Manhã					Tarde				
Dia	Max.	Min.	Atual	Hora	Resp.	Max.	Min.	Atual	Hora	Resp.
01										
02										

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Padronização De Carros De Emergência

1ª Gaveta: Medicamentos

Medicamento	Qtde	Nível	Conferência
Ácido Acetilsalicílico 100mg	5	1	
Adenosina ampola	5	1	
Água destilada ampola	20	1	
Aminofilina	5	2	
Amiodarona ampola	5	1	
Atropina ampola	10	1	
Bicarbonato de Sódio 8,4%ampola	5	1	
Captopril 25mg comprimido	5	2	
Cloreto de Potássio 19,1% ampola	5	1	

2ª Gaveta: Material Para Vias Aéreas

Material	Qtde	Nível	Conferência
TOT-Nº2,0-2,5-3,0-3,5-4,0-4,5-5,0-5,5-6,0-6,5-7,0-7,5-8,0-8,5-9,0	02	1	
Máscara de venturi 50% adulto e infantil	01 cd	1	
Cânula de guedel adulto e infantil	02 cd	1	
Fio guia p/ TOT infantil e adulto	02 cd	1	
Cânula de Traqueostomia	01 cd	1	
Sonda de aspiração traqueal c/ válvula nº 08,10,12,16,18,20.	02 cd	1	
Cadarço p/ fixação TOT	1 rolo	1	
Máscara de inalação adulto e infantil	01	1	
Pilhas p/ Laringoscópio tam. Grande e Peq.	06 cd	1	

Ficha De Controle De Abertura Do Carro De Emergência

Data/hora	Nº selo Rompido	Motivo abertura	Intervenção	Observações	Assinatura/ carimbo Enfermeiro
____/____ ___:___	Nº selo colocado	Emergência Auditoria mensal Outros	Reposição Checklist Validade		

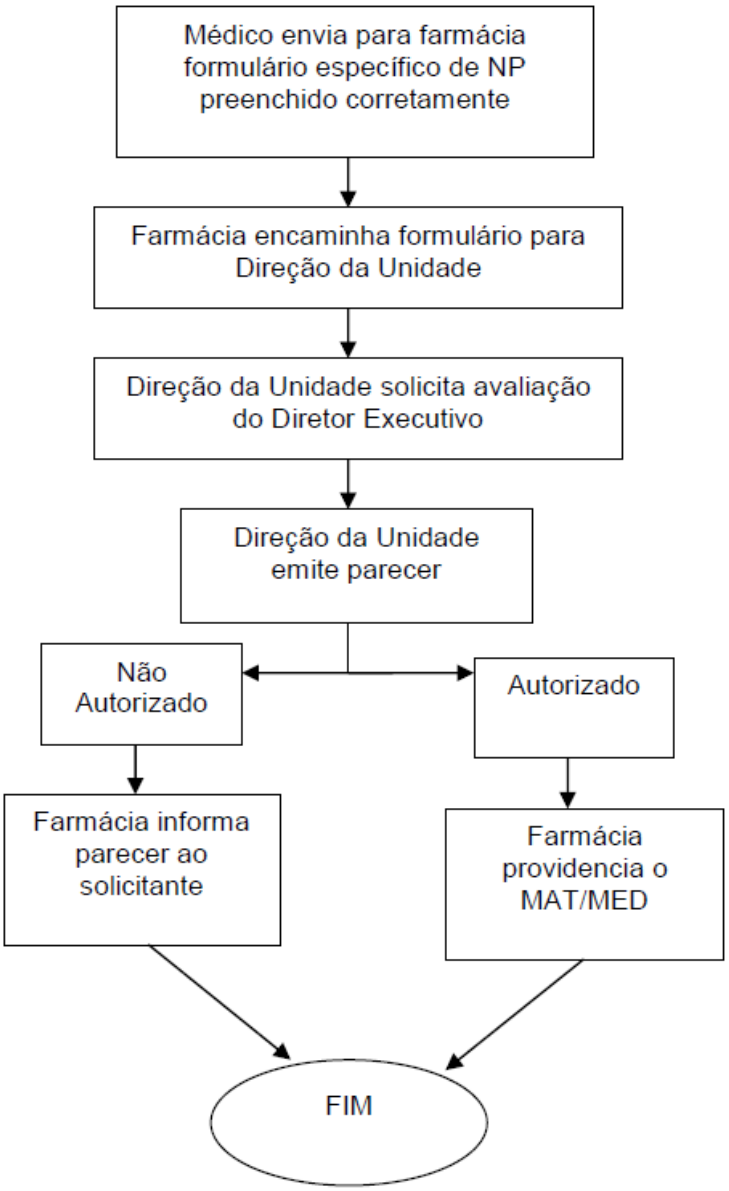
Protocolo De Recebimento De Lacres

Data/Hora	Local	Lacre Anterior	Lacre Novo	Entregue Por:	Enfermeiro Responsável
___/___ ___:___	Sala de Emergência Observação Medicação				

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

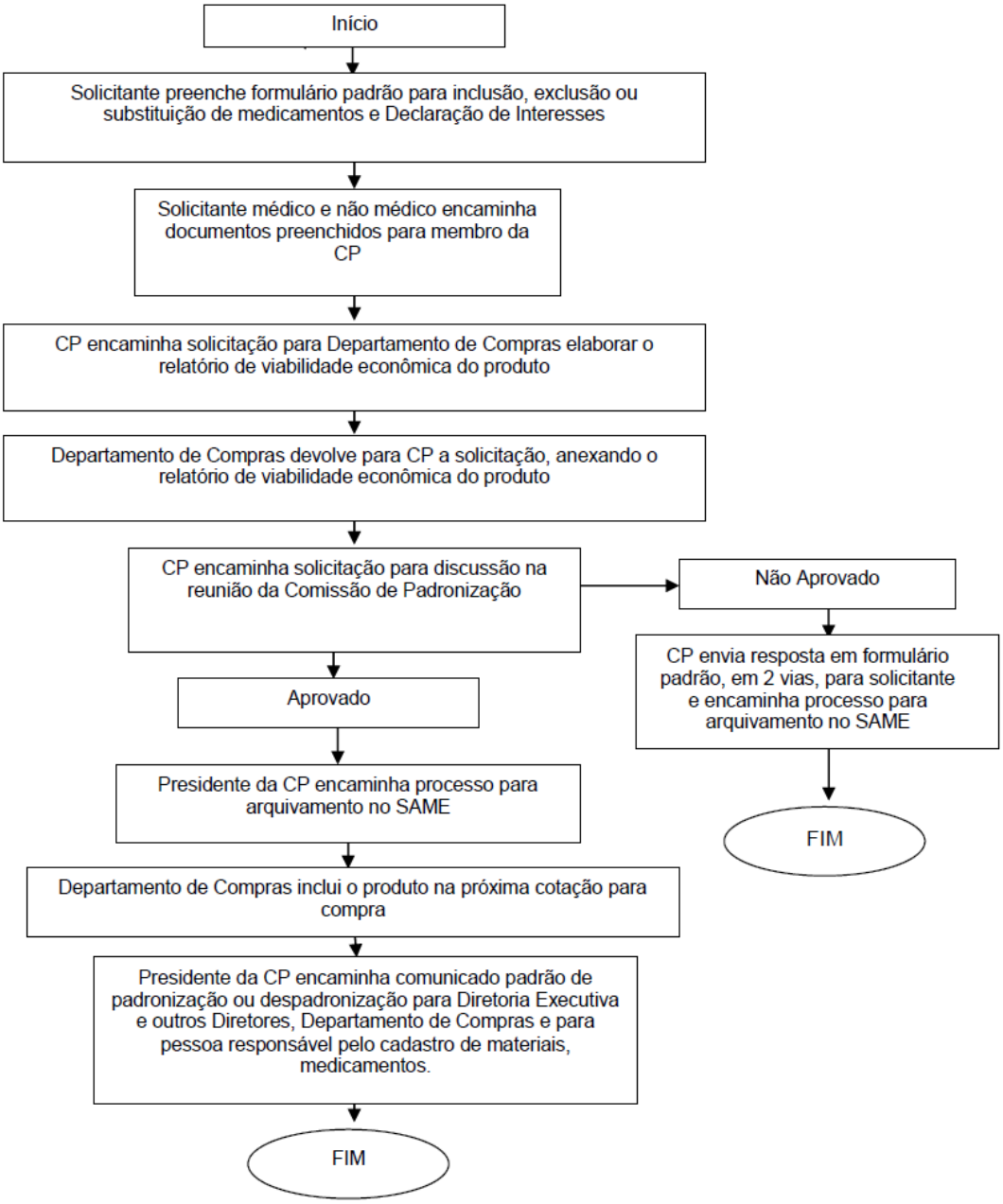
FLUXOGRAMA: LIBERAÇÃO DE MAT/MED ALTO CUSTO E/OU NÃO PADRÃO



Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS



Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Política de qualificação de fornecedores de serviços

Abaixo descrevemos a política de qualificação e fornecedores de serviços, bem como os critérios adotados internamente para a avaliação adotada

INTRODUÇÃO

A política de avaliação de fornecedores visa assegurar que as atividades comerciais desenvolvidas pela área de suprimentos junto aos parceiros de negócio estejam alinhadas ao fornecimento de qualidade em produtos, serviços e assessoria técnica, com responsabilidade social, ambiental e financeira, destacando a eficiência e a qualidade que devem ser inerentes a este processo.

OBJETIVO

A avaliação dos fornecedores da UPA, será realizada visando manter relações comerciais éticas alinhadas aos princípios da instituição. Essa avaliação abrange contratados, prestadores de serviços médicos e serviços de apoio especializados. Na política de compras de produtos e serviços do INDSH está estabelecido diretrizes para os fornecedores, sendo avaliados de acordo com critérios técnicos transparentes, priorizando aqueles que demonstram um desempenho satisfatório, bem como oportunidades de melhoria para aqueles que não atenderam aos requisitos.

ABRANGÊNCIA

UPA 24h.

DIRETRIZES

Diretrizes gerais

O setor de compras, farmácia e almoxarifado devem seguir o "Regulamento Institucional de compras, contratação de serviços e aquisição de bens com emprego de recursos provenientes do poder público INDSH".

As cotações de preços obtidas pela Unidade são realizadas no setor de compras e devem seguir o fluxograma estabelecido.

Tipos de fornecedores

Produtos: Devem fornecer materiais hospitalares, medicamentos e demais materiais de consumo conforme padrões técnicos estabelecidos e documentados.

Serviços: devem prestar serviços de manutenção, consultoria, segurança, limpeza, obras, médicos, ensino, transporte e outros, conforme padrões técnicos estabelecidos e documentados.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Documentação

Cada fornecedor deve possuir um cadastro junto ao Portal Bionexo, que inclui uma série de documentações que tornam o fornecedor apto a realizar cotações. Esses documentos devem estar sempre dentro do prazo de validade, estando disponíveis para consulta na plataforma eletrônica.

Critérios para avaliação de fornecedores

O processo de avaliação de fornecedores é realizado de acordo com os aspectos administrativos e técnicos. Trata-se de um processo contínuo e sistemático diário, no qual são atribuídos valores a cada critério de avaliação, resultando num escore de pontuação.

Preço: considera-se propostas de menor preço, desde que atendam os demais requisitos de qualidade e prazo.

Qualidade: adequação do produto para atender as necessidades.

Atendimento e conhecimento técnico científico.

Análise criteriosa das especificações do pedido de compra.

Atendimento das especificações de entrega e prazo acordados.

Fornecimento de informações imediatas e documentação solicitada.

Flexibilidade em caso de mudanças nas quantidades e prazos.

Realização de todos os procedimentos de faturamento de forma correta.

Comprometimento em todas as etapas do processo.

Critérios para avaliação de empréstimos

Este processo compreende as atividades necessárias para solicitação e recebimento de medicamentos em falta, através de hospitais parceiros. O empréstimo de medicamentos é guiado pela falta de medicamentos, problema ocasionado por variações no consumo.

Para a formalização do processo verifica-se a quantidade necessária de medicamentos para suprimento emergencial, considerando-se o prazo de espera por novos medicamentos. Caso a Unidade não possua estoque suficiente para empréstimo, solicita-se a outros hospitais. A formalização ocorre através de documento em 2 (duas) vias, com discriminação dos estoques a serem emprestados, contendo quantidade, lote e validade (Formulário de solicitação de empréstimo). Quando o estoque proveniente de empréstimo chega ao solicitante, é realizada análise farmacêutica de integridade, validade e condições para uso do produto, sendo imediatamente lançado no sistema Tasy, para posterior devolução.

Compras emergenciais

Este processo consiste nas atividades de suprimento em caráter de urgência de medicamentos que sofreram alterações inesperadas no consumo ou medicamentos não padronizados. Essas

Assinado por 2 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

alterações, ocorrem quando o estoque chega mais rápido ao nível de segurança. São, portanto, compras mais caras pois são realizadas com rapidez através de farmácia conveniada a instituição. Ao serem adquiridos, os medicamentos passam por análise farmacêutica de integridade, validade e condições para uso do produto e passam por avaliação dinâmica no sistema Tasy após lançamento de Nota Fiscal.

Condições de operacionalização interna

Almoxarifado

O setor do almoxarifado tem como finalidade o recebimento, armazenamento e distribuição de materiais de consumo de uso na Unidade. Em seu recebimento, o responsável realiza o check list de recebimento almoxarifado. Caso o insumo não esteja respeitando os padrões mínimos de qualidade estabelecidos, o fornecedor deve ser comunicado imediatamente. Além disso, o almoxarifado fica responsável por analisar o comportamento do fornecedor, quanto ao cumprimento da ordem de compra, prazo de entrega e outras intercorrências durante o recebimento, que podem gerar custos adicionais, como falta de produtos e compras em caráter de urgência.

Conferência

A entrega será realizada de segunda a sexta-feira das 08:00h as 11:30h e 13:30h as 17:00h no almoxarifado. Toda mercadoria deverá ser entregue com nota fiscal específica para a conferência dos seguintes itens:

Quantidade de volumes

Integridade do produto/embalagem

Identificação

Divergência entre produto, nota fiscal e ordem de compra

Possível falta ou não envio de itens sem aviso prévio.

Se ocorrer qualquer das hipóteses abaixo, ocorrerá a recusa do recebimento do produto:

Embalagem aberta ou avariada;

Produtos médicos hospitalares avariados, quebrados ou danificados;

Produtos médicos hospitalares em desacordo com o pedido;

Em caso de devolução total, o responsável pelo almoxarifado realizará uma ressalva do Conhecimento de Frete e na Nota Fiscal. Em caso de devolução parcial, o responsável pelo almoxarifado realizará uma ressalva apenas no Conhecimento de Frete.

Em ambos os casos, será realizada a devolução do produto imediatamente com posterior comunicação ao fornecedor do ocorrido para providências.

Farmácia

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O setor da farmácia tem como finalidade atuar na distribuição de medicamentos, materiais e correlatos de forma segura e ágil aos setores assistenciais para a prestação de serviços aos clientes.

Auditoria de fornecedores

As visitas técnicas visam a garantia da qualidade do produto oferecido e devem ser realizadas por uma equipe técnica específica para o tipo de produto e fornecedor que se deseja qualificar, com o intuito de confirmar as condições de cumprimento.

Durante a visita, os produtos oferecidos e os cuidados com sua produção são verificados em profundidade. Observa-se também se a empresa tem capacidade para produzir toda a demanda necessária com garantia de qualidade. Para apurar os diversos aspectos de interesse, segue-se roteiro específico que contempla todas as informações necessárias.

Também fazem parte dos objetivos da visita:

AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES	SIM	NÃO
- Apresentação dos documentos de controle de qualidade e dos manuais operacionais		
- Área física sob aspectos de higiene e organização?		
- A equipe de colaboradores trabalha uniformizada e de acordo com normas de segurança?		
- Os estoques estão organizados, limpos e armazenados adequadamente?		
- Os sistemas de entrega possem qualidade no transporte?		
- O fornecedor apresenta capacidade de suprir os pedidos conforme a necessidade de abastecimento?		
- O fornecedor possui a cultura de atender corretamente, integralmente e com pontualidade os pedidos que lhes são destinados, nos prazos combinados?		
- O fornecedor apresenta capacidade de reagir rapidamente a pedidos emergenciais?		
- As rotinas são conhecidas e, principalmente, cumpridas?		

Ao encerrar o processo de visitação realizar um feedback aos fornecedores por meio de uma carta ofício, pontuando a sua qualificação e sugestões de melhorias.

Indicadores

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Os indicadores relacionados a fornecedores são:

Total de Devoluções para Fornecedores

Total de Fornecedores Qualificados

Taxa de itens entregues no prazo

Estes indicadores demonstram a assertividade das medidas de avaliação executadas a cada fornecedor, garantindo a qualidade e comprometimento com a cadeia de segurança medicamentosa.

ANEXO I – CHECKLIST RECEBIMENTO ALMOXARIFADO

Data:		CNPJ:	
Razão social/fantasia:			
Fone:			
Transportadora:			
AVALIAÇÃO DO TRANSPORTE		**SIM**	**NÃO**
1	Os entregadores utilizam uniformes adequados para o ambiente hospitalar?		
2	As caixas estão amassadas, molhadas, rasgadas?		
3	Existe algum tipo de violação na embalagem do(s) produto(s)?		
4	O material está sendo entregue em transporte adequado?		
5	A transportadora está respeitadando o horário de entrega do Setor?		
6	Termolábeis estão em térmicas com controle de temperatura entre 2 e 8ºC?		
7	Total de itens em não conformidade		
AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENTREGA		**SIM**	**NÃO**
1	O número da ordem de compras está especificado na nota fiscal?		
2	O valor da nota fiscal coincide com o valor estipulado na ordem de compras?		
3	O lote dos produtos coincide com o da nota fiscal?		
4	Os produtos apresentam data de validade superior a 80% do prazo estipulado ou, no mínimo, superior a um ano?		
5	Os produtos foram entregues dentro do prazo estipulado?		
6	Total de itens em não conformidade		
OBSERVAÇÕES			

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Nome do avaliador:

CHECKLIST PARA VISTORIA TÉCNICA SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

UNIDADE:			
DATA DA VISTORIA:			
RESPONSÁVEL DA UNIDADE:			
SUPERVISOR:			
I - INSTALAÇÕES FÍSICAS		**SIM**	**NÃO**
1 - Localização dentro do município da Unidade atendida			
2 - Ausência de focos de insalubridade no local e imediações (lixo, sujeira, insetos etc.)			
3 - Ausência de objetos em desuso			
4 - Separação das áreas de preparo das diferentes categorias de alimentos de forma a evitar a contaminação cruzada. Dispõe de Barreira Física e Barreira Técnica ou somente Barreira. Técnica.			
5 - Dimensionamento compatível com o número de refeições contratadas			
6 - PISO	6.1 - Possui revestimento liso, impermeável e lavável?		
	6.2 - Em bom estado de conservação e higiene?		
7 - PAREDE	7.1 - Possui revestimento liso, impermeável e lavável?		
	7.2 - Em bom estado de conservação e higiene?		
8 - TETO	8.1 - Possui revestimento liso, impermeável e lavável?		
	8.2 - Em bom estado de conservação e higiene?		
9 - PORTAS	9.1 - Em bom estado de conservação e ajustadas ao batente?		
	9.2 - Portas da área de preparo e armazenamento dotadas de fechamento automático (mola)?		
10 - JANELAS	10.1 - Em bom estado de conservação e higiene, ajustadas ao batente, com vidros íntegros?		
	10.2 - Janelas e outras aberturas externas, incluindo sistema de exaustão providas de telas milimétricas removíveis?		
11 - ILUMINAÇÃO	11.1 - Adequada, sem zonas com sombras ou contrastes excessivos?		
	11.2 - Luminárias localizadas sobre a área de preparação dos alimentos estão protegidas contraexplosão ou queda acidental? (no caso de lâmpada tipo bulbo led, pode marcar sim)		

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	11.3 - Instalações elétricas íntegras, embutidas, de forma a proteger a higienização?		
12 - VENTILAÇÃO	12.1 - Ventilação natural ou artificial adequada (Exaustor)(ver registros de limpeza)		
	12.2 - Equipamentos de ventilação em bom estado de conservação e higiene		
13 - ÁGUA	13.1 - Água potável originada de ( ) Rede pública ou ( ) Poço		
	13.2 - Caixa de água tampada e limpa		

Regulamento contendo os procedimentos que adotará para a contratação de Serviços e Compras

1.2 Manual de Contratação

O plano de cargos e salários é uma política interna da entidade que define quais as funções oferecidas, suas características e a remuneração para cada posto de trabalho.

Apresentamos em anexo a proposta de plano de cargos e carreiras compatível com o quadro de funcionários conforme o perfil da unidade.

Política de Recursos Humanos a ser implementada

A Gestão de Pessoas, compreendida pelos setores de Recursos Humanos (RH) e Departamento Pessoal (DP), tem como responsabilidade garantir o direcionamento, adequação e qualificação dos colaboradores, fundamentando-se em valores internos como ética, confiabilidade e sigilo das informações, além do nosso lema central "Respeito à vida".

A Política de Recursos Humanos praticada pela Instituição está alinhada aos seus valores organizacionais. É desenvolvida por meio de estratégias que visam garantir seu funcionamento eficaz e sua contribuição para o alcance dos objetivos institucionais, promovendo um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

A Política de Recursos Humanos da Unidade de Saúde é um documento que estabelece diretrizes para o macroprocesso da gestão de pessoas. Busca-se, por meio dessa política, definir conceitos e procedimentos que garantam o alinhamento global do processo e contribuam para o cumprimento das metas estabelecidas pela instituição.

Recursos Humanos	Garantir a qualidade dos processos de seleção, movimentação e sucessão de pessoas, alinhando-os às demandas e ao perfil de competências estabelecido pela Instituição.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	Fomentar o acompanhamento regular do desempenho dos colaboradores, oferecendo orientação para o desenvolvimento de suas carreiras, com ênfase em resultados e competências. Realizar a mensuração e análise dos indicadores referentes aos processos conduzidos pelo setor de Recursos Humanos. Promover um ambiente de trabalho inclusivo, diversificado e que valorize o bem-estar e o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores.
Depto Pessoal	Garantir o cumprimento da legislação trabalhista e previdenciária; Mitigar o passivo trabalhista; Controlar e tratar a coleta e processamento de informações.
Parceria com o NEP	Treinar e desenvolver as competências dos colaboradores, em parceria com o NEP, propiciando ao profissional a oportunidade de desenvolver suas potencialidades e ampliar seus conhecimentos, visando seu crescimento e a conscientização de seu papel como profissional de saúde;
Parceria com o SESMT	Garantir o cumprimento da legislação trabalhista e previdenciária; Garantir o cumprimento das normas regulamentadoras; Melhorar as práticas em saúde e segurança do trabalho reduzindo os riscos ambientais; Encontrar alternativas para neutralizar os riscos; Gerir os serviços de saúde do trabalhador (terceiros); Fazer gestão de atestados, absenteísmo, acidentes de trabalho, ASOs, doenças ocupacionais, etc.

Recursos Humanos

Para concretizar, a implantação de uma política reforça a ideia de que na moderna Gestão de Pessoas as diversas ferramentas de RH formam um conjunto integrado de processos dinâmicos e interativos, sistematizados e desenvolvidos no Modelo de Gestão por Competências, definindo as competências requeridas pelo tipo de serviço executado nas Unidades de saúde sob gestão do INDSH, que norteiam as ações de recrutamento e seleção de profissionais, avaliação do período de experiência, avaliação de desempenho, educação continuada e principalmente como

Assinado por 1 pessoa: DARLO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

ferramenta para o Gestor da equipe no sentido de desenvolver os colaboradores, através de ações cotidianas para o aprimoramento individual e grupal.

Gestão por competência

A Gestão por Competência é um conjunto de ferramentas práticas, consistentes, objetivas e mensuráveis que torna possível as Unidades instrumentalizar o processo de Gestão de Pessoas para realizar a Gestão e Desenvolvimento de Pessoas com foco, critério e clareza.

Competência é um conjunto de Conhecimentos, Habilidades e Atitudes específicas para cada cargo que, seguindo uma metodologia, torna possível mapear o perfil das competências necessárias para cada cargo e função. Assim, a partir de ferramentas personalizadas, conseguimos avaliar o perfil de competências dos candidatos ao cargo, identificando a compatibilidade entre necessidade do cargo e perfil do candidato que irá ocupá-lo.

C	**H**	**A**
CONHECIMENTO	**HABILIDADES**	**ATITUDE**
SABER	**SABER FAZER**	**QUERER FAZER**
Formação, escolaridade, idiomas, informática.	Experiência, prática, domínio do conhecimento.	Valores, emoções, sentimentos, comportamentos.

Modelo gerencial de gestão por competências

A Gestão por Competências, é "o conjunto de ferramentas práticas, consistentes e objetivas que torna possível instrumentalizar o RH e os Lideranças para fazer a Gestão de Desenvolvimento de Pessoas, com foco, critério e clareza. Isto é feito através de ferramentas mensuráveis, personalizadas e estabelecidas com base nas atribuições dos cargos".

Estas ferramentas propiciam a identificação do perfil de competências dos cargos com base na metodologia abaixo:

- Mapeamento do Perfil de Competências Organizacionais;
- Mapeamento e mensuração de Competências do Cargo;
- Recrutamento e Seleção por Competências;
- Avaliação do Período de Experiência com o Foco em Competências;
- Avaliação de Desempenho com foco em Competências;
- Educação Continuada com o foco em Competências;
- Incentivos e Sucessão de carreira com foco em competências.

Mapeamento das Competências Organizacionais

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

A primeira ferramenta da Gestão por Competências é o Mapeamento de perfil de competências organizacionais, as quais são extraídas da Cultura da Instituição tendo como indicadores o negócio, a missão, a visão e os princípios institucionais.

Estes indicadores serão estabelecidos na definição do Planejamento Estratégico do Instituto, que serão elaborados observando as peculiaridades de atendimento de cada Unidade, porém de forma complementar, com a participação nas respectivas etapas de toda a equipe da Unidade de Saúde (participação das lideranças, colaboradores e médicos) e a Secretaria Municipal de Saúde - Coordenadoria de Gestão.

A partir da definição destes indicadores será possível definir as competências institucionais que serão os princípios norteadores das competências desejadas dos profissionais, por exemplo:

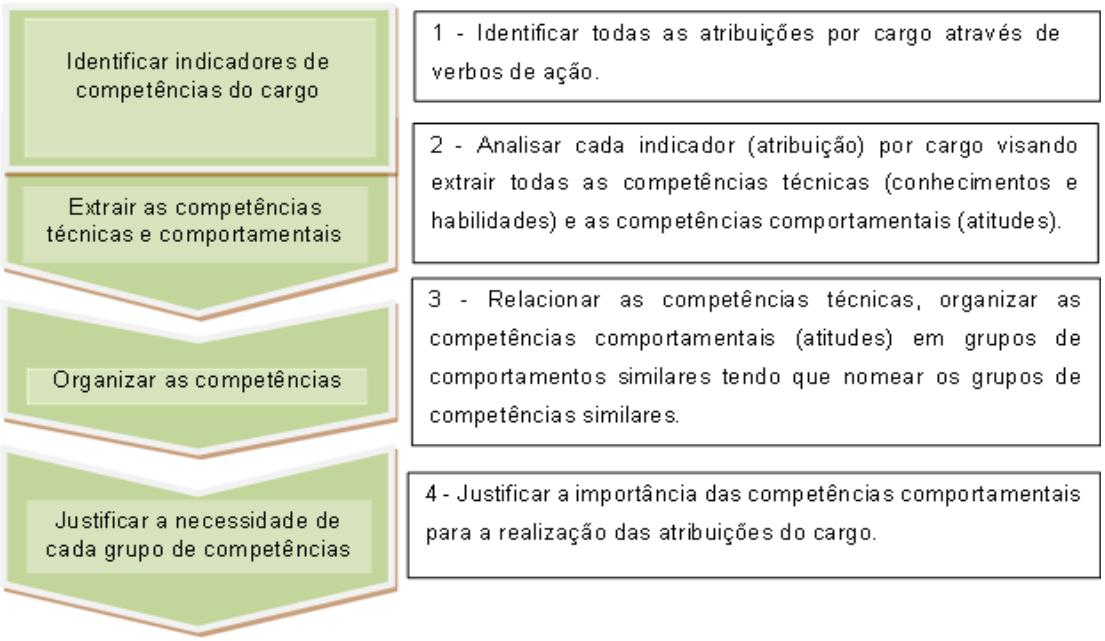
Princípios	**Conceitos**	**Competências Institucionais**	**Evidências Nível 01 – Líder de Si - Colaboradores**
Valores Organizacionais	**Capacidade de agir de acordo com os valores institucionais de forma responsável, íntegra, e cumpridora de aspectos legais com retidão, transparência e equidade na gestão de desafios e atividades, consolidando clima positivo de trabalho e o respeito a vida.**	Compromisso com Valores Organizacionais	Manifesta respeito a cultura da localidade na qual está inserido. Apresenta coerência entre o falar e o fazer. Cumpre as determinações legais, contratuais e normativas de seu escopo de atuação. Expressa orgulho em pertencer ao time da instituição. Mostra aderência aos valores institucionais por meio de sua conduta no dia a dia de trabalho. Demonstra integridade em suas interações profissionais, garantindo que suas ações estejam alinhadas aos valores fundamentais da instituição.

Mapeamento e Mensuração das Competências do Cargo

O mapeamento das competências do cargo é a estratificação criteriosa e organizada dos conhecimentos, habilidades e atitudes intrínsecas ao cargo tendo como indicador as atribuições dos cargos contidas na Descrição de Cargos da Instituição. Portanto, a Descrição de cargos é a ferramenta-chave que fornece a base de identificação das competências específicas para cada cargo.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Após o mapeamento dos cargos e identificação das respectivas competências - comportamentais e técnicas – estas farão parte do perfil desejado de cada cargo e serão de conhecimento de cada profissional.



Recrutamento

O recrutamento de candidatos é o conjunto de técnicas e procedimentos que visa atrair candidatos potencialmente qualificados e que atendam às exigências e pré-requisitos a vaga no mercado interno e externo, conforme Descrição de Cargos e Competências.

O recrutamento poderá ser realizado interno ou externo

Para o **recrutamento interno**, em que o objetivo é atrair o colaborador da Instituição que busca crescimento, desafios e oportunidades de aprendizagens ou a conquista de promoção, será realizado através da divulgação nos Murais Internos, redes sociais internas, meios de divulgação e acesso dos colaboradores ou análise das performances das avaliações de experiências e de desempenho anuais. Os interessados encaminharão novo currículo ao RH para análise. Para a participação do Processo Seletivo, este colaborador deverá apresentar os pré-requisitos básicos definidos para o cargo em questão.

Para o **recrutamento externo** a busca será no mercado de trabalho através das seguintes fontes de recrutamento na região:

- Banco de currículos internos;
- Divulgação local e site do SINE – Sistema Nacional de Emprego;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Divulgação em rádio, jornal, sites de emprego, associações e conselhos regionais de categorias e instituições de ensino;
- Networking – redes de contato.

Seleção por competência

A seleção com foco em competência visa absorver, no quadro profissional, pessoas potencialmente capazes para suprir as necessidades específicas a cada cargo.

Para tanto, o processo de recrutamento e seleção de novos colaboradores obedecerá a rotinas pré-estabelecidas que serão adequadas à realidade da Unidade.

O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante a solicitação do gestor imediato da vaga, com aprovação da respectiva gerência, que será operacionalizada por meio da requisição de pessoal.

O RH deverá preencher o formulário de requisição de pessoal conforme demanda das Unidades e "lotacionograma" atualizado, coletando as assinaturas do requisitante, da Gerência da área e Diretoria Executiva.

As requisições de pessoal podem ser abertas nos seguintes casos:

- Substituição;
- Aumento de quadro, desde que contemplado no orçamento e/ou aprovado previamente pela Diretoria Executiva, com autorização da Diretoria de Operações e Estatutária do INDSH.

O recrutamento será divulgado por intermédio das fontes de recrutamento mencionado acima, contendo o resumo das funções a serem preenchidas, os respectivos números de vagas, os prazos, as condições para a participação dos candidatos e o local para informações e inscrições.

O processo seletivo será estruturado a partir da definição do perfil das capacidades técnicas e comportamentais, organizacionais e individuais para cada cargo. Basicamente, envolve as seguintes atividades e etapas:

Primeira: Triagem dos currículos: Primeira avaliação, a qual está voltada para o currículo, sendo verificado a compatibilidade com os requisitos mínimos exigidos pelo cargo e os requisitos apresentados pelo candidato.

Segunda: Os candidatos que cumprirem os requisitos mínimos exigidos participarão das seguintes avaliações:

- Testes específicos, provas situacionais e/ou teste informatizado: Avaliação técnica destinada a verificar o conhecimento específico do candidato em determinada área.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Testes psicológicos e/ou dinâmicas de grupo: Avaliação focada em aspectos comportamentais e cognitivos do candidato, geralmente realizada em grupo.
- Testes comportamentais: Avaliação do perfil comportamental do candidato, buscando identificar sua adequação aos desafios e à cultura organizacional do instituto.

Os testes serão definidos e utilizados de acordo com a necessidade para a identificação das competências (Conhecimentos, habilidades e atitudes) específicas para cada cargo.

Terceira: Os candidatos aprovados na segunda etapa serão convocados para as entrevistas:

- Entrevista comportamental com foco em competências: Entrevista realizada pelo RH. O objetivo é avaliar o candidato e o que foi informado no currículo, identificando o grau de comprometimento com o cargo pretendido, seus anseios e objetivos, bem como avaliar as habilidades e atitudes através de suas experiências e vivencias. As perguntas são direcionadas de acordo com as competências definidas para cada cargo, sendo avaliados os pontos positivos e negativos na situação, ação e resultados descritos pelo candidato em cada resposta.
- Entrevista técnica com foco em competências: Entrevista realizada pelo requisitante. O Objetivo é avaliar as questões ligadas aos conhecimentos e experiências estritamente técnicas do candidato. Assim como a entrevista anterior, as perguntas são direcionadas de acordo com as competências definidas para cada cargo, sendo avaliados os pontos positivos e negativos na situação, ação e resultados descritos pelo candidato em cada resposta.

Quarta: os candidatos aprovados na última etapa (entrevistas) deverão entregar os documentos de contratação exigidos e passar satisfatoriamente pelo exame médico admissional.

Apenas serão considerados aptos para o exercício da função aqueles que completarem satisfatoriamente todas as etapas do processo seletivo e estiverem de acordo com as condições propostas, conforme formalizado por meio de Carta Proposta.

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A SELEÇÃO
O processo de recrutamento e seleção de novos funcionários obedecerá a rotinas estabelecidas, conforme Instrução de Trabalho específica que será implantada nas Unidades – Recrutamento e Seleção: Interno e Externo. O INDSH não permite a contratação de profissionais com parentesco dentro do quadro de colaboradores, mesmo sem subordinação direta, para garantir um ambiente de trabalho imparcial e ético. O colaborador deve estar ciente dessa diretriz desde o momento da contratação.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

As Unidades deverão observar o cumprimento da lei de cotas que estabelece que 5% (cinco por cento) do seu quadro de colaboradores deverá ser de PCDs (pessoas com deficiência), conforme legislação.

As Unidades deverão observar o cumprimento da Lei do Aprendiz.

O RH deverá auxiliar a direção no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada área, disponibilizando seus relatórios mensais atualizados, informando as admissões, demissões e afastamentos, com quantitativos reais.

A admissão de antigos colaboradores poderá voltar a integrá-lo após 06 (seis meses) do desligamento, desde que nada exista em desabono a sua conduta. A recandidatura requer a participação do profissional em todas as fases do processo seletivo em vigor e segue as determinações da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).A admissão de antigos colaboradores de outras Unidades do INDSH, deverão obedecer ao prazo de 6 (seis) meses entre o desligamento e a admissão em outra unidade, sendo o Departamento de Administração de Pessoal da **Sede Administrativa** consultado primeiramente para averiguar junto a dependência anterior, o histórico profissional do antigo colaborador.

As contratações deverão ocorrer somente em duas datas no mês, sendo nos 01 ou primeiro dia útil do mês e 15 de cada mês, não podendo ocorrer fora destas datas, o registro no sistema deverá coincidir com o início do colaborador;

A integração deverá ocorrer no primeiro dia de início do colaborador, não podendo acumular contratações para posterior integração.

As normas, procedimentos e o manual de descrição de cargos e competências ficarão sob responsabilidade do RH e será atualizado e divulgado, sempre que se fizer necessário.

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A SELEÇÃO INTERNA

Para participação no processo seletivo, o candidato interno deverá apresentar os requisitos estabelecidos para o cargo, sendo desejável fazer parte do quadro funcional há no mínimo seis meses em condição de contrato por tempo indeterminado.

Serão consideradas para análise prévia do processo seletivo interno, as informações das avaliações de experiência e/ou desempenho anuais realizadas até onze meses e do histórico funcional. Assim, o colaborador deverá obter desempenho satisfatório no atual cargo com pontuação geral mediana ou superior, apresentar pontualidade e assiduidade satisfatória e não apresentar medidas disciplinares.

Após a análise do histórico e performance do candidato interno, ele participará do processo seletivo, onde realizará as atividades programadas para o cargo.

O colaborador classificado em processo seletivo interno será avaliado em seu desempenho após o primeiro trimestre da alteração funcional, visando o acompanhamento do desempenho

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLDEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

obtido na nova função durante o período de adaptação e os GAPs (lacunas entre o resultado esperado e o resultado alcançado) para o desenvolvimento, fornecendo o feedback.
As alterações por motivos de função ou salário (promoção vertical ou horizontal) em processo seletivo interno deverão ser informadas ao Departamento de Administração de Pessoal da Sede, através do formulário de Alteração funcional para validação da Diretoria de Operações e/ou Estatuária, conforme Circular Normativa nº 01 da **Sede Administrativa**.

Avaliação de experiência - 45 e 90 dias:

O processo de avaliação de período de experiência é realizado por meio do modelo de avaliação "180 Graus", onde tanto o Avaliador quanto o Avaliado analisam o período transcorrido à luz de competências pré-definidas. As reuniões "Diálogo de Performance" ocorrem nos períodos de 45 e 90 dias, utilizando os formulários específicos de avaliação.

A área de Recursos Humanos envia lembretes aos Avaliados e Avaliadores para preenchimento das avaliações eletrônicas. Durante as reuniões, o Gestor esclarece os objetivos, discute a performance do profissional e elabora o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) para tratamento das oportunidades de melhorias identificadas.

Ao final da reunião "Diálogo de Performance", o Avaliador compõe o PDI em conjunto com o Avaliado. O NEP consulta e planeja as capacitações requeridas no PDI, acompanhando sua execução e observando o andamento das ações corporativas. O Avaliador registra o avanço do liderado, fornecendo feedbacks consistentes durante o período de experiência do novo colaborador.

Processo de Ambientação novos colaboradores

A Ambientação de Pessoal tem como objetivo proporcionar uma introdução sólida e acolhedora para os novos colaboradores. Esta etapa é fundamental para fortalecer o comprometimento do profissional recém-contratado com o Instituto e para acelerar o alcance dos resultados esperados. É um passo essencial na jornada de integração e engajamento.

O Programa de Ambientação de Pessoal é essencial para garantir uma integração eficaz dos novos colaboradores no INDSH. Composto pelas etapas de Admissão, Ambientação e Acompanhamento de Período de Experiência, visa proporcionar uma jornada inicial bem-sucedida.

Durante 90 dias, divididos em fases previamente programadas, os novos colaboradores passam por um processo estruturado de integração. A duração da fase inicial pode variar conforme a complexidade do cargo, seguida por agendas intercaladas com as atividades do novo cargo.

É obrigatória a presença dos colaboradores em todas as atividades do Programa de Ambientação. Nenhum colaborador será dispensado do programa, destacando a importância de um planejamento antecipado para as reposições de vagas decorrentes de demissões.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O Programa de Ambientação ocorrerá quinzenalmente, com exceções sujeitas a negociação com a área de Recursos Humanos.

Quanto ao fornecimento de equipamentos e materiais necessários, cabe ao gestor do novo colaborador coordenar com as áreas responsáveis, como TI, Segurança do Trabalho e Compras, para garantir a aquisição e entrega adequada de equipamentos de informática, acessos a sistemas, mobiliário, material de escritório, uniformes, EPIs, entre outros itens essenciais para a função, durante a primeira fase do Programa de Ambientação.

Normas para Seleção de Pessoal

A proposta visa estabelecer critérios e normas claras para a seleção de pessoal em um ambulatório, assegurando que os profissionais selecionados tenham as competências técnicas e comportamentais necessárias para garantir a qualidade do atendimento e o bom funcionamento da unidade.

Normas Propostas:

1. **Perfil Profissional**: Definir o perfil de competências exigido para cada função, considerando habilidades técnicas, experiência profissional, qualificação acadêmica e comportamentos alinhados com os valores da instituição.

2. **Processo Seletivo Transparente**: Estruturar um processo seletivo composto por etapas padronizadas, como análise de currículo, entrevista técnica e comportamental, e, quando necessário, testes de conhecimentos específicos ou habilidades práticas.

3. **Avaliação de Competências**: Incluir uma avaliação detalhada das competências necessárias para cada cargo, garantindo que os profissionais selecionados atendam aos requisitos específicos de cada função no ambiente ambulatorial.

4. **Verificação de Referências e Documentação**: Realizar a verificação das referências profissionais e acadêmicas dos candidatos, além de garantir que todos os documentos exigidos para a função sejam apresentados e estejam em conformidade com as normativas vigentes.

5. **Capacitação Contínua**: Implementar programas de integração e capacitação para os profissionais selecionados, promovendo uma adaptação adequada ao ambiente de trabalho e às rotinas do ambulatório.

O objetivo dessas normas é garantir a seleção de profissionais qualificados, comprometidos com a excelência no atendimento e com a segurança dos pacientes, promovendo um ambiente de trabalho harmonioso e eficiente no ambulatório.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Normas do Contrato de Trabalho

A proposta tem como objetivo definir um modelo de **contrato de trabalho** que assegure a conformidade com as legislações trabalhistas, bem como estabeleça uma relação transparente e equilibrada entre empregador e empregado. O contrato de trabalho deve abranger as principais condições e responsabilidades de ambas as partes, promovendo um ambiente de trabalho justo e organizado.

Elementos do Contrato de Trabalho:

1. **Identificação das Partes**: O contrato deve conter a identificação completa do empregador e do empregado, incluindo dados pessoais, CNPJ/CPF, e informações de contato.

2. **Função e Descrição das Atividades**: Especificar o cargo do empregado, com uma descrição clara das suas atividades, responsabilidades e o setor de atuação dentro da organização.

3. **Duração do Contrato**: Definir o tipo de contrato (prazo determinado ou indeterminado), bem como o período de experiência, se aplicável.

4. **Remuneração e Benefícios**: Detalhar o valor da remuneração mensal, forma de pagamento, eventuais adicionais e benefícios concedidos pela empresa, como vale-transporte, vale-alimentação, assistência médica e outros.

5. **Jornada de Trabalho**: Estabelecer a carga horária semanal, com indicação de turnos, horários de entrada e saída, intervalos para descanso e alimentação, além de regras para o cumprimento de horas extras.

6. **Condições de Rescisão**: Especificar as condições e prazos para rescisão do contrato, incluindo aviso prévio, causas para rescisão por justa causa ou sem justa causa, e os direitos decorrentes de cada situação.

7. **Obrigações do Empregado e Empregador**: Definir as obrigações de ambas as partes, como o cumprimento das normas internas, deveres de segurança, sigilo e ética, e o compromisso do empregador com o cumprimento das legislações trabalhistas e previdenciárias.

8. **Cláusulas Especiais**: Incluir, se necessário, cláusulas específicas relacionadas ao ambiente de trabalho, como confidencialidade, uso de recursos tecnológicos da empresa, e treinamento ou desenvolvimento profissional.

Finalidade:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O **contrato de trabalho** visa formalizar a relação profissional, proporcionando clareza quanto às obrigações e direitos de empregador e empregado. Ao estabelecer um contrato com bases legais e transparentes, busca-se garantir a segurança jurídica e a estabilidade da relação de trabalho, além de promover o cumprimento das obrigações trabalhistas, assegurando a satisfação e motivação dos colaboradores.

Essa proposta tem como objetivo criar um ambiente profissional organizado e produtivo, com respeito às normas trabalhistas e aos valores institucionais, garantindo a proteção de ambas as partes.

Avaliação de Desempenho

A avaliação de desempenho de colaboradores em uma Unidade é crucial para garantir a qualidade dos cuidados aos pacientes e a eficiência operacional. Abaixo está uma proposta de metodologia para realizar essa avaliação de forma abrangente e eficaz:

1. Definição de Objetivos

1.1. Objetivos Gerais

Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente.

Aumentar a eficiência e produtividade dos colaboradores.

Identificar áreas para desenvolvimento e treinamento.

Reconhecer e recompensar o desempenho excepcional.

1.2. Objetivos Específicos

Avaliar competências técnicas e comportamentais.

Identificar lacunas de habilidades.

Promover o alinhamento com a missão e valores da unidade.

2. Critérios de Avaliação

2.1. Competências Técnicas

Conhecimento clínico e técnico.

Habilidade em procedimentos e uso de equipamentos.

Cumprimento de protocolos e diretrizes médicas.

2.2. Competências Comportamentais

Comunicação com pacientes e equipe.

Trabalho em equipe e colaboração.

Gestão do tempo e organização.

2.3. Qualidade do Atendimento

Satisfação dos pacientes (através de pesquisas e feedback).

Taxa de erros ou incidentes relacionados ao atendimento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

2.4. Cumprimento de Metas e Indicadores

Desempenho em relação a metas estabelecidas (ex.: tempos de resposta, taxas de infecção).
Resultados de auditorias e revisões internas.

3. Métodos de Avaliação

3.1. Autoavaliação

Processo: Os colaboradores avaliam seu próprio desempenho com base em critérios estabelecidos.

Objetivo: Promover autorreflexão e identificar áreas de desenvolvimento pessoal.

3.2. Avaliação pelo Supervisor

Processo: Supervisores avaliam o desempenho dos colaboradores usando uma combinação de observações diretas, análises de resultados e feedback de pacientes e colegas.

Objetivo: Fornecer uma visão detalhada e objetiva sobre o desempenho.

3.3. Avaliação por Pares

Processo: Colegas de trabalho avaliam uns aos outros, oferecendo feedback sobre habilidades de colaboração e interação.

Objetivo: Obter uma perspectiva adicional sobre o trabalho em equipe e comportamentos.

3.4. Feedback dos Pacientes

Processo: Coleta de feedback dos pacientes sobre a qualidade do atendimento recebido.

Objetivo: Avaliar o impacto do desempenho do colaborador na experiência do paciente.

3.5. Revisões de Desempenho

Processo: Revisões periódicas (mensais, trimestrais, anuais) para acompanhar o progresso e ajustar as metas.

Objetivo: Monitorar o desenvolvimento contínuo e ajustar estratégias de treinamento.

4. Ferramentas e Instrumentos

4.1. Formulários de Avaliação

Descrição: Documentos padronizados para coleta de informações durante as avaliações.

Exemplo: Formulários de autoavaliação, avaliações de supervisores, avaliações de pares.

4.2. Sistemas de Gestão de Desempenho

Descrição: Software especializado para armazenar, analisar e gerenciar dados de desempenho.

Exemplo: Sistemas de RH integrados que permitem feedback contínuo e relatórios detalhados.

4.3. Pesquisas de Satisfação

Descrição: Questionários e pesquisas para obter feedback dos pacientes.

Exemplo: Pesquisas de satisfação do paciente com perguntas específicas sobre o atendimento recebido.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

5. Implementação

5.1. Treinamento dos Avaliadores

Descrição: Treinamento para supervisores, colegas e outros avaliadores sobre como conduzir avaliações objetivas e construtivas.

Objetivo: Garantir consistência e justiça na avaliação.

5.2. Comunicação

Descrição: Informar todos os colaboradores sobre o processo de avaliação, critérios e objetivos.

Objetivo: Garantir transparência e engajamento.

5.3. Feedback e Desenvolvimento

Descrição: Compartilhar resultados das avaliações com os colaboradores e desenvolver planos de ação para áreas de melhoria.

Objetivo: Facilitar o desenvolvimento contínuo e ajustar práticas conforme necessário.

6. Monitoramento e Revisão

6.1. Análise de Dados

Descrição: Revisar e analisar dados coletados para identificar tendências e áreas de melhoria.

Objetivo: Ajustar a metodologia e critérios de avaliação conforme necessário.

6.2. Ajustes na Metodologia

Descrição: Atualizar processos e critérios de avaliação com base no feedback e nos resultados obtidos.

Objetivo: Manter a metodologia relevante e eficaz.

6.3. Revisões Regulares

Descrição: Realizar revisões periódicas da metodologia de avaliação para garantir que ela continue a atender às necessidades da unidade.

Objetivo: Adaptar-se às mudanças no ambiente hospitalar e nas necessidades dos colaboradores.

Essa metodologia visa criar um sistema de avaliação que seja justo, transparente e centrado no desenvolvimento contínuo dos colaboradores, ao mesmo tempo em que melhora a qualidade geral do atendimento.

Avaliação de desempenho anual por competência

Estabelecer um sistema formal e transparente para avaliar os níveis de performance por competências traz benefícios significativos aos colaboradores. Ao definir metas claras e comportamentos observáveis esperados, os colaboradores têm a oportunidade de compreender exatamente o que é esperado deles e como podem crescer dentro da organização. Isso não apenas promove um maior engajamento e motivação, mas também oferece um caminho claro para o desenvolvimento pessoal e profissional. Além disso, ao serem reconhecidos e valorizados

Assinado por 2 pessoas: BANELO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

com base em critérios objetivos, os colaboradores se sentem mais valorizados e confiantes em seu papel dentro da empresa. Assim, a avaliação de performance por competências não é apenas uma ferramenta de gestão, mas também um instrumento poderoso para o crescimento e a realização dos colaboradores.

O sistema de Gestão de Performance por Competências visa a atingir diversos objetivos estratégicos:

- Estabelecer diretrizes claras para a mensuração da performance dos colaboradores, permitindo o crescimento e a evolução tanto individual quanto organizacional dentro do INDSH;
- Promover a satisfação dos colaboradores por meio de ações de reconhecimento e valorização embasadas em dados reais;
- Reforçar o processo de atração e retenção de talentos, tornando o INDSH um local atrativo para se trabalhar;
- Fornecer à área de Treinamento e Desenvolvimento informações consistentes para a elaboração de um plano de treinamento eficaz e alinhado às necessidades reais da instituição;
- Subsidiar análises sobre as potencialidades do time, mapear sucessões e estabelecer programas de capacitação e desenvolvimento com consistência, garantindo o crescimento contínuo e sustentável do quadro de colaboradores.

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO
O modelo de avaliação de performance estabelecido pelo INDSH congrega a análise das dimensões de Metas e Competências Técnicas e Competências Comportamentais Organizacionais e Individuais. O formato de avaliação adotado corresponde a modelagem 180º graus, ou seja, liderado se autoavalia e o líder direto o avalia, ambos utilizando-se dos mesmos critérios. Este formato permite que ambos os envolvidos possam expressar seus pontos de vistas, contudo tais explanações precisam ser precedidas de evidências. O período de vigência do ciclo de performance estabelecido é anual e o processo se inicia logo após o encerramento do período de avaliação de experiência para novos contratados ou no início do ano para colaboradores regulares. Cabe a área de Recursos Humanos gerenciar todos os prazos relacionados ao processo e avaliação de performance. Cabe a área de Recursos Humanos divulgar e capacitar todos os envolvidos, Avaliadores e Avaliados quanto ao entendimento das competências organizacionais e respectivos comportamentos observáveis o processo e estabelecimento de metas,

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

identificação e competências técnicas e comportamentais organizacionais e individuais.

As metas quantitativas são estabelecidas com base no planejamento estratégico apresentado pela Governança Corporativa.

Após a definição das metas e comportamentos necessários, o gestor elabora o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) da seguinte maneira: resgatando informações de capacitação registradas durante a Reunião de Contratação de Performance Anual; incluindo outras ações de apoio às metas e comportamentos esperados; e acompanhando trimestralmente as ações do PDI, fornecendo feedbacks baseados em evidências. O PDI é um instrumento importante para o desenvolvimento dos profissionais, detalhando lacunas de competências e ações práticas para sua melhoria, além de alimentar o Diagnóstico de Necessidades de Treinamento do INDSH, realizado pelo NEP.

Carreira por competência

Os incentivos, carreiras e sucessão ocorrerão baseados na análise da Avaliação de Desempenho do ano corrente, o progresso e o histórico funcional. Para os casos de carreira e sucessão, será inclusa também a análise de compatibilidade dos pré-requisitos do colaborador e da vaga. Para todos os casos, o mínimo de tempo exigido pela Instituição é que o colaborador tenha pelo menos seis meses de permanência no cargo atual na condição de contrato por tempo indeterminado.

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA DESENVOLVIMENTO DE CARREIRA
Para impulsionar o desenvolvimento de carreira do colaborador, é necessário atender aos requisitos estabelecidos para o cargo desejado e fazer parte da equipe da Unidade por pelo menos seis meses. A mudança de função e ajustes salariais decorrentes de seleção interna serão facilitados, com o preenchimento do formulário de alteração funcional padrão e validação pela Diretoria de Operações. Além disso, será considerado o histórico funcional do colaborador, incluindo sua pontualidade, assiduidade e eventuais medidas disciplinares. A avaliação de experiência, realizada até seis meses após a admissão, e a avaliação anual de desempenho, válida por até 11 meses, também serão consideradas para análise. O incentivo de carreira ocorrerá quando houver um avanço profissional no nível hierárquico, com atribuições e responsabilidades diferenciadas e um salário superior. Para mudanças de função simples, será necessário apenas um histórico funcional positivo e três meses de permanência na Unidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Embora o tempo de empresa seja um requisito básico para análise prévia, ele pode ser flexível em casos excepcionais, devidamente justificados e aprovados pela diretoria, registrados em avaliações de experiência ou desempenho anual.

Cronograma de Implantação:

IMPLANTAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS												
AÇÕES	MÊS EXECUÇÃO											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Contratações de Profissionais de RH (Conforme perfil da Unidade)												
Treinamento Dos Profissionais de Acordo Com a Política de RH do INDSH												
Capacitação dos Profissionais sobre os Procedimento de Recrutamento e Seleção												
Capacitação dos Profissionais sobre os Procedimento de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal, juntamente com o NEP												
Capacitação dos Profissionais sobre os Procedimento de Remuneração e Carreira												
Treinamento dos Gestores sobre a Política e Procedimentos de Gestão de Pessoas e Código de Ética e Conduta												
Treinamento dos Colaboradores sobre a Política e Procedimentos de Gestão de Pessoas e Código de Ética e Conduta												

Desenvolvimento com foco em Competência

Na sequência da avaliação de desempenho com foco na competência, o PDI é uma importante ferramenta que apresenta as condições atuais de cada colaborador e ao mesmo tempo, mostra o que pode (ou deve) ser realizado no seu desenvolvimento.

O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) será realizado com a finalidade de suprir eventuais *gaps,* entre o que se entende ser necessário para cada colaborador e o que efetivamente se apresenta dentro do conceito de competências essenciais e especificas para o exercício da função.

A partir da correta identificação das competências essenciais e específicas o *NEP* avaliará a melhor forma de encaminhar os planos de desenvolvimento e criar estratégias que não, necessariamente, podem ser treinamentos.

Podemos e devemos recorrer a todos os tipos de trabalhos para desenvolvimento, tais como:

- ✓ Grupos de estudos,
- ✓ Workshop,
- ✓ Seminários,
- ✓ Teatros,
- ✓ Sessões de filmes,
- ✓ Dinâmicas de grupo,
- ✓ Dentre outros

Após definição de cronograma, as convocações serão realizadas pelo NEP através de e-mail as linhas de comando e convites individuais entregues pessoalmente a cada colaborador convocado.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Como medida preventiva os PDIs serão abertos a todos os colaboradores interessados em aprimora-se independente do apontamento na avaliação de desempenho anual. Nesta, poderão participar ainda funcionários que tiveram apontamentos em avaliações de experiência. Estas informações serão pontuadas pelo RH ou chefia imediata.

Princípios Fundamentais da Gestão de Pessoas:

A Unidade compromete-se com o desenvolvimento humano, estabelecendo sua política de Gestão de Pessoas com base em premissas essenciais:

- Cumprimento integral das leis e normas regulatórias relacionadas ao ambiente de trabalho e às relações laborais, respeitando os direitos fundamentais e as convenções internacionais;
- Defesa dos Direitos Humanos, dos Direitos da Criança e dos Princípios Fundamentais do Trabalho, alinhando-se a padrões e tratados nacionais e internacionais;
- Respeito à diversidade e à dignidade de cada indivíduo, sem tolerância para qualquer forma de discriminação, tanto dentro como fora do ambiente de trabalho;
- Promoção de um ambiente de trabalho seguro, saudável e de convivência harmoniosa entre todos os colaboradores, visando alcançar níveis ótimos de desempenho e produtividade;
- Garantia da segurança e saúde ocupacional, contribuindo para a qualidade de vida dos colaboradores;
- Estímulo contínuo ao desenvolvimento técnico e comportamental dos colaboradores, oferecendo recursos para a administração de seus planos de crescimento pessoal e profissional;
- Priorização do crescimento profissional através do investimento no desenvolvimento de competências e na valorização do conhecimento e da formação ao longo da carreira.

Recrutamento e Seleção de Profissionais

Estratégia de seleção de profissionais, considerando requisitos gerais e atribuições de cada função, visando garantir ao usuário atendimento e qualidade, realizado por profissionais qualificados e com perfil adequado.

Modelo Gerencial de Gestão de Competências

Competências são conhecimentos, habilidades e atitudes específicas para cada cargo, o que os torna diferenciais de qualidade e excelência nos resultados.

A Gestão por Competências, é "o conjunto de ferramentas práticas, consistentes e objetivas que torna possível instrumentalizar o RH e os gestores para fazer a Gestão de Desenvolvimento de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Pessoas, com foco, critério e clareza. Isto é feito através de ferramentas mensuráveis, personalizadas e estabelecidas com base nas atribuições dos cargos".

Estas ferramentas propiciam o conhecimento do perfil de competências de cada cargo da empresa e meios para identificar a compatibilidade entre o perfil do cargo e dos candidatos a preencher as vagas, visando uma seleção eficaz de talentos específicos para cada cargo e o desenvolvimento das mesmas.

Para tanto, a Gestão por Competências apresenta alguns subsistemas que permitem a melhor compreensão de seu modelo gerencial.

Competências Organizacionais

A definição das competências organizacionais assume um papel importante na estruturação de implantação e implementação da gestão por competências, uma vez que o objetivo da mesma é potencializar as competências organizacionais no perfil comportamental dos colaboradores, propiciando o desenvolvimento e o crescimento profissional e pessoal do mesmo.

Mapeamento e mensuração de competências do cargo

O mapeamento das competências do cargo é a estratificação criteriosa e organizada dos conhecimentos, habilidades e atitudes intrínsecas ao cargo tendo como indicador as atribuições dos cargos contidas na Descrição de Cargos da empresa. Portanto, a Descrição de cargos atualizada é a ferramenta-chave que fornece a base de identificação das competências específicas para cada cargo.

Vale ressaltar que a mensuração das competências também apresenta a descrição de Cargos como indicadores de competências. Deste modo, a base da mensuração é a quantidade de indicadores de competência apresentado na descrição de cada cargo.

Como subdividimos as competências em grupos, cada grupo foi compreendido como uma unidade. Sendo assim, cada competência do grupo identificada nas atribuições do cargo, foram consideradas como uma indicação. Portanto, quanto mais indicações da competência, maior o grau de evidência do grupo de competências no cargo. Desta forma, o grau de cada grupo de competência é definido pelo número de indicações da competência correlacionada e apresentada na descrição de cada cargo, sendo:

Metodologia e conceitos aplicados para a mensuração de todos os cargos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Grau	Nº de Indicações	Significado	Conceito	Correspondente
1	0	Inexistente	Não há evidência do grupo de competências no cargo	
2	1 a 4 indicações	Baixa	Baixa evidência do grupo de competências no cargo	
3	5 a 7 indicações	Alta	Alta evidência do grupo de competências no cargo	
4	8 a 10 indicações	Máxima	Muito elevada a evidência do grupo de competências no cargo	

Para as competências técnicas esta metodologia não foi aplicada, uma vez que não são passíveis de mensuração. Assim sendo, as mesmas serão consideradas por unidade.

Com os cargos mapeados e mensurados, foram identificadas as competências dos cargos, as quais foram subdivididas em três grupos de competências, sendo:

Grupos de competências	Competências dos cargos	Definições
Foco no cliente	Empatia	Capaz de se colocar no lugar do outro percebendo as suas necessidades e interagindo de forma positiva.
Justificativa: capacidade de interagir com os usuários e colaboradores visando o atendimento as necessidades e expectativas dos mesmos para a manutenção de uma relação positiva, produtiva e humanizada.	Equilíbrio emocional	Capaz de equilibrar as emoções diante de situações adversas, reagindo de forma positiva e produtiva diante de pressões, frustrações e fortes impactos emocionais.
	Saber ouvir	Capaz de ouvir o outro com atenção, interesse, respeito e empatia.
Gestão de pessoas	Administração de conflitos	Capaz de encontrar soluções criativas para dirimir conflitos e

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

		problemas mantendo uma postura assertiva.
Justificativa: capacidade de conduzir os processos e a equipe, utilizando estratégias e novas possibilidades a fim de tomar as providências necessárias para atingir os resultados esperados.	Liderança	Capaz de conduzir e integrar a equipe, canalizando as energias de forma a atingir os objetivos da empresa através de uma relação de parceria com os integrantes da equipe, estimulando-lhes o crescimento pela auto realização e auto desenvolvimento.
	Tomada de decisão	Capaz de analisar situações e todas as variáveis envolvidas e tomar decisões assertivas e focadas em resultados.

Grupos de competências	**Competências dos cargos**	**Definições**
Foco no resultado	Administração de tempo	Capaz de empregar o tempo necessário para cada atividade procurando otimizar as ações sem desperdício.
Justificativa: capacidade de identificar, analisar, organizar e realizar ações inovadoras visando à promoção da excelência nos resultados e a busca a melhoria contínua.	Agilidade e atenção	Capaz de empregar o tempo necessário a cada atividade, otimizando e mantendo a atenção e a concentração sobre elas para avaliar a situação antes de dar uma resposta, visando obter melhores resultados e evitar desperdício.
	Criatividade	Capaz de criar e encontrar novas ideias visualizando oportunidades, soluções e resultados.
	Empreendedorismo	Capaz de visualizar, inovar e colocar em prática estratégias e soluções

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

		visando a melhoria dos processos e ações realizadas.
	Flexibilidade	Capaz de adaptar-se a mudanças e necessidades emergentes, revendo posturas, estratégias e possibilidades para atingir os resultados.
	Negociação e persuasão	Capaz de expor e ouvir ideias, argumentar, persuadir e chegar a conclusões produtivas.
	Planejamento, organização e controle	Capaz de visualizar, analisar, priorizar e ter controle sobre as atividades e ações realizando-as dentro de uma sequência produtiva.
	Planejamento e organização	Capaz de visualizar, organizar e analisar as atividades e ações realizando-as dentro de uma sequência produtiva.
	Organização	Capaz de visualizar e organizar as atividades realizando-as dentro de uma sequência produtiva.
	Rendimento sob pressão	Capaz de desenvolver respostas rápidas e encontrar soluções para situações novas e inesperadas, diante de pressões exercidas pelo público interno e externo.
	Visão estratégica	Capaz de criar ou aperfeiçoar estratégias para potencializar resultados.
	Visão sistêmica	Capaz de visualizar o todo e fazer análises parciais ou totais para traçar estratégias e tomar decisões.

Grupos de competências	**Competências dos cargos**	**Definições**
Técnica	Destreza digital	Conhece os sistemas operacionais e a linguagem de programas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Justificativa: conhecimento e habilidades técnicas necessárias para o bom desenvolvimento do cargo.	Destreza digital	Conhece e aplica a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos da ti.
	Destreza digital	Conhece as ferramentas do microsoft office e outros programas e utiliza todos os recursos necessários e disponíveis nas ferramentas
	Técnicas de redação empresarial	Redige textos (a nível gerencial) claros, coerentes, objetivos e sem erros de gramática.
	Técnicas de redação e ortografia	Redige textos claros, coerentes, objetivos e sem erros de gramática.
	Desenvoltura com a escrita e leitura	Compreende os textos e os redige de forma clara, coerente e objetivo e sem erros de gramática.
	Planejamento estratégico	Conhece e aplica o conteúdo necessário para realizar suas atividades.
	Elaboração em relatórios gerenciais	Elabora relatórios (a nível gerencial) que atendam a necessidade e propiciem a divulgação clara de informações pertinentes para as diversas áreas com as quais está envolvida.
	Conhecimentos intrínsecos ao cargo	Conhece e aplica, no cotidiano, os conhecimentos teórico-práticos inerentes e necessários ao cargo exercido.
	Rotinas do setor	Tem conhecimento e habilidade para estruturar rotinas internas e estratégias pertinentes a área de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

		atuação, bem como seguir e manter as já existentes.
	Rotinas do setor	Conhece o padrão de atendimento da empresa.
	Rotinas do setor	Conhece e aplica a política, normas internas, procedimentos e instruções de trabalho.
	Cultura organizacional	Consegue perceber e se adaptar à cultura organizacional.

Recrutamento e Seleção por Competências

Recrutamento

O recrutamento é o ato de atrair, convocar e buscar no mercado interno e externos candidatos que atendam às exigências e pré-requisitos da vaga a ser preenchida.

Para o primeiro caso, o recrutamento corresponde à verificação entre os funcionários que fazem parte do quadro funcional e que apresentam os pré-requisitos definidos na Descrição de cargos e Competências.

Para o segundo caso, corresponderá à busca no mercado externo de candidatos que atendam estes pré-requisitos.

Fontes de recrutamento na região:

Banco de currículos internos;

SINE – Sistema Nacional de Emprego;

Divulgação em rádio, televisão, jornal, sites de emprego, associações e conselhos regionais de categorias e instituições de ensino; e

Networking – redes de contato.

Seleção

A seleção com foco em competência visa absorver, no quadro profissional, pessoas potencialmente capazes para suprir as necessidades específicas a cada cargo. Para tanto, a seleção é composta de:

Triagem ou análise de currículos – Compatibilidade entre requisitos do cargo e do candidato;

Entrevista comportamental com foco em competências;

Entrevista técnica com foco em competências;

Testes específicos e/ou teste informatizado;

Testes psicológicos e/ou dinâmicas de grupo; e

Avaliação de Desempenho (Em casos de seleção interna)

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

As ferramentas serão definidas e utilizadas de acordo com a necessidade para a identificação das competências (Conhecimentos, habilidades e atitudes) específicas para cada cargo.
Estas técnicas têm por objetivo reunir o maior número de informações do candidato, visando confirmar se o mesmo apresenta os requisitos necessários para ocupar a vaga, com o objetivo de obter qualidade nos processos e nas escolhas.

Princípios Básicos do Recrutamento & Seleção

O processo de recrutamento e seleção de novos funcionários obedecerá a rotinas estabelecidas;
O RH deverá auxiliar a direção no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada diretoria setorial, disponibilizando seus relatórios mensais atualizados, informando as admissões, demissões e afastamentos, com quantitativos reais;
Para participação do processo seletivo interno o colaborador deverá apresentar os requisitos estabelecidos para o cargo e desejável fazer parte do quadro funcional da empresa no mínimo de três meses;
Será considerado também para análise prévia do processo seletivo as informações do histórico funcional (pontualidade, assiduidade, medidas disciplinares, dentre outros);
A avaliação de experiência será utilizada como ferramenta de análise para o processo seletivo interno até seis meses da data de admissão. Após os seis meses a avaliação de desempenho anual será antecipada na data de envio e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual;
A avaliação de Desempenho anual será válida até 11 meses após sua realização para fins de análise ao processo seletivo interno;
Após a avaliação prévia do histórico funcional e avaliação de experiência e/ou de desempenho anual, o candidato participará do processo seletivo, onde realizará algumas das atividades programadas para o processo seletivo interno;
Em caso de aprovação em processo seletivo interno, o colaborador terá como nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual a data efetiva da mudança de função;
O processo seletivo interno ocorrerá somente quanto à mudança de função for para diferentes cargos, atividades e áreas. Em caso de mudança de função simples ou incentivos de carreiras o cargos, atividades e áreas. Em caso de mudança de função simples ou incentivos de carreiras o procedimento será diferenciado. Este será detalhado a seguir;
As normas, procedimentos e o manual de descrição de cargos e competências ficarão sob responsabilidade do RH e será atualizado e divulgado sempre que se fizer necessário.

Avaliação de Experiência dos 45 e 90 dias

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Para acompanhamento no desenvolvimento do colaborador, visando avaliá-lo e potencializá-lo, será realizada, aos 45 e 90 dias após admissão, a Avaliação de experiência com foco em competências. A avaliação será direta, realizada pela chefia imediata e acompanhada de feedback ao colaborador.

O formulário será encaminhado à Linha de Comando pelo menos 15 dias antes do término dos dois períodos de experiência. O mesmo deverá retornar ao RH devidamente preenchido em até 5 dias após a entrega, justificado e assinado pelos envolvidos.

A justificativa será obrigatória, em casos de solicitação de desligamento, formulário de justificativa de demissão e solicitação de vaga e caso o colaborador apresente deficiências acentuadas. Neste segundo caso, deverá ser definido pela chefia imediata o plano de desenvolvimento Individual, contido no verso da avaliação.

Avaliação de Desempenho anual com foco em Competência

A avaliação de desempenho com foco em competência é um retrato fiel da realidade no trabalho, uma vez que identifica se o profissional e o cargo estão alinhados a estratégia da empresa.

Esta ferramenta busca melhorar a atuação do potencial do colaborador, identificando e desenvolvendo as competências técnicas ou comportamentais.

A avaliação de desempenho será encaminhada e realizada pela Linha de Comando no mês em que o colaborador completar 1 ano da sua admissão. Esta metodologia oportuniza tempo necessário para avaliar o colaborador em seu desempenho em cada indicador de competência definida para a sua função, baseada em sua descrição de cargos/atividades.

Optou-se por este método visando o acompanhamento programado, iniciando a avaliação com o processo de seleção, seguindo com a avaliação de experiência (45 dias e 90 dias) e por fim, a avaliação de desenvolvimento anual.

A avaliação de desempenho obedecerá a este critério de realização em virtude da importância em manter uma linha de continuidade ao processo: Seleção, Avaliação de experiência e Avaliação de Desempenho Anual. A intenção é proporcionar o tempo necessário para a identificação e o desenvolvimento das ações ao colaborador a cada etapa do processo.

A avaliação adotada será formal (formulário pré-estabelecido), direta (realizado pela chefia imediata) e acompanhada de feedback (retorno da avaliação ao funcionário), pois considera-se que este é um bom momento para o líder reforçar uma relação de confiança com o liderado, comunicando as suas percepções e expectativas referente a atuação e o desempenho do funcionário, uma vez que o principal objetivo é o DESENVOLVIMENTO de pessoas.

Vale ressaltar que a Avaliação de Desempenho é uma importante ferramenta de Gestão de pessoas que que corresponde a uma análise sistemática do desempenho do profissional em função das atividades que realiza, das metas estabelecidas, dos resultados alcançados e do seu potencial de desenvolvimento, tendo como objetivo a promoção do crescimento pessoal e profissional do funcionário e fornecer informações importantes para a tomada de decisões acerca

Assinado por 1 pessoa: JOAN CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

de salários, promoções, demissões, treinamento e planejamento de carreira, bem como proporcionando o crescimento e o desenvolvimento da pessoa avaliada, além de estimular resultados de cunho administrativo, motivacionais e de comunicação, dentre elas:
A identificação de pontos de melhoria da Entidade no que concerne a atenção ao colaborador – futuros projetos para o Grupo de Humanização em parceria com o RH;

- A identificação de diferenças e ritmos individuais;
- O estímulo ao Feedback;
- O desenvolvimento da Linha de Comando;
- O estímulo a comunicação e ao relacionamento interpessoal;
- O direcionamento do funcionário na busca do auto-desenvolvimento;
- O auxílio na verificação de aprendizagem, pois a Avaliação de Desempenho permite a evidência do GAP individual;
- A motivação e satisfação do colaborador com o seu trabalho e com a empresa; e
- Apoio as Pesquisas de Clima Organizacional.

Princípios básicos para a avaliação de Desempenho

O processo de Avaliação de Desempenho obedecerá às rotinas estabelecidas e conforme Instrução de Trabalho;
O formulário será encaminhado pelo RH, via e-mail até o 15º dia útil do mês em que o colaborador completar 1 ano da sua admissão, o qual deverá ser preenchido, justificado, impresso e devidamente assinado pelos envolvidos. O prazo de devolução do formulário impresso ao RH será até o último dia do referido mês, o qual será tabulado e encaminhado, em casos de deficiências, ao NEP para programação e definição do PDI;

O avaliador deverá levar em consideração algumas observações:

1. Conhecer e compreender bem o significado dos critérios avaliados;
2. Conhecer cada funcionário que está sob sua responsabilidade;
3. Conhecer a atividade desenvolvida pelo avaliado;
4. Avaliar de forma: Clara e objetiva; isenta de interferências pessoais; baseada em fatos e sem julgamentos de valores.

Após o preenchimento da avaliação de desempenho, o Avaliador da área realizará o feedback com o avaliado - colaborador, mantendo uma comunicação bilateral, com retorno motivacional e desenvolvedor, ressaltando os pontos fortes e pontuando os pontos fracos. Após o feedback, o avaliador ouvirá as considerações do avaliado e discutirá e acordará com o mesmo os principais pontos a serem desenvolvidos.

Assinado por 1 pessoa: DANILA CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Atenção: Após avaliação do 1 ciclo de Avaliação de Desempenho, identificou-se o alguns pontos frágeis, ao qual foram sugeridas ações ou medidas corretivas. Dentre eles a sugestão de um cronograma diferenciado de datas de entrega e devolução das avaliações de desempenho a equipe de enfermagem (DENF), visando garantir a eficácia do feedback e por consequência garantir os objetivos da Avaliação de Desempenho.

Com base no mapeamento de competências e metodologia especificada, criamos critérios de pontuação para melhor compreensão do avaliado e avaliador e maior eficácia na mensuração dos dados. Portanto:

Competências Comportamentais - Foco no cliente, Foco nos resultados e Gestão de Pessoas:

4 – Máxima (Forte evidência da competência avaliada);

3 – Alta (Boa evidência da competência avaliada);

2 – Baixa (Pouca evidência da competência avaliada); e

1 – Inexistente (Não há evidências da competência avaliada).

Competências Técnicas:

4 – Máxima (Domínio do conhecimento e da prática);

3 – Alta (Bom conhecimento e consegue pôr em prática);

2 – Baixa (Conhecimento Insuficiente para pôr em prática); e

1 – Inexistente (Não conhece).

Os resultados das avaliações serão tabulados para a definição do Plano de Desenvolvimentos de Competências (PDC). Em casos, de deficiências ou lacunas apresentadas pelo colaborador, entre o esperado e o atingido (Gás), estas informações serão repassadas ao Núcleo de Educação Permanente (NEP), o qual definirá o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) para cada colaborador, visando o desenvolvimento frente ao desempenho e a satisfação do colaborador no exercício de sua função e, por conseguinte, a valorização dos objetivos e estratégias organizacionais e melhorias nos resultados.

Desenvolvimento com foco em Competência

Na sequência da avaliação de desempenho com foco na competência, o PDI é uma importante ferramenta que apresenta as condições atuais de cada colaborador e ao mesmo tempo, mostra o que pode (ou deve) ser realizado no seu desenvolvimento.

O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) será realizado com a finalidade de suprir eventuais gaps, entre o que se entende ser necessário para cada colaborador e o que efetivamente se apresenta dentro do conceito de competências essenciais e especificas para o exercício da função.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A partir da correta identificação das competências essenciais e específicas o NEP avaliará a melhor forma de encaminhar os planos de desenvolvimento e criar estratégias que não, necessariamente, podem ser TREINAMENTOS.

Podemos e devemos recorrer a todos os tipos de trabalhos para desenvolver os Gás, tais como:

Grupos de estudos,

Workshop,

Seminários,

Teatros,

Sessões de filmes,

Dinâmicas de grupo,

Dentre outros

Após definição de cronograma, as convocações serão realizadas pelo NEP através de e-mail as linhas de comando e convites individuais entregues pessoalmente a cada colaborador convocado.

Como medida preventiva os PDI1s serão abertos a todos os colaboradores interessados em aprimora-se independente do apontamento na avaliação de desempenho anual. Nesta, poderão participar ainda funcionários que tiveram apontamentos em avaliações de experiência. Estas informações serão pontuadas pelo RH ou chefia imediata.

Incentivos de carreira com foco em Competências

Os incentivos, carreiras e sucessão ocorrerão tendo como base para análise da Avaliação de Desempenho do ano corrente, o progresso e o histórico funcional. Para casos de carreira e sucessão, será inclusa também a análise de compatibilidade dos pré-requisitos do colaborador e da vaga. Para todos os casos, o mínimo de tempo exigido pela empresa é que o colaborador tenha pelo menos 03 meses de permanência no cargo atual na condição de contrato por tempo indeterminado ou determinado.

Princípios básicos para o incentivo de Carreira

O departamento de Recursos Humanos deverá auxiliar a direção no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada diretoria setorial, disponibilizando seus relatórios mensais atualizados, informando as admissões, demissões e afastamentos, com quantitativos reais;

Para o incentivo de carreira o colaborador deverá apresentar os requisitos estabelecidos para o cargo e desejável fazer parte do quadro funcional da empresa no mínimo de três meses;

Será considerada também para análise prévia as informações do histórico funcional (pontualidade, assiduidade, medidas disciplinares, dentre outros);

A avaliação de experiência será utilizada como ferramenta de análise até seis meses da data de admissão. Após os seis meses a avaliação de desempenho anual será antecipada na data de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

envio e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual.

A avaliação de Desempenho anual será válida até 11 meses após sua realização para efeitos de análise;

O incentivo de carreira será considerado para casos de crescimento profissional na ascendência de nível hierárquico, considerando as atribuições e responsabilidades diferenciadas e salário superior;

Para cargos de mesmo nível hierárquico e responsabilidades, atribuições e salários semelhantes será necessário apenas a análise do histórico funcional e o mínimo de três meses de permanência na empresa, sendo considerada mudança de função simples;

Caso o incentivo de carreira ou mudança de função simples seja efetivado o colaborador terá como nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual a data efetiva da mudança de função;

O incentivo de carreira poderá ocorrer no máximo até duas vezes em um período de 12 meses. Contudo, será necessário que haja o mínimo de três meses na função atual para se ter um tempo mínimo para a avaliação. Neste caso poderá ser utilizada para a segunda análise de promoção a avaliação de desempenho anual, a qual será antecipada a data de entrega e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual;

O tempo de empresa será um pré-requisito básico para análise prévia do colaborador em caso de incentivo de carreira e mudança de função simples. Contudo, este requisito somente será flexível em casos esporádicos devidamente justificados e aprovados pela diretoria registrado em avaliações de experiência ou desempenho anual.

Absenteísmo

O absenteísmo é um problema para a organização, seja ele causado por motivos de saúde ocupacional (acidentes típicos de trabalho, de trajeto, doenças do trabalho ou doenças ocupacionais) ou assistencial (doenças comuns, tratamentos médicos ou odontológicos, gravidez de risco, cirurgias) ou ainda por motivos que não por saúde (doação de sangue, gala, acompanhamento médico, luto ou por motivos de ordem legal).

O INDSH incentiva a presença e desestimula as ausências ao trabalho através de práticas gerenciais e culturais que privilegiam a participação, ao mesmo tempo em que desenvolvem atitudes, valores e objetivos dos colaboradores favoráveis a participação. Gerando assim maior satisfação da parte dos colaboradores.

Em parceria com a área de Segurança e Medicina do Trabalho, implementamos programas de saúde e bem-estar voltados para promover tanto a saúde física quanto a mental dos colaboradores. Essas iniciativas incluem atividades como ginástica laboral, palestras

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

informativas sobre saúde, suporte psicológico e outras opções, escolhidas com base em pesquisas focais para atender às necessidades específicas da equipe.

Desligamento

Em casos solicitação de desligamento, será obrigatório o preenchimento e devida justificativa no formulário de solicitação de desligamento, pela chefia imediata e assinada pela diretoria da área.
O procedimento para desligamento ocorrerá conforme Instrução de Trabalho.
Após o gestor formalizar a demissão ou o colaborador entregar sua carta de pedido de demissão, o Profissional de Recursos Humanos convida o colaborador para uma entrevista de desligamento, explicando o processo e ressaltando a importância de sua participação, que é opcional. A data, horário e local da entrevista são comunicados ao colaborador, geralmente agendada para coincidir com a assinatura dos documentos finais do desligamento. O convite é estendido a todos os colaboradores que deixam a instituição.
Durante a entrevista, o Profissional de Recursos Humanos aprofunda as respostas fornecidas pelo ex-colaborador no questionário de desligamento, fazendo anotações para esclarecer questões específicas. Após a entrevista, o Profissional registra suas considerações, garantindo uma análise imparcial e completa dos dados. Os resultados são tabulados e encaminhados para ações apropriadas, como comunicação de questões éticas ao departamento de Recursos Humanos ou discussão de questões de liderança com os gestores para implementar ações corretivas. Esse processo visa garantir um ambiente de trabalho ético, promover a melhoria contínua e manter a transparência na gestão de pessoas.

Premissas Básicas

Por acreditar na capacidade de promover o desenvolvimento de pessoas, a Unidade define e estabelece a política de Gestão de Pessoas, porém considerando algumas premissas básicas:
Cumprir todas as exigências, normas, leis e convenções legais pertinentes às relações e ambiente de trabalho e aplicáveis às nossas atividades;
Assumir o compromisso público de defesa e proteção aos Direitos Humanos, Direitos da Criança e Direitos Fundamentais do Trabalho, em alinhamento a Princípios, Padrões e Tratados conclamados nacional e internacionalmente;
Respeitar a diversidade e dignidade do ser humano, preservando a individualidade e privacidade, não admitindo a prática de atos discriminatórios de qualquer natureza: no ambiente de trabalho com público interno e externo;
Assegurar o bom relacionamento entre todos os profissionais da empresa, mantendo um ambiente de trabalho seguro e saudável e propiciar condições para níveis ótimos de desempenho e produtividade;

Assinado por 1 pessoa: JOAO CARLOS DE CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Assegurar a segurança e saúde ocupacional e contribuir para melhoria da qualidade de vida dos colaboradores;

Promover o constante desenvolvimento e aperfeiçoamento das potencialidades técnicas e comportamentais de nossos colaboradores e disponibilizar mecanismos favoráveis que lhes permitam administrar seu plano de crescimento, pessoal e profissional, a fim de garantir a melhoria contínua dos processos de gestão;

Garantir prioridade de oportunidades para o crescimento profissional das pessoas, pelo investimento e desenvolvimento das competências, pela valorização e respeito ao conhecimento e formação profissional, estes adquiridos ao longo da carreira.

CRONOGRAMA DE AÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO POR COMPETÊNCIAS

Ações	Período De Realização	Ações Complementares
Mapeamento do perfil de competências organizacionais		-
Mapeamento e mensuração de competências do cargo	Jan a mar	-
Elaboração da política de gestão de pessoas	Mar a bar	-
Avaliação de desempenho com foco em competências	A partir de abril	- treinamento aos líderes com foco em gestão por competências. - reunião com a liderança com foco na avaliação de desempenho. - com os resultados da avaliação, definir o plano de desenvolvimento de competências dos colaboradores (pdc).
Treinamento e desenvolvimento de competências	A partir de maio	- definir o plano de desenvolvimento individual (pdi) com base no pdc. - realizar ações para desenvolvimento do colaborador conforme definição do PDI.
Seleção por competências	A partir de maio	- alteração das instruções de trabalho e formulários adaptando-os ao modelo gerencial de gestão por competências.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Incentivos e mudança de função com foco em competências.	A partir de maio	- alteração das instruções de trabalho e formulários adaptando-os ao modelo gerencial de gestão por competências.
Descrição de cargos e competências	Sempre que necessário	- atualizar a descrição de cargos e mapear as competências sempre que houver alterações, inclusões ou exclusões de cargos.
Política de gestão de pessoas	Anualmente	- atualizar a política de gestão de pessoas anualmente, tendo como base o diagnóstico realizado após fechamento de cada ciclo de avaliações.

Normas e Rotinas Jovens Aprendiz E Programa de Primeiro Emprego

1 – Objetivo

Estabelecer as diretrizes para o processo de contratação de Jovem Aprendiz e Programa PRIMEIRO EMPREGO, a fim de cumprir a legislação pertinente a Lei de Cotas.

2 - Documentos Complementares

- ✓ Lei 10.097 de 19/12/2000 – Altera dispositivos da CLT para obrigar estabelecimentos de qualquer natureza a contratarem menores aprendizes.
- ✓ Decreto 5.598 de 01/12/2005 – Regulamenta a contratação de aprendizes
- ✓ Lei 11.180 de 23/09/2005 – Altera a idade de aprendizagem para 14 a 24 anos
- ✓ Art. 428 da CLT, Seção IV – Dos Deveres dos Responsáveis Legais de Menores e dos Empregadores da Aprendizagem.
- ✓ Portaria 04 de 21/03/2002 – Altera a redação da Portaria 20/01 permitindo que a proibição em questão seja elidida por parecer técnico circunstanciado.
- ✓ Portaria 20 de 13/09/2001 – Descreve os locais e serviços considerados perigosos ou insalubres proibidos para menores de 18 anos.
- ✓ Portaria 702 de 18/12/2001 – Estabelece normas para avaliação de entidades que se proponham a desenvolver programa de aprendizagem.
- ✓ Manual da Aprendizagem – Edição 14/01/2014 – Site: Ministério do Trabalho e Emprego.
- ✓ Art. 402 da CLT – Da proteção do trabalhador do menor.

3 - Descrição

3.1. Característica e finalidade:

Ressaltamos que a contratação de aprendiz é obrigatória para fins legais, com a finalidade de cumprir a legislação, consideramos importante que o fato de termos a obrigatoriedade de mantermos em nosso quadro de pessoal uma determinada quantidade de aprendizes, não

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

podemos usufruir dos mesmos como mera mão de obra. Os aprendizes deverão ser tratados capacitados, treinados e orientados em processo de desenvolvimento, devem ser acompanhados e supervisionados, tanto na frequência das atividades práticas como a participação e frequência das aulas teóricas.

3.2. Da obrigatoriedade:

Os estabelecimentos de qualquer natureza são obrigados a empregar e matricular nos cursos dos Serviços Nacionais de Aprendizagem número de aprendizes equivalente a 5% (cinco por cento), no mínimo, e quinze por cento, no máximo, dos trabalhadores existentes em cada estabelecimento, cujas funções demandem formação profissional.

3.3. Da Captação:

A busca por candidatos será efetuada através das unidades de atendimento do Sistema Nacional de Emprego - SINE, ou em órgãos ou entidades conveniados.

3.4. Da base de cálculo para determinar a quantidade de aprendizes

Para o cálculo do percentual necessário de aprendiz para cada CNPJ, deve-se:

Levantar o quadro total de pessoal em regime de CLT da Unidade;

Excluir Contratos de Terceiros, prestadores de serviços, temporários, bem como aprendizes já contratados.

Incluir as funções que demandem formação profissional, independentemente de serem proibidas para menores de dezoito anos.

3.5. Da Contratação

A contratação de aprendiz apesar de obrigatória só poderá ser efetivada:

Após análise do jurídico do contrato de convênio;

Priorizar a contratação de aprendizes na faixa etária acima de 18 anos e menor que 24, por se tratar de Unidade considerada grau de risco nível 3, considerado assim ambiente desaconselhável para menores.

A contratação do aprendiz deverá ser efetivada diretamente pelo estabelecimento que se obrigue ao cumprimento da cota de aprendizagem, sendo assim o INDSH assume o papel de empregador, devendo inscrever o aprendiz em programa de aprendizagem a ser ministrado pelas entidades indicadas no art. 8º deste Decreto.

Do contrato do Convênio entre o INDSH com a entidade qualificada em formação técnico-profissional, citamos quais cláusulas contratuais são exigidas pelo nosso jurídico:

3.6. Das Condições

Remuneração: Salário-mínimo hora, salário hora da categoria quando consta e Convenção Coletiva, salvo condição mais favorável.

Jornada: Não excederá 6 horas diárias e, para aprendizes que tenham completado o ensino fundamental, a jornada poderá ser de 8 horas diárias, e se nelas forem computadas as horas destinadas à aprendizagem teórica. Ficando vedado prorrogação e a compensação de jornada.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A jornada do aprendiz compreende as horas destinadas às atividades teóricas e práticas, simultâneas ou não, cabendo à entidade qualificada em formação técnico-profissional metódica fixá-las no plano do curso.

Prazo do Contrato: Não poderá ser superior a dois anos.

Anotação na CTPS: Será realizado através da modalidade da Carteira de trabalho digital.

Direitos trabalhistas:

✓Fará jus ao 13º salário e a todos os benefícios concedidos aos demais empregados, se estabelecidos em Convenção ou Acordos Coletivos.

✓As férias do empregado aprendiz deverão coincidir com o período das férias escolares, sendo vedado ao empregador fixar período diverso daquele definido no programa de aprendizagem.

✓Vale Transporte nos termos da lei 7418/1985.

Encargos:

✓Deverá ser recolhido FGTS a alíquota de 2%.

✓Retenção de INSS, sendo o menor aprendiz segurado-empregado.

Extinção de Contrato:

✓Extinguir-se-á no seu termo.

✓Quando o aprendiz completar 24 anos de idade.

Rescisão de contrato:

✓Desempenho insuficiente ou inadaptação do aprendiz.

✓Falta grave disciplinar.

✓Ausência injustificada à escola que implique perda do ano letivo.

✓A pedido do aprendiz.

No caso de extinção ou rescisão de contrato de aprendizagem, o empregador deverá contratar novo aprendiz, nos termos do Decreto 5598/05, sob pena de infração ao disposto no art.429 da CLT.

Restrições: Ao adolescente aprendiz menor de 18 anos é vedado trabalho:

✓Noturno

✓Perigoso, insalubre ou penoso

✓Realizado em locais prejudiciais à sua formação e ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social.

✓Realizado em horários e locais que não permitam a frequência à escola.

3.7. Da Documentação:

Documentos necessários para admissão:

✓Certidão nascimento ou Carteira de Identidade;

✓Comprovante de endereço;

✓CPF;

✓Carteira de Trabalho e Previdência Social;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

✓Reservista quando maior de 17 anos (inscrição no serviço militar);

✓Título de Eleitor

✓Comprovante de matrícula no ensino regular, caso não tenha concluído o ensino fundamental (art. 4º do Decreto nº 5.5598/05).

✓Contrato da Instituição de ensino

✓1 foto 3x4 colorida (para crachá e ficha de registro).

✓Ficha de dados pessoais

✓Exame médico admissional

Processo admissional:

✓Cadastro no sistema Proteus

✓Ficha de Registro Eletrônica

✓Contrato de Trabalho Aprendiz (INDSH e o Aprendiz)

✓Cadastramento no Pis

FGTS: Com a alíquota do FGTS é de 2%, devendo ser recolhida pelo código nº 7 da Caixa Econômica Federal (art. 24, parágrafo único, do Decreto nº 5.598/05).

INSS: Nos termos da Lei

DIRF: Nos termos da Lei.

3.8. Do Salário

O aprendiz tem direito ao salário-mínimo/hora, salvo condição mais favorável fixada no contrato de aprendizagem prevista em convenção ou acordo coletivo de trabalho (art. 428, §2º, da CLT e art. 17, parágrafo único do Decreto nº 5.598/05, devendo ser computadas também as horas destinadas às aulas teóricas.

3.9. Do Cálculo

No cálculo do salário do aprendiz, deve-se considerar o total das horas trabalhadas, computadas as referentes às atividades teóricas, e também o Repouso Semanal Remunerado, não contemplado no valor unitário do salário hora, nos termos da fórmula seguinte (Nota Técnica nº 52/DMSC/DEFIT/SIT/TEM, de 29 de maio de 2002).

Salário Mensal = Salário hora x horas trabalhadas semanais x semanas do mês x 7

6

Observação: o número de semanas varia de acordo com o número de dias do mês.

Nº de dias do mês	Nº de semanas do mês
31	4,4285
30	4,2857
29	4,1428
28	4

3.10. Da Jornada – Duração Do Trabalho

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A jornada de trabalho legalmente permitida é:

➢6 horas diárias, no máximo, para os que ainda não concluíram o ensino fundamental, computadas as horas destinadas às atividades teóricas e práticas (art. 432, caput, da CLT).

➢8 horas diárias, no máximo, para os que concluírem o ensino fundamental, computadas as horas destinadas às atividades teóricas e práticas (art. 432, § 1º da CLT).

Em qualquer caso, a compensação e a prorrogação da jornada são proibidas (art. 432, caput, da CLT).

Na fixação da jornada do aprendiz adolescente, na faixa dos 14 aos 18 anos, a entidade qualificada em formação profissional metódica deve também observar os demais direitos assegurados pela Lei nº 8.069/90 – ECA (art. 21, do Decreto nº 5.598/05).

➢**Desconto de Faltas:** As faltas ao curso de aprendizagem podem ser descontadas, pois as horas dedicadas às atividades teóricas também integram a jornada do aprendiz, podendo ser descontadas as faltas que não gorem legalmente justificadas (art. 131 da CLT) ou autorizadas pelo empregador.

➢**Trabalho noturno:** Ao aprendiz menor de 18 anos não é permitido o trabalho noturno, considerado este o que for executado no período compreendido entre as 22 horas de um dia e 5 horas do dia seguinte (art.404 da CLT), para trabalho urbano.

➢**Vale Transporte:** É assegurado o vale transporte para o deslocamento residência/atividades teóricas e práticas (art. 27 do Decreto nº 5.598/05).

➢**Vale Refeição:** Conforme Convenção Coletiva. Respeitando evidentemente a proporcionalidade da jornada de trabalho, um aprendiz com jornada de 6 horas terá direito a 14 minutos de intervalo que equivale a um lanche, já os aprendizes com 8 horas, 1 hora de intervalo.

➢**Cesta Básica:** Conforme Convenção Coletiva, observar se na CCT faz alguma menção sobre a Cesta Básica ou Vale Alimentação para o Aprendiz.

➢**Aprendiz Gestante:** Partindo do pressuposto que a Súmula 244 TST abrange para efeito de estabilidade provisória os contratos por prazo determinado e de experiência, nosso entendimento é que no caso de aprendiz gestante, prevalecerá a Súmula 244 do TST.

Neste caso se ocorrer de uma Jovem Aprendiz, favor desconsiderar a Informação do Manual de Aprendizagem do Ministério do Trabalho e acatar a Súmula.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Estratégias para diminuir o absenteísmo na Saúde

Apresentamos abaixo as estratégias permanentes que serão adotadas para manter as equipes completas.

Manter um bom clima organizacional

Funcionários que não se sentem bem onde trabalham e que têm dificuldades de relacionamento por causa de uma má gestão de pessoas não conseguem se doar como deveriam, e acabam faltando com frequência para evitar os conflitos.

Logo, para oferecer um ambiente favorável ao crescimento e que motive a equipe a alcançar bons resultados, é importante realizar pesquisas de clima regularmente. Elas permitem a identificação das oportunidades na visão dos colaboradores e a elaboração de planos de ação para resolver os problemas.

A pesquisa de clima já foi descrita no item anterior.

Garantir que a comunicação seja eficiente

Uma comunicação ineficiente pode causar problemas de relacionamento entre toda a equipe. Afinal, junto com a falta de informações, surgem ruídos (fofocas, especulações, informações incompletas).

E, quando esses ruídos aparecerem, a equipe se sente desmotivada e evita estar presente na empresa por meio de faltas, atrasos ou até mesmo desligamentos.

No ambiente organizacional, a comunicação engloba o diálogo presencial entre colegas e, também, em demais veículos: e-mail, reunião, telefone, TV corporativa etc. Assim, para ter uma comunicação eficiente, é necessário entender o perfil dos colaboradores e descobrir qual ferramenta é a mais adequada para a equipe.

O setor de Recursos Humanos da Sede da Entidade acompanhará todo o sistema de comunicação da Unidade.

Oferecer um plano de carreira para combater o absenteísmo nas empresas

Para os funcionários que buscam o desenvolvimento da carreira e o sucesso profissional, o plano de carreira oferecido possui muito valor.

Se uma pessoa entende que a organização não é a adequada para atingir esse objetivo ou que não possui um programa de desenvolvimento concreto, com certeza ela optará pelo desligamento. Porém, esse desligamento dificilmente acontece de uma hora para outra.

Alguns sinais, como atrasos, queda de produtividade, faltas, desmotivação, mau relacionamento com os colegas e insubordinação são comuns em situações como essa.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Então, o plano de carreira deve ser feito pelos gestores com a finalidade de buscar um equilíbrio entre interesse do profissional.

A partir do momento em que as expectativas do funcionário são mapeadas, o gerente consegue estabelecer metas e criar um plano de desenvolvimento compatível com o objetivo do profissional e da organização.

Investir em feedbacks constantes

E, para ser possível mensurar o desenvolvimento individual e corrigir os pontos negativos, o retorno sobre o desempenho de um profissional deve ser realizado constantemente.

Essa prática gera valor para a Entidade na visão do funcionário, pois demonstra comprometimento com os resultados, empenho no desenvolvimento da equipe e reconhecimento pelas metas alcançadas.

Além disso, o acompanhamento feito de perto pelos gestores reduz consideravelmente o absenteísmo, e reforça a importância do comprometimento de todos para o crescimento da organização.

Já apresentamos em nosso projeto de Avaliação de Desempenho.

Estabelecer políticas de reconhecimento

A falta de reconhecimento é outro dos principais fatores que levam um profissional a ficar desmotivado, produzir menos e com menor qualidade e faltar no serviço.

Afinal, a maior parte das pessoas sente a necessidade de ser reconhecida quando conquista algo. Quando esse retorno não vem, é comum encontrar reações negativas. E, no âmbito organizacional, o absenteísmo pode ser apontado como uma dessas reações.

Portanto, visando a motivação da equipe, é importante que sejam desenvolvidas políticas de reconhecimento voltadas para as necessidades e a percepção de valores dos funcionários. Ou seja, cada organização encontrará uma maneira diferente de elaborar essa política.

As mais comuns são:

- Bonificação sobre meta batida
- Day off
- Viagens
- Promoções

A definição de uma ou mais opções será definida em comum acordo com a SMS e a Entidade.

Promover a qualidade de vida

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sabemos que muitos gestores entendem o investimento na qualidade de vida dos funcionários como só mais um gasto. Contudo, ele vai muito além do que isso.

Tanto no ambiente de trabalho quanto na parte pessoal, a qualidade de vida de um profissional permite uma vida mais saudável, com menos doenças, menos estresse e mais disposição para suas atividades.

Dessa forma, promover palestras voltadas para o bem-estar, incentivar a prática de esportes, a alimentação saudável e demais atitudes são formas de melhorar a saúde dos funcionários. E, consequentemente, diminuir o número de atestados médicos.

Nesse sentido, uma boa dica para alinhar a promoção da qualidade de vida com as políticas de incentivo é oferecer um benefício de atividade física e criar gincanas voltadas para incentivar o cuidado com a saúde, por exemplo.

Mais à frente descrevemos o item Qualidade de Vida do Colaborador que apresenta nossa proposta.

Realizar treinamentos e análise a ergonomia

O acidente ocupacional também é uma causa recorrente dos altos índices de absenteísmo nas entidades.

Para resolver esta situação, o ideal é a realização de treinamentos constantes, seja por conta de novos procedimentos ou por reciclagem, para garantir que a equipe esteja alinhada com os padrões de segurança.

Outra causa comum são as doenças causadas por esforço repetitivo, que podem também ser evitadas por meio de estudo ergonômico bem-feito. Os treinamentos estão descritos no Núcleo de Educação Permanente.

Criar metas individuais

A última estratégia para a redução do absenteísmo é a criação de metas. Ao se definir individualmente os objetivos de cada colaborador, cria-se uma responsabilidade em toda a equipe.

Primeiro, porque o funcionário vai entender o quanto sua ausência poderá interferir nos resultados do grupo e da entidade. Segundo, porque o profissional terá objetivos para cumprir, se quiser manter-se no emprego.

As metas serão criadas por setor, e definidas na avalição de desempenho de cada colaborar.

Estratégias permanentes a serem utilizadas para manter as equipes mínimas da Unidade

1. Contratação e Retenção:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

1.1. Contratação Eficaz:

- Práticas de contratação com foco em competências: No instituto, adotamos processos seletivos estruturados para identificar e contratar profissionais com as competências técnicas e comportamentais alinhadas às exigências da unidade e do cargo, garantindo uma equipe eficiente e preparada.
- Sistema de gerenciamento de candidatos: Utilizamos um sistema de gerenciamento de candidatos que centraliza e agiliza o processo seletivo, facilitando o acompanhamento dos perfis, entrevistas e comunicações, acelerando a contratação.
- Processo de atração de talentos: Mantemos uma página de carreira institucional robusta, que reflete nossos valores e a cultura do instituto, proporcionando uma experiência clara e atrativa para candidatos interessados em fazer parte da equipe.
- Processo seletivo constante: Já estabelecemos um fluxo contínuo de recrutamento, mantendo um banco de talentos ativo e pronto para suprir rapidamente as necessidades de contratação e manter as equipes mínimas operacionais.

1.2. Retenção de Talentos:

- Estrutura de cargos e salários: Nossa política de cargos e salários é clara e transparente, oferecendo caminhos definidos para o crescimento dentro da organização, o que tem sido fundamental para manter o engajamento e a motivação de nossa equipe.
- Avaliação de performance: Utilizamos um sistema regular de avaliação de desempenho que identifica, reconhece e retém os profissionais de alta performance, alinhando resultados com oportunidades de desenvolvimento e progressão na carreira.
- Pesquisa de clima organizacional: Realizamos periodicamente pesquisas de clima organizacional para captar feedbacks dos colaboradores, o que nos permite entender e aprimorar continuamente o ambiente de trabalho, visando à melhoria do engajamento e da satisfação.

2. Capacitação Contínua: Promover treinamento constante para que a equipe, conforme planejamento Anual de Treinamentos. Nosso foco é garantir que todos os profissionais da unidade estejam sempre preparados para enfrentar as demandas do dia a dia e se adaptarem rapidamente a novas situações, promovendo assim uma operação eficiente. Para isso, desenvolvemos as seguintes ações:

- Treinamentos técnicos regulares: Oferecemos capacitações periódicas sobre procedimentos clínicos, segurança do paciente e uso de equipamentos, de acordo com as especificidades da unidade, garantindo que a equipe domine as práticas essenciais para um atendimento de qualidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO SOLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Capacitação em habilidades comportamentais: Além dos aspectos técnicos, promovemos o desenvolvimento de competências comportamentais, como comunicação eficaz, trabalho em equipe, empatia no atendimento ao paciente e gestão de conflitos, visando um ambiente mais harmonioso e colaborativo.
- Educação a distância (EAD): Utilizamos plataformas online para oferecer conteúdos e cursos contínuos, acessíveis a qualquer hora, permitindo que os colaboradores possam aprimorar seus conhecimentos sem comprometer suas rotinas de trabalho.
- Programas de reciclagem e atualização: Mantemos um cronograma de treinamentos de reciclagem para garantir que a equipe esteja sempre atualizada com as normas e práticas vigentes, reforçando a segurança e qualidade dos atendimentos.
- Acompanhamento de desempenho e treinamentos customizados: Avaliamos periodicamente o desempenho de cada colaborador e identificamos áreas de melhoria. A partir dessas avaliações, criamos treinamentos personalizados para atender às necessidades específicas de desenvolvimento de cada profissional.

3. Programas de Qualidade de Vida:

3.1. Programa de Prevenção de Doenças Ocupacionais

- Desenvolvemos campanhas de conscientização e prevenção de doenças comuns no ambiente hospitalar e transtornos de saúde mental.

3.2. Semana da Saúde e Bem-Estar

- Organizamos em parceria com o SESMT uma semana anual com atividades voltadas para a saúde, como exames preventivos (check-ups rápidos), palestras, campanhas de vacinação, além de atividades físicas e educativas.

3.3. Programa de Alimentação Saudável

- Oferecemos palestras sobre nutrição e orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, além de promover melhorias nos cardápios oferecidos no refeitório da unidade, com opções mais equilibradas.

3.4. Programa de Controle e Prevenção de Acidentes de Trabalho

- Realizamos treinamentos contínuos de segurança no trabalho, focados em procedimentos de segurança, uso correto de EPIs, e prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes e biológicos.

Código de Ética e Conduta

O Código de Ética e Conduta do INDSH está disponível para consulta em nosso site. Esta importante ferramenta reflete nossos valores, princípios e diretrizes que orientam a conduta de todos os colaboradores e parceiros. Será implantado no primeiro ano do convênio.

Assinado por 1 pessoa: MANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Para acessar o Código de Ética, visite o nosso site https://www.indsh.org.br e navegue até a seção "Mural da Transparência".
Se preferir, digite o caminho: https://online.fliphtml5.com/ylvox/rgue/#google_vignette

O INDSH possui um Código de Ética e Conduta – CEC que abrange um programa de integridade e de Compliance, integrando um guia de comportamento para quem mantém relacionamento com a Instituição.



Ele é fruto da inspiração advinda do estudo de vários diplomas legais, normas jurídicas e documentos semelhantes onde formaliza por escrito práticas e posturas que observa há anos no desenvolvimento de suas atividades em parcerias com seus clientes de diferentes partes do país, e natureza jurídica, e tenta de forma ampla a convivência harmoniosa entre empregados, parceiros e prestadores de serviços e agentes públicos.
Para tanto listamos os componentes, ou pilares, que o INDSH tem como prerrogativas institucionais.

Lei Geral de Proteção de Dados

A LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados) é uma legislação brasileira que regula o tratamento de dados pessoais por organizações públicas e privadas. Ela foi inspirada no Regulamento Geral de Proteção de Dados (GDPR) da União Europeia e entrou em vigor em setembro de 2020. A LGPD estabelece regras sobre a coleta, armazenamento, processamento e compartilhamento de dados pessoais, buscando proteger a privacidade e a liberdade dos indivíduos. Ela também confere direitos aos titulares dos dados, como o acesso às informações, a correção de dados incorretos e o direito de exclusão, entre outros.
A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) é uma legislação que se aplica a todas as organizações que lidam com dados pessoais, independentemente do setor em que atuam. Isso inclui as Unidades Hospitalares, que são unidades de saúde que prestam atendimento de urgência e emergência.
Para as Unidades Hospitalares, a LGPD implica que elas devem adotar medidas para garantir a proteção dos dados pessoais dos pacientes que são coletados, armazenados e processados durante os serviços de saúde. Isso inclui garantir a segurança da informação, obter consentimento adequado dos pacientes para o tratamento de seus dados, limitar o acesso aos dados apenas a pessoal autorizado e seguir os princípios de transparência, necessidade, proporcionalidade e finalidade no tratamento dos dados.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Portanto, os hospitais precisam estar em conformidade com a LGPD para garantir que estão protegendo adequadamente os dados pessoais dos pacientes e cumprindo as obrigações legais relacionadas à privacidade e proteção de dados.

O prontuário eletrônico, como parte do registro das informações médicas dos pacientes, está intimamente relacionado à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). O prontuário eletrônico contém informações sensíveis, como histórico médico, resultados de exames, diagnósticos e tratamentos, que são considerados dados pessoais sensíveis de acordo com a LGPD.

Portanto, é fundamental que as instituições de saúde que utilizam prontuários eletrônicos estejam em conformidade com a LGPD, implementando medidas de segurança e privacidade para proteger esses dados. Isso inclui a adoção de práticas de segurança da informação, como criptografia, controle de acesso, monitoramento de atividades e políticas claras de privacidade, além do consentimento adequado dos pacientes para o uso de seus dados.

Departamento Pessoal – DP

O cumprimento da atividade referente aos processos de registro, escala de trabalho, registro de ponto, folha de pagamentos, férias e desligamentos, assim como as demais formalidades legais para manutenção do vínculo empregatício do colaborador, serão conduzidas dentro de princípios legais e respeitados o espírito legitimo do direito, expresso na Consolidação das Leis do Trabalho e nas Convenções Coletivas de Trabalho das diferentes categorias profissionais. As relações trabalhistas e o estabelecimento de acordos coletivos firmado com trabalhadores e sindicatos terão como objetivo a redução dos riscos de reclamação e de eventual passivo trabalhista. A austeridade no controle e apontamento, bem como no cumprimento dos prazos legais de pagamentos de verbas e recolhimentos de encargos, serão determinantes no processo da conduta departamental.

Neste contexto, o Departamento Pessoal integra as ações de gestão com um conjunto integrado de processos sistematizados e obrigatórios para o cumprimento da legislação trabalhista e previdenciária, garantindo a força de trabalho através do gerenciamento das folhas de pagamento, encargos sociais, obrigações mensais e anuais, mitigando o passivo trabalhista.

Princípios Básicos para a Admissão

As admissões deverão ocorrerem em duas datas distintas sendo no dia 01 e no dia 15 de cada mês, respeitando o primeiro dia útil subsequente quando de tais datas ocorrerem em finais de semana ou feriados;

O início do novo colaborador só será possível após a conclusão de todo o processo de seleção, apresentação de toda a documentação;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CAVALCANTE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O Exame Médico Admissional deverá ser entregue antes do início das atividades do novo colaborador;

A documentação aqui subentendida, contrato de trabalho, ficha de registro e etc. deverão ser assinados pelo novo colaborador em 48 horas da data de sua admissão;

A Carteira de Trabalho deverá ser recolhida e devolvida no mesmo prazo com recibo de recebimento e devolução assinada por ambas às partes;

O cadastramento da digital no sistema do ponto deverá ocorrer no primeiro dia de trabalho, em caso de primeiro emprego quando o colaborador não tenha o cadastro do pis, o mesmo deverá ser providenciado no prazo de 48 horas;

O contrato de experiência será de 90 dias, sendo 45 dias prorrogado por mais 45 dias, a prorrogação deverá ser assinada entre o 44° ao 45° dia, sob pena de descaracterizar a prorrogação;

Os contratos de prazos determinados deverão ser evitados, salvo motivo que justifique de acordo com a legislação pertinente;

Todos os colaboradores deverão assinar o termo de Opção de Vale transporte, mesmo que a região não tenho serviço de transporte público;

A entrega do crachá, uniforme e manual do colaborador deverá ser no primeiro dia, após a integração, no caso de prazo para confecção de crachá, utilizar crachá de visitante ou manual;

O cadastro no sistema Protheus deverá ocorrer nas primeiras 48 horas respeitando o preenchimento de todos os campos, inclusive dos dependentes e do E-Social;

Toda a documentação do colaborador deverá ser arquivada, constituindo um prontuário geral com as documentações pertinentes do colaborador do RH, NEP, SESMT e DP.

Princípios Básicos para o Controle de Frequência

O cadastramento no relógio de ponto e software de tratamento do ponto deverá ocorrer no primeiro dia de trabalho;

O colaborador deverá ser orientado quanto a importância das 4 (quatro) marcações obrigatórias;

O colaborador deverá ser orientado sobre os atrasos, faltas, e horas extras que só poderão existir mediante autorização prévia;

O colaborador deverá estar ciente que o sistema de ponto migra as informações diretamente para a folha de pagamento;

Ponto Eletrônico

A Unidade utilizará o ponto eletrônico conforme a Portaria 1510 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

Assinado por pessoa: CARLOS CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

a escala de trabalho mensal. A tolerância permitida será para a antecipação de horários, atrasos e saídas em até 10 minutos diários.

O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer a Unidade de Saúde deverá registrar os seus horários de entrada e saída, bem como em casos de colaboradores que cumprirão horas extras, as quais ocorrerão somente com a autorização previa do responsável pelo setor/área mediante justificativa.

Escala de Trabalho

As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela liderança imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei (informadas anteriormente). As mesmas serão entregues ao setor de RH até 15 dias de antecedência do mês de competência. Desta forma, o colaborador estará ciente e apondo a sua assinatura na escala de trabalho conhecendo os seus horário 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 liderança 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 RH.

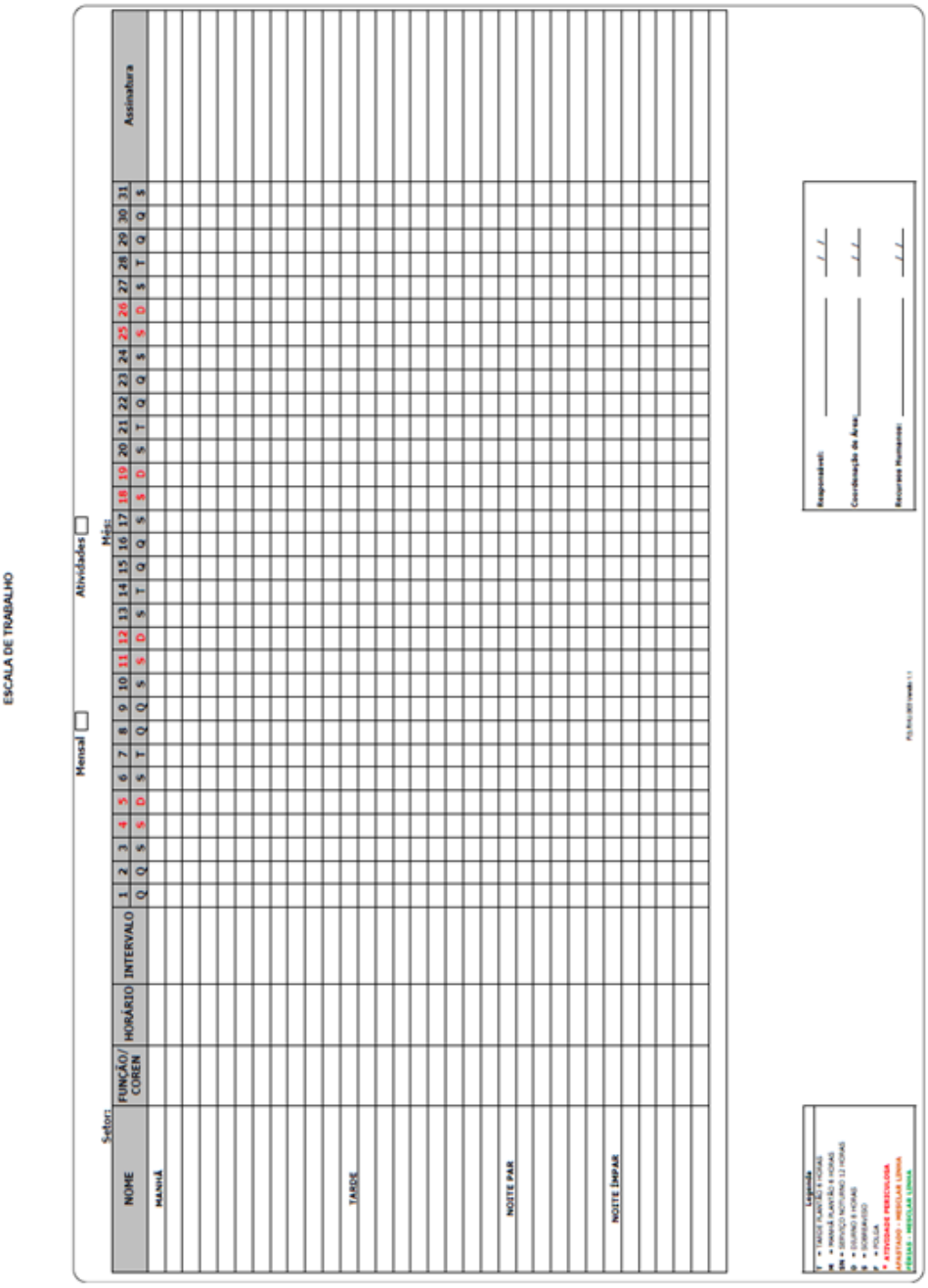
O INDSH fará as devidas adequações de acordo com a Legislação vigente, além da convenção Coletiva de Trabalho (CCVT) da região de abrangência.

Em caso de falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.

Modelo Escala de Trabalho

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org



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

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

contratual e registrados em relógio ponto, salvo orientação diferente constante em Convenção Coletiva.

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____ as _____
Almoço *____ as _____
Lanche da tarde____ as _____
Jantar _____as _____

Afastamentos Legais

De acordo com a CLT, Art. 473, todo colaborador poderá deixar de comparecer ao trabalho sem prejuízo no salário e ao de seu período de gozo de férias, desde que as faltas sejam justificadas, conforme prescreve a legislação e se comprovado junto ao setor de Depto de Pessoal em até 48 horas (úteis) da data de emissão do mesmo para os seguintes casos:

Casamento: Até 3 (três) dias consecutivos - a contar do dia do casamento – Comprovante: Cópia da declaração de comparecimento ou certidão de casamento;

Maternidade: Licença maternidade (ou licença-gestante) é um benefício de caráter previdenciário, garantido pelo artigo 7º, XVIII da Constituição Brasileira, que consiste em conceder à mulher que dará à luz licença remunerada de 120 dias contados a partir do primeiro dia do afastamento – Comprovante: Atestado médico de 120 dias;

Amamentação: De acordo com o artigo 396 da CLT, as mães de recém-nascidos, após retorno ao trabalho, têm direito a 2 (dois) intervalos de meia hora, durante a jornada de trabalho, para amamentação até que a criança complete seis meses de idade.

Paternidade: 5 (cinco) dias em caso de nascimento de filho – a contar do dia do nascimento - Comprovante: Cópia do nascido vivo ou a certidão de nascimento;

Luto: Até 2 (dois) dias consecutivos – a contar do dia do óbito, em caso de falecimento do cônjuge, ascendentes, descendentes, irmãos ou pessoas declaradas em sua carteira profissional como sua dependente – Comprovante: Cópia do atestado ou certidão de óbito;

Testemunha: Dia em que tiver que comparecer a juízo – Comprovante: Declaração de comparecimento do órgão;

Doação de sangue: 01 (um) dia a cada 12 meses de trabalho em caso de doação voluntária de sangue – Dia da doação - Comprovante: Declaração de comparecimento para doação emitida pelo respectivo Hemocentro;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Alistamento eleitoral: Até 2 (dois) dias consecutivos ou não para fins de alistamento eleitoral – Comprovante: Cópia da declaração de comparecimento do órgão eleitoral;

Serviço Militar: Período em que tiver que cumprir as exigências do Serviço Militar – Comprovante: Cópia do documento emitido pelo órgão militar;

Vestibular: Dias em que estiver comprovadamente realizando a prova de vestibular para ingresso em estabelecimento de ensino superior – Comprovante: Cópia do Comprovante de confirmação de inscrição entregue com antecedência de pelo menos 72 horas;

Atestados Médicos: Os atestados médicos têm o objetivo de justificar e/ou abonar as faltas do empregado ao serviço em decorrência de incapacidade para o trabalho motivado por doença ou acidente do trabalho. Todo atestado deverá ser entregue diretamente ao setor de Departamento de Pessoal em até 48 horas úteis, após a sua emissão, isto pelo próprio colaborador ou seu representante.

A doença que constitui justificativa da ausência do trabalhador é a que fere seu próprio organismo, salvo disposto em convenção coletiva de trabalho. Dessa forma, a doença de pessoa da família, independente do grau de parentesco (cônjuge, filho menor, pais, etc.) e do tipo de doença, poderá ser motivo moralmente justo para as faltas do empregado, juridicamente, porém, não o é. Desta forma, o dia em que o empregado faltou para acompanhar outra pessoa ao médico poderá ser considerado normalmente como falta, cabendo ao empregador a avaliação de cada situação.

A responsabilidade para o pagamento dos colaboradores afastados por atestado médico de até 15 dias é exclusivamente da empresa, porém a partir do 16º dia o colaborador deverá comparecer ao Depto Pessoal no prazo de até 2 (dois) dias úteis para ser encaminhado para Benefício junto ao INSS. O colaborador receberá do Depto Pessoal orientações quanto aos procedimentos, prazos e deveres referentes ao seu afastamento, bem como os atestados médicos originais e o requerimento de benefício, o qual deverá ser dado entrada no INSS entre o 16o dia ao 30º dia (no máximo) de afastamento, visando o agendar a perícia médica. Após esta perícia o colaborador terá o dever em encaminhar ao setor de DP, em até 2 (dois) dias úteis, o comunicado de decisão do INSS, bem como informar e encaminhar cópia de todos os documentos relevantes e inerentes ao processo de benefício no decorrer de seu afastamento.

Após o término do benefício e da liberação do médico responsável, o colaborador não poderá retornar ao trabalho sem antes ter comparecido a Medicina do Trabalho da empresa para avaliação médica. Para que tudo transcorra de forma eficiente sem transtornos, o colaborador deverá entrar em contato com o Setor de DP sempre que necessário para orientações e repasse de informações.

Para todos os casos descritos acima, solicitamos que o colaborador comunique verbalmente, assim que possível e com antecedência, a liderança imediata para que haja tempo hábil e

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

substituição e/ou definição de medidas que permitam o andamento da atividade sem prejuízo aos serviços prestados.

Fornecimento de Uniformes

O INDSH fornecerá uniformes e crachá funcional, que serão confeccionados de acordo com as diretrizes do Contratante, a todo colaborador no ato da admissão, cabendo ao colaborador o dever em utilizá-los de forma e condições adequadas em seu horário de trabalho. Quando desligado do quadro funcional, o colaborador deverá devolver o crachá funcional e o uniforme em condições de conservação compatíveis com o período de uso.

Normas Reguladoras - NR-32

Frente a especificações da NR-32 (assunto abordado a seguir) e normas e orientações que regem o Serviço de Controle e Infecção Hospitalar (SCIH), algumas observações referente à apresentação pessoal serão indispensáveis na prática cotidiana do colaborador, tais como:

Manter as unhas curtas e, se pintadas, utilizar esmaltes de cores claras (transparentes);

Evitar adornos (anéis, cordões, brincos, relógios, pulseira, fitas, piercing, dentre outros);

Utilizar maquiagem discreta;

Utilizar sapatos fechados e confortáveis. Para áreas Assistenciais, Manutenção, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Higienização e Limpeza e Serviço de Processamento de Roupas, que será disponibilizado pelo INDSH o **EPI – Equipamento de Proteção Individual.**

Princípios Básicos para a Folha de Pagamento

A folha de pagamento é por competência, portanto, o salário é de 30 dias, considerando de 01 a 30 de cada mês;

O apontamento da frequência respeita o período de 16 de um mês a 15 dias do mês seguinte, para efeito de horas extras, adicional noturno, faltas e atrasos;

A escala de trabalho deverá ser de 01 a 30 de cada mês;

Descontos além dos permitidos em lei, só poderão ocorrer mediante termo de autorização assinado pelo colaborador;

A folha deverá ficar pronta impreterivelmente no dia 30 de cada mês, ou no último dia útil de cada mês, considerando como completa, todo o processo, incluindo todos os encargos sociais, provisão de férias, provisão de 13° salário, e folha de líquidos através de remessa bancária;

Deverá ser respeitado o dia de pagamento do salário de acordo com a legislação trabalhista, até o 5° dia útil do mês seguinte, é terminantemente proibido efetuar o pagamento dos salários dentro do mês de competência;

As folhas de pagamentos com os respectivos encargos sociais, comprovantes de pagamentos e provisões deverá ser arquivada impressa ou eletronicamente;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

As informações para a contabilidade deverão ser liberadas até o 2° dia útil de cada mês, a qual será realizada via sistema Protheus.

Princípios Básicos para Férias

As férias deverão ser geradas até o dia 20, seguindo a programação anual previamente definida;

O gestor imediato terá o período de dez meses subsequentes à data em que o colaborador tiver adquirido o direito de férias para conceder o referido período de gozo;

A programação de férias é realizada anualmente no mês de junho. Nesta programação o colaborador poderá optar pelos meses de seu interesse (três opções), respeitando os meses limites informados na programação (após completar o período aquisitivo e dentro dos dez meses, posterior a aquisição do período aquisitivo). Porém, caberá ao gestor avaliar e definir tal possibilidade, conforme as necessidades e critérios do INDSH e do setor, respeitando o limite estabelecido por lei;

Para que o colaborador possa se organizar, o período de férias será informado após conclusão da programação anual de férias de cada setor, sendo encaminhado, anualmente, para ciência e assinatura até o dia 1º de julho, ou outra data definida pelo Departamento Pessoal da Sede;

Para o período de férias o colaborador receberá o valor do seu salário do mês subsequente mais o adicional correspondente a 1/3 deste salário, o qual será depositado em conta salário em até 2 (dois) dias úteis de antecedência da data de início das férias. Caberá o colaborador comparecer ao Departamento de Administração de Pessoal nesta data, munido de sua CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social, para a assinatura e recibo de férias e as para atualizar as informações na CTPS.

Princípios Básicos para DIRF

A DIRF será gerada pela Sede Administrativa e enviada as Unidades para conferência e eventuais correções;

Deverá respeitar o calendário anual da Receita Federal.

Princípios Básicos para RAIS

A RAIS será gerada e processada pela Sede Administrativa e enviada as Unidades, para conferência e eventuais correções;

Respeitando o calendário anual do Ministério do Trabalho.

Princípios Básicos para Pareceres Jurídicos/Reclamações Trabalhistas e Ofícios/Notificações

Havendo necessidade de parecer sobre eventuais assuntos de maior complexidade pertinentes a gestão de pessoas, o assunto será encaminhado para o departamento de administração de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

pessoal da Sede administrativa, responsável em responder ou direcionar ao jurídico quando julgar necessário;

Ofícios, Notificações ou Autuações sejam Sindicais, ou Ministério do Trabalho deverão ser direcionados ao Departamento. de administração de pessoal da sede administrativa, para análise e estratégia de defesa, alinhado a documentação, esclarecimentos administrativos e de gestão, o processo será encaminhado ao jurídico para defesa, quando for o caso;

Reclamações trabalhistas deverão ser enviadas imediatamente ao Departamento de Pessoal da Sede administrativa, no assunto deverá constar da seguinte forma: RT. (nome da Unidade) – (Nome do reclamante) – Data da audiência: _____/_____/_____;

A Departamento de Administração de Pessoal será o responsável em dar o suporte necessário a Unidade para juntada de documentos, relatório com as explicações e envio de toda a documentação e RT para o Jurídico;

A Unidade deverá manter controle de todos os Ofícios, Notificações, RT e autuações com os respectivos relatórios explicativos, relação da documentação enviada, respostas aos Ofícios, cópia das defesas e orientações do Departamento. Pessoal da Sede ou do Jurídico.

Princípios Básicos Processos Diversos de Gestão de Pessoas

Considerando que a gestão de pessoas sofre inúmeras situações adversas e atípicas, por lidar com a principal ferramenta de trabalho que são pessoas;

Considerando a obrigatoriedade de garantir o cumprimento da legislação trabalhista e previdenciária, é de suma importância que algumas situações sejam conceituadas e norteadas nesta política, mitigando do passivo trabalhista, abaixo mencionamos algumas que consideramos como principais:

a) Aplicação de salário substituição: O salário substituição é devido quando um colaborador for designado a ocupar interinamente o cargo de outro colaborador em toda sua amplitude e responsabilidade.

"Art. 450 - Ao empregado chamado a ocupar, em comissão, interinamente, ou em substituição eventual ou temporária, cargo diverso do que exercer na empresa, será garantida a contagem do tempo naquele serviço, bem como volta ao cargo anterior."

Conforme preceitua a Súmula nº 159 do TST, o empregado substituto fará jus ao salário contratual do substituído, enquanto tiver duração a substituição, desde que não seja esta meramente eventual.

"SUM-159 SUBSTITUIÇÃO DE CARÁTER NÃO EVENTUAL E VACÂNCIA DO CARGO (incorporada a Orientação Jurisprudencial nº 112 da SBDI-1) - Res. 129/2005, DJ 20, 22 e 25.04.2005 I - Enquanto perdurar a substituição que não tenha caráter meramente eventual, inclusive nas férias, o empregado substituto fará jus ao salário contratual do substituído."

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E
Página 1 de 4

A legislação trabalhista não fixou o prazo que deverá ter a substituição. O empregado substituto, qualquer que seja o tempo em que estiver ocupando o lugar do titular do cargo em questão, não chegará a obter a efetividade neste cargo.

SUBSTITUIÇÃO: Quando se fala em substituição, pressupõe-se que substituto e substituído trabalham simultaneamente na empresa e que ambos retornarão a seus respectivos cargos ao final do prazo combinado.

MERAMENTE EVENTUAL: A substituição eventual é aquela ocorrida por uma tarde, quando o titular necessitar se ausentar por motivos pessoais. (neste caso não cabe o salário substituição)

NÃO EVENTUAL: A substituição não eventual é aquela em que o titular está de férias ou afastado pela Previdência Social por motivo de doença.

Conforme entendimentos do TST, vago o cargo em definitivo, o empregado que passar a ocupá-lo não possui garantia de perceber o salário igual ao do antecessor (Súmula nº 159, II).

Da aplicação no INDSH:

O pagamento do Salário Substituição, respeitará os seguintes critérios:

A real necessidade da substituição;

Cargos de Direção/Gerência somente com a autorização da Diretoria de Operações;

Demais funções somente se o empregado for substituir integralmente o papel do substituto, inclusive assinar e se responsabilizar pela atividade, acúmulo de função não caracteriza salário substituição.

Deverá ter aditivo contratual;

b) Sansões disciplinares: Ao empregador é dado o direito disciplinador, tal direito deve respeitar o art. 482 da CLT, respeitando os requisitos básicos para que configure:

Legalidade – Tem que estar prefixado na lei

Atualidade do ato faltoso – Aplicação imediata.

Gravidade do ato faltoso - Observar se o ato faltoso não permite mais a relação de trabalho entre as partes.

Proporcionalidade entre o ato faltoso e a punição recebida – Noção de justiça (bom senso). Não pode haver abuso de poder.

Singularidade (non bis in idem) – Duas punições pela mesma infração.

Desproporcionalidade entre o ato faltoso e a punição (rigor excessivo).

c) Transferências: Toda e qualquer proposta ou possibilidade de transferência deverá ser repassado ao Departamento de administração da Sede administrativa para análise e autorização da diretoria de operações;

Assinado por 1 pessoa: BANELO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

d) Alterações funcionais: Respeitar a Circular Normativa da Presidência n° 2;

e) Encargos Sociais: Respeitar a legislação vigente e os respectivos prazos de vencimentos, o Departamento pessoal da Unidade deverá manter em arquivo os comprovantes de pagamento junto com a folha de pagamento por competência;

f) Política de empréstimos: O INDSH não adota nenhum tipo de política de empréstimos aos seus colaboradores.

Princípios Básicos para a Demissão

As demissões deverão ocorrer até o dia 20 de cada mês, salvo pedido de demissão ou término de contrato que deverão ser informados com antecedência;

As demissões deverão ser acompanhadas de autorização ou avaliação de experiência;

Para a demissão o Departamento Pessoal deverá apontar horas extras, faltas, devolução de uniformes, crachás, etc. bloqueio no relógio de ponto do relógio de ponto, estabilidade, afastamentos, etc;

Deverá observar o prazo de pagamento das verbas rescisórias, respeitando o motivo da demissão;

O pagamento das verbas rescisórias deverá ocorrer um dia antes do prazo fatal;

O ASO demissional deverá ser entregue antes do prazo da efetivação do pagamento das verbas rescisórias, para análise de eventual problema de saúde do colaborador desligado, evitando assim riscos de cancelamento da demissão ou reintegração;

Em caso de retenção do Imposto de Renda, o DARF deverá ser gerado na ocasião do processo de rescisão;

A documentação, aqui subentendido, Termo de Rescisão de Contrato e demais documentos pertinentes, após assinada deverá ser arquivada com os demais documentos do prontuário, em envelope de papel pardo, com o nome do colaborador, admissão, demissão e nome da Unidade;

Todos os documentos pertinentes ao Departamento Pessoal deveram ser arquivados e guardados pelo prazo conforme previsto na legislação vigente.

As rotinas diárias, mensal e anual do Departamento Pessoal estão detalhadas nas Instruções de Trabalho do Setor que serão implantadas pela sede Administrativa.

Definição dos Critérios de Afastamento para férias

Após o primeiro ano de contrato, os colaboradores têm direito a férias de 30 dias corridos, conforme a legislação trabalhista vigente (CLT). A UPA pode adotar as seguintes diretrizes para o afastamento e organização das férias: Critérios para Afastamento:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Prioridade por antiguidade:** Os funcionários mais antigos (com mais tempo de contrato) podem ter prioridade na escolha das datas de férias.
- **Necessidade de cobertura de plantões:** A escala de férias será ajustada conforme a necessidade de manter a cobertura mínima de atendimento, considerando as especialidades e horários de pico.
- **Afastamentos por motivos de saúde ou licenças:** Qualquer funcionário que tenha afastamento por motivos médicos será reprogramado de acordo com o tempo perdido.
- **Período de Férias:** As férias podem ser divididas em até 3 períodos, conforme a necessidade e a concordância do colaborador.

Simulado de Férias - Exemplificando a Escala de Férias para um Ano

Abaixo está um exemplo de como pode ser organizado o **simulado de férias** para os colaboradores da Unidade após o primeiro ano de contrato. Supondo que a escala de trabalho seja composta por 12 colaboradores, e as férias sejam programadas durante 12 meses, respeitando a necessidade de cobertura:

Exemplo de Distribuição de Férias (12 Colaboradores - 12 Meses):

Mês	Colaborador A	Colaborador B	Colaborador C	Colaborador D	Colaborador E	Colaborador F	Colaborador G	Colaborador H	Colaborador I	Colaborador J	Colaborador K	Colaborador L
Janeiro	1 a 30 (Férias)	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-	-	-	-	-
Fevereiro	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-	-	-	-
Março	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-	-	-
Abril	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-	-

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Mês	Colaborador A	Colaborador B	Colaborador C	Colaborador D	Colaborador E	Colaborador F	Colaborador G	Colaborador H	Colaborador I	Colaborador J	Colaborador K	Colaborador L
Maio	-	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-
Junho	-	-	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-
Julho	-	-	-	-	-	-	1 a 30 (Férias)	1 a 30 (Férias)	-	-	-	-
Agosto	1 a 30 (Férias)	-	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-
Setembro	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-
Outubro	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-	-	-
Novembro	-	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-
Dezembro	-	-	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-	-	1 a 30 (Férias)	-	-

Nota:

- Cada célula da tabela representa o período de férias do colaborador correspondente, de acordo com o mês indicado.
- A tabela pode ser ajustada com base na quantidade de colaboradores e nas necessidades de cobertura da Unidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- O critério de **escala por antiguidade** pode ser aplicado para organizar quais colaboradores terão mais flexibilidade na escolha do período de férias.

Afastamento por Motivo de Saúde: Caso algum colaborador precise se afastar por motivo de saúde antes ou durante o período de férias, o mesmo poderá ter suas férias reagendadas de acordo com o tempo que faltar para completar os 30 dias de descanso.
Substituições e Plantões: É importante garantir que, mesmo com as férias, haja cobertura adequada para o atendimento na Unidade, especialmente em horários de pico. Os gestores podem precisar ajustar a escala de plantões ou recorrer a colaboradores temporários ou revezamentos entre os profissionais.
Revisão Anual: A escala de férias e os critérios de afastamento devem ser revisados anualmente, considerando a evolução da equipe e as mudanças nas demandas da Unidade.

Projeto para definição da Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes. Criação de Comissão Específica

Já apresentamos o SESMT no tópico de comissões.
Este projeto visa desenvolver e implementar uma política integrada de Segurança do Trabalho, um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e um programa de prevenção de acidentes, com a criação de uma comissão específica para assegurar a segurança e a saúde dos colaboradores. Essas ações são essenciais para promover um ambiente de trabalho seguro e saudável, prevenindo riscos ocupacionais e promovendo o bem-estar dos funcionários.

Membros:

- Presidente: Coordenador de Segurança do Trabalho, Médico do Trabalho ou coordenador técnico da unidade.
- Vice-presidente: Enfermeiro chefe ou representante do corpo clínico.
- Secretário: Técnico de Segurança do Trabalho ou profissional administrativo.
- Membros: Representantes dos setores de enfermagem, recepção, limpeza e serviços de apoio.

Objetivos do Projeto

1. **Estabelecer uma Política de Segurança do Trabalho**: Criar diretrizes claras para a proteção e segurança dos colaboradores.

2. **Implementar o PCMSO**: Monitorar a saúde ocupacional dos colaboradores, com exames e acompanhamento médico periódico.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

3. **Prevenir Acidentes de Trabalho**: Identificar e reduzir riscos através de práticas preventivas e da criação de uma comissão de segurança.

4. **Promover Educação e Capacitação**: Conscientizar e treinar os colaboradores sobre práticas seguras e prevenção de acidentes.

Frequência das Reuniões:

Mensalmente e sempre que ocorrer um acidente ou situação emergencial.

Estrutura do Projeto

1. Política de Segurança do Trabalho

- **Definição das Diretrizes de Segurança**: Estabelecer normas e procedimentos de segurança para a realização de todas as atividades da unidade, conforme as normas regulamentadoras (NRs) e a legislação vigente.
- **Identificação de Riscos**: Realizar uma análise preliminar de riscos para identificar e categorizar potenciais perigos e riscos ocupacionais específicos da unidade.
- **Compromisso da Liderança**: Garantir o apoio e o compromisso da gestão com a implementação da política de segurança e disseminar essa cultura para toda a equipe.
- **Monitoramento e Revisão**: Revisar e atualizar a política periodicamente, assegurando que continue eficaz e atualizada.

2. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)

- **Avaliação de Saúde Inicial**: Exames admissionais para avaliação da saúde dos novos colaboradores e identificação de riscos ocupacionais.
- **Exames Médicos Periódicos**: Programar exames médicos periódicos para todos os colaboradores, conforme exigido pela legislação.
- **Monitoramento da Saúde Ocupacional**: Acompanhamento de condições crônicas e monitoramento de qualquer alteração na saúde dos colaboradores que possa ter relação com o trabalho.
- **Ações de Prevenção e Promoção**: Promover campanhas de prevenção de doenças ocupacionais e atividades de conscientização sobre saúde no trabalho.
- **Registro e Análise de Dados de Saúde**: Documentação sistemática dos resultados dos exames médicos e análise de dados para identificar tendências de saúde ocupacional.

3. Programa de Prevenção de Acidentes

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Análise e Identificação de Riscos**: Identificar os riscos no ambiente de trabalho, priorizando áreas críticas.
- **Implementação de Medidas de Controle**: Desenvolver e aplicar controles de engenharia, administrativos, de proteção individual (EPIs) e treinamento para minimizar os riscos.
- **Comissão de Segurança e Prevenção de Acidentes**:
    - **Composição**: Comissão formada por representantes dos colaboradores e da direção, incluindo especialistas em segurança do trabalho.
    - **Reuniões Periódicas**: Encontros regulares para análise de incidentes, avaliação de condições de segurança e proposição de melhorias.
    - **Funções**: Responsável pela análise de acidentes, recomendação de ações preventivas, comunicação sobre segurança e orientação sobre normas.
- **Inspeções Regulares**: Realizar inspeções periódicas nas instalações para verificar a conformidade com as normas de segurança.

4. Capacitação e Conscientização dos Colaboradores

- **Programação de Treinamentos**: Definir um calendário de treinamentos sobre segurança, incluindo o uso correto de EPIs, prevenção de acidentes e ergonomia.
- **Sensibilização e Cultura de Segurança**: Promover palestras e campanhas sobre a importância da segurança e da saúde no ambiente de trabalho.
- **Simulações de Emergência**: Realizar simulações de situações de emergência, como evacuações e primeiros socorros, para preparar os colaboradores para respostas seguras e ágeis.
- **Monitoramento de Participação**: Controlar a adesão aos treinamentos e conscientizações, assegurando que todos os colaboradores recebam a formação adequada.

Implementação do Projeto

1. **Fase de Diagnóstico**: Levantamento de dados sobre riscos ocupacionais, condições de saúde dos colaboradores e cultura de segurança atual.
2. **Planejamento das Ações**: Definição do escopo das atividades do PCMSO e do programa de prevenção de acidentes, conforme as diretrizes da nova política de segurança.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

3. **Formação da Comissão de Segurança**: Seleção dos membros, definição de suas responsabilidades e realização das primeiras reuniões para planejamento e implantação de ações.

4. **Treinamento e Capacitação Inicial**: Realização dos primeiros treinamentos para todos os colaboradores, com instruções sobre práticas seguras, uso de EPIs e procedimentos de emergência.

5. **Implementação do Monitoramento**: Estabelecimento de controles para monitoramento contínuo da saúde ocupacional e da segurança no ambiente de trabalho.

Benefícios Esperados

- **Redução de Acidentes de Trabalho**: Com a adoção de práticas seguras e identificação contínua de riscos.
- **Melhoria da Saúde Ocupacional**: Exames e monitoramento de saúde que permitem prevenir e detectar precocemente condições ocupacionais.
- **Engajamento dos Colaboradores**: Conscientização e comprometimento com a segurança, fortalecendo a cultura de prevenção.
- **Eficiência Operacional**: Redução de afastamentos, incidentes e interrupções, promovendo um ambiente de trabalho seguro e produtivo.

Avaliação e Revisão Contínua

1. **Indicadores de Segurança e Saúde**: Avaliação de indicadores, como número de acidentes, absenteísmo e índices de incidentes, para análise dos resultados da política de segurança.

2. **Revisão de Processos**: Revisão periódica da política, do PCMSO e dos procedimentos de prevenção de acidentes para incorporação de melhorias.

3. **Feedback dos Colaboradores**: Coleta de feedback dos colaboradores e da comissão para ajustes e aprimoramento das práticas e da política de segurança.

A implantação dessa política integrada, com o apoio do PCMSO e do programa de prevenção de acidentes, promove um ambiente de trabalho mais seguro e saudável, além de valorizar a vida e a saúde dos colaboradores, gerando um impacto positivo na organização e na qualidade do atendimento prestado.

Cronograma de Atividade Anual

Assinado por 1 pessoa: DANILO CAVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Mês	Atividade Comissão Segurança no Trabalho	Atividade Comissão Prevenção de Acidentes
Janeiro	Elaboração do plano anual de segurança no trabalho.	Avaliação dos registros de acidentes do ano anterior.
Fevereiro	Inspeção inicial das condições de segurança.	Campanha sobre uso correto de EPIs.
Março	Treinamento sobre conhecimento seguro de materiais.	Simulação de evacuação em caso de incêndio.
Abril	Revisão dos protocolos de segurança no trabalho.	Investigação de incidentes e análise de causas.
Maio	Auditoria das condições de EPIs e EPCs.	Palestra sobre ergonomia e prevenção de acidentes.
Junho	Campanha educativa sobre segurança química.	Reunião de avaliação semestral de acidentes.
Julho	Atualização do PPRA e PCMSO.	Simulação de emergência clínica.
Agosto	Inspeção nas áreas de risco crítico.	Treinamento sobre primeiros socorros.
Setembro	Revisão dos protocolos de segurança biológica.	Avaliação dos indicadores de incidentes.
Outubro	Workshop sobre saúde mental no ambiente de trabalho.	Simulação de controle de vazamento de produtos químicos.
Novembro	Planejamento das ações para o próximo ano.	Revisão das metas de redução de acidentes.
Dezembro	Relatório anual de atividades e resultados.	Apresentação do relatório anual de acidentes.

1.3 Dimensionamento de Recursos Humanos

Apresentamos em anexo o Organograma e o Quadro de Profissionais que serão contratados para desenvolvimento de todas as ações propostas no Plano de Trabalho, dimensionados por setor de atuação, contendo, carga horária, forma de contratação e salário conforme o perfil da Unidade.

Proposta de Educação Permanente em Saúde/ Capacitação das Equipes

Assinado por 1 pessoa: DANILO CAVALCANTE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Proposta de Educação Permanente em Saúde

A padronização de Educação Permanente nas Unidades de Saúde é vital para assegurar a qualidade, eficiência e segurança. Este processo geralmente envolve a implementação de práticas, políticas e procedimentos consistentes em toda a instituição, focados em promover uma aprendizagem contínua e o desenvolvimento profissional dos colaboradores.

O Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano, visando contribuir para a transformação e qualificação, busca através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) uma iniciativa do Ministério da Saúde, integrar ações para o Núcleo de Educação Permanente no campo de gestão e estabelece as formas de atuação, sendo o Núcleo e o Serviço de apoio.

Núcleo de Educação Permanente (NEP)

O NEP nas Unidades sob gestão do INDSH, está previsto como parte da configuração organizacional necessária para o atendimento das demandas de ações e serviços, que contribui para o aprimoramento profissional, melhorando a qualidade da atenção e assistência à saúde prestada ao usuário, considerando as diretrizes e estratégias da Portaria nº 278/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2014.

Atuação distribuída nos seguintes eixos:

- **Continuada:** voltada para a equipe multidisciplinar, com o objetivo de manter os profissionais atualizados em relação aos avanços e mudanças, priorizando as necessidades identificadas pelas equipes no processo assistencial;
- **Permanente:** conceito amplo com múltiplas abordagens de aprendizado, enfoque interdisciplinar;
- **Corporativa:** desenvolver e educar os profissionais na cultura organizacional, pautada em viabilizar estratégias, competências e indicadores.

Composição do Núcleo de Educação Permanente:

Responsável pelo Núcleo de Educação Permanente: responsável por liderar e coordenar as atividades do núcleo, bem como, planejar as estratégias educacionais. Em alguns casos, essa responsabilidade pode ser acumulada pelo profissional de Recursos Humanos.
Secretário(a): Organizar os documentos do NEP, manter controle dos prazos que devam ser examinados nas reuniões, lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata;
Recursos Humanos: Contribuir com a seleção e capacitação de colaboradores, além de auxiliar na gestão de competências e no desenvolvimento de planos de carreira;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Setor de Segurança do Paciente e Qualidade e SCIH: Enfermeiro(a), apoiar e fortalecer o NEP nos processos de educação e desenvolvimento dos profissionais na instituição. Identificar as necessidades e propor ações de EPS da equipe multiprofissional na temática vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, controle de infecção relacionada à assistência à saúde e segurança do paciente. Acolher as experiências vivenciadas na rotina de trabalho assistencial e suas particularidades, objetivando a construção de estratégias resolutivas;

Área Médica e seus Representantes: Desenvolver o novo modo de pensar-fazer crítico-reflexivo, comprometido com a busca constante de crescimento pessoal e profissional, contribuindo com ações que permitam superar o enfoque centrado na assistência, direcionando-o para a integralidade de atenção à saúde, promovendo ações de vigilância e promoção à saúde;

Área Administrativa e seus Representantes: Promover espaços de discussão sobre os processos de trabalho a partir da lógica da Educação Permanente, tornando o espaço também de aprendizagem. Transformar as práticas e processos de trabalho, tendo como centralidade o usuário e o desenvolvimento de um novo modo de pensar-fazer que promova mudanças culturais no ambiente organizacional.

Área de setores de apoio: Engenharia clínica e predial, farmácia, nutrição e higienização, zelar pelo cumprimento das normas e padrões estabelecidos pela NEP, acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde, apoiar os profissionais em seus processos de trabalho e monitorar indicadores e apresentar os resultados em conjunto com NEP.

Reuniões

O Comitê se reunirá regularmente uma vez por mês, com a presença mínima de quatro membros titulares, para discutir e propor questões relacionadas às suas atribuições. As discussões serão registradas em ata, e haverá a participação da diretoria da unidade para contribuir com insights e decisões.

Plano de Treinamentos - Avaliação de necessidades

Realizar uma análise detalhada das necessidades de aprendizagem;

Identificar lacunas de habilidades, áreas de melhoria e objetivos de desenvolvimento.

Planejamento estratégico

Estabelecer metas claras e mensuráveis para a educação permanente;

Desenvolver um plano estratégico que inclua objetivos de curto, médio e longo prazo;

Determinar os recursos necessários, incluindo orçamento, pessoal e materiais de aprendizagem.

Desenvolvimento de programas

Projetar programas de aprendizagem que abordem as necessidades identificadas;

Utilizar uma variedade de métodos de ensino, como workshops, treinamentos, cursos online, mentorias, entre outros;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Incluir atividades práticas e oportunidades de aprendizagem experiencial sempre que possível.

Implementação

Executar os programas de acordo com o plano estratégico estabelecido;

Garantir que todos os recursos necessários estejam disponíveis e que os participantes estejam informados sobre os detalhes do programa;

Avaliação e feedback

Coletar feedback dos participantes e instrutores após a conclusão de cada programa;

Avaliar o progresso em relação às metas estabelecidas;

Identificar áreas de sucesso e oportunidades de melhoria.

Adaptação e melhoria contínua

Com base nos resultados da avaliação, ajustar os programas existentes e desenvolver novos programas conforme necessário.

Adaptar mudanças nas necessidades do público-alvo e no ambiente de aprendizagem.

Promoção da cultura de aprendizagem contínua

Incentivar uma cultura organizacional que valorize a aprendizagem contínua e o desenvolvimento profissional;

Oferecer suporte e recursos para que os funcionários continuem a desenvolver suas habilidades ao longo do tempo.

Monitoramento e acompanhamento

Estabelecer sistemas para monitorar o progresso dos participantes após a conclusão dos programas.

Fornecer oportunidades adicionais de aprendizagem e desenvolvimento conforme necessário.

Disposições Gerais

Esse projeto entrará em vigor após aprovação da direção geral do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano, lavrado em ata.

Capacitação das Equipes

A educação permanente em saúde é uma estratégia fundamental para garantir a capacitação contínua das equipes em unidades de saúde. Ela se baseia no aprendizado cotidiano, integrando

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

teoria e prática para aprimorar competências, adaptar-se às mudanças nas demandas de saúde e oferecer um cuidado mais avançado e humanizado aos pacientes.

Objetivos da Educação Permanente em Saúde

- **Atualizar conhecimentos e habilidades:** Capacitar os profissionais com base nas mais recentes evidências científicas e diretrizes de cuidado.
- **Fortalecer o trabalho em equipe:** Promover a integração e o alinhamento entre os diferentes profissionais, fortalecendo o cuidado interdisciplinar.
- **Melhorar a qualidade da assistência:** Garantir que as práticas vigentes estejam alinhadas às necessidades dos usuários e às políticas públicas de saúde.
- **Apoiar a resolutividade dos serviços:** Desenvolver competências que aumentem a capacidade de resposta da unidade às demandas do território.

A capacitação das equipes por meio da educação permanente em saúde é um investimento indispensável para o fortalecimento das unidades de saúde. Ela garante não apenas a atualização técnica, mas também a integração e o desenvolvimento humano dos profissionais, refletindo diretamente na qualidade da atenção prestada à população.

Estratégias de Capacitação

1. **Identificação de Necessidades de Aprendizado:**
   - Realizar diagnóstico participativo com as equipes para identificar lacunas de conhecimento e áreas prioritárias de capacitação.
2. **Metodologias Ativas de Aprendizagem:**
   - Utilizar métodos que valorizem a troca de experiências, como estudos de caso, práticas de oficinas, simulações e discussões em grupo.
3. **Programação Regular de Treinamentos:**
   - Planejar capacitações contínuas, como cursos, palestras e jornadas de saúde, adaptadas à rotina dos profissionais e às demandas emergentes.
4. **Uso de Ferramentas Tecnológicas:**
   - Implementar plataformas de ensino a distância, aplicativos e materiais digitais que facilitem o acesso ao conteúdo e ampliem as oportunidades de aprendizado.
5. **Integração com as Políticas de Saúde:**
   - Alinhar os conteúdos das capacitações às prioridades das Redes de Atenção à Saúde e aos princípios do SUS, reforçando o compromisso com a equidade e a integralidade do cuidado.

Impacto da Educação Permanente em Saúde

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Aumento da eficiência e eficácia:** Profissionais capacitados eliminaram erros, melhoraram os processos e conseguiram maior satisfação aos usuários.
- **Promoção da motivação e do engajamento:** A capacitação contínua valoriza os trabalhadores, promovendo um ambiente de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.
- **Aprimoramento do atendimento:** Os pacientes se beneficiam de uma assistência mais desenvolvida, centrada nas suas necessidades e conduzida por equipes bem-preparadas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 278/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2014.
Disponível em:
Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.

Pineaul, R. Compreendendo o sistema de Saúde para um Melhor Gestão .Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS – Volume 2. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/SistemaSaudeGestao.pdf.

Cronograma de Implantação:

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE												
AÇÕES	MÊS EXECUÇÃO											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Contratações de Profissional do NEP (Conforme perfil da Unidade)												
Treinamento Dos Profissionais de Acordo com a Política do NEP do INDSH												
Nomeação dos membros da Comissão de Educação Permanente - CEP												
Realização das Reuniões com os Membros do CEP												
Capacitação dos Profissionais sobre os Procedimento de Levantamento de Necessidade de Treinamento do INDSH												
Execução do Levantamento de Necessidade de Treinamentos												
Planejamento e Execução do Plano Anual de Treinamentos - PAT												
Execução de treinamentos conforme PAT												
Participar ativamente da Integração de novos colaboradores na Unidade												

Proposta de Termo de Referência para desenvolvimento de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da Unidade

Introdução

A padronização de Educação Permanente nas Unidades de Saúde é vital para assegurar a qualidade, eficiência e segurança. Este processo geralmente envolve a implementação de práticas, políticas e procedimentos consistentes em toda a instituição, focados em promover uma aprendizagem contínua e o desenvolvimento profissional dos colaboradores.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano, visando contribuir para a transformação e qualificação, busca através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) uma iniciativa do Ministério da Saúde, integrar ações para o Núcleo de Educação Permanente no campo de gestão e estabelece as formas de atuação, sendo o Núcleo e o Serviço de apoio.

Núcleo de Educação Permanente (NEP)

O NEP nas Unidades sob gestão do INDSH, está previsto como parte da configuração organizacional necessária para o atendimento das demandas de ações e serviços, que contribui para o aprimoramento profissional, melhorando a qualidade da atenção e assistência à saúde prestada ao usuário, considerando as diretrizes e estratégias da Portaria nº 278/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2014.

Atuação distribuída nos seguintes eixos:

- **Continuada:** voltada para a equipe multidisciplinar, com o objetivo de manter os profissionais atualizados em relação aos avanços e mudanças, priorizando as necessidades identificadas pelas equipes no processo assistencial;
- **Permanente:** conceito amplo com múltiplas abordagens de aprendizado, enfoque interdisciplinar;
- **Corporativa:** desenvolver e educar os profissionais na cultura organizacional, pautada em viabilizar estratégias, competências e indicadores.

Composição do Núcleo de Educação Permanente (NEP):

Responsável pelo Núcleo de Educação Permanente: responsável por liderar e coordenar as atividades do núcleo, bem como, planejar as estratégias educacionais. Em alguns casos, essa responsabilidade pode ser acumulada pelo profissional de Recursos Humanos;

Secretário(a): Organizar os documentos do NEP, manter controle dos prazos que devam ser examinados nas reuniões, lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata;

Recursos Humanos: Contribuir com a seleção e capacitação de colaboradores, além de auxiliar na gestão de competências e no desenvolvimento de planos de carreira;

Setor de Segurança do Paciente e Qualidade e SCIH: Enfermeiro(a), apoiar e fortalecer o NEP nos processos de educação e desenvolvimento dos profissionais na instituição. Identificar as necessidades e propor ações de EPS da equipe multiprofissional na temática vigilância

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

epidemiológica, vigilância ambiental, controle de infecção relacionada à assistência à saúde e segurança do paciente. Acolher as experiências vivenciadas na rotina de trabalho assistencial e suas particularidades, objetivando a construção de estratégias resolutivas;

Área Médica e seus Representantes: Desenvolver o novo modo de pensar-fazer crítico-reflexivo, comprometido com a busca constante de crescimento pessoal e profissional, contribuindo com ações que permitam superar o enfoque centrado na assistência, direcionando-o para a integralidade de atenção à saúde, promovendo ações de vigilância e promoção à saúde;

Área Administrativa e seus Representantes: Promover espaços de discussão sobre os processos de trabalho a partir da lógica da Educação Permanente, tornando o espaço também de aprendizagem. Transformar as práticas e processos de trabalho, tendo como centralidade o usuário e o desenvolvimento de um novo modo de pensar-fazer que promova mudanças culturais no ambiente organizacional.

Área de setores de apoio: Engenharia clínica e predial, farmácia, nutrição e higienização, zelar pelo cumprimento das normas e padrões estabelecidos pela NEP, acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde, apoiar os profissionais em seus processos de trabalho e monitorar indicadores e apresentar os resultados em conjunto com NEP.

Reuniões

O Comitê se reunirá regularmente uma vez por mês, com a presença mínima de quatro membros titulares, para discutir e propor questões relacionadas às suas atribuições. As discussões serão registradas em ata, e haverá a participação da diretoria da unidade para contribuir com insights e decisões.

Plano de Treinamentos - Avaliação de necessidades

Realizar uma análise detalhada das necessidades de aprendizagem;
Identificar lacunas de habilidades, áreas de melhoria e objetivos de desenvolvimento.

Planejamento estratégico

Estabelecer metas claras e mensuráveis para a educação permanente;
Desenvolver um plano estratégico que inclua objetivos de curto, médio e longo prazo;
Determinar os recursos necessários, incluindo orçamento, pessoal e materiais de aprendizagem.

Desenvolvimento de programas

Projetar programas de aprendizagem que abordem as necessidades identificadas;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Utilizar uma variedade de métodos de ensino, como workshops, treinamentos, cursos online, mentorias, entre outros;
Incluir atividades práticas e oportunidades de aprendizagem experiencial sempre que possível.

Implementação

Executar os programas de acordo com o plano estratégico estabelecido;
Garantir que todos os recursos necessários estejam disponíveis e que os participantes estejam informados sobre os detalhes do programa;

Avaliação e feedback

Coletar feedback dos participantes e instrutores após a conclusão de cada programa;
Avaliar o progresso em relação às metas estabelecidas;
Identificar áreas de sucesso e oportunidades de melhoria.

Adaptação e melhoria contínua

Com base nos resultados da avaliação, ajustar os programas existentes e desenvolver novos programas conforme necessário;
Adaptar mudanças nas necessidades do público-alvo e no ambiente de aprendizagem.

Promoção da cultura de aprendizagem contínua

Incentivar uma cultura organizacional que valorize a aprendizagem contínua e o desenvolvimento profissional;
Oferecer suporte e recursos para que os funcionários continuem a desenvolver suas habilidades ao longo do tempo.

Monitoramento e acompanhamento

Estabelecer sistemas para monitorar o progresso dos participantes após a conclusão dos programas;
Fornece oportunidades adicionais de aprendizagem e desenvolvimento conforme necessário.

Disposições Gerais

Esse projeto entrará em vigor após aprovação da direção geral do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano, lavrado em ata.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 278/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2014.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Disponível em:
Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.

Pineaul, R. Compreendendo o sistema de Saúde para um Melhor Gestão .Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS – Volume 2. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/SistemaSaudeGestao.pdf.

Cronograma de Implantação:

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE												
AÇÕES	MÊS EXECUÇÃO											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Contratações de Profissional do NEP (Conforme perfil da Unidade)												
Treinamento Dos Profissionais de Acordo com a Política do NEP do INDSH												
Nomeação dos membros da Comissão de Educação Permanente - CEP												
Realização das Reuniões com os Membros do CEP												
Capacitação dos Profissionais sobre os Procedimento de Levantamento de Necessidade de Treinamento do INDSH												
Execução do Levantamento de Necessidade de Treinamentos												
Planejamento e Execução do Plano Anual de Treinamentos - PAT												
Execução de treinamentos conforme PAT												
Participar ativamente da Integração de novos colaboradores na Unidade												

1.4 Organização dos Serviços Administrativos

Normas para o funcionamento do Serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas definidas, as áreas de abrangência, horário e equipe mínima e salários

Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional da Unidade foi apresentada no organograma já detalhado neste projeto.

Os recursos humanos e salários deste setor estão descritos na planilha de recursos humanos que será apresentada nos anexos desta proposta.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Os colaboradores possuem vínculo de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e cumprem uma carga horária de 220 horas mensais, com jornada de segunda a sexta-feira.

Administração Geral

As normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral de uma Unidade de Pronto Atendimento podem variar de acordo com a legislação e regulamentações específicas da região onde a UPA está localizada. No entanto, geralmente, algumas diretrizes comuns podem incluir:

Regulamentação Legal:

Cumprimento de todas as leis, regulamentos e normas relevantes relacionadas à saúde, segurança, trabalho e funcionamento de serviços de saúde.

Gestão Administrativa:

Estabelecimento de uma estrutura organizacional clara, com definição de responsabilidades e autoridades para cada função administrativa.

Desenvolvimento de políticas e procedimentos operacionais padrão para garantir o bom funcionamento de todos os departamentos e serviços da UPA.

Manutenção de registros precisos e atualizados relacionados ao pessoal, finanças, suprimentos, pacientes e outras áreas relevantes.

Recursos Humanos:

Contratação de pessoal qualificado e treinado para atender às necessidades administrativas da UPA.

Desenvolvimento e implementação de programas de treinamento e desenvolvimento profissional para o pessoal administrativo.

Cumprimento das leis trabalhistas, incluindo regulamentações sobre horas de trabalho, salários, segurança no trabalho e direitos dos funcionários.

Gestão Financeira:

Elaboração e monitoramento de orçamentos anuais para garantir o uso eficiente e eficaz dos recursos financeiros da UPA.

Controle rigoroso das despesas, faturamento e cobranças, garantindo conformidade com os regulamentos governamentais e os padrões éticos.

Manutenção de registros financeiros precisos e transparentes, sujeitos a auditorias regulares.

Gestão de Suprimentos e Equipamentos:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Estabelecimento de sistemas eficazes de aquisição, armazenamento e distribuição de suprimentos médicos e equipamentos.
Manutenção de inventários atualizados de todos os suprimentos e equipamentos, monitorando os níveis de estoque e garantindo a reposição oportuna.
Garantia da conformidade com os padrões de segurança e regulamentações aplicáveis para todos os equipamentos médicos e instalações da UPA.

Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente:
Implementação de programas de garantia de qualidade e melhoria contínua para monitorar e melhorar os processos administrativos e operacionais.
Adoção de práticas de segurança do paciente e medidas de prevenção de infecções para garantir a segurança e o bem-estar dos pacientes atendidos pela UPA.
Manutenção de registros precisos de incidentes, reclamações e eventos adversos, com análise e ações corretivas apropriadas.

Diretoria Geral da Unidade
É a autoridade funcional da Unidade, responsável pelo cumprimento das obrigações e metas previamente definidos em contrato, bem como pela implantação das diretrizes e políticas de gestão da Unidade. Compete à Diretoria Geral cumprir e fazer cumprir o Manual de Gestão do serviço.

Horário de funcionamento
De segunda à sexta feira das 8h às 18h.

Conselho de Administração
O Conselho de Administração deve ser composto conforme Art. 7º do Decreto nº 1645-R de 27/03/2006 que regulamenta a Lei Complementar nº 158, de 01/07/1999 no tocante às Organizações Sociais. O Dirigente máximo da entidade deve participar das reuniões do Conselho, sem direito a voto.

O Conselho deve reunir-se ordinariamente, no mínimo, três vezes a cada ano e extraordinariamente, a qualquer tempo.

Diretorias da Unidade, Assessorias e Comissões

Diretoria Geral Da Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Cumprir e Executar todas as determinações do Manual de Gestão Hospitalar, as Políticas Sociais, Econômicas, Financeiras, Gestão de Pessoas e Gestão da Qualidade da Unidade. A Diretoria Geral deve fazer com que a Unidade execute seus trabalhos sempre visando o atendimento das exigências dispostas no Contrato de Gestão, assim como as legislações pertinentes a atividade da saúde.

Áreas em que estão subordinadas a sua diretoria

Qualidade

A Assessoria da Qualidade deve interagir com as diversas áreas e categorias da Unidade, visando ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pela Unidade, baseado em padrões de qualidade determinados pelo Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar – ONA.

Serviço do Núcleo de Educação Permanente

Este Serviço deve interagir com as diversas áreas e categorias da Unidade, visando à educação permanente que está subordinada diretamente a Direção Geral, obedecendo sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta instituição, o Manual de Gestão. É o serviço que busca experiências educativas no local de trabalho, de forma contínua e planejada na busca do aprimoramento do colaborador, desde o recrutamento até o desligamento do mesmo.

Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU

Serviço subordinado diretamente à Diretoria Geral, sendo responsável pela captação de informações dos usuários sobre os serviços prestados pela Unidade. O SAU deve estabelecer um contato intenso com os usuários, abrindo espaço para que os mesmos realizem reclamações e sugestões, para que diante destes relatos os responsáveis possam tomar medidas corretivas, almejando sempre atender as necessidades do cliente/usuário.

Gerência administrativa financeira

Cumprir e executar todas as determinações do Manual de Gestão, substituir o Diretor Geral em seus impedimentos, dentro dos limites de delegação fixados. Preparar o expediente, as informações diárias e mensais e compilar os dados de que o Diretor Geral necessite para a tomada de decisões.

Áreas em que estão subordinadas a sua diretoria

Setor de Recrutamento e Seleção

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos da Unidade. Sua

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

participação e a aplicação estão diretamente ligadas ao recrutamento e seleção de pessoas, considerando sempre as necessidades organizacionais para captação de profissionais com competências mais adequadas ao exercício de determinada função na Unidade.

Setor de Departamento de Pessoal

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos da Unidade. Cuida exclusivamente das admissões, do pagamento e das demissões da mão-de-obra da Unidade, de acordo com a legislação trabalhista vigente.

Setor Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina de Trabalho (SESMT)

Este setor tem a finalidade de promover saúde e segurança ao colaborador no local de trabalho, realizando um monitoramento contínuo sobre as condições e de como são desenvolvidas as atividades, podendo assim aplicar medidas de proteção aos colaboradores. Terá como responsáveis profissionais devidamente qualificados, subordinados diretamente a Gestão de Pessoas, seguindo Normativas Regulamentadoras pertinentes ao setor.

Setor Financeiro

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade. É responsável pela administração de recursos financeiros que tem por objetivo maximizar o valor da instituição e contribuir para a sua continuidade.

Setor Contabilidade e Custos

Este setor terá como responsável profissional contabilista qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos da Unidade. Responsável por todas as movimentações possíveis de mensuração monetária e por todos os coeficientes de rateio dos serviços, setores e produtos comuns a toda Unidade, que registrados contabilmente, em seguida, em forma de relatórios (demonstrações financeiras), demonstrarão o resultado econômico decorrente da gestão da riqueza patrimonial, subsidiando os gestores com informações úteis.

Serviço de Coordenação de Logística

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade. Coordenará todos os materiais que são entendidos como o conjunto de recursos não-humanos e não-financeiros, que engloba, portanto, materiais de consumo,

Assinado por 2 pessoas: BANILO CARVALHO OLIVEIRA e JOSE CARLOS RIZOLI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

matérias-primas, medicamentos, gêneros alimentícios, oxigênio, materiais importados, produtos em trânsitos, produtos em processos, produtos acabados, materiais auxiliares, consignações e até ativos fixos, envolvendo assim todos os recursos patrimoniais conforme processo monitorado pela Central de Suprimentos.

Setor de Compras

Este setor terá como responsável profissional qualificado, diretamente subordinado a Coordenação de Logística, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade. Este setor é responsável por todas as compras realizadas pela instituição, trabalhando parceria com a Central de Compras da INDSH. O setor de Compras deve desenvolver suas atividades acompanhando instruções de trabalho e a lista de padronização elaborada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, adotando a metodologia da curva ABC, além de aplicar critérios de qualificação dos fornecedores, visando sempre à aquisição do produto mais adequado, com o menor preço.

Setor de Almoxarifado

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Coordenação de Logística, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade. O Almoxarifado tem a função de conferir a coerência e integridade de todos os suprimentos adquiridos pela Unidade, assim como exercer o correto armazenamento, conforme legislações pertinentes, e dispensar os mesmos de forma eficaz. O Almoxarifado deve manter um contado direto com o setor de compras para a contínua troca de informações, visando garantir o correto abastecimento da Unidade, assim como avaliar o desempenho dos fornecedores.

Setor de Farmácia

Este setor terá como responsável profissional farmacêutico qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade. Atuará como um importante centro de distribuição e controle de medicações, bem como a prevenção e acompanhamentos de reações adversas com interação expressa com o corpo clínico da Unidade e SCIH/CCIH, adotando mecanismos que garantam a rastreabilidade e integridade dos mesmos, além de atender a demanda dos serviços assistenciais em tempo hábil.

Setor de Documentações, Contratos e Comissões

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O setor de documentações é subordinado à diretoria Administrativa Financeira, devendo auxiliar a diretoria em seus propósitos conforme solicitações, bem como gerenciar documentações legais e contratos da Instituição.

Setor do Faturamento

Este setor terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria Administrativa, estruturado para a plena consecução dos objetivos da Unidade, sua participação e a aplicação dos objetivos e metas a ser alcançadas é de extrema relevância no dia a dia da Unidade. O Faturamento é responsável pelo processamento das faturas da Unidade, tendo a finalidade de realizar o mapeamento e a consolidação das planilhas de produção para convertê-las em receitas, sob os valores da Tabela Unificada SUS.

Serviço de Gerência de Manutenção

Este setor terá como responsável profissional devidamente habilitado, subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade, sua participação e a aplicação dos objetivos e metas a ser alcançadas é de extrema relevância no dia a dia da Unidade. Responsável pela conservação de todos os equipamentos eletromecânicos, por meio de manutenções preventivas e corretivas, bem como garantir que a estrutura física da Unidade permaneça em perfeitas condições. Este setor deve interagir intensamente com o SCIH para a normatização de determinadas ações, conforme exigido pela ANVISA, assim como ao SESMT e SCIH/CCIH, visando trazer segurança aos colaboradores, durante os trabalhos em situações de risco.

Serviço de Coordenação em Nutrição e Dietética

Este setor terá como responsável profissional Nutricionista devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade. Responsável por avaliar e efetuar tratamento nutricional dos usuários da Unidade, em parceria com a equipe clínica, produzindo refeições e dietas e prescrevendo nutrientes para a melhor recuperação do usuário.

Serviço de Coordenação em Higienização / Limpeza e Processamento de Roupas

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade. Primará por uma gestão participativa, exercendo liderança com competência, ética e humanização.

Setor de Processamento de Roupas

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Setor subordinado diretamente a Coordenação de Higienização e Limpeza e Processamento de Roupas, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade, responsável coleta, pelo processamento de lavagem, abastecimento às unidades, pelo bom uso do enxoval e controle de baixas para utilização segura e eficaz do mesmo, interagindo sempre com as orientações do SCIH quanto à utilização de produtos de lavagem e a realização de emendas e costuras do sítio cirúrgico e demais recomendações.

Setor de Higiene e Limpeza

Setor subordinado diretamente a Coordenação de Higienização e Limpeza e Processamento de Roupas, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade. Responsável por primar pelo processamento de limpeza, pelo bom uso dos equipamentos e materiais, interagindo sempre com as orientações do SCIH quanto à utilização de produtos de limpeza. Manter a limpeza é um dos elementos primários e eficazes nas medidas de controle para romper a cadeia epidemiológica das infecções, pois está diretamente ligada à remoção da sujidade e contaminação dos artigos e das superfícies da Unidade.

Serviço Psicossocial

Serviço subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, é formado por profissionais Psicólogos e Assistentes Sociais devidamente habilitados, destinados a prestar assistência psicológica e social a usuários da Unidade, em uma abordagem educativa, respeitando os princípios éticos e técnicos da profissão é premissa básica deste serviço. Deve acompanhar e organizar os TFD's -Tratamento Fora Domicílio providenciando transporte, entre outras ações que visam o bem-estar dos mesmos conforme disposto em legislações pertinentes, onde suas atividades possuem participação fundamental na satisfação do usuário.

Serviço de Diagnóstico por Imagem

Serviço subordinado diretamente à Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade, formado por profissionais devidamente habilitados, este serviço é composto de Radiologia, devendo o responsável do setor, monitorar a realização dos exames, assim como buscar alternativas que viabilizem, legalmente, o cumprimento da demanda pré-estabelecida. Seus trabalhos devem ser realizados mediante solicitação de exames internos, bem como o atendimento dos usuários referenciados pela Central Regional de Regulação.

Serviço de Métodos Gráficos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Serviço subordinado diretamente à Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade, formado por profissionais devidamente habilitados, este serviço é composto de Holter, Mapa, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma e Ergometria, devendo o responsável do setor, monitorar a realização dos exames, assim como buscar alternativas que viabilizem, legalmente, o cumprimento da demanda pré-estabelecida. Seus trabalhos devem ser realizados mediante solicitação de exames internos, bem como o atendimento dos usuários referenciados pela Central Regional de Regulação.

Setor de Laboratório de Análises Clínicas

Este Serviço responderá diretamente à Diretoria de Apoio e SADT, sendo responsável pela coleta, processamento e emissão de exames a usuários internos e externos. O Laboratório deve desenvolver seus trabalhos em busca do atendimento das metas pré-estabelecidas no Contrato de Gestão, seguindo legislações e interações de processo pertinentes ao setor, de forma a garantir a qualidade dos serviços prestados. O serviço do Laboratório é terceirizado, celebrado por contrato entre pessoas jurídicas, registrado em cartório, em que fique garantido a Unidade o direito à fiscalização dos trabalhos.

Serviço de Gerência de Apoio

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade. Coordenará os serviços de Tecnologia da Informação, Serviço de Prontuário do Usuário, Recepções, Telefonia, Expediente, Segurança Patrimonial e Serviço Administrativo da Imagem e Métodos Gráficos.

Setor de Tecnologia da Informação

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, responsável pela gestão tecnológica da Instituição. Instrumentará como fonte de informações sobre os indicadores da Unidade, fornecendo dados importantes sobre a Instituição e apoiando o processo decisório e estratégico da gestão de apoio.

Recepções e Telefonia

Este setor é responsável por todo serviço de recepção da Unidade, onde se caracteriza por desenvolver, abrir a documentação necessária e passar informações direcionando corretamente os clientes internos e externos de forma que o cliente se sinta acolhido e com suas dúvidas esclarecidas, bem como estabelece um contato contínuo com a Central de Regional de Regulação, gerenciando o agendamento de consultas, exames e transferência de usuários. Seu

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

trabalho está diretamente subordinado à Gerência de Apoio, tendo participação ativa na satisfação do usuário, pelo fato de exercer o primeiro contato sobre os mesmos, proporcionando-os um atendimento humanizado.

Serviço de Prontuário do Usuário e Estatística

Setor diretamente subordinado a Gerência de Apoio, caracteriza-se por desenvolver metodologia que assegure o fluxo e guarda do prontuário do usuário, conforme legislações e normativas preconizadas, além da elaborar o Plano Estatístico da Unidade, descrevendo em números todas as movimentações e volume de serviços realizados no período.

Setor de Expediente

Setor diretamente subordinado a Gerência de Apoio, responsabiliza-se pelo recebimento, entrega e protocolo de documentos e correspondências, realização de fotocópias e encadernações e serviços de diligências externas ao ambiente hospitalar**.**

Setor de Segurança Patrimonial

Este serviço terá como responsável profissional devidamente qualificado, subordinado diretamente a Diretoria de Apoio e SADT, estruturado em quantas unidades forem necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade. É responsável por todos os controles de inclusão, transferência e baixa dos bens patrimoniais próprios e do Estado, pela vigilância e segurança deste patrimônio bem como da garantia da integridade física de colaboradores e usuários quando nas dependências da Unidade.

Diretoria / Gerencia de enfermagem

A Diretoria de Enfermagem da Unidade está ligada administrativamente ao Diretor Geral, estruturada em tantas unidades quantas necessárias para a plena consecução dos objetivos da Unidade, e responsável direto de Comissões direcionadas a melhoria contínua da assistência. É responsável por administrar os Serviços de Enfermagem da Unidade, assegurando a regularidade do seu funcionamento nas 24hs, seguindo os critérios do Manual de Gestão e garantindo assistência ao usuário/cliente de forma eficiente e eficaz em todos os serviços da Unidade.

Coordenação de Enfermagem

Este serviço terá como responsável profissional Enfermeiro devidamente habilitado, subordinado diretamente à Diretoria de Enfermagem. A Coordenação responderá pelas atividades de enfermagem das unidades de SADT, internação, pronto atendimento, ambulatório, bloco cirúrgico e unidades de terapia intensiva, devendo desenvolver seus trabalhos visando o melhor

Assinado por 2 pessoas: CAMILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

desempenho possível de toda equipe de enfermagem disposta nas Unidades de Internação, acompanhando o desempenho dos colaboradores, além de garantir abastecimento das unidades e boas condições dos equipamentos e da área física, visando um atendimento com qualidade e segurança ao usuário.

Comissão de Ética de Enfermagem

Esta comissão deve ser designada pela Diretoria de Enfermagem, tendo como membros profissionais que representem todas as categorias existentes na área de enfermagem da Unidade. Esta comissão tem por objetivo discutir questões referentes à assistência de enfermagem à luz dos conceitos do Código de Ética de Enfermagem, onde suas competências estarão descritas na Ata de Abertura do livro Ata.

Auditoria de Enfermagem

A Auditoria de Enfermagem tem o papel de identificar problemas com preenchimento dos prontuários, assim como buscar medidas para solucioná-los. Este serviço deve ser composto por enfermeiro e equipe devidamente habilitada e capacitada vinculados ao processo de revisão de prontuários, contando ainda com o apoio da Comissão de Prontuários.

Pronto Atendimento

É o serviço destinado ao atendimento de usuários referenciados pela Central Regional de Regulação, que necessitem de atenção imediata de média e alta complexidade, sendo também responsável pela admissão dos usuários à internação, devendo haver equipe formada por profissionais habilitados para atendimentos de urgência e emergência. Esta unidade está diretamente subordinada à Coordenação de Enfermagem.

Central de Material e Esterilização

Serviço responsável pela coleta, limpeza, desinfecção/esterilização e distribuição de todos os materiais e instrumentais cirúrgicos utilizados pelas unidades da Unidade. Este setor deve manter contato contínuo com o SCIH, assim como cumprir legislações e instruções de trabalho pertinentes, de forma a garantir esterilização dos materiais. Esta unidade está diretamente subordinada à Coordenação de Enfermagem.

Serviço Auxiliar de Diagnóstico por Imagem

Este serviço deve desenvolver seus trabalhos visando o melhor desempenho possível de toda equipe de enfermagem disposta nesta unidade, acompanhando o desempenho dos colaboradores, além de garantir abastecimento da unidade e boas condições dos equipamentos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

e da área física, visando um atendimento com qualidade e segurança ao usuário. Esta unidade está diretamente subordinada à Coordenação de Enfermagem.

Diretoria Técnica

Cabe ao Diretor Técnico administrar os Serviços Médicos da Unidade, assegurando a regularidade do seu funcionamento nas 24hs, seguindo os critérios do Manual de Gestão e garantindo assistência ao usuário de forma eficiente e eficaz em todos os serviços da Unidade, seguindo os preceitos do CFM, sendo suas atribuições definidas em Regimento do Corpo Clínico.

A Direção Geral indicará e contratará um médico para ser o Diretor Técnico Médico da instituição, cargo remunerado, que administrará os serviços médicos.
O Diretor Clínico é o representante do Corpo Clínico junto à Diretoria da Unidade e propugnará pelo aperfeiçoamento pessoal e profissional de seus membros, bem como pelo cumprimento das disposições do CRM, da legislação pertinente.

Comissão de Ética Médica

O Corpo Clínico constituirá uma comissão de ética médica, nos termos da resolução CFM-CRM, estando suas atribuições definidas no Regimento do Corpo Clínico.

Corpo Clínico

O Corpo Clínico da Unidade é fechado constituído por médicos e Buco Maxilo credenciados a desenvolverem atividades profissionais no âmbito da Unidade.

Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional da Unidade foi apresentada no organograma já detalhado neste projeto.

Os recursos humanos e salários deste setor estão descritos na planilha de recursos humanos que será apresentada nos anexos desta proposta.

Os colaboradores possuem vínculo de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e cumprem uma carga horária de 220 horas mensais, com jornada de segunda a sexta-feira.

Os principais pilares para esta estrutura são:

1.1. Conselho de Administração

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Responsabilidades: Define a estratégia geral, políticas e supervisiona a gestão.

Composição: Inclui líderes executivos, representantes da comunidade e especialistas externos.

1.2. Direção Executiva

Diretor Geral: Responsável pela administração geral e pela implementação das políticas definidas pelo Conselho.

Diretor Médico: Supervisiona a equipe clínica e garante a qualidade dos cuidados.

Diretor de Enfermagem: Coordena as operações de enfermagem e os cuidados aos pacientes.

Diretor Financeiro: Gerencia os recursos financeiros e orçamentários da unidade.

1.3. Comitês e Departamentos

Comitê de Qualidade e Segurança: Foca em práticas de segurança e controle de qualidade.

Comitê de Ética: Resolve questões éticas e garante conformidade com as normas.

Departamento de Recursos Humanos: Recruta, treina e gerencia a equipe.

Departamento de TI: Gerencia sistemas de informação e suporte técnico.

Essas áreas visam o bom funcionamento do centro, garantindo que os serviços de diagnóstico sejam executados de forma organizada, eficiente e com altos padrões de qualidade.

Rotinas Operacionais

Abaixo descrevemos algumas rotinas que fazem parte da área de administrativa e que estão descritas nos setores abaixo.

Procedimentos Diários

Faturamento: procedimento específico para fechamento da conta do paciente.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Distribuição de Medicamentos: Procedimentos para a administração segura de medicamentos.

Limpeza e Desinfecção: Procedimentos para manter ambientes limpos e seguros.

Procedimentos Semanais

Reuniões de Equipe: Reuniões regulares entre equipes médicas e administrativas para discutir casos e ajustes operacionais.

Auditorias Internas: Revisão de processos e práticas para assegurar conformidade e melhoria contínua.

Treinamentos e Atualizações: Sessões de treinamento para atualizar a equipe sobre novos protocolos e melhores práticas.

Procedimentos Mensais e Anuais

Avaliação de Desempenho: Revisão do desempenho dos funcionários e implementação de planos de desenvolvimento.

Revisão de Políticas e Procedimentos: Atualização de políticas e procedimentos conforme necessário.

Relatórios Financeiros: Preparação e análise de relatórios financeiros para o Conselho de Administração.

Horário de Funcionamento

Normalmente de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.

Equipe Mínima

A equipe mínima está descrita em anexo na nossa planilha de Recursos Humanos e onde apresentamos todos os colaboradores que fazem parte da estrutura diretiva.

Considerações Adicionais

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Plano de Contingência: Deve haver um plano de contingência para lidar com emergências e situações imprevistas, incluindo desastres naturais ou crises de saúde pública.

Comunicação e Coordenação: Sistemas eficientes de comunicação devem estar em vigor para garantir a coordenação eficaz entre equipes e departamentos.

Atualização e Melhoria Contínua: Os procedimentos e políticas devem ser revisados e atualizados regularmente com base em feedback e novas práticas do setor.

Essas normas e procedimentos formam a base para uma administração eficaz e eficiente em uma unidade, garantindo a segurança dos pacientes e a eficácia operacional.

Descrição de funcionamento da unidade de faturamento

A estrutura organizacional da Unidade foi apresentada no organograma já detalhado neste projeto.

Os recursos humanos e salários deste setor estão descritos na planilha de recursos humanos que será apresentada nos anexos desta proposta.

Os colaboradores possuem vínculo de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e cumprem uma carga horária de 220 horas mensais, com jornada de segunda a sexta-feira.

A unidade de faturamento tem como principal objetivo garantir o correto processamento e a gestão dos procedimentos financeiros relativos aos serviços de diagnóstico. A unidade é responsável por organizar e processar as cobranças relacionadas a exames laboratoriais, exames de imagem e outros procedimentos diagnósticos.

O faturamento em uma unidade hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) é o processo pelo qual são registrados e organizados os serviços de saúde prestados aos pacientes, para que uma instituição possa receber os repasses financeiros do governo. Esse processo inclui a consolidação de informações sobre atendimentos realizados, consultas, exames, cirurgias, medicamentos e outros procedimentos, com base nos critérios definidos pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e pela tabela SIGTAP.
Além disso, o faturamento no SUS é essencial para garantir a sustentabilidade da unidade hospitalar, permitindo que os recursos sejam utilizados de forma adequada e alinhada às necessidades da população. Ele garante que os serviços prestados estejam em conformidade

Assinado por 1 pessoa: JOAO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

com as normas legais e as políticas de saúde pública, promovendo a transparência e a eficiência na gestão dos recursos públicos.

Esse setor desempenha um papel fundamental na sustentabilidade financeira da instituição, garantindo que todos os serviços sejam devidamente codificados e faturados conforme tabelas específicas (como TUSS ou SIGTAP), respeitando as exigências legais e contratuais. Além disso, o faturamento hospitalar está diretamente ligado à eficiência operacional, pois permite identificar gargalos, melhorar fluxos e garantir a transparência nos processos financeiros.

Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos

O Setor de Faturamento é voltado a executar serviços de apoio nas áreas de administração; controle de faturamento, receber e fornecer prontuários e informações de procedimentos; tratar de documentos variados, cumprindo todo o procedimento necessário referente aos mesmos; preparar relatórios e planilhas. O Faturamento é o órgão responsável pela confecção das contas hospitalares no sistema SUS – DATASUS dos pacientes com alta, óbito ou transferência. Responsável por fazer as cobranças, urgências, pequenas cirurgias, RX, laboratório ou outros serviços complementares de SADT.

O Sistema SUS é regido em todo território nacional, tem como objetivo manter o sistema de registro futuro de todas as despesas de medicamentos, materiais consignados e exames complementares para os órgãos responsáveis.

Pode-se definir a conta hospitalar apresentada em meio magnético resultado da transcrição dos dados da permanência na unidade para processamento utilizando regras específicas definidas no Manual SIH do SUS e suas tabelas auxiliares caracterizando um sistema complexo de informações, muito mais que somente um sistema de faturamento. Essas informações servem para avaliações, definições do alcance de metas dos serviços públicos, para estabelecer indicadores de avaliação de gestão e perfis, provocando o desencadeamento de ações de controles, entre eles o controle social.

Estrutura

Os recursos humanos são as bases essenciais dos Serviços de Faturamento, pelo que a dotação destes Serviços em meios humanos adequados, quer em número, quer em qualidade, assume especial relevo no contexto da informação dentro do âmbito hospitalar.

Atividades do Faturamento:

Confecção das contas de todos os pacientes que adentram na Instituição;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Conservação dos sistemas de registro de todas as despesas tais como: materiais de consumo, medicamentos e exames complementares;
Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da instituição;
Preencher os sistemas de informações nacionais do DATASUS;
Encaminhar, ao setor de documentação da instituição a documentação pertinente após o atendimento ou óbito;
Analisar todos os prontuários;
Codificar todos os procedimentos realizados, analisando prontuários de alta, óbito e transferências;
Codificar atendimentos ambulatoriais e emergências;
Digitar contas médicas nos sistemas preconizados SUS – DATASUS;
Fechar mensalmente produção realizada no Hospital;
Analisar e recorrer possíveis glosas das contas médicas;
Acompanhar indicadores e planejar ações necessárias para desenvolvimento da Unidade.

Atribuições Orgânicas

Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes;
Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta e comparar as prescrições, analisando a possibilidade da cobrança do mesmo respeitando os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Instruções para o Processo de Faturamento

O setor da saúde exige uma administração eficaz principalmente quando se trata do faturamento hospitalar, por isso, para proporcionar um atendimento de qualidade, é fundamental controlar bem as contas.
O faturamento depende de diversos setores da instituição como, por exemplo:

- enfermagem;
- farmácia;
- diagnóstico;
- laboratório;
- nutrição, e outros.

Por este motivo, ele precisa de atenção redobrada para que não ocorram erros ou inconformidades nas informações. Todos os setores da instituição devem cumprir eficientemente uma sequência de atividades para que o setor de faturamento execute plenamente suas funções.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Nesse sentido, é essencial a estruturação do setor e capacitação das equipes de trabalho quanto a:

o que é o faturamento hospitalar;

relação com a contabilidade hospitalar;

quais são seus setores;

objetivos e indicadores;

como otimizá-lo.

Além, é claro de falarmos sobre a importância de motivar a equipe de profissionais.

O que é faturamento na área da saúde

O setor de faturamento, é basicamente o órgão responsável pela confecção das contas dos pacientes a partir das informações dos procedimentos executados lançados no Prontuário.

Conta do paciente

A conta do paciente é o conjunto de documentos e informações destinados ao registro de gastos realizados com o enfermo durante seu atendimento no serviço.

Por causa da realização desses registros, a conta do paciente serve como instrumento de defesa para ele mesmo, para a instituição e para o médico.

Como a contabilidade hospitalar influencia o faturamento

A contabilidade hospitalar diminui custos e garante a sustentabilidade das instituições. Para que isso aconteça, é preciso investir na gestão em saúde especializada, que direcione corretamente recursos e esforços.

A falta de planejamento contábil ocasiona desperdício de insumos e prejuízos financeiros consideráveis. Para que isso seja evitado é preciso investir em sistemas que integrem as entradas e saídas do caixa. Assim é possível identificar gargalos e gastos desnecessários.

É o setor da contabilidade que gere o abastecimento dos itens necessários à assistência. Por isso é preciso conhecer a fundo a demanda e realizar compras inteligentes.

Entram na conta os registros de custos de produção médica, despesas administrativas e financeiras. Os resultados deverão ser comparados com padrões de custos para identificar pontos de melhorias.

A contabilidade hospitalar é essencial para a organização e controle do faturamento. Sendo também responsável por oferecer serviços com o menor custo possível e o máximo de qualidade.

Todas as ações devem ser planejadas, supervisionadas e bem executadas, por isso é preciso:

organizar as contas – registrar tudo em uma estrutura pré-definida;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

identificar gargalos – resolver carências pela modificação de processos;
usar a tecnologia – aplicar soluções para melhorar o gerenciamento de receitas;
otimizar o faturamento – criar condições para analisar entradas financeiras;

A gestão contábil oferece uma visão mais clara do faturamento hospitalar, possibilitando a diminuição de custos e consequente aumento das receitas. Ao conhecer de forma adequada as suas contas, é possível criar um equilíbrio e elencar prioridades.

Setores do faturamento

Para entender melhor sobre o faturamento hospitalar, devemos inicialmente identificar todos os setores do serviço como: Farmácia, SADT (Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia), UTI (Unidade de Terapia Intensiva), leitos de enfermaria, admissão, Centro Cirúrgico, SND (Serviço de Nutrição e Dietética), Contabilidade e Custos, Administração, etc.

Objetivos do faturamento

É necessário existir uma área de coordenação de faturamento responsável pelas informações administrativas e financeiras dos atendimentos prestados pela organização. Dentro disso, podemos listar alguns dos objetivos do faturamento hospitalar:
expedir as faturas de cobrança dos serviços prestados;
emitir relatórios de controle das faturas emitidas e pendentes;
manter um sistema de controle que emita informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento;
analisar os relatórios de faturas recebidas;
verificar as ocorrências de glosas e identificar suas causas;
providenciar as correções das glosas e localizar documentos comprobatórios;
preparar os recursos de glosas para correção e pagamento das mesmas;
manter atualizados e organizados, pelo período de no mínimo cinco anos, os comprovantes dos serviços prestados, para atender às auditorias.

Como otimizar o faturamento

Os altos custos nos serviços de saúde têm trazido aos gestores e profissionais de área a necessidade de obter mais conhecimento sobre estes problemas.

A busca por medidas para equilibrá-los com os recursos financeiros, a competência na reserva destes e o aumento de resultados no faturamento hospitalar fazem parte das vantagens obtidas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Sozinha, a tecnologia, não resolve os problemas enfrentados pelos funcionários. Além de um sistema de controle financeiro tecnológico, a criação de uma infraestrutura digital pode ser fundamental.

Possuir um software sistema de prontuário eletrônico que atenda às necessidades de sua instituição e que integre todos os setores digitalmente melhora significativamente a comunicação entre eles.
Uma das principais formas de otimizar o faturamento hospitalar é padronizar os lançamentos do que deve ser cobrado. O checklist deve ser automatizado, de forma a estabelecer um padrão a partir do que foi feito e definir o que será cobrado. Dessa forma, acabam as variações de lançamento nas contas.

Se o procedimento está baseado em protocolo (no caso de procedimentos médicos) ou em ITs (Instruções de Trabaho)), o que foi utilizado deve ser cobrado, a não ser que os registros estejam incorretos.

Além disso, podemos citar:
a reestruturação de rotinas (gerenciamento de leitos);
o treinamento de pessoal;
a informatização;
reanálise de glosas;
tabelas e outros.

Indicadores da gestão
O uso de indicadores é vital na área de faturamento.

A gestão de custos aplicada às instituições de saúde abrange benefícios que vão além das necessidades do ciclo da contabilidade.

Os indicadores serão sempre o ponto de partida para promover melhorias nos serviços de uma organização.

Uma instituição que busca crescimento não pode deixar de registrar seu desempenho.

Indicadores Realizados pelo Faturamento:
Número de contas faturadas;
Valores de contas mensais;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Número de SAI faturadas;
Valores de SAI mensais;
Códigos de procedimentos mais faturados;
Consumo mensal de hemocomponentes;

Descrição de funcionamento da unidade de faturamento, bem como horários de trabalho, estrutura de chefia, membros e vínculo com as unidades

Compete a este setor o processamento das faturas da UNIDADE, tendo a finalidade de realizar o mapeamento e a consolidação dos números de produção para convertê-las em receitas, sob os valores da tabela unificada SUS, que serão repassadas ao contratante e disponibilizadas à UNIDADE conforme as disposições estabelecidas no contrato de gestão.
A atualização dos registros nos órgãos de regulação do SUS também são atividades do faturamento, assim como as informações referentes à produção da Instituição, sendo que o gerenciamento do faturamento está baseado nas normas do SUS.
Todos os colaboradores da Unidade devem atuar para minimizar os riscos das suas atividades, através do cumprimento de suas rotinas.
As etapas de atuação do faturamento se baseiam em: receber prontuários e laudos, verificar cumprimento do padrão, realizar codificação, realizar conferência e lançamento dos procedimentos, digitar dados do paciente em sistema operacional, realizar a exportação do banco de dados do sistema operacional e por fim, enviar ao contratante.

Responsáveis
Auxiliar Administrativo e Faturista.

Descrição Das Atividades:
Providenciar coletas dos dados para atualização do CNES nos setores pertinentes; gerar arquivo do CNES para o envio, conforme dia preconizado, para as devidas atualizações;
Digitar toda produção do BPA Individualizado pertinentes à competência em vigência;
Gerar arquivo para envio, conforme dia preconizado;
Realizar o fechamento do faturamento, conforme versão disponibilizada pelo Sistema;
Correção das críticas apresentadas pelo sistema;
Emissão de relatórios gerenciais.
Indicadores De Desempenho*:*
Para o acompanhamento da atividade deste setor, podemos monitorar os seguintes indicadores:
BPA's Corrigidas Pelo Médico Autorizador;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Laudos De Exames De Imagem Após O Prazo De 4 Dias;
Prontuário Não Faturado Mês;
Prontuário Faturado Mês;
Prontuários Não Enviados Ao Arquivo Por Pendências;
Prontuário Recebido Com Erro De Lateralidade;
Quantidade de BPA Apresentado;
Total De saídas;
Total De saídas A Pedido;
Total De saídas Por Evasão;
Total De saída Administrativa;
Total De saída Por Transferência;
Total De saída Por Óbito;
Total De Inconsistência De Enfermagem;
Total De Inconsistência Médica;
Valor Total De BPA.

ROTINAS INTERNAS

Objetivo

Orientar sobre rotinas do setor e recebimento, conferência e organização de toda documentação correspondente ao prontuário do paciente, conforme padronização.

Descrição Da Ação

Manter os prontuários organizados por mês de alta, por apresentação e por pendências;
Receber prontuários, exames e documentos complementares ao atendimento, anexando nos prontuários correspondentes;
Separar e encaminhar prontuários devidamente protocolados e dentro do prazo determinado aos setores autorizados em contrato a realizar solicitação e acompanhar o tempo de devolução do mesmo;
Encaminhar prontuários com pendências aos setores responsáveis;
Revisar, protocolar e encaminhar prontuários ao arquivo após autorização da supervisão.

Documentos Complementares *

Formulário - Solicitação De Prontuário Médico Do Paciente;
Fluxograma - Solicitação de Prontuário;
Fluxograma - Prontuário de saídos Entregue com Pendência Médica;
Fluxograma - Recebimento/Avaliação e Checagem de Prontuários de saídos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

ORGANIZAÇÃO DIÁRIA DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

Objetivo

Garantir que toda a documentação necessária ao prontuário do paciente esteja devidamente organizada e sem inconsistências e/ou falta de preenchimento.

Descrição da Ação

Imprimir observação do paciente, organizar, checar/verificar se todos os documentos obrigatórios estão no prontuário e se os mesmos estão preenchidos corretamente;

Conferir pelo sistema se todas as evoluções registradas estão anexadas ao prontuário;

Informar ao médico responsável, equipes multiprofissionais, Enfermeiro Assistente, enfermeiro responsável ou o supervisor (a) do setor para providenciar a correção e resolver as pendências no mesmo dia;

Conferir pedidos e laudos de exames, conforme checagem e prescrição;

Verificar se há laudos pendentes e se estão dentro do prazo determinado para entrega do mesmo, solicitando a entrega se necessário;

Se necessário, lançar exames na conta do paciente;

Organizar o prontuário conforme padrão e em ordem cronológica.

Avaliação

Monitoramento diário e após o recebimento do prontuário no setor de faturamento e durante o processamento da conta onde serão conferidos todos os documentos.

RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA DE PRONTUÁRIOS DE SAÍDOS

Objetivo

Orientar sobre o recebimento, conferência e organização da documentação do prontuário conforme padronização.

Descrição Da Ação

Imprimir relatório de alta do dia anterior no sistema para controle da quantidade de prontuários de saídos;

Receber através de protocolo os prontuários de saídos liberados pela enfermagem dentro do tempo determinado pelo contrato;

Anexar formulário de auditoria como folha de rosto para cada prontuário, preencher os dados solicitados;

Conferir o prontuário observando a presença dos impressos e identificações obrigatórios conforme instruções do formulário de documentos padronizados;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Organizar os documentos observando a sequência do roteiro padronizado lembrando que deve ser separado por tipo de documento e em ordem cronológica, ao final grampear tudo.
Registrar na folha de rosto as não conformidades, informar os setores responsáveis pelas pendências para que sejam resolvidas no mesmo dia;
Solicitar exames e demais documentos necessários e nos casos de pendência de enfermagem, comunicar ao Enfermeiro(a) assistente que tem até às 17hs para resolver pendências dos prontuários que serão encaminhados para o setor de Faturamento, salvo alguns motivos liberados pela supervisão do Faturamento;
Encaminhar o prontuário completo e organizado ao Setor de Faturamento para digitação das contas dentro do prazo determinado.

Documentos Complementares

Fluxograma - Prontuário de Saído Entregue com Pendência Médica;
Fluxograma - Recebimento/Avaliação e Checagem de Prontuários de Saído;
Formulário - Auditoria de Prontuário do paciente saído.

Avaliação

Avaliação através de controle diário de altas.

RECEBIMENTO, CONFERÊNCIA, CODIFICAÇÃO E LANÇAMENTOS DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS DE SAÍDOS

Objetivo

Garantir o correto recebimento, conferência e lançamento de dados dos prontuários de saídos recebidos no setor.

Descrição da Ação

Imprimir relatório de altas do sistema para controle de prontuários liberados;
Receber prontuários organizados e completos do Auxiliar de Faturamento dos postos;
Conferir se todos os prontuários estão completos, se houver alguma não conformidade informar ao supervisor (a) do Faturamento para verificação e correção;
Ler o prontuário identificando os procedimentos realizados e possíveis pendências.
Identificar os códigos dos procedimentos na tabela SIGTAP, para que sejam lançados no sistema;
Conferir o tempo de permanência no prontuário e verificar o tempo de permanência estipulado pelo SUS;
Analisar se o CID está compatível com o procedimento realizado segundo tabela do SUS.
Havendo alguma divergência analisar junto ao médico responsável;

Assinado por 1 pessoa: DANILO ARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Verificar as mensagens informadas na tabela SIGTAP, identificando a forma de cobrança de anestesia, CBO e instrumento de registro.
Digitar os dados no Módulo Autorizador, imprimir o espelho de autorização gerado pelo sistema e incluir nos respectivos prontuários, para posterior assinatura do médico autorizador;
Abrir o sistema, lançar a numeração de autorização de conta referente ao atendimento do paciente, conferir procedimentos e exames e lançar os que estiverem faltando, inserir a conta no protocolo correspondente à apresentação;
Consistir em a produção final, exportar para o sistema sem nenhuma inconsistência.

Documentos Complementares

Fluxograma - Recebimento/Avaliação e Checagem de Prontuários de saídos;
Fluxograma - Processamento e Aprovação de Contas;
Formulário - Auditoria de Prontuário de Saídos.
Fluxograma - Prontuário de Saído Entregue com Pendência Médica;

Avaliação

Avaliação através de monitoramento de atividades diárias no setor.

RECEBIMENTO, CONFERÊNCIA, CODIFICAÇÃO E LANÇAMENTO DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS DE CONTAS

Objetivo

Garantir o correto recebimento, conferência e lançamento de dados dos atendimentos.

Descrição Da Ação

Imprimir relatório de atendimentos do sistema para controle de prontuários liberados;
Receber prontuários de Atendimento de Emergência e Ambulatório;
Separar os procedimentos para BPA Consolidado e BPA Individualizado;
Conferir se todos os prontuários e fichas de atendimentos estão completos, se todos os laudos de exames estão acompanhados das solicitações. Se houver alguma não conformidade informar ao supervisor (a) do Faturamento para verificação e correção;
Ler o prontuário identificando os procedimentos realizados verificando se não a inconsistências ou exames para serem lançados;
Identificar os códigos dos procedimentos na tabela SIGTAP, para que sejam lançados no sistema;
No caso de atendimentos de urgência analisar se o CID está compatível com o procedimento realizado segundo tabela do SUS. Havendo alguma divergência analisar junto ao médico responsável, e realizar o lançamento;

Assinado por 1 pessoa: PAULO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Verificar as mensagens informadas na tabela SIGTAP, identificando a forma de cobrança de anestesia, CBO e instrumento de registro;
Realizar o lançamento dos procedimentos;
No enceramento da produção realizar a consistência para verificação de erros, corrigir o necessário e exporta para o sistema do BPA MAG sem nenhuma inconsistência;

Documentos Complementares
Formulário - Auditoria de prontuário de Atendimento da Triagem e Acolhimento;
Fluxograma - Prontuário de Alta Entregue com Pendência Médica;
Fluxograma - Recebimento/Avaliação e Checagem de Prontuários de Alta;
Fluxograma - Codificação e Aprovação de Contas de BPA.

Avaliação
Avaliação através de monitoramento diário de rotinas do setor.

LANÇAMENTO DE DADOS NO SISTEMA BPA MAG
Objetivo
Realizar a codificação e prestação de contas ao Ministério da Saúde - SUS.

Descrição Da Ação
Após iniciar o programa clicar em BPA - produção consolidada; será aberta nova janela, clicar em incluir;
Lançar os códigos e quantidades dos procedimentos que fazem parte da produção consolidada;
Clicar em BPA – produção individualizada; será aberta nova janela, clicar em incluir;
Lançar os dados de identificação do usuário, do profissional assistente, dos códigos e quantidades dos procedimentos que fazem parte da produção individualizada;
Realizar a Consistência e exportação dos dados para a pasta EXPORTBPA, localizada no Disco Local C, BPA;
Salvar as informações na pasta de rede, imprimir protocolo do sistema e informar a Supervisão para gravação dos dados em CD e envio junto com ofícios destinados à DDASS.

Documentos Complementares
Fluxograma - Codificação E Aprovação De Contas De BPA.

Avaliação
Através de monitoramento e recebimento de protocolos liberados pelo sistema BPA MAG.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES *

Formulário - Solicitação De Prontuário Médico Do Paciente;

Data de Solicitação: _____/_____/_____ **Setor Solicitante:** _____

Motivo de Solicitação: _____

Nome:_____ Nº Prontuário:_____ Data da Alta: ___/____/___

Nome:_____ Nº Prontuário:_____ Data da Alta: ___/____/___

Nome:_____ Nº Prontuário:_____ Data da Alta: ___/____/___

Nome:_____ Nº Prontuário:_____ Data da Alta: ___/____/___

Nome:_____ Nº Prontuário:_____ Data da Alta: ___/____/___

Nome:_____ Nº Prontuário:_____ Data da Alta: ___/____/___

Nome:_____ Nº Prontuário:_____ Data da Alta: ___/____/___

Nome:_____ Nº Prontuário:_____ Data da Alta: ___/____/___

Nome:_____ Nº Prontuário:_____ Data da Alta: ___/____/___

Nome:_____ Nº Prontuário:_____ Data da Alta: ___/____/___

Nome:_____ Nº Prontuário:_____ Data da Alta: ___/____/___

Nome:_____ Nº Prontuário:_____ Data da Alta: ___/____/___

Nome:_____ Nº Prontuário:_____ Data da Alta: ___/____/___

Nome:_____ Nº Prontuário:_____ Data da Alta: ___/____/___

Termo de recebimento, compromisso e responsabilidade:

Recebi os prontuários especificados acima, e declaro estar ciente do prazo de devolução e que os mesmos devem ser devolvidos em perfeito estado conforme recebido.

_____/____/_____ _____:_____ _____

Data do recebimento Hora Assinatura do Solicitante

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

PARA USO DO SETOR DE FATURAMENTO

Observações:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Termo de devolução de prontuários solicitados:

Declaro para fins de direito, que os prontuários recebidos, estão sendo devolvidos conforme observações acima.

_____/_____/_____ _____:_____ _____

Data de devolução Hora Assinatura do Responsável pela Devolução

Declaro que recebi e conferi os prontuários devolvidos conforme descrito na observação.

_____/_____/_____ _____:_____ _____

Data de devolução hora Assinatura do Responsável pelo Recebimento

Formulário - Auditoria de Prontuário de paciente liberado.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Nome: _____ Setor de Origem: _____
Data da Internação: ____/____/____ Prontuário: _____ Atendimento: _____ Idade: _____
Data da Alta: _____/_____/_____ **Alta:** C/Retorno ( ) Óbito( ) Transferência( ) Administrativa( ) Pedido( )

ITENS PARA AVALIAÇÃO

DESCRIÇÃO	NC	RESPONSÁVEL	OBSERVAÇÃO/
Ficha de Atendimento de Triagem e Acolhimento		Dr.(a)	
Anamnese, Exame Físico e Evolução de Enfermagem.		Enf..	
Guia de referência			
Plano Terapêutico- Anamnese Médica		Dr.	
Ficha de internação/alta e Termo de Responsabilidade **Assinado**			
Laudo para Solicitação de **AIH**		Dr.(a).	
Prescrição **Médica Diária e** Receituário médico		Dr.(a)	
Evolução **Médica Diária**		Dr.(a).	
Controle de procedimentos invasivos/antibioticoterapia.			
Prescrição/Evolução, Indicador e Exame físico de **Enfermagem Diário**		Enf.	
Anotações de **Técnicos de Enfermagem Diário**			
Evoluções de **Equipe Multiprofissional**			
Ficha de balanço hídrico (**Unidade de Terapia Intensiva**) **Diário**			
Solicitação com Laudo de Exame			
Solicitação com Ficha Transfusional			
Termo de consentimento (**atos cirúrgicos**) preenchimento **completo**		Dr.(a)	
SAEP			
Descrição Cirúrgica		Dr.(a)	
Partograma		Dr.(a)	
Ficha de anestesia		Dr.(a)	
Ficha de Síntese e débitos **(Proced. de Ortopedia)**		Enf.	
Recepção do RN e Declaração de Nascido Vivo		Dr.(a)	
Prescrição/Evolução/Solicitação e exames do RN (em **leito conjunto**)		Dr.(a)	
Declaração de óbito e Boletim de óbito		Dr.(a)	
Informe de Alta/ Informe de Contra Referência/ Declaração de alta a pedido/ TFD		Dr.(a)	

Nutrição ☐ **Fisioterapia** ☐ **Fonoaudiologia** ☐ **Serviço Social** ☐ **Inter consulta** ☐

Formulário - Auditoria de Prontuário de Atendimento da Triagem e Acolhimento

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Nome: _____ **Prontuário:** _____

Data da entrada: ____/____/___ **Data da saída:**____/___/___ **Atendimento:**_____

ITENS DE COMPOSIÇÃO DO PRONTUÁRIO

DOCUMENTO	DOC. PRESENTE	OBSERVAÇAO
Ficha de Atendimento de Urgência e Emergência	SIM ( ) NÃO ( )	
Anamnese e Exame físico de enfermagem	SIM ( ) NÃO ( )	
Guia de referência	SIM ( ) NÃO ( )	
Prescrição **Médica Diária /** Receituário médico	SIM ( ) NÃO ( )	
Evolução **Médica Diária**	SIM ( ) NÃO ( )	
Controle de procedimentos invasivos / antibioticoterapia.	SIM ( ) NÃO ( )	
Prescrição/Evolução de **Enfermagem Diário**	SIM ( ) NÃO ( )	
Anotações de **Técnicos de Enfermagem Diário**	SIM ( ) NÃO ( )	
Solicitação com Laudo de Exame	SIM ( ) NÃO ( )	
Termo de consentimento (**atos cirúrgicos**) preenchimento **completo**	SIM ( ) NÃO ( )	
SAEP	SIM ( ) NÃO ( )	
Descrição Cirúrgica	SIM ( ) NÃO ( )	
Ficha de anestesia	SIM ( ) NÃO ( )	
Ficha de débitos **(Procedim. De Ortopedia)**	SIM ( ) NÃO ( )	
Informe de Alta e Contra-Referência / Declaração de alta à pedido / TFD	SIM ( ) NÃO ( )	

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

BPA - Boletim De Produção Ambulatorial

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento | NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF | MÊS | ANO | FOLHA

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQÜENCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
		TOTAL		

Formalização

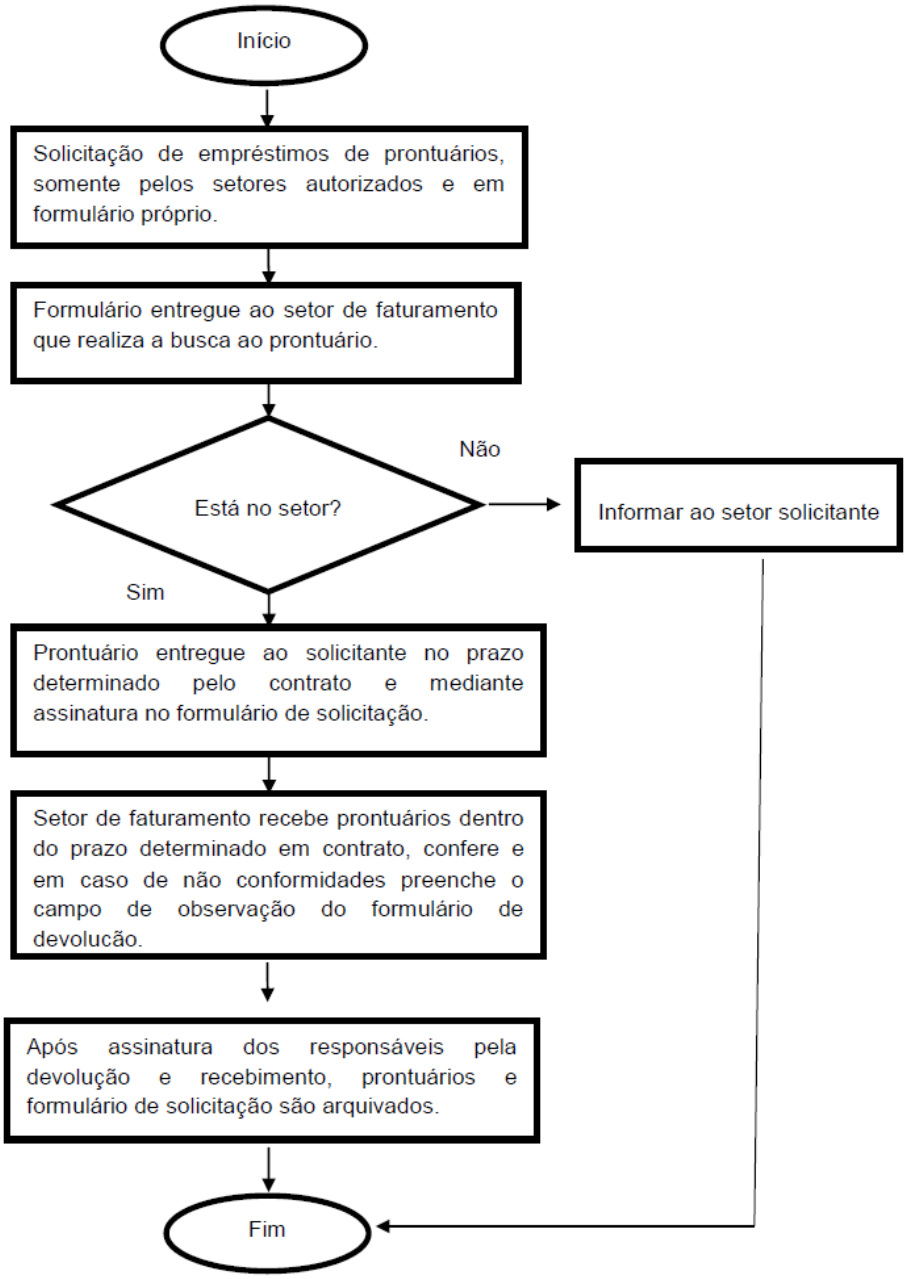
RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde): CARIMBO | RUBRICA | DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL: CARIMBO | RUBRICA | DATA / /

BPA-CONSOLIDADO-20-12-07.vsd

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

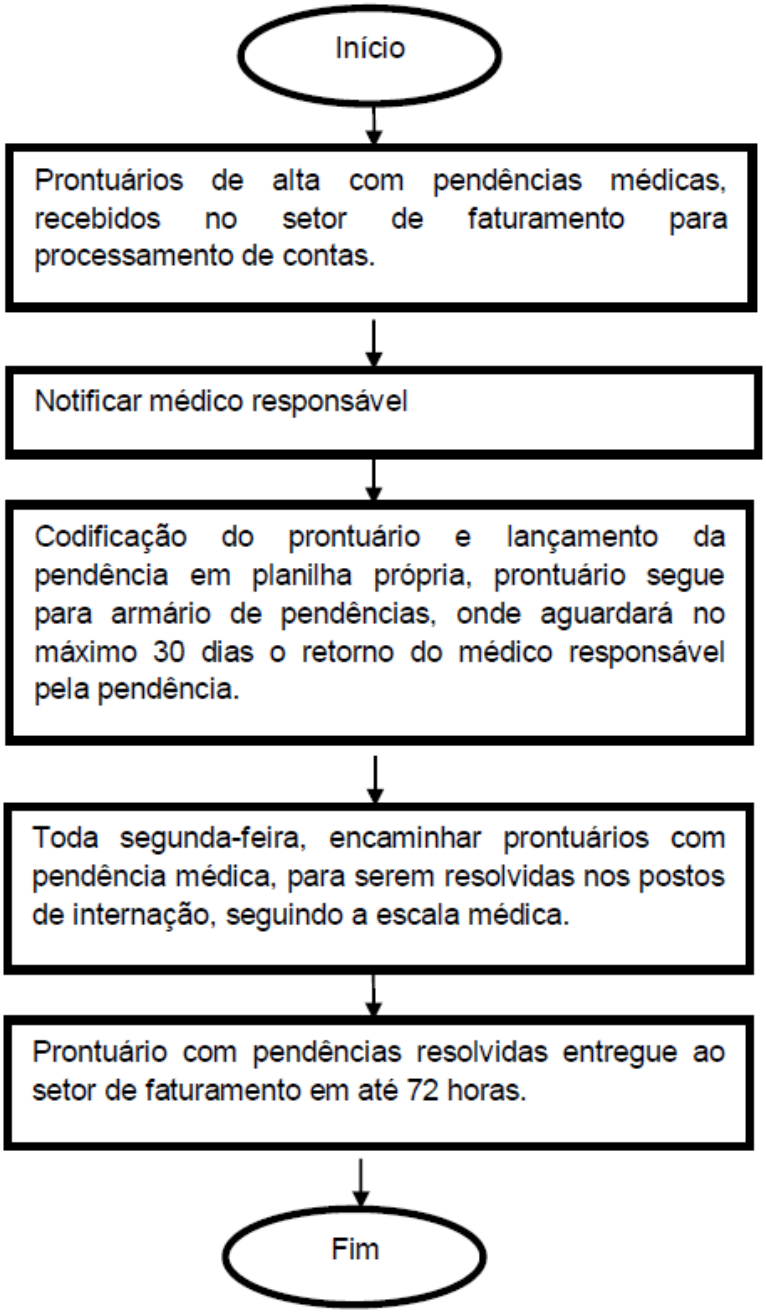
Fluxograma - Solicitação de Prontuário



Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

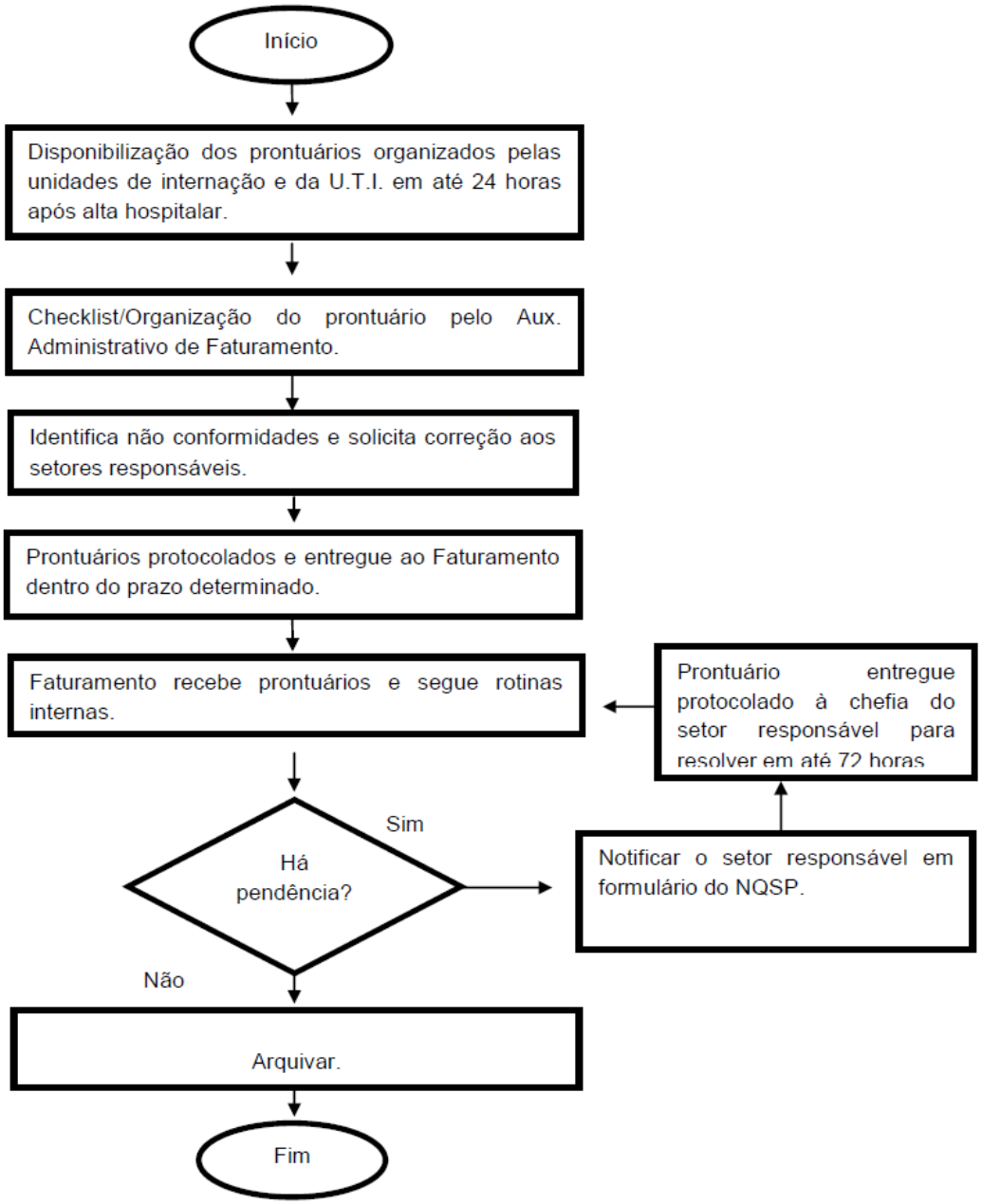
INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Fluxograma - Prontuário de liberação do paciente Entregue com Pendência Médica



Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

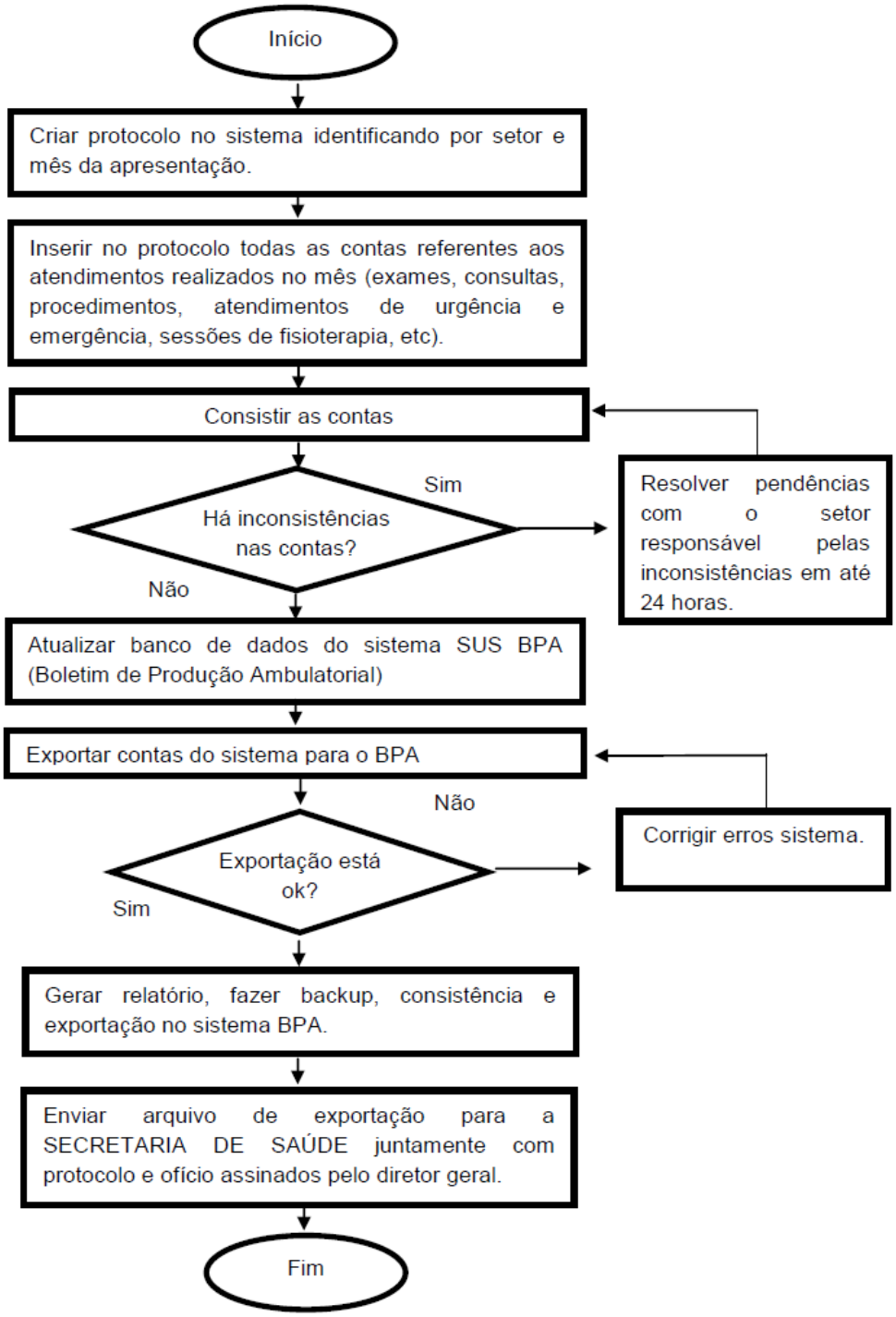
Fluxograma - Recebimento/Avaliação e Checagem de Prontuários de Liberação do Paciente



Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Fluxograma - Codificação e Aprovação de Contas de BPA

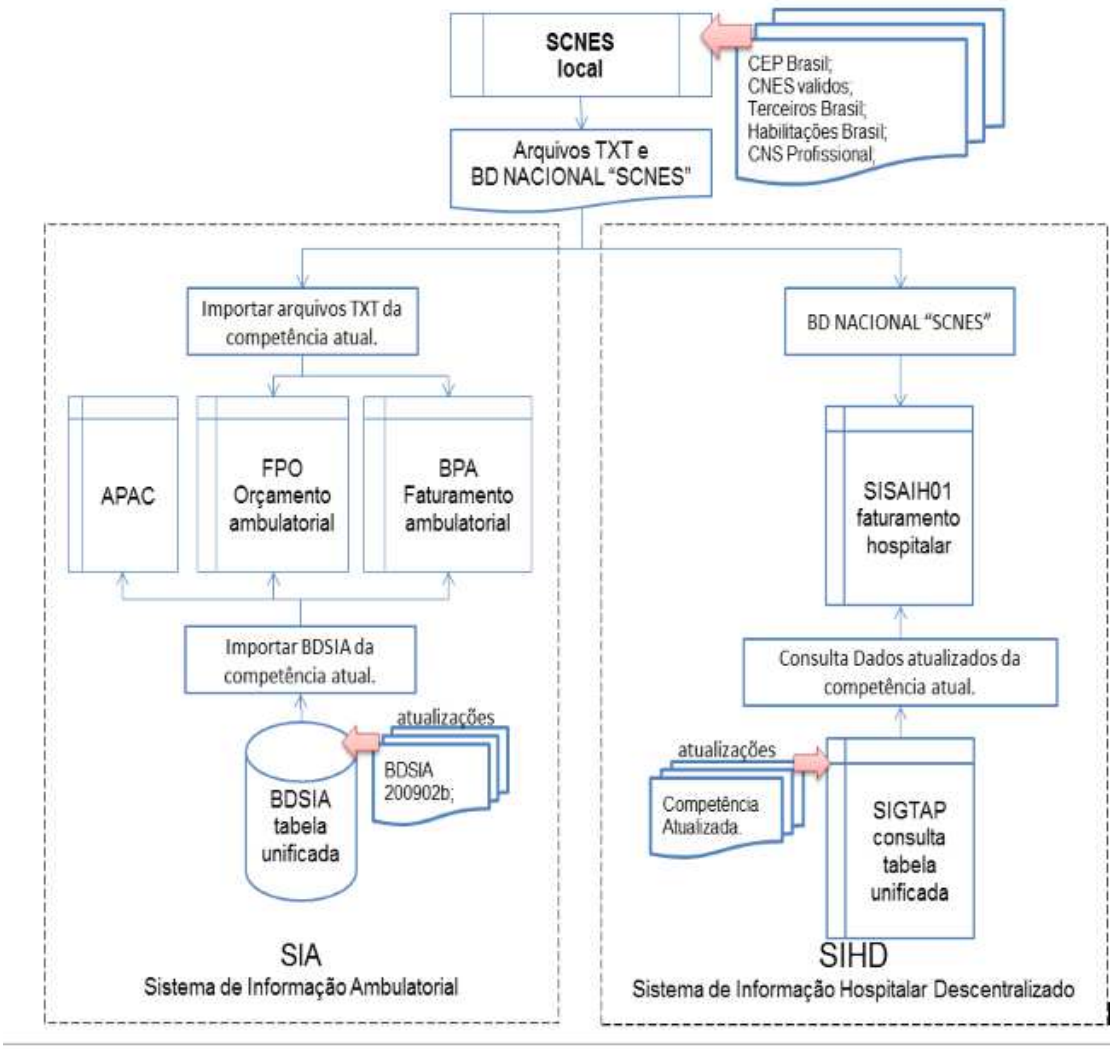


LÓGICA DO FATURAMENTO:

Os sistemas do DATASUS trabalham todos integrados, iniciando a partir do cadastro do SCNES e a concluir no FATURAMENTO. Devemos manter todos os sistemas atualizados e todos na

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

mesma competência, mantendo este fluxo você não terá problemas no fechamento de seu faturamento.



1. Estrutura da Unidade de Faturamento

Uma unidade de faturamento pode ser estruturada em setores ou áreas de trabalho específicas, visando eficiência no processamento e controle das contas, tais como:

- **Recepção de Documentos e Pré-Faturamento:** Coleta de informações e conferência de dados básicos sobre os procedimentos realizados, garantindo a integridade das informações para faturamento.
- **Análise de Procedimentos e Codificação:** Identificação e classificação dos procedimentos realizados de acordo com a tabela SUS, TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), ou outras tabelas específicas aplicáveis.

Assinado por 1 pessoa: DANIELA CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Faturamento e Cobrança:** Processamento de cobranças por exames, que inclui verificação de conformidade de procedimentos, cálculos de valores e emissão de notas fiscais ou guias para convênios.
- **Controle e Auditoria Interna:** Avaliação periódica da conformidade e consistência dos relatórios emitidos, promovendo um sistema de controle que minimiza erros e garante a precisão dos dados.
- **Apoio ao Cliente/Convênios:** Suporte para esclarecimento de dúvidas relacionadas à fatura, tanto para usuários quanto para operadoras de saúde.

Essas áreas visam o bom funcionamento do centro, garantindo que os serviços de diagnóstico sejam executados de forma organizada, eficiente e com altos padrões de qualidade.

2. Funcionamento e Rotinas Diárias

A unidade de faturamento segue uma rotina de atividades para garantir a organização dos processos financeiros. Abaixo, detalhamos as principais ações:

1. **Recepção e Registro de Procedimentos:**
    - Coleta dos dados de exames realizados durante o dia para organização e liquidação.
    - Registro dos procedimentos conforme especificações técnicas e tabelas aplicáveis.
2. **Validação e Codificação dos Procedimentos:**
    - Verificação e validação dos códigos aplicáveis a cada exame ou serviço.
    - Verificação dos laudos e requisições médicas para garantir que todos os exames estejam corretamente documentados e codificados.
3. **Emissão de Guias de Cobrança e Notas Fiscais:**
    - Elaboração de guias e notas fiscais de acordo com o serviço prestado e o convênio do paciente.
    - Ajustes de valores conforme tabelas de contratos, descontos aplicáveis e cálculos de coparticipação do usuário, quando aplicável.
4. **Conferência e Auditoria de Faturas:**

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Revisão de cada fatura antes da transmissão final ao setor financeiro ou aos convênios, garantindo a integridade dos valores e a precisão das informações.
- Correção de possíveis erros identificados durante auditoria interna e adequação aos critérios estabelecidos.

5. **Encaminhamento para Cobrança:**
    - Encaminhamento das faturas emitidas para o setor financeiro da Unidade para fechamento do período.
    - Envio de relatórios de cobrança para os convênios, incluindo listas concluídas dos exames realizados, valores cobrados e prazos para pagamento.

3. Tecnologias e Ferramentas

O uso de sistemas informatizados e softwares especializados em faturamento e gestão de clínicas é essencial para a unidade de faturamento. Esses sistemas permitem:

- **Integração de Dados:** Automatização da inserção de informações e redução de erros manuais.
- **Codificação Automatizada:** Codificação rápida e padronizada dos procedimentos, conforme normas de cada convênio.
- **Geração de Relatórios e Auditorias:** Emissão de relatórios completos de faturamento, permitindo um acompanhamento detalhado do desempenho financeiro e dos processos de cobrança.

4. Treinamento e Capacitação da Equipe

A equipe de faturamento deve ser constantemente treinada para atender às regulamentações de faturamento em saúde, atualização de procedimentos e utilização de sistemas de faturamento. As capacitações também incluem o aprimoramento do atendimento aos pacientes e aos pacientes, garantindo que o faturamento seja realizado de forma ética e eficiente.

5. Monitoramento e Melhoria Contínua

A unidade de desenvolvimento deve seguir um ciclo contínuo de monitoramento, por meio de indicadores de desempenho, tais como número de erros, agilidade na entrega de faturas e tempo de processamento. A partir da análise desses indicadores, a unidade pode promover ajustes nas rotinas, implementando melhorias que otimizem o atendimento e reduzam os custos operacionais.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A estruturação e o funcionamento da unidade de faturamento proporcionam maior controle financeiro, otimiza o atendimento aos condomínios e garante uma gestão transparente e eficiente.

Instrução/Manual de Desenvolvimento Financeiro

O volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa encontra-se em anexo contendo a viabilidade da estimativa das despesas referentes à execução das atividades propostas, com definição de métodos e prazos de execução, assegurada a plena exequibilidade do objeto da contratação prevista.

Administração Financeira

A apuração de custos hospitalares se dá como uma técnica de controle administrativo que não busca constituir uma resposta centralizada e punitiva às possíveis ações distorcidas das áreas da unidade, e sim, servir como instrumento eficaz de gerência e acompanhamento dos serviços, neste sentido, as atividades desempenhadas pelos colaboradores da área de custos visam produzir informações sob uma ótica gerencial, que possam ser utilizadas para tomada de decisões. Abaixo está relacionado alguns dos objetivos da gestão de custos na Unidade Hospitalar:

Calcular os custos dos serviços produtivos prestados pela unidade, bem como, das demais áreas;
Acompanhar o planejamento de negócios e a implementação de novos projetos e serviços a serem realizados pela unidade;
Subsidiar a tomada de decisão de gestores da unidade, fornecendo informações da gestão de custos;
Possibilitar a comparação de custos dos serviços produtivos com outras instituições do Brasil;
Otimização dos recursos, sem comprometer a qualidade dos serviços prestados pela unidade;
Análise e acompanhamento da composição e evolução de custos da unidade;

APRESENTAÇÃO

O manual de gerenciamento do setor de custos das unidades administradas, com intuito de difundir aspectos importantes e benefícios que podem ser gerados a partir da gestão de custos, servindo como um instrumento que permita estimular a geração de informações gerenciais de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

custos, neste momento, em que se identifica um cenário pandêmico que requer maior competitividade, necessidade de melhoria do padrão de qualidade dos serviços, crescimento dos investimentos e custos operacionais. Este manual é um subsídio ao desenvolvimento de normas e procedimentos da instituição.

Gestão de custos

OBJETIVO

A apuração de custos hospitalares se dá como uma técnica de controle administrativo que não busca constituir uma resposta centralizada e punitiva às possíveis ações distorcidas das áreas da unidade, e sim, servir como instrumento eficaz de gerência e acompanhamento dos serviços, neste sentido, as atividades desempenhadas pelos colaboradores da área de custos visam produzir informações sob uma ótica gerencial, que possam ser utilizadas para tomada de decisões. Abaixo está relacionado alguns dos objetivos da gestão de custos na Unidade:

Calcular os custos dos serviços produtivos prestados pela unidade, bem como, das demais áreas;
Acompanhar o planejamento de negócios e a implementação de novos projetos e serviços a serem realizados pela unidade;
Subsidiar a tomada de decisão de gestores da unidade, fornecendo informações da gestão de custos;
Possibilitar a comparação de custos dos serviços produtivos com outras instituições do Brasil;
Otimização dos recursos, sem comprometer a qualidade dos serviços prestados pela unidade;
Análise e acompanhamento da composição e evolução de custos da unidade;

APRESENTAÇÃO

O manual de gerenciamento do setor de custos das unidades administradas, com intuito de difundir aspectos importantes e benefícios que podem ser gerados a partir da gestão de custos, servindo como um instrumento que permita estimular a geração de informações gerenciais de custos, neste momento, em que se identifica um cenário pandêmico que requer maior competitividade, necessidade de melhoria do padrão de qualidade dos serviços, crescimento dos investimentos e custos operacionais. Este manual é um subsídio ao desenvolvimento de normas e procedimentos da instituição.

POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS

Considerando um ambiente de assistência à saúde, o INDSH busca atingir um nível elevado de planejamento e controle em todos os seus processos, mantendo a qualidade do serviço assistencial e otimizando os recursos a fim de atingir um padrão de excelência de atendimento

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

com ***menor custo*** ao maior número de pessoas. Nesse contexto a política de Gestão de Custos é fundamental para contribuir com os princípios de transparência e eficiência para com os entes públicos e órgãos competentes.

A gestão de custos busca através de normas, regras e diretrizes contribuir com a tomada de decisão da alta direção, desta forma, atingir o cumprimento dos objetivos estratégicos da instituição, propiciando ainda condições para manutenção do equilíbrio financeiro, implementando e fortalecendo a cultura de aplicação dos recursos públicos com eficiência (utilizando os recursos de forma correta) e eficácia (trabalhando para alcançar resultados positivos).

Diante do cenário vivenciado atualmente, a gestão de custos da instituição contribui para o planejamento de ações e compreensão das informações em todos os níveis hierárquicos da organização somando os vários esforços dos colaboradores e gestores das áreas. Abaixo apresenta-se os principais fatores para melhor resultado da política de gestão de custos:

Colaboradores comprometidos;

Ferramentas de controle gerencial com informações coesas, atualizadas e fidedignas;

Processos definidos de forma transparente e prática;

4. SIGLAS E ABREVIAÇÕES

MAN – Manual;

GC – Gerência de Custos;

INDSH – Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano;

CC – Centro de Custos;

SRD – Movimentos acumulados;

SRA – Tabela de cadastro de funcionários;

SRJ – Tabela de funções;

SRV – Tabela de verbas;

CTT – Tabela de centros de custos;

CT2 – Lançamentos contábeis;

SD1 – Itens das NF de entrada;

SDE – Rateios da nota fiscal;

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;

CME – Central de Material Esterilizado;

RH – Recursos Humanos;

TOTVS – Sistema de Gerenciamento Contábil/Financeiro.

DESCRIÇÃO DO MANUAL

1 METODOLOGIA DE APURAÇÃO DE CUSTOS

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Existem várias formas de apropriação de custos apresentada em diversas literaturas especializadas. A palavra custeio pode ser definida como "metodologia de apuração de custos", neste tocante, o método adotado será o custeio por absorção.

Custeio por absorção é o método que consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados", isto é, todos os gastos relacionados ao esforço de fabricação são distribuídos para todos os produtos/serviços.

O sistema de custeio por absorção faz apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais. Necessita de critério de rateios, no caso de apropriação dos custos indiretos (gastos gerais de produção) quando houver dois ou mais produtos ou serviços.

O método de custeio por absorção é o mais utilizado pelas instituições hospitalares, pois inspira maior confiança, apropria todos os custos/despesas aos produtos/serviços finais e assegura uma visão unitária para o custo total de cada serviço**,** desde que todos os custos estejam absorvidos.

Essa metodologia assenta-se numa estrutura de unidades com responsáveis que chamamos de Centros de Custos (CC).

2 ESTRUTURAÇÃO DE CENTROS DE CUSTOS

As atividades atendem a inúmeros propósitos, entre os quais o de controle, são subdivididas em setores ou departamentos, nos quais são alocados os recursos. Tais divisões constituem-se em centros de atividades específicas ou centros de custos.

No sistema de apuração de custos, cada centro de atividade passa a constituir um centro de custo. Assim, centro de custo é uma conta destinada a agrupar todas as parcelas dos elementos de custos, que incorrem em cada período nos centros de atividades. É ideal que se tenha, então, para constituir um centro de custo, custos claramente identificáveis e atividades quantificáveis, através de uma unidade de mensuração.

A consecução do sistema de custos hospitalares sob a orientação de apropriação por centros de custos encontra-se contemplado na abordagem conceitual de custeio por absorção. O cálculo do custo de produção dos serviços sob esta conceituação compreende o custeio de todos os insumos utilizados em toda a extensão da unidade.

O interesse do método é apurar o custo dos serviços prestados, através da apuração dos custos por centros de custos, representados pela departamentalização existente na instituição. Desta forma, para a estruturação e manutenção de um sistema de apuração de custos, considera-se como condição necessária a organização da instituição em departamentos ou centros de custos.

A organização desta estrutura é o importante, e o primeiro passo para a apuração dos custos.

Assinado por 1 pessoa: JOAO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Assim, alguns cuidados são fundamentais nesse processo como a análise minuciosa da atual estrutura considerando os seguintes fatores: singularidade, complexidade e relevância.

CLASSIFICAÇÃO DOS CENTROS DE CUSTOS

1 CENTROS DE CUSTOS PRODUTIVOS

Centros de custos produtivos são aqueles que prestam serviços finais ao paciente. Para padronizar a apresentação da estrutura de centros de custos produtivos, é sugerido organizar da seguinte maneira: considerar primeiramente as unidades de observação, em sequência as atividade cirúrgica e por fim SADT`s, todas as atividades devem estar organizadas em ordem alfabética.

2 CENTROS DE CUSTOS AUXILIARES

Consistem nos serviços de apoio, são geradores de custos com objetivo de fornecer suporte aos centros produtivos. Os centros auxiliares que normalmente identificados são: Serviço de Nutrição e Dietética, Lavanderia, Central de Material Esterilizado (CME), Limpeza, Manutenção e etc.

O grupo dos centros de custos auxiliares deve ser ordenado de acordo com os setores que tem o atendimento/acompanhamento direto ou mais próximo ao paciente.

Quando possível, é interessante também que as unidades de recepção façam parte dos custos das unidades produtivas as quais trabalham. Exemplo: Recepção do Raios X, ao invés de termos dois centros de custos: Raios X e Recepção do Raios X, sugere-se apenas um: Raios X. Isto é, o custo da recepção está inserida dentro do setor de Raios X. Porém, quando a recepção atua em mais de um centro de custo, sugere-se a abertura do centro de custo recepção, para que seja distribuída para as unidades que atende, através de um critério de rateio.

3 CENTROS DE CUSTOS ADMINISTRATIVOS

Correspondem às unidades de natureza administrativa. Os custos gerados por estes centros de custo envolvem a administração das atividades. Integram este grupo centros de custos, setores como: Departamento Pessoal, RH, Contabilidade, Compras, Faturamento, etc.

4 CENTROS DE CUSTOS – NÃO OPERACIONAIS

Entende-se por centros de custos não operacionais aqueles que normalmente não realizam atividades operacionais (atividade fim), por exemplo: Lanchonete e Agência Bancária. São considerados também centros não operacionais, setores que se entende que não deve compor o custo unitário do produto, por exemplo, a capela.

PROCESSO DAS INFORMAÇÕES

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A consecução do gerenciamento de custos contemplados neste manual compreende uma sequência de etapas que exige a participação de todos os níveis de responsabilidade internos, cujas atribuições envolvem a coleta de dados necessários à constituição do cálculo dos custos e a avaliação das informações geradas pelo sistema.
Neste sentido, as seguintes etapas passam a compreender o sistema de custos.

1 COLETA DE DADOS

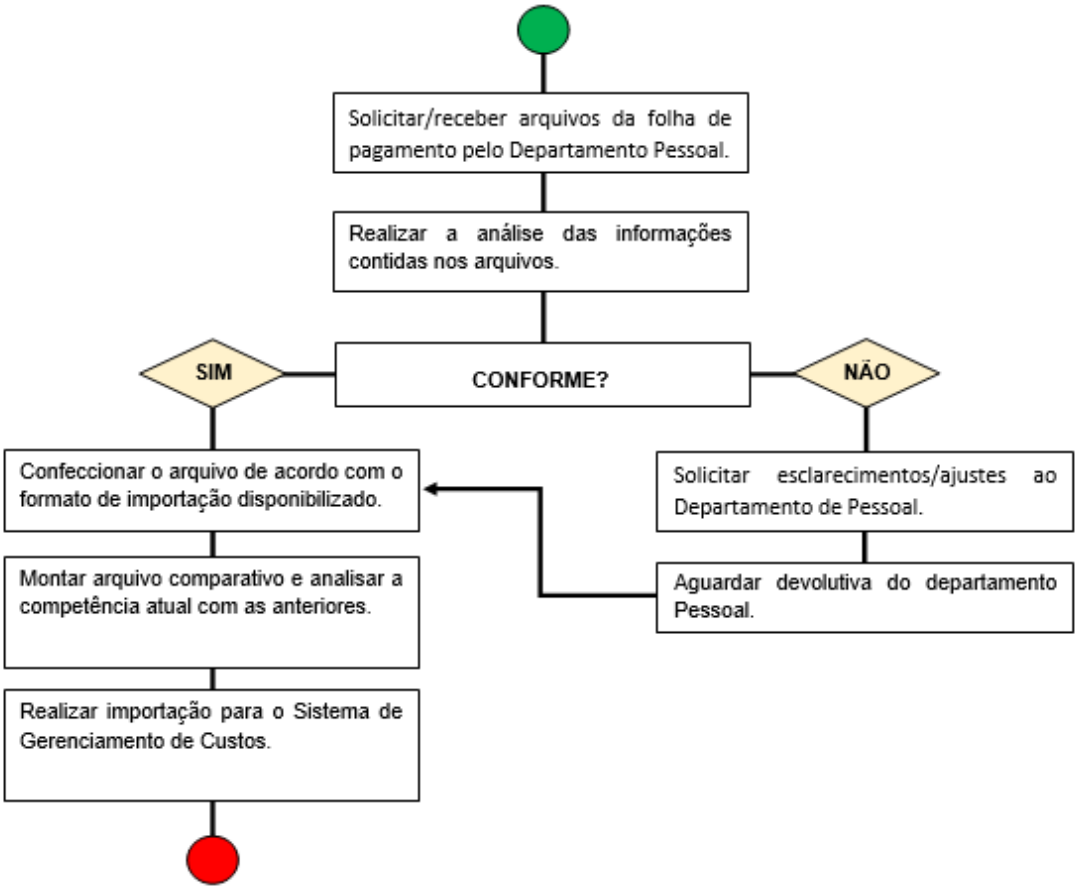
O sistema de custos sob orientação da apropriação por centros de custos compreende a geração de dados econômicos e estatísticos que, após o processamento sob as orientações conceituais pertinentes a esta metodologia, permitirão a emissão de relatórios gerenciais relevantes ao processo de gestão.
No desenvolvimento deste trabalho é de extrema importância o apoio da direção da empresa, pois a resistência dos setores na implantação de controles é sempre uma barreira muita delicada e difícil de se transpor, o pessoal envolvido no processo deve estar consciente que o principal objetivo do trabalho é o adequado gerenciamento da organização que necessita de controles para a efetiva aplicação do sistema, porém destacando os controles como necessidade e não como objetivo.
Vale lembrar que o setor de Custos não cria nenhuma informação, ela depende totalmente das informações obtidas nos diversos setores da unidade, por isso, é muito importante o envolvimento e participação de todos os níveis da organização, em especial os geradores de dados que devem estar bem conscientes da importância da informação, que deve ser gerada com qualidade e dignidade. Geralmente os dados coletados, em uma frequência mensal, podem ser classificados em três categorias: Custos diretos e indiretos, estatísticas de rateio, estatísticas de produção. Os dados são coletados em planilhas pré-definidas que são alimentadas pelas áreas responsáveis pelo processo.

2 FOLHA DE PAGAMENTO

Como um dos pontos que compõem a gestão de custos, a folha de pagamento possui o seguinte micro processo para que ocorra a consolidação das informações, se inicia com o recebimento de arquivos gerados a partir do sistema TOTVS – Proteus, processo gerado pelo Departamento Pessoal da instituição, que são os seguintes: SRD, SRA, SRJ, SRV, CTT, em seguida é realizado o tratamento dos dados afim de consolidar em um único arquivo as informações necessárias para que ocorra a importação para o sistema de gerenciamento de custos da unidade. Na figura 1 observa-se o fluxo de atividades realizadas pela equipe.

Figura 1 – FLUXOGRAMA DA FOLHA DE PAGAMENTO

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

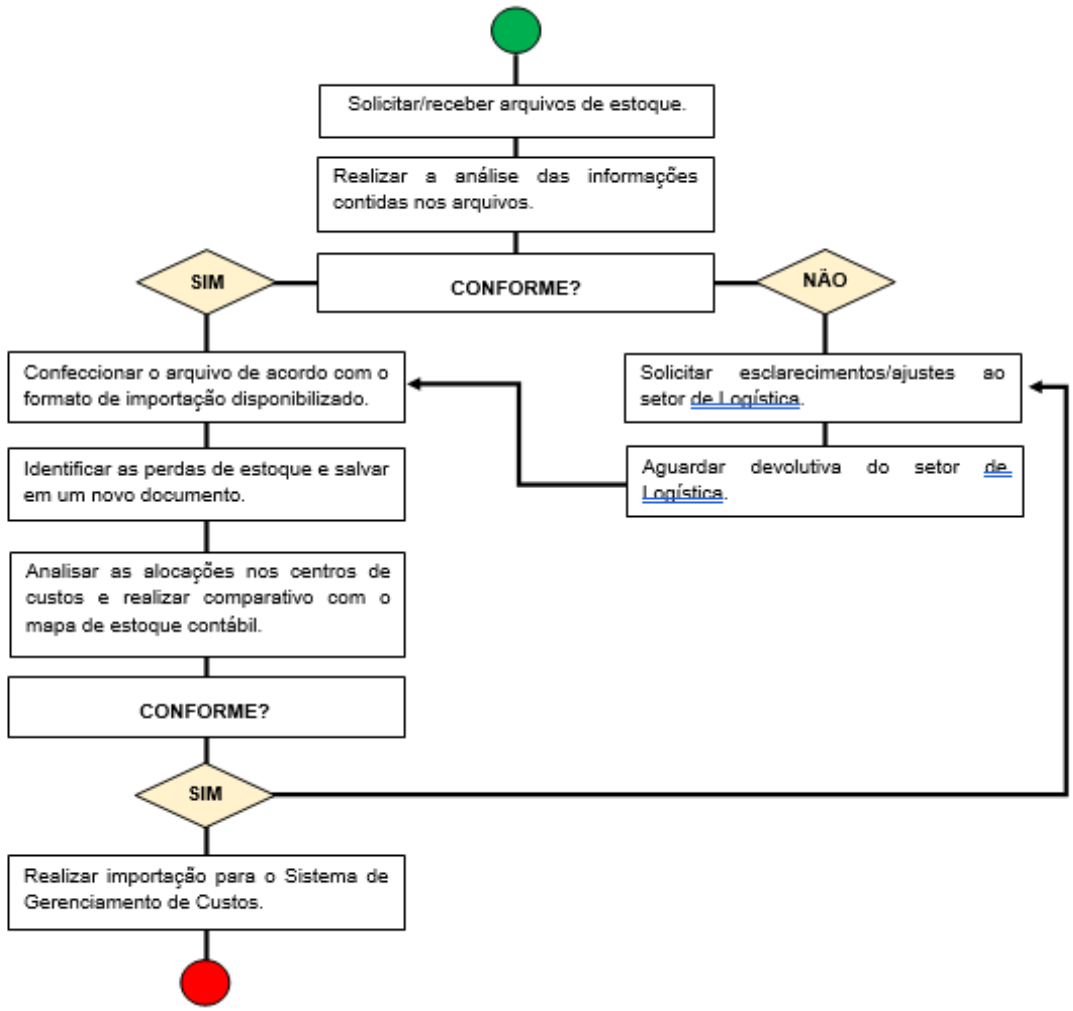


3 ESTOQUE

As informações do estoque são imprescindíveis para composição de custos da unidade, neste sentido, o micro processo de elaboração do arquivo final de consumo de estoque se dá a partir do recebimento dos arquivos de fechamento mensal do estoque, que são: consumo por centro de custo, relatório de perdas e o mapa de estoque contábil, em seguida é realizado o tratamento dos arquivos recebidos, posteriormente realizado a comparação junto ao mapa de estoque. Na figura 2 observa-se o fluxograma de atividades realizadas pela equipe.

Figura 2 – FLUXOGRAMA DO CONSUMO DE ESTOQUE

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

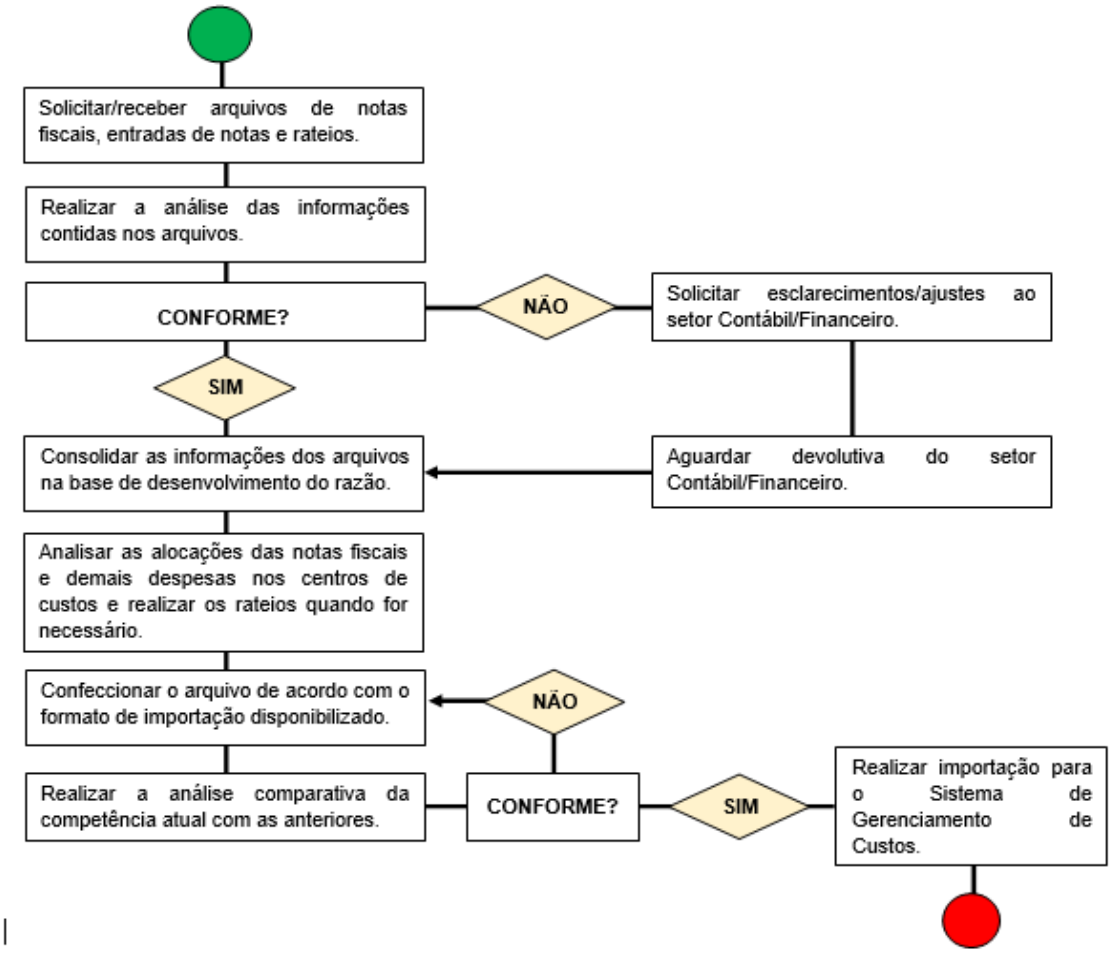


4 RAZÃO DE DESPESAS

Com relação à razão de despesas, as informações lançadas compõem a estrutura de fechamento de custos da unidade, desta forma, o micro processo se inicia com o recebimento dos arquivos da contábeis/financeiros mediante realização do fechamento mensal, são eles: CT2, SD1 e SDE, em seguida os arquivos são verificados e consolidados em uma base que permite tratar os dados informados e montar a planilha final de importação para o sistema de gerenciamento de custos. Na figura 3 observa-se o fluxo de atividades realizadas pela equipe.

Figura 3 – FLUXOGRAMA DO RAZÃO DE DESPESAS

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

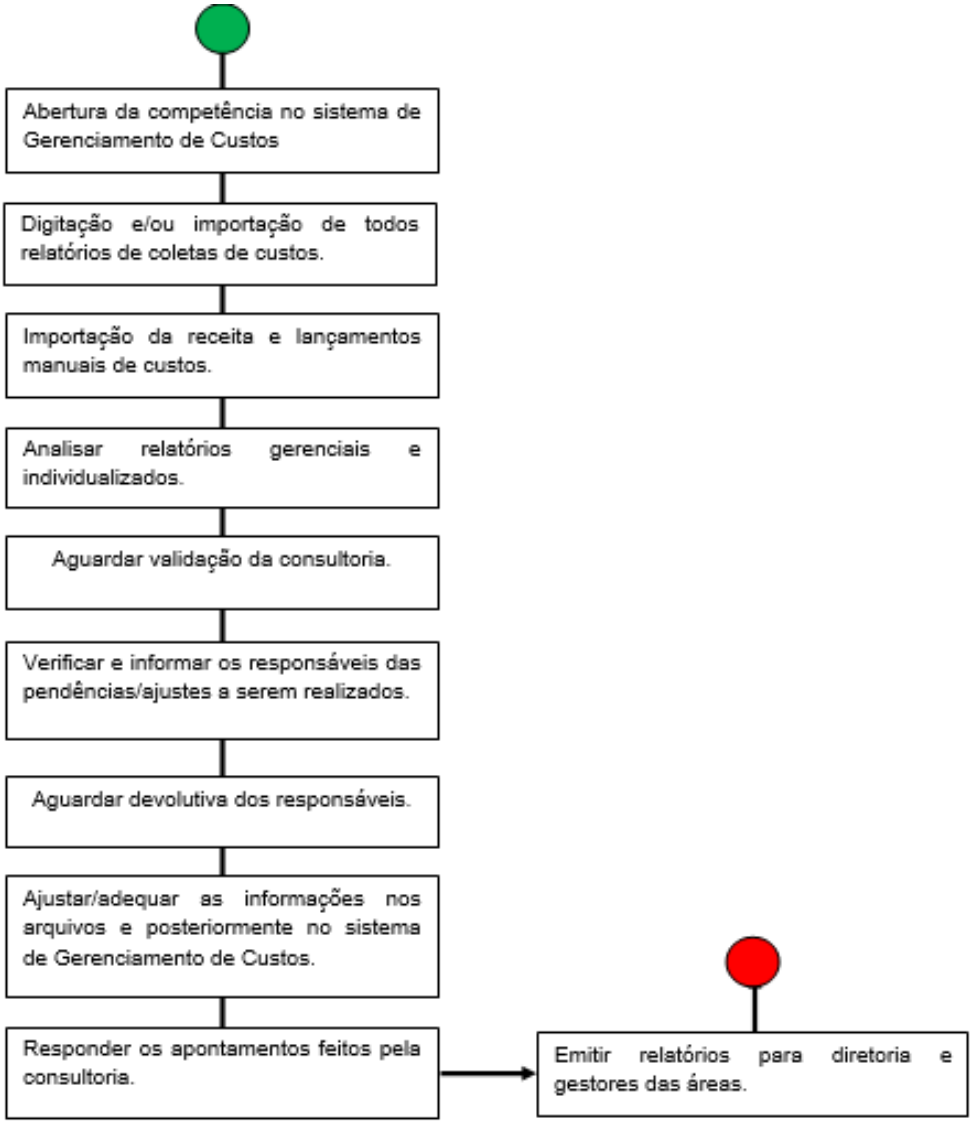


5 FECHAMENTO DE CUSTOS

A apuração dos custos da unidade corresponde a consolidação das informações, com a finalidade de exercer o controle e ser instrumento de gestão dos recursos aplicados nas atividades operacionais, além de permitir a geração de indicadores que poderão servir como base para avaliação de desempenho. Logo o processo de fechamento de custos reúne um grande quantitativo de informações descritos em alguns itens anteriores deste documento, após o tratamento de todos os dados, é necessário transpor para o sistema de Gerenciamento de Custos, através de digitações e/ou importações de arquivos. Somente através da inclusão de todas as informações necessárias, é possível realizar o rateio e o fechamento da competência para análise. O fluxograma de atividades para que se obtenha o fechamento mensal pode ser visualizado na figura 4.

Figura 4 – FLUXOGRAMA DE FECHAMENTO DE CUSTOS

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MARTINS, Eliseu. Contabilidade de Custos. São Paulo: Atlas, 1998.

SCHIER, Carlos Ubiratan da Costa. Gestão prática de custos. Curitiba: Juruá, 2004.

Gestão de Contratos e Prestação de Contas

A gestão de contratos e prestação de contas em uma UPA é crucial para garantir a transparência, eficiência e conformidade com as regulamentações.

Trata-se da metodologia usada para gerir os contratos da Unidade de Saúde com o propósito de orientar e padronizar essa atividade desde a fase pré-contratual até o seu encerramento, definindo regras para minimizar riscos econômicos e jurídicos. As diretrizes estabelecidas nesse

Assinado por 1 pessoa: JOANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

modelo são válidas para contratos de serviços de qualquer natureza, ou seja: obras, fornecimento, serviços médicos, serviços diversos, comodato e consignação.

A Gestão de Contratos é responsável pela centralização de todas as informações e controles, contudo, a responsabilidade direta pelo acompanhamento do Prestador (contratado) é do próprio gestor direto da área que demandou o serviço, mediante critérios técnicos e regras estabelecidas no Regulamento de Compras e Contratação de Obras e Serviços conforme link https://www.indsh.org.br/wp-content/uploads/2023/08/Regulamentos-Institucionais-para-compra-15.06.23.pdf

Abaixo descrevemos algumas práticas que serão adotadas:

Política de Contratação:

A UPA estabelecerá uma política clara e transparente para a contratação de fornecedores e prestadores de serviços, garantindo que os contratos sejam atribuídos de forma justa e competitiva.

Será dada preferência a fornecedores que atendam aos padrões de qualidade e segurança exigidos pela UPA.

Processo de Licitação:

Todos os contratos de fornecimento de bens e serviços serão submetidos a um processo de licitação aberto e competitivo, de acordo com as leis e regulamentos locais.

A UPA garantirá a conformidade com todas as etapas do processo de licitação, desde a publicação do edital até a avaliação e seleção das propostas.

Gestão de Contratos:

A UPA designará uma equipe responsável pela gestão de contratos, que será encarregada de monitorar o desempenho dos fornecedores, garantir a conformidade com os termos do contrato e resolver quaisquer problemas que possam surgir durante a vigência do contrato.

Serão estabelecidos procedimentos claros para a renovação, modificação e rescisão de contratos, conforme necessário.

Controle Financeiro e Prestação de Contas:

Todas as transações financeiras relacionadas aos contratos serão devidamente registradas e documentadas nos sistemas contábeis da UPA.

A UPA manterá registros precisos de todos os pagamentos feitos aos fornecedores, incluindo datas, valores e justificativas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Serão realizadas auditorias regulares para garantir a conformidade com os procedimentos estabelecidos e identificar quaisquer irregularidades ou áreas de melhoria.

Transparência e Comunicação:

A UPA promoverá a transparência na gestão de contratos, fornecendo acesso público às informações relevantes sobre os contratos e despesas relacionadas.

Será estabelecido um canal de comunicação para receber feedback e responder a quaisquer preocupações ou perguntas relacionadas aos contratos e prestação de contas.

Capacitação e Treinamento:

A equipe responsável pela gestão de contratos receberá treinamento adequado sobre as melhores práticas de gestão de contratos, legislação aplicável e sistemas de contabilidade utilizados pela UPA.

Serão promovidas oportunidades de desenvolvimento profissional para garantir que a equipe esteja atualizada com as mudanças nas regulamentações e melhores práticas do setor.

Compete a Gestão de Contratos:

- **Assegurar o Cumprimento do Objeto Contratado e Responsabilidade das Partes**: Manter evidencias e registros que assegurem controle sobre o cumprimento do objeto contratado e demais condições contratuais estabelecidas por meio de atesto e conferencia em notas fiscais, entre outros recursos que julgar necessário implantar.
- **Assegurar Controle de Clausulas Assessórias**: Manter evidências e registros que assegurem controle das responsabilidades acessórias previstas em contrato. Exemplo: o prestador deve apresentar mensalmente cópia dos comprovantes de recolhimento de encargos sociais dos funcionários lotados na Unidade; anualmente cópia do PCMSO, entrega de EPI, vacinação, etc.
- **Avaliar Sistematicamente a Qualificação do Prestador**: Manter avaliação periódica dos serviços prestados para fins de qualificação do prestador de serviços contínuos. É indicado a criação de um formulário próprio para essa finalidade e que as avaliações sejam aplicadas em intervalos não superiores a 12 meses.

Procedimento Operacional Padrão:

- **Seleção da Empresa**

- Especificação do serviço demandado: formulário "Solicitação de Serviços";

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Seleção de Empresas conforme Regulamento de Compras, com no mínimo de três opções e em caso de impossibilidade justificar;
- Análise das propostas e justificativa da escolha.

▪ Atividades da Pré-Contratação

- Elaborar a minuta contratual, observando a existência de minuta padrão que deve ser obrigatoriamente seguida;
- Levantar toda situação documental da empresa prestadora:
  - ✓ Contrato social e última alteração registrados em cartório ou na Junta Comercial;
  - ✓ Registro da pessoa jurídica no Conselho de classe da sua área de atuação;
  - ✓ Indicação do número do CNPJ na minuta para conferência na Receita Federal;
  - ✓ Alvará de Localização da Prefeitura e CCM (Cadastro de Contribuinte Municipal);
  - ✓ Certidões (dentro do prazo de validade) do SERASA, conjunta de débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União e a CND (Certidão Negativa de Débitos) emitida pelo INSS;
  - ✓ Procuração para o representante da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;
- Atentar para o prazo de validade dos documentos recebidos;
- Verificar e informar ao prestador sobre os impostos a serem retidos, evitando questionamentos futuros referente aos valores pactuados.
-

▪ Homologação da Contratação

O processo de contratação deverá conter os seguintes documentos e registros:

- Documentos do prestador especificados no item anterior;
- Formulário "Solicitação de Serviços", correspondente a formalização de quem originou a solicitação, devidamente e assinado;
- Propostas recebidas e justificativa da escolha;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- Parecer jurídico;
- Outros registros que forem importantes para o processo (emails, ofícios, etc.);
- Contrato que será assinado.

▪ **Atividades Durante a Vigência do Contrato**

- Controlar a vigência do contrato e de seus aditivos;
- Controlar a validade dos documentos do prestador, cuja vigência seja pré-estabelecida;
- Atesto do serviço realizado: Todo serviço executado deve ser atestado por profissional da Unidade mediante critérios pré-definidos. Os critérios são normalmente definidos a partir do próprio contrato, podendo ser complementados quando pertinente;
- 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. Registrar na nota fiscal mediante carimbo específico (responsável, data e assinatura).

▪ **Aditivos e Distrato**

- 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 de aditivos: repactuação de serviços e valores, formalização do reajuste de preço; prorrogação da vigência;
- 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.

Prestação de Contas

A prestação de contas em uma UPA é fundamental para garantir transparência na gestão dos recursos públicos, demonstrando como o dinheiro é utilizado para fornecer serviços de saúde à comunidade. Aqui estão alguns elementos importantes para a prestação de contas da UPA:

Relatórios Financeiros: A UPA deve produzir relatórios financeiros detalhados que apresentem todas as receitas e despesas de forma clara e transparente. Esses relatórios devem incluir

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

informações sobre salários, despesas operacionais, aquisição de suprimentos médicos, manutenção de instalações, entre outros.

Orçamento: A UPA deve elaborar um orçamento anual que estime as receitas e despesas previstas para o período. Esse orçamento deve ser discutido e aprovado pelos órgãos competentes e servir como base para o planejamento financeiro da unidade.

Auditoria Externa: Realizar auditorias externas periódicas é essencial para verificar a conformidade financeira e operacional da UPA. Essas auditorias devem ser conduzidas por empresas independentes e especializadas, que analisarão os registros contábeis e operacionais para identificar possíveis irregularidades ou áreas de melhoria.

Transparência: A UPA deve promover a transparência em sua gestão, disponibilizando informações sobre suas atividades, despesas e resultados para o público em geral. Isso pode incluir a publicação de relatórios anuais, divulgação de informações em seu site oficial e realização de audiências públicas para discutir questões relacionadas à gestão da unidade.

Responsabilidade Social: Além de prestar contas financeiras, a UPA também deve demonstrar como está cumprindo sua missão de fornecer serviços de saúde de qualidade à comunidade. Isso pode incluir relatórios sobre o número de pacientes atendidos, os tipos de serviços prestados, os resultados dos tratamentos e a satisfação dos pacientes.

Controle Interno: A UPA deve implementar controles internos eficazes para garantir a integridade e a confiabilidade de suas operações financeiras. Isso pode incluir a segregação de funções, a adoção de políticas e procedimentos claros, a realização de reconciliações regulares e a supervisão adequada das atividades financeiras.

Ao adotar essas práticas de prestação de contas, a UPA demonstrará seu compromisso com a transparência, a responsabilidade e a eficiência na gestão dos recursos públicos, fortalecendo assim a confiança da comunidade e dos órgãos fiscalizadores.

Rateio de despesas corporativas (RDC)

Metodologia e critério de apropriação dos custos da Sede Social e às Unidades e projetos

O INDSH tem como referência que todas as empresas devem conhecer, administrar e controlar com muita propriedade os custos e despesas gerados para a produção e comercialização de seus produtos ou serviços.

Dessa forma, mantemos uma parceria com a empresa Planisa – Planejamento e Organização de Instituições de Saúde, considerada referência em consultoria especializada em custos para o segmento da saúde. Conforme parecer, considera o critério adotado pelo INDSH em conformidade com os princípios da metodologia defendidos:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CAVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

"(...) Caracterizada a Sede da Entidade como uma Unidade Central de prestação de serviços ou uma Unidade de Serviços Corporativos, os custos gerados para execução de suas atividades necessitam ser distribuídos às Unidades consumidoras dos tais serviços, e a forma mais adequada para realizar esta operação é distribuir os custos através da adoção de critério de rateio que leve em conta a complexidade de cada operação, ou o esforço dispendido pela Sede na prestação dos serviços administrativos às Unidades.

Inicialmente analisamos a possibilidade de o critério de rateio ser o número de leitos e valor dos contratos, mas descartamos ambos, pois nem todos os clientes trabalham com leitos hospitalares, como por exemplo, Unidades de Pronto Atendimento e fato de que o critério do valor contratado é muito relativo de acordo com a região e outras características próprias de cada Unidade de Saúde. Por exemplo, uma clínica de quimioterapia terá um valor contratual agregado maior que um hospital de médio porte, devido ao custo dos medicamentos oncológicos.

Conforme revisão de literatura e pela própria experiência da Planisa, o critério que mais se aproxima da acurácia na distribuição de rateio é o número de colaboradores para cada Unidade administrada pela OSS. Deve-se lembrar de que é necessário considerar todos os colaboradores existentes em cada operação, independentemente de sua condição contratual (CLT, Funcionário Público, Pessoa Jurídica, Profissional Autônomo, ou outros) e de sua função. Acrescente-se a isso, o fato da disponibilidade e acesso a esta informação mensalmente, os relatórios de cada Unidade identificam estas quantidades de colaboradores, assim como os contratantes também têm acesso. (...)".

O rateio das despesas Administrativas está legalmente amparado pela Resolução SS - 116, de 10-12-2012 publicado no D.O.E. do Estado de São Paulo Nº 231 – DOE de 11/12/12 – Seção 1 – p.24, onde prevê:

Artigo 2º - Na hipótese de concentração, pela Organização Social de Saúde, de parte dos serviços gerenciais em suporte técnico direto à Administração, vinculado ao contrato de gestão, será admitida a cobrança por rateio, para cada contrato, condicionada à demonstração contábil-financeira da despesa operacional.

Em conformidade com a Lei federal n. 12.873/13, onde prevê:

Art. 56. As entidades privadas filantrópicas e as entidades sem fins lucrativos podem repassar às suas mantenedoras recursos financeiros recebidos dos entes públicos, desde que expressamente autorizado no instrumento de transferência, observados a forma e os limites estabelecidos no instrumento de transferência e na legislação, quando houver.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A sede administrativa do INDSH localizada em São Paulo opera nos moldes de um Centro de Serviços Compartilhados (CSC) que centraliza a orientação dos serviços realizados pelas suas Unidades de saúde gerenciadas por meio de Contratos de Gestão celebrados com o poder público.

Os custos gerados para execução das atividades são rateados pelas Unidades consumidoras dos tais serviços por meio da adoção de critérios de rateio quantitativos e qualitativos que levam em conta a complexidade e o volume de serviços de cada operação, pelo link do manual (disponível em nosso site):
https://www.indsh.org.br/wp-content/uploads/2022/10/1-MANUAL-DO-RATEIO-DE-DESPESAS-CORPORATIVAS-RDC.pdf

Proposta de Termos de Referência para a contratação de terceiros para os Serviços contratados (ex: Limpeza, Vigilância, entre outros)

Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de vigilância e manutenção predial

Os serviços hospitalares possuem várias vertentes de contratação. Abaixo apresentamos os critérios importantes a considerar:

1. Custo

Terceiros: Normalmente, contratar empresas terceirizadas pode ter custos mais baixos a curto prazo, pois você paga uma taxa fixa ou por serviço e não precisa arcar com encargos trabalhistas, benefícios e treinamento.

Equipe Própria: Embora os custos iniciais possam ser mais altos devido a salários, benefícios e treinamento, você pode ter mais controle sobre os custos a longo prazo e a flexibilidade para ajustar a equipe conforme necessário.

2. Qualidade do Serviço

Terceiros: Empresas especializadas em serviços de limpeza, lavanderia, vigilância e cozinha geralmente têm padrões estabelecidos e experiência. No entanto, a qualidade pode variar entre diferentes fornecedores.

Equipe Própria: Com uma equipe interna, você pode ter mais controle direto sobre os padrões e a consistência dos serviços. No entanto, isso exige mais investimento em treinamento e gerenciamento.

3. Flexibilidade e Controle

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Terceiros: A flexibilidade pode ser limitada pelas condições contratuais e pela disponibilidade da empresa terceirizada. No entanto, você pode ajustar a demanda com base em acordos contratuais.

Equipe Própria: Ter uma equipe interna permite ajustar os serviços e horários de acordo com as necessidades da sua organização, oferecendo maior controle e flexibilidade.

4. Gerenciamento e Supervisão

Terceiros: O gerenciamento é minimizado, mas você pode precisar de um contrato claro e de uma supervisão regular para garantir que os serviços atendam às suas expectativas.

Equipe Própria: Requer mais gerenciamento e supervisão direta. Você precisa de pessoal para liderar e coordenar as atividades, o que pode adicionar uma carga adicional de trabalho.

5. Especialização e Expertise

Terceiros: Empresas terceirizadas geralmente têm especialistas em suas áreas, como técnicas avançadas de limpeza, processos eficientes de lavanderia, sistemas de segurança sofisticados e práticas de nutrição adequadas.

Equipe Própria: Você precisará investir em treinamento e desenvolvimento contínuo para garantir que sua equipe mantenha o nível de especialização necessário.

6. Escalabilidade

Terceiros: Pode ser mais fácil escalar serviços para cima ou para baixo com fornecedores externos conforme a demanda muda.

Equipe Própria: Escalar pode ser mais complexo, exigindo a contratação e treinamento de novos funcionários ou ajustes na estrutura existente.

7. Conformidade e Regulamentação

Terceiros: Empresas especializadas geralmente estão mais atualizadas sobre as regulamentações e normas do setor. Verifique se estão em conformidade com todas as leis e regulamentos relevantes.

Equipe Própria: Você é responsável por garantir que sua equipe esteja em conformidade com as regulamentações e normas, o que pode exigir mais atenção e recursos.

8. Responsabilidade e Risco

Terceiros: A responsabilidade pelo desempenho do serviço e pelos riscos associados muitas vezes recai sobre o fornecedor. No entanto, você precisa de contratos bem elaborados para proteger seus interesses.

Equipe Própria: Você assume mais responsabilidade pelos riscos e pela gestão da equipe, incluindo questões de saúde e segurança.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

9. Feedback e Relacionamento

Terceiros: Pode haver uma distância maior entre você e os prestadores de serviços, o que pode afetar a comunicação e o feedback.

Equipe Própria: Com uma equipe interna, você pode construir um relacionamento mais próximo e receber feedback mais imediato e direto.

Contratação dos Serviços de Nutrição (Terceirizado)

Os serviços de Nutrição serão terceirizados.

O descritivo destes serviços já foi apresentado ao longo deste projeto.

A contratação dos serviços terceirizados seguirá nosso processo constante no Regimento de Compras e Serviços que faz parte no site do Instituto.

https://www.indsh.org.br/wp-content/uploads/2023/08/Regulamentos-Institucionais-para-compra-15.06.23.pdf

Serviço de Alimentação

Normas e rotinas para o funcionamento do serviço de nutrição

Na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), na primeira diretriz "Organização da Atenção Nutricional", a atenção nutricional é definida como cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

Devido às limitações de espaço físico e característica de atendimento desta Unidade, o Serviço de Nutrição será terceirizado, ficando a cargo das Unidades somente a disponibilização da área física para Copa onde será recebido os alimentos e distribuídos aos pacientes e colaboradores.

As refeições distribuídas na Unidade para os pacientes serão desjejum, colação, almoço, lanche da tarde e jantar, quando necessário será fornecido lanche entre os horários de acordo com avaliação da equipe Assistencial e Serviço Social.

Os colaboradores realizarão as refeições (desjejum, colação, almoço, lanche da tarde e jantar) no refeitório, em seus respectivos horários de intervalo, portando do ticket que dá direito a referida refeição.

Normas para Funcionamento do Serviço de Nutrição

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Prestar Serviços pautados nos princípios da Ciência da Nutrição, no Código de Ética do Nutricionista e nos Códigos Civil e Penal Brasileiros;
- Responder integralmente – de forma ética, civil e penal - pelas atividades de nutrição e alimentação desenvolvidas pela empresa e por outros profissionais sob sua subordinação;
- Disponibilizar um responsável Técnico devidamente registrado no Conselho para a Unidade;
- Assumir o compromisso e responsabilidade com a qualidade dos alimentos e serviços prestados;
- Seguir rigorosamente as legislações relevantes para a prática profissional, dentre elas, as Resoluções CFN nº 380. 2005 e 358. 2005 que dispõem como atividades obrigatórias, o estabelecimento e implantação das IT's (Instruções de Trabalho) e métodos de controle e qualidade de alimentos e do manual de boas práticas de manipulação;
- Apresentar cronograma de treinamento contínuo dos profissionais sob responsabilidade, na prestação de serviços na UPA, relacionado às boas práticas de manipulação de alimentos;
- Apresentar mensalmente os comprovantes de pagamentos de salários, encargos e demais direitos trabalhistas;
- Disponibilizar uniformes e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados para o uso em ambiente de Saúde;
- Realizar os devidos controles das refeições distribuídas para os pacientes e colaboradores para prestação de contas mensal;
- Os acompanhantes e colaboradores da Unidade utilizam o refeitório, entrando e saindo pela única porta;
- O acesso para entrega ou retirada de alimentos será o mesmo para acesso de colaboradores e demais prestadores de serviços, sendo que os horários devem ser distintos para evitar cruzamento dos serviços de Lavanderia e resíduos hospitalares;
- Manter os utensílios sempre higienizados de acordo com normas técnicas vigentes;
- Manter a área física devidamente higienizada, livre de insetos e roedores;
- O transporte dos alimentos será realizado em carrinhos fechados e higienizados diariamente, sempre que necessário, seguindo as normas técnicas de funcionamento do Serviço;
- Adotar cuidados recomendados para manipulação de alimentos - fazer uso de máscaras, toucas, luvas, aventais, etc;
- Realizar o transporte do local de produção das refeições até a UPA em carro fechado e seguindo as normas técnicas vigentes;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Realizar visitas e inspeções nas instalações da Contratada (Serviço de Nutrição) para verificação do cumprimento das normas técnicas vigentes e boas práticas de manipulação de alimentos.

Rotinas para Funcionamento do Serviço de Nutrição

Abaixo apresentamos algumas rotinas que são primordiais, porém, devido a característica da Unidade – Urgência e Emergência -, limitações físicas, fato que muda completamente o padrão do serviço, rotinas (instruções de trabalho) serão elaboradas em conjunto com a empresa terceirizada e a equipe da Unidade:

- Manter os devidos registros de funcionamento junto aos órgãos públicos e autarquias, conforme a legislação vigente;
- Realizar o controle de qualidade dos alimentos fornecidos conforme padrões técnicos para o funcionamento do serviço;
- Definir os horários para distribuição de refeições para os pacientes, acompanhantes e colaboradores, intercalando os horários;
- Definir o processo de solicitação diário de refeições para pacientes e acompanhantes;
- Estabelecer os critérios para fornecimento de alimentação para os colaboradores – especificamente através da apresentação do tiket refeição/lanche;
- Estabelecer critérios de prestação de contas mensais e validação das quantidades de refeições servidas;
- Apresentar indicadores de produção e qualidade dos serviços prestados;
- Disponibilizar uniformes e Equipamentos de Proteção Individual para os colaboradores do Serviço de Nutrição;
- Estabelecer o cronograma de higienização da copa e refeitório, mantendo corretamente higienizados e livres de insetos e roedores;
- Estabelecer a interação dos processos e fluxos para o funcionamento do Serviço de Nutrição juntamente com as equipes da Unidade;
- Realizar o transporte dos alimentos em carro fechado e seguindo as normas sanitárias do município e boas práticas de manipulação de alimentos;
- Participar das Comissões instituídas na UPA, bem como dos processos de segurança do paciente e qualidade;
- Cumprir com as normas da Unidade de Pronto Atendimento.

CHECKLIST PARA VISTORIA TÉCNICA SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

UNIDADE:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

DATA DA VISTORIA:			
RESPONSÁVEL DA UNIDADE:			
SUPERVISOR:			
I - INSTALAÇÕES FÍSICAS		**SIM**	**NÃO**
1 - Localização dentro do município da unidade atendida			
2 - Ausência de focos de insalubridade no local e imediações (lixo, sujeira, insetos etc.)			
3 - Ausência de objetos em desuso			
4 - Separação das áreas de preparo das diferentes categorias de alimentos de forma a evitar a contaminação cruzada. Dispõe de Barreira Física e Barreira Técnica ou somente Barreira. Técnica.			
5 - Dimensionamento compatível com o número de refeições contratadas			
6 - PISO	6.1 - Possui revestimento liso, impermeável e lavável?		
	6.2 - Em bom estado de conservação e higiene?		
7 - PAREDE	7.1 - Possui revestimento liso, impermeável e lavável?		
	7.2 - Em bom estado de conservação e higiene?		
8 - TETO	8.1 - Possui revestimento liso, impermeável e lavável?		
	8.2 - Em bom estado de conservação e higiene?		
9 - PORTAS	9.1 - Em bom estado de conservação e ajustadas ao batente?		
	9.2 - Portas da área de preparo e armazenamento dotadas de fechamento automático (mola)?		
10 - JANELAS	10.1 - Em bom estado de conservação e higiene, ajustadas ao batente, com vidros íntegros?		
	10.2 - Janelas e outras aberturas externas, incluindo sistema de exaustão providas de telas milimétricas removíveis?		
11 - ILUMINAÇÃO	11.1 - Adequada, sem zonas com sombras ou contrastes excessivos?		
	11.2 - Luminárias localizadas sobre a área de preparação dos alimentos estão protegidas contraexplosão ou queda acidental? (no caso de lâmpada tipo bulbo led, pode marcar sim)		
	11.3 - Instalações elétricas íntegras, embutidas, de forma a proteger a higienização?		

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

12 - VENTILAÇÃO	12.1 - Ventilação natural ou artificial adequada (Exaustor)(ver registros de limpeza)		
	12.2 - Equipamentos de ventilação em bom estado de conservação e higiene		
13 - ÁGUA	13.1 - Água potável originada de ( ) Rede pública ou ( ) Poço		
	13.2 - Caixa de água tampada e limpa		

I - INSTALAÇÕES FÍSICAS		**SIM**	**NÃO**
14 - INSTALAÇÕES SANITÁRIAS	14.1 - Instalações sanitárias e vestiários sem comunicação direta com área de preparo, armazenamento e refeitório		
	14.2 - Em bom estado de conservação e organizadas. Os produtos possuem identificação, registro no órgão competente, número de lote e/ou data de fabricação e estão dentro do prazo de validade.		
	14.3 - Em bom estado de higiene		
	14.4 - Dotadas de lavatórios com acessórios para higienização de mãos (sabonete antisséptico e toalha de papel não reciclado)		
	14.5 - Possuem lixeiras dotadas de saco plástico e com acionamento por pedal		
15 - LAVATÓRIOS EXCLUSIVOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	15.1 - Localizados em posição estratégica em relação ao fluxo de preparo de alimentos e em número suficiente		
	15.2 - Dotadas de lavatórios com acessórios para higienização de mãos (sabonete antisséptico e toalha de papel não reciclado)		
	15.3 - Possuem lixeiras dotadas de saco plástico e com acionamento por pedal		
II - EQUIPAMENTOS MÓVEIS E UTENSÍLIOS		**SIM**	**NÃO**
16 - EQUIPAMENTOS EM GERAL	16.1 - Em bom estado de conservação e higiene. Dispõe de acondicionamento dos alimentos, quando retirados da embalagem 13.5 1 original, em recipientes limpos, íntegros,		

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	exclusivos, fechados e identificados com nome do produto, data de validade, e lote de fabricação.		
	16.2 - Dimensionamento de acordo com o número de refeições contratadas		
	16.3 - Superfícies lisas, impermeáveis e laváveis		
17 - HOT BOX E CUBAS DE INOX	17.1 - Em bom estado de conservação e higiene		
	17.2 - Dimensionamento de acordo com o número de refeições contratadas		
18 - GARRAFAS TÉRMICAS	18.1 - Em bom estado de conservação e higiene		
	18.2 - Em número compatível com o número de refeições contratadas		
	18.3 - Separadas por tipo de bebida		
19 - BALANÇA	19.1 - Em bom estado de conservação e higiene		
	19.2 - Registro de calibração, com selo do INMETRO (validade 1 ano)		
	19.3 - Em número compatível com o número de refeições contratadas		
III - ARMAZENAMENTO		**SIM**	**NÃO**
20 - Estoque localizado dentro das instalações da empresa. Local de armazenamento de alimentos e câmara refrigerada compatível e proporcional para alimentos perecíveis e não perecíveis			
21 - Sem comunicação direta com a área externa			
22 - Proteção adequada contra o acesso de pragas e vetores urbanos			
23 - Prateleiras ou estrados de material lavável e impermeável			

IV - CONTROLE INTEGRADO DE VETORES E PRAGAS URBANAS	**SIM**	**NÃO**
24 - Edificações, instalações, equipamentos, móveis e utensílios livres da presença ou indício da presença de vetores e pragas urbanas		
25 - Existem ações e medidas preventivas para impedir a atração, abrigo, acesso e proliferação dos vetores e pragas urbanas		
26 - Controle químico realizado por empresa especializada		
V - RECURSOS HUMANOS	**SIM**	**NÃO**
27 - Profissional nutricionista responsável técnico		
28 - Carteira de saúde dos colaboradores		

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

29 - Carteira de vacinação de todos os colaboradores estão atualizadas			
30 - Uniformes e EPIS, íntegros e em bom estado de conservação e higiene			
Freezer	O controle e o registro de temperatura da geladeira e do freezer ocorrem a cada 13.6 I 12 horas, com termômetro digital que registra temperatura máxima, mínima e de momento		
31 - Atestado de saúde ocupacional (ASO) dos colaboradores se encontram dentro da validade			
VI - VEÍCULOS E TRANSPORTE DAS REFEIÇÕES		**SIM**	**NÃO**
32 - VEÍCULO	34.1 - O veículo de entrega está de acordo com a legislação vigente		
	34.2 - É exclusivo para transporte de alimentos		
	34.3 - Está devidamente identificado		
	34.4 - Em bom estado de conservação e higiene		
	34.5 - Veículo ( ) próprio ( ) terceirizado		
33 - CARRINHO DE TRANSPORTE	35.1 - Possui carrinhos para transporte dos hot box e distribuição das refeições nas unidades		
	35.2 - Os carrinhos possuem pneus a ar, de borracha		
	35.3 - Estão em quantidade suficiente de acordo com a necessidade das unidades		
34-Controle de temperatura	36.1 - Há controle de temperatura da alimentação de saída		
	Há o intervalo de no máximo, duas horas entre o término do preparo e o consumo (exceto quando mantidas sob condições de conservação térmica). Obs. Verificar registros		
	36.2 Há registro de temperaturas em toda cadeia alimentar		

VII - DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO	**SIM**	**NÃO**
35 - Registro de limpeza do reservatório de água		
36 - Laudo de potabilidade de água		
37 - O estabelecimento possui manual de boas práticas		
38 - O estabelecimento possui POP (Procedimentos Operacionais Padronizados)		
39 - Alvará Sanitário		
40 - Alvará de Funcionamento		

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

41 - Alvará dos bombeiros		
42 - Alvará Ambiental		
43 - PGRS		
OBSERVAÇÕES GERAIS		

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Instrução de estruturação e funcionamento do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e de registro de documentos

A estrutura organizacional da Unidade foi apresentada no organograma já detalhado neste projeto.

Os recursos humanos e salários deste setor estão descritos na planilha de recursos humanos que será apresentada nos anexos desta proposta.

Os colaboradores possuem vínculo de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e cumprem uma carga horária de 220 horas mensais, com jornada de segunda a sexta-feira.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) é uma área fundamental para a gestão eficiente e segura das informações em saúde em uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é responsável pelo armazenamento, organização, recuperação e controle de documentos médicos, garantindo a confidencialidade e acessibilidade dos registros, além de gerar dados estatísticos para planejamento e avaliação das ações em saúde.

1. Estruturação do SAME

1.1 Espaço Físico

- **Área de Arquivo:** Ambiente adequado, climatizado, com proteção contra umidade, diretivas e riscos de incêndio, destinado ao armazenamento de documentos.
- **Área de Consulta:** Espaço para que os profissionais de saúde possam acessar os prontuários e registros de forma controlada.
- **Setor de Estatísticas:** Local específico para análise e compilação de dados estatísticos relacionados à produção e atendimento da unidade.

1.2 Equipamentos

- **Mobiliário:** Estantes, arquivos deslizantes ou armários específicos para documentos, otimizando espaço e organização.
- **Tecnologia:** Sistemas informatizados para registro e recuperação de informações, como prontuário eletrônico e software de gestão hospitalar.
- **Equipamentos de Segurança:** Sistemas de monitoramento, alarmes e proteção contra incêndios para preservar os documentos.

1.3 Recursos Humanos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Equipe Técnica:** Profissionais especializados, como arquivistas, técnicos em saúde e estatísticos, para garantir o funcionamento adequado.
- **Capacitação Contínua:** Treinamento sobre normas de registro, sigilo e documentação de documentos.

2. Funcionamento do SAME

2.1 Gerenciamento dos Documentos

- **Prontuário do Paciente:** Registra todas as informações relacionadas ao atendimento do usuário, incluindo histórico médico, exames, diagnósticos e tratamentos.
- **Registro de Documentos Administrativos:** Gestão de relatórios, guias de atendimento, laudos e documentos necessários para auditorias e regulação.
- **Classificação e Indexação:** Organização dos documentos em categorias para facilitar a recuperação e consulta.

2.2 Fluxo de Informações

- **Recepção e Triagem:** Coleta de documentos gerados durante o atendimento.
- **Armazenamento:** Classificação dos prontuários e inserção no sistema informatizado.
- **Consulta:** Liberação controlada de prontuários para profissionais autorizados ou para auditorias internas e externas.
- **Devolução e Controle:** Garantia de que os prontuários retornem ao arquivo e sejam organizados especificamente.

2.3 Confidencialidade e Sigilo

- Garantir o acesso restrito às informações de acordo com a **Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)** e normas éticas.
- Uso de sistemas com login e senha para rastreamento de acessos e proteção dos dados dos pacientes.

2.4 Tempo de Retenção de Documentos

- Manutenção dos prontuários médicos por pelo menos 20 anos após o último registro, em conformidade com as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM).
- Destino final para documentos obsoletos, seguindo políticas de descarte ambientalmente seguro.

3. Estatísticas e Registro de Documentos

3.1 Produção de Relatórios

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- **Dados Quantitativos:** Número de atendimentos, procedimentos realizados, admissões, altas e transferências.
- **Indicadores de Saúde:** Estatísticas relacionadas a morbidade, mortalidade e produtividade da unidade.

3.2 Suporte à Gestão

- fornecer informações confiáveis para planejamento estratégico, tomada de decisões e prestação de contas ao SUS.
- Apoiar auditorias, regulação de atendimentos e pesquisas científicas.

4. Integração com o Sistema de Informação do SUS

- **Sistemas Informatizados:** Integração com plataformas como o **SISREG** (Sistema de Regulação), **e-SUS** e **HÓRUS** para facilitar o acesso, análise e troca de informações entre os diferentes níveis de atenção à saúde.
- **Monitoramento e Avaliação:** Controle periódico da qualidade das informações registradas, garantindo a conformidade com as normas do SUS.

5. Benefícios do SAME

- **Acessibilidade:** Rapidez na recuperação de informações, otimizando o fluxo de trabalho.
- **Confiabilidade:** Garantia de que os dados armazenados estão completos, corretos e seguros.
- **Eficiência:** Redução de retrabalhos e aumento da produtividade.
- **Planejamento e Gestão:** Disponibilidade de dados estatísticos confiáveis para embasar políticas públicas.

O SAME, com uma gestão bem estruturada e homologada às diretrizes do SUS, é essencial para a eficiência administrativa, a qualidade do atendimento e a segurança das informações em saúde.

Prontuários Médicos - Proposta para o Serviço de Arquivo Médico (SAME)

A gestão da Unidade necessita de informações e dados técnicos que permitam maior rendimento a tudo o que está envolvido neste setor, seja nos campos: médico, assistencial, administrativo, social ou financeiro.

Neste sentido o INDSH implantará a estrutura do Serviço de Arquivo, que é um serviço imprescindível ao funcionamento da Unidade e em seu quadro funcional conta com um Auxiliar administrativo que responde diretamente ao Diretor Executivo, que tem por responsabilidade o controle dos prontuários oriundos do atendimento por meio das atividades de organização,

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

manutenção, conservação e guarda de prontuários dos pacientes que necessitaram de assistência multiprofissional, além de servir como fonte de pesquisa científica. Esse Setor funciona de segunda a sexta-feira das 8h00 às 18h00.

A função primordial dos arquivos é disponibilizar as informações contidas nos documentos para a tomada de decisão e comprovação de direitos e obrigações, o que só se efetivará se os documentos estiverem corretamente classificados e devidamente guardados. Tão importante quanto arquivar é achar rapidamente as informações no momento desejado.

Quando se trata de planejar a organização de um arquivo ou fichário, os elementos constantes de um documento a considerar são:
Nome (do remetente do destinatário ou da pessoa a quem se refere o documento);
Local,
Número,
Data,
Assunto.

De acordo com o elemento mais importante e frequentemente procurado, em cada caso, pode-se organizar os fichários ou arquivos em:
Ordem alfabética;
Ordem geográfica;
Ordem numérica (simples ou cronológica);
Ordem de assunto.

O Serviço de Arquivo utilizará o sistema de arquivamento com base no método alfanumérico que é uma opção para a organização de registros e, como outros métodos de armazenamento, dá aos usuários um método sistemático para armazenar e acessar informações importantes. Trata-se de um sistema que é uma combinação de letras (organizadas de A até Z) e números (ordenadas do menor ao maior).

O sistema alfanumérico utiliza uma combinação de nomes (geralmente um assunto) e dígitos. Quando grandes, eles geralmente utilizam acesso indireto, ou seja, um índice ou um código deve ser consultado para recuperar um arquivo. Tais sistemas de larga escala são geralmente automatizados.

O Prontuário do paciente é o documento legítimo e individual deste, contendo dados e informações pessoais, bem como do ponto de vista médico social - tratamento clínico, resultados

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

de exames, situação de internação, descrição cirúrgica, resultados e conclusões. É um instrumento dinâmico que uma vez iniciado permanece aberto por tempo indeterminado, atendendo sempre que o paciente recorrer à instituição.

Com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado ao paciente admitido na UNIDADE, o prontuário da unidade acompanha o paciente em todo o processo de atendimento é padronizado e mantido no Arquivo Médico.

Os documentos do paciente na UNIDADE dispõem dos dados: data e hora da admissão, condições de admissão, antecedentes (clínicos, cirúrgicos, alérgicos, imunização), diagnóstico, conclusões ao final do tratamento, destino do paciente, condições do paciente no momento da alta ou transferência, orientações pós-alta para a continuidade do tratamento e retorno desejável para reavaliação.

O prontuário deve ser composto de ficha de atendimento, impresso de classificação de risco, prescrição médica, evolução médica, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem, formulários específicos dos demais profissionais e registro dos profissionais, termo de consentimento e ficha de controle de sinais vitais.

As informações contidas no prontuário pertencem ao paciente e estão sob a guarda e supervisão permanente do Unidade. Elas são guardadas pelas seguintes legislações:

- Constituição Federal, artigo 5º, inciso X;
- Código Penal, artigos 153, 154, 325 e 269;
- Resolução CFM (Conselho Federal de Medicina) nº 1.821/07;
- Lei de Acesso à Informação nº 12.527/2011.

A criação e revisão de impressos deverá seguir um fluxo estabelecido pelo Comissão de Revisão de Prontuário, devendo ser validade junto ao Diretor Técnico e controlado pela Gestão do SPP.

O SPP deve auditar de maneira sistematizada, o nível de conformidade de preenchimento do prontuário e atuar com educação permanente.

A solicitação de cópias de quaisquer informações do prontuário deve ser direcionada ao Diretor Técnico que avaliara sua liberalidade. Vale ressaltar que apenas o paciente ou seu representante legal poderá solicitar cópia através de documento escrito. Esta solicitação deverá ser declarada em formulário próprio, fornecida pelo SPP.

Assinado por 1 pessoa: DANIEL CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

"cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovado o vínculo, conforme Recomendação 03/2014 do Conselho Federal de Medicina".

O prontuário deve ser disponibilizado em envelope lacrado ao paciente/representante, por segurança.

A cópia deverá ser realizada nas dependências do Arquivo e, em condições excepcionais, poderá ser realizada em outro local, desde que acompanhada por um colaborador do arquivo (seguindo as normas estabelecidas pelo setor). Todos os prontuários xerocados, e suas respectivas cópias deverão ter suas páginas numeradas, frente e verso.

A estrutura de trabalho será permeada por meio das diretrizes estabelecidas no regimento da Comissão de Revisão de Prontuários conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1.638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários.

Para a Sistematização da Assistência de Enfermagem prestada ao usuário da UNIDADE será preconizado os seguintes instrumentos que irão compor o prontuário:

Horário de funcionamento
O serviço funcionará de segunda à sexta, das 8h às 18h.

MODELOS DE FICHAS

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Sistematização da Assistência de Enfermagem
Unidade de Pronto Atendimento
Formulário de Admissão

CLASSIFICAÇAO DE RISCO:

IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Idade:	Data de Admissão:
Diagnóstico Médico:	Hora da internação:	Prontuário:

MOTIVO

☐Consulta ☐Trauma ☐Intoxicações Exógenas ☐Insuficiência Respiratória Aguda ☐Parada Cardiorrespiratória	☐ ACIDENTE DE TRANSITO	☐ ACIDENTE DE TRABALHO
	DESCREVER COMO OCORREU O ACIDENTE:	



Queixa principal:	Peso: Kg
Alergias:	Medicamentos em uso:

ESCALA DE GLASGOW						ESCALA DE DOR
Abertura ocular	N°	Resposta verbal	N°	Resposta Motora	N°	
☐ Espontânea	4	☐ Orientada	5	☐ Obedece a comandos	6	
☐ À voz	3	☐ Confusa	4	☐ Localiza dor	5	
☐ À dor	2	☐Palavras inapropriadas	3	☐ Movimento de retirada	4	DOR N°:
☐ Nenhuma	1	☐ Palavras incompreensivas	2	☐ Flexão anormal	3	
		☐ Nenhuma	1	☐ Extensão anormal	2	
				☐ Nenhuma	1	
TOTAL GLASGOW:						

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

EXAME FÍSICO

SISTEMA CARDIOCIRCULATORIO		SISTEMA NERVOSO		
☐ Normotenso	☐ Normocárdico	☐ Sonolência ☐ Letargia		☐ Confusão mental
☐ Hipertenso	☐ Taquicárdico	☐Agitação ☐ Coma		☐ Convulsão
☐ Hipotenso	☐ Bradicárdico	☐ Espasmo muscular		☐ Outros:
SISTEMA RESPIRATÓRIO	**SISTEMA GASTROINTESTINAL**		**PELE**	
☐Eupnéico ☐Dispneico	**Abdômen:** ☐ Normotenso ☐ Flácido ☐ Distendido ☐ Plano ☐ Globoso		☐ Integra	☐ Hematomas
☐Bradipnéico ☐Taquipnéico			☐ Escoriação	☐ Desidratada
☐Tosse produtiva a _____ dias	☐ Vômito ☐ Hematêmese ☐ Melena		☐Lesão	☐ Úlceras
☐ Cianose	☐ Obstrução ☐ Diarreia: Quantos dias:		☐ Sudorese	☐ Ictérica

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	ENCAMINHAMENTOS	
☐BANHO ☐CURATIVO	☐ EXAMES LABORATORIAIS	☐ EXAMES DE MAGEM: ☐ TRANSFERÊNCIA: ☐ OBSERVAÇÃO: ☐ ALTA HOSPITALAR:
☐SNE ☐SNG ☐SVA ☐SVD		
☐Punção venosa	☐ ELETROCARDIOGRAMA	
OUTROS:		

SINAIS VITAIS						
HORARIO:	PA:	Sat:	FR:	FC:	TEMP:	HGT:
Assinatura:					Coren:	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

REGISTRO – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

NOME:	IDADE:	DATA
QUEIXA PRINCIPAL:		HORA:

CLASSIFICAÇAO DE RISCO

Patologias associadas:_____

Quando iniciou os sintomas (data):_____

Quais unidades de saúde já procurou:_____

Sinais vitais: PA_____FC:_____T:_____R:_____ Sat 0²:_____hgt:_____

Escala da dor nº: _____

Nível de consciência/glasgow: _____

Classificação de risco, conforme protocolo:

( ) vermelho (emergência)

( ) amarelo (urgente)

( ) verde (pouco urgente)

( ) azul (não urgente)

Motivo do encaminhamento:_____

Encaminhar para:_____Tel.:_____

_____ Enfermeiro (a)

_____ Paciente

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

REQUISIÇÃO INTERNA

FARMÁCIA E/OU ALMOXARIFADO

DESCRIÇAO DO MATERIAL/MEDICAÇAO		DATA: _____/_____/2014		
		UNIDADE	QUANTIDADE	
			SOLICITADO	ENTREGUE
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
REQUISIÇAO POR:		ENTREGUE POR:		
AUTORIZADO POR:		RECEBIDO POR:		

O Serviço de Arquivo irá desenvolver seu trabalho, por meio de Instruções de Trabalho, conforme modelos abaixo:

RECEBIMENTO E ARQUIVAMENTO DE PRONTUÁRIOS DO USUÁRIO

Objetivo: Operacionalizar a rotina de análise e guardar com segurança dos prontuários.

Descrição da Instrução de Trabalho:			
Ação	**Responsável**	**Formulário**	**Descrição da Ação**
Recebimento dos Prontuários dos usuários	Auxiliar Administrativo do Setor.	-	Receber os prontuários dos usuários somente quando encaminhados do Faturamento. Verificar/inspecionar os Prontuários dos usuários recebidos a fim de certificar-se de que eles estão completos para arquivamento. **OBS: Se houver alguma irregularidade preencher o formulário de não**

Assinado por 1 pessoa: JOAO CARVALHO DE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

			conformidade e devolver o prontuário ao Faturamento.
Arquivamento de prontuários dos usuários	Auxiliar Administrativo do Setor.	-	Realizar consulta prévia dos dados do prontuário no sistema de arquivamento antes de lançá-lo no sistema; evitando duplicidade de cadastro. Usar para pesquisa os dados: nome do usuário e n° de prontuário. Lançar no Sistema de arquivamento obedecendo informações necessárias. Identificar os envelopes de armazenamento dos prontuários dos usuários com folha de rosto indicando nome, número do prontuário, caixa e armário onde armazenado.

DESARQUIVO DE PRONTUÁRIOS

Objetivo: Garantir a Rastreabilidade do prontuário do usuário e liberação de cópia.

Descrição da Instrução de Trabalho:			
Ação	**Responsável**	**Formulário**	**Descrição da Ação**
Liberar prontuários para consultas.	Auxiliar administrativo do Setor.	Controle de saída de prontuários	Liberar o prontuário para consulta sempre que for solicitado, mediante protocolo. Preencher o formulário de controle de saída de prontuário médico.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

			Obs.: O prontuário médico deve ser devolvido no mesmo dia de sua solicitação, com exceção dos fins de semana.
Liberar a cópia de prontuário médico ou somente exames. **Autorizar cópia de prontuário do usuário**	Auxiliar Administrativo do Setor. Auxiliar Administrativo do Setor.	Solicitação de cópia de prontuário médico do paciente. Comprovante de recebimento das cópias do prontuário médico	Aceitar solicitação de cópia de prontuário ou exames somente se o usuário ou representante legal apresentar documento de identificação original e cópia. Preencher o Formulário de Solicitação de cópia de prontuário médico do paciente com os dados necessários e pedir assinatura do requerente. Orientar o retorno no horário de atendimento ao público das 8 às 18h na data estipulada para entrega da cópia. O prazo para entrega das cópias será de 10 dias a contar da data da solicitação. Fazer a busca do Prontuário do usuário no Sistema de Arquivamento. Solicitar a Diretoria Técnica avaliação, e validação da solicitação de cópia do prontuário. E somente depois realizar a cópia. Retornar o prontuário original ao arquivo. Atentar-se sempre ao arquivar desarquivar os prontuários respeitando registro da localização. Realizar a conferência das cópias.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

			Entregar as cópias para o requerente mediante ao formulário comprovante de recebimento das cópias do prontuário médico assinado por ele. Anexar à cópia do documento de identificação do usuário ou representante legal nos formulários e arquivar na pasta de solicitação de cópia de Documentos. **Obs**.: **Somente tem direito a cópia do prontuário o próprio usuário ou o representante legal através de procuração por instrumento público ou tutela. Para as solicitações onde os usuários evoluíram a óbito estará autorizado caso o usuário tenha manifestado em vida através documento reconhecido ou por determinação judicial.**

SOLICITAÇÃO, ENVIO E MONITORAMENTO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO E ÓBITO

Objetivo**:** Solicitar bloco de declarações e encaminhar as vias a Secretaria de Saúde do Município e monitorar o uso.

Descrição da Instrução de Trabalho:			
Ação	**Responsável**	**Formulário**	**Descrição da Ação**
Solicitar, receber, repassar e controlar Declaração de Óbito e Nascido Vivo.	Auxiliar administrativo do Setor	-	Solicitar a Vigilância Municipal de Saúde os blocos via ofício. Conferir e lançar as numerações na planilha de controle e encaminhá-las Recepção/Triagem. Verificar diariamente se há declarações preenchidas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

			Se houver, fazer conferência dos dados e semanalmente encaminhar em ofício a Secretaria de Saúde do Município, caso haja alguma divergência solicitar a regularização ao setor de origem.

Unidade de Estatística

A **Unidade de Estatística** da UPA tem como principal função a coleta, análise, processamento e interpretação de dados relacionados ao atendimento aos pacientes. Esses dados podem incluir informações sobre número de atendimentos, tempo de espera, tipos de serviços prestados, entre outros.

- **Objetivo principal**: Melhorar a qualidade do atendimento, otimizar o fluxo de pacientes, identificar padrões de demanda, e apoiar decisões estratégicas para a melhoria dos serviços prestados.
- **Responsabilidade**: Monitoramento contínuo das atividades da UPA, registrando informações sobre os atendimentos realizados, recursos utilizados e tempo de resposta.

Por entender que a Estatística é um serviço de fundamental importância ao funcionamento da UNIDADE, o INDSH proverá a estruturação do serviço de Estatística disponibilizando todos os recursos necessários à operacionalização do serviço. Esse Serviço funcionará de segunda à sexta-feira no horário das 8h00 às 18h00, sendo que o colaborador responsável pelo levantamento estatístico das informações será subordinado diretamente ao Coordenador Administrativo.

A área de Estatística tem como finalidade organizar dados para a pesquisa clínica, avaliar a instituição e observar a eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo. Sob esse aspecto é responsável pela coleta, apuração, análise e interpretação dos dados obtidos a partir dos prontuários e outras fontes de informação. Realiza o controle das admissões, transferências, altas, óbitos e cirurgias. Além disso, analisam taxas, índices, coeficientes e elabora o relatório das atividades estatísticas. Fornece informações epidemiológicas, como o perfil epidemiológico, incidência de doenças, realiza estimativas e ajustes de modelos de tempo de vida, entre outros.

A Estatística epidemiológica nos permite conhecer as diversas etiologias tratadas na UNIDADE e o total de pacientes acometidos. Assim podemos identificar a incidência de determinada doença, o tempo médio de internação, fazer comparações entre as diversas etiologias e estudar cada

Assinado por 1 pessoa: DANILO CAVALCANTE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

uma de forma independente e extrair o código da CID e os tipos de doenças, ou seja, se são de baixo ou alto risco.

A estrutura de trabalho da área de Estatística também utilizará como base as diretrizes estabelecidas no regimento da Comissão de Revisão de Prontuários conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM 1.638/2002, que define prontuário e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários, conforme descrito no item 4. Área da Qualidade.

Uma das ferramentas de trabalho mais importantes para a área da saúde é a informação. A tríade "informação-decisão-ação" sintetiza a dinâmica das atividades envolvidas no monitoramento e garantia da qualidade de informação.

A informação em saúde é a base para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças. Para tanto é fundamental que essas informações/dados disponíveis tenham qualidade e retratem de forma fidedigna a situação de saúde nos diversos setores da unidade. Oportunidade, atualidade, disponibilidade e cobertura são características que determinam a qualidade da informação. Há diversos conceitos sobre sistemas de informação. Em síntese, um sistema de informação deve disponibilizar o suporte necessário para que o planejamento, decisões e ações dos gestores, em determinado nível decisório, não se baseie em dados subjetivos, conhecimentos ultrapassados ou conjecturas.

Captação e processamento de informação e análise do desempenho da unidade, através de relatórios e planos de trabalho. Avaliação da capacidade produtiva e do custeio de toda atividade, através dos seguintes instrumentos:

Plano Estatístico

A estatística é composta do movimento geral da unidade e também da estatística de produção dos setores como os Serviços de Diagnóstico, Lavanderia, Manutenção e de outros tantos, reunindo mais de 100 indicadores hospitalares utilizados na avaliação de desempenho.
A gestão é feita com o auxílio dos números que são fornecidos pela estatística.

Relatório De Atividades

Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho da unidade sob vários aspectos, análise crítica dos resultados previstos e alcançados, entre outros.

Os registros realizados são os seguintes:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Atividades Assistenciais

Número de Internações (Admissões e Saídas)

Porcentagem de Ocupação

Média de Permanência

Taxa de Mortalidade

Número de Exames por Tipo

Número de Consultas de Urgência e Emergência

Número de Procedimentos

Recursos Humanos

Número de Funcionários por Área de Atuação

Rotatividade de Pessoal

Taxa de Absenteísmo

Colaborador por Leito

Colaborador por Paciente

Relatório com pessoal Médico, Enfermagem, Outros de Nível Superior e Nível Técnico com nome, função, turno e jornada de trabalho

Atividades Sociais

Cursos Ministrados

Atividades Econômicas

Composição das Receitas

Composição das Despesas

Indicadores Hospitalares

Assistenciais

Recursos Humanos

Econômicos

Informações de Custos

Alimentação (Desjejum, Colação, Almoço, Lanche, Jantar, Ceia e fórmulas lácteas)

Custo do Kg de roupa lavada

Custo do m3 de oxigênio

Informações de Faturamento

Faturamento Total (Previsto e Realizado), com variação

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Desempenho de Indicadores Estratégicos

Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito.

A seguir alguns exemplos de indicadores de qualidade e referencial proposto. O referencial poderá ser modificado para atender as metas contratuais ou mediante o perfil da unidade ou ainda para ser comparado com unidades do mesmo perfil:

Taxa de Satisfação - mínimo de 80%
Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento dos Usuários - = 100%
Taxa de transferência de usuários menor ou igual a 1%
Taxa de Revisão de Prontuários pela Comissão de Óbito - = 100%
Taxa de Revisão de Prontuários, pela CCIH - = 100%
Densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a CVC -ANAPH 2012 – 0,6%
Densidade de incidência de Pneumonia associada a ventilação mecânica – HIAE -1,4/1000 ventilador/dia
Densidade de incidência de ITU associada a cateter vesical de demora – HIAE 2012 – 1,5/1000 vê-dia
Taxa de infecção UTI adulto - – CQH – 2013 – 11,03 - natureza públicos 12,38% e ANAPH 2012 11,3%
Taxa de infecção UTI pediátrica - – CQH – 2013- 1.61% natureza públicos 10,25%
Taxa de infecção UTI neonatal - – CQH – 2013- 14,83% natureza públicos 15,64% e ANAPH 2012- 6,2
Taxa de mortalidade institucional (após 24h) - Anahp 2012 - 1,31%
Taxa de adesão global aos protocolos de segurança do paciente - Meta 80%
Número de eventos notificados - 100%
Média geral de permanência - ANAHP 2012 - 4,5 dias

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho dos indicadores estratégicos referidos no mapa estratégico.

Abaixo se encontram alguns indicadores estatísticos, que devem ser adequados ao perfil da unidade.

Média de paciente-dia por unidade:
Total de Paciente-dia dividido por n°. de dias do período (28, 30 ou 31 dias)

$$\text{Média Geral} = \frac{\text{Total de Pacientes /Dia"A"}}{\text{Nº dias do período}}$$

A mesma lógica deverá ser aplicada em Paciente-dia por especialidade.
Atendimentos por procedência: Essa informação será colhida através do Mapa de Atendimento, observando-se, todavia, os Municípios de procedência dos Pacientes.

Atendimento por faixa etária: Essa informação será colhida através do Mapa de Atendimento, observando-se, todavia, as faixas etárias dos pacientes que foram atendidos no período.

Consultas Simples: Atendimento prestado sem consumo de materiais / medicamentos. É o atendimento prestado apenas no consultório médico.

Consultas Com Procedimento: Atendimentos que implicam, além da consulta com o médico, consumo de materiais (agulhas, gesso, ataduras, sondas,) E/ou medicamentos para tratamento imediato do paciente, o qual, em seguida, será liberado.

Procedimentos realizados: É lançado no Plano Estatístico o Total de procedimentos realizados unidade, no período.

Média Diária: Divide-se o total de procedimentos realizados na unidade no mês pelo total de dia do mês

Taxa de transferência de usuários: Taxa de pacientes que foram atendidos na unidade e necessitaram de transferência para outro serviço.

Fórmula: Total de usuários transferidos dividido por total de usuários atendidos, multiplicado por 100.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Taxa de usuários adultos classificados quanto ao risco, por enfermeiro: Total de pacientes adultos atendidos na unidade que foram classificados quanto ao risco, pelo profissional enfermeiro.

Fórmula: Total de usuários classificados quanto ao risco por enfermeiro dividido por total de usuários registrados, multiplicado por 100.

Taxa de profissionais médicos cadastrados no CNES: Quantitativo de profissionais médicos cadastrados no CNES.

Fórmula: Total de profissionais médicos cadastrados no CNES dividido por Total de profissionais médicos contratados, multiplicado por 100.

Auxiliares de diagnóstico e tratamento: As informações solicitadas de tais serviços referem-se basicamente ao número total de exames/sessões realizados, bem como, ao número de exames/sessões por especialidade solicitante.

Laboratório de Análises clínicas:

Exames por pacientes: Quantidade de exames realizados no período.

Média Diária: Total de Exames divididos pelo período.

Radiologia:

Exames por pacientes: Quantidade de exames realizados no período.

Média Diária: Total de Exames divididos pelo período.

Eletrocardiografia:

Exames por pacientes: Quantidade de exames realizados no período.

Média Diária: Total de Exames divididos pelo período.

Manutenção/Engenharia clínica:

Reparos por área: Deve-se lançar a quantidade de reparos por área: elétrica, mecânica, hidráulica, marcenaria, carpintaria, pintura, alvenaria, serralheria e outros.

Média Diária: Total de reparos realizados pela Manutenção divididos pelo período.

Reparos por unidade:

Deve-se lançar a quantidade de reparos realizados na unidade no período

Média Diária: Total de reparos realizados pela Manutenção divididos pelo período.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Gases medicinais:

Deve-se lançar a quantidade de metros cúbicos de oxigênio utilizados no período.

Média Diária: Total de metros cúbicos de oxigênio utilizado, divididos pelo período.

Energia elétrica

Consumo de energia elétrica: Deve-se lançar a quantidade de kW de energia utilizada no período.

Média Diária: Total de quantidade de kW de energia utilizada divididos pelo período.

Água e esgoto:

Consumo de água: Deve-se lançar a quantidade de metros cúbicos de água utilizada no período.

Média Diária: Total de quantidade metros cúbicos de água utilizados, divididos pelo período.

Transporte:

Quilômetros rodados por unidade solicitante: Deve-se lançar a quantidade de km rodados por unidade solicitante utilizado no período.

Média Diária: Total de quilômetros rodados no período, divididos pelo período.

Telefonia: Apresenta o número de ligações efetuadas no período considerado, subdividindo-as em ligações locais e ligações interurbanas, de acordo com os turnos de trabalho das telefonistas.

Ligações interurbanas: Deve-se lançar a quantidade de ligações telefônicas interurbanas nos turnos.

Média Diária: Total de ligações telefônicas interurbanas no período, divididos pelo período.

Ligações locais:

Deve-se lançar a quantidade de ligações telefônicas locais nos turnos.

Média Diária: Total de ligações telefônicas locais no período, divididos pelo período

Serviços administrativos

Índices da administração de pessoal:

Funcionários em férias: deve ser lançada a quantidade de funcionários em férias no período;

Funcionários de Licença/Afastamentos: deve ser lançada a quantidade de funcionários que estiveram de licença e atestados no período;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Admissões/demissões: deve ser lançada a quantidade de funcionários admitidos e demitidos (transferidos), no período;

Faltas em dia: no. De faltas em dias no período.
Índice de Absenteísmo: Designa a relação entre o total de faltas em dias e o produto dos dias totais do período considerado pelo total de funcionários da organização:

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{Nº de faltas em dias no período x 100}}{\text{Efetivo médio x período considerado}}$$

Horas Extras: quantidade em horas extras utilizadas no período;

Atrasos em Horas: quantidade de atrasos em horas no período;

Índice de Rotatividade: Representa a flutuação de pessoal dentro de uma organização, ou seja, é o volume de pessoas que ingressam e que saem de uma organização dentro de um mesmo período de tempo e relacionado ao volume médio de funcionário da organização.
Este índice é calculado pelo próprio setor de Estatística através da fórmula percentual:

$$\text{Indice de Rotatividade} = \frac{\frac{\text{Admitidos} + \text{Demitidos}}{2}\ \text{x } 100}{\text{Efetivo Médio } (*)}$$

(*) Efetivo médio

$$\text{Efetivo} = \frac{\text{Nº de funcionários início do período} + \text{Nºde funcionários no final de período}}{2}$$

Nota:
Atentar ao uso do Efetivo Médio, e não do número de funcionários ao final do período. Tal medida visa considerar as oscilações de pessoal pertinentes ao período, buscando-se uma média na quantidade de funcionários realmente representativa.

(CATEGORIA) % Sobre o Total de Funcionários: Demonstra com exatidão a representatividade do corpo de Enfermagem em relação ao total de funcionários, como mostra a fórmula:

$$\%\ \text{sobre o total de funcionários} = \frac{\text{Nº de funcionários da categoria x 100}}{\text{Total de funcionários da Unidade}}$$

Indicadores de Desempenho

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Dentre os itens de desempenhos, temos os indicadores gerados pelas Comissões os que se encontram descritos no projeto, bem como indicadores de satisfação que se encontram descritos no item "Organização de serviço de atendimento ao usuário e pesquisa de satisfação".

SISTEMÁTICA DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO A PARTIR DO MONITORAMENTO

As sistemáticas de aplicação de ações corretivas serão feitas por meio de reuniões onde serão analisadas as ações a serem tomadas bem como as atividades preventivas.

De acordo com a NBR ISO 9001:2008, um sistema de gestão deve dispor de ferramentas para atender os seguintes requisitos: 8.2.3 Medição e Monitoramento de Processos;
A organização deve aplicar métodos adequados para monitoramento e, quando aplicável, para medição dos processos do SGQ.

Esses métodos devem demonstrar a capacidade dos processos em alcançar os resultados planejados.

Ferramentas para a Solução de Problemas:

Uso inadequado de equipamento
Processo incompleto
Pessoas em lugares inadequados
Ausência de padronização
Conflito de informação
Equipamentos obsoletos

Antes de nos aprofundarmos em uma metodologia de como tratar Ações Corretivas e Preventivas, cabe apresentar citar as ferramentas de identificação e análise de problemas.

As ferramentas são:
Formação de uma equipe;
Fluxograma
Braisntorming;
Diagrama de causa e efeito;
Folha de verificação;
Diagrama de Pareto;

Metodologia

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Selecionar e registrar os problemas a serem comparados;
Listar os itens da esquerda para a direita no eixo horizontal, em ordem de grandeza decrescente da unidade de medição. As categorias que contêm o menor número de itens podem ser agrupadas numa "outra" categoria. Posicionar esta categoria no lado externo direito;
Fazer dois eixos verticais, um em cada extremidade do eixo horizontal. A escala do lado esquerdo deve ser calibrada na unidade de medição. A escala do lado direito tem de possuir a mesma altura e ser calibrada de 0% a 100%;
Desenhar um retângulo acima de cada item, cuja altura representa a magnitude da unidade de medição do item;
Construir a linha de frequência cumulativa, somando a magnitude de cada item da esquerda para a direita;

As sistemáticas de aplicação de ações corretivas serão feitas por meio de reuniões onde serão analisadas as ações a serem tomadas bem como as atividades preventivas.

Cronograma das Ações Corretivas

	1º SEM	2º SEM	3º SEM	4º SEM
Recebimento de relatório de indicadores	X			
Reunião para análise dos dados	X			
Definição de Plano de Ação		X		
Reunião com Equipe envolvida para apresentação do Plano de Ação		X	X	
Início das ações corretivas			X	X

Indicadores de Desempenho

Diante de um contexto social no qual os clientes / pacientes estão cada vez mais exigentes e cientes de seus direitos, a busca pela qualidade e, especialmente pela validação oficial desta qualidade, vem de encontro à necessidade das organizações de buscar padrões de atuação. Na área da saúde não poderia ser diferente, ainda mais quando consideramos a especificidade e a complexidade da área da saúde.

Nós do INDSH pactuamos com Marshall, 2007, quando ele conceitua que qualidade é um conceito espontâneo e intrínseco a qualquer situação de uso de algo tangível, a relacionamentos envolvidos na prestação de serviços ou a percepções associadas a produtos de natureza intelectual, artística, emocional e vivencial.

Assinado por 1 pessoa: JOANILDO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

No setor da saúde, os programas de qualidade têm forte tendência a enfatizar a avaliação das condições das unidades, focada na infraestrutura, nos processos e nos resultados. Esta proposta, apesar de identificar elementos importantes e imprescindíveis para a qualidade dos serviços, restringe-se ao diagnóstico e posicionamento das organizações com base em modelos referenciais. A identificação de problemas é apenas o primeiro passo na busca da qualidade nos serviços.

O desenvolvimento da Qualidade deve ser iniciado através do treinamento contínuo dos colaboradores, visando uma mudança de comportamento e atitudes em relação aos métodos de trabalho.
A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação, como frequência de casos, tamanho da população em risco, entre outras e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados entre outros). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade, ou seja, capacidade de medir o que se pretende e confiabilidade, que significa, reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares. Em geral, a validade de um indicador é determinada pelas características de sensibilidade e especificidade.

Quando falamos da implantação de indicadores, estamos falando de medir a **estratégia de negócio que exige um planejamento** definido através do entendimento das metas organizacionais.

Em termos gerais, os indicadores são medidas síntese de alcance das metas organizacionais, que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como, do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

Os indicadores são fundamentais para o alcance da Excelência em processos e depende muito do entendimento dos fatores chave para esse alcance, que consistem em:
Definir processos de negócio e cadeia de valor.
Mapear as atividades essenciais de negócio/processo.
Atribuir papéis e responsabilidades através dos responsáveis dos processos.
Monitorar e controlar continuamente os processos, por meio dos indicadores de performance e resultado.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Gerenciar a governança de processos, aliados a pessoas, sistemas e a estratégia.
Gerenciar mudanças organizacional com implementações de proposições, melhorias e inovação.

Padronizar processos e operações - adotar metodologia de diagramação de fácil entendimento a todos os níveis organizacionais para disseminação do conhecimento e elevação da maturidade. Documentar e gerenciar a diversidade de todos os processos e controlar as alterações dos mesmos através de um painel de controle da *performance* e os resultados.

Este item descreve método de cálculo para os indicadores de qualidades que serão avaliados pela Secretaria de Saúde do Amazonas correspondente ao repasse de 10% da parte variável em seus respectivos trimestres de avaliação. A análise de cada indicador será mensal e a valoração financeira trimestral, conforme definido em contrato.
O mapeamento dos processos e a definição dos indicadores de desempenho será elaborado tendo como base os indicadores adotados pelo INDSH.

Descrevemos abaixo, alguns exemplos de indicadores que serão utilizados na gestão dos processos da UNIDADE, conforme segue:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Indicadores da Qualidade mensurados pelo período mensal

				Parâmetro de controle	
Processo	Indicador	forma de cálculo	Meta	Máx	Mín
Controle de Infecção Hospitalar	Infecção hospitalar relacionada a cateter venoso central (CVC)	Pacientes com infecção hospitalar associada a cateter venoso central (CVC) dividido pela quantidade de pacientes em cateter venoso central (CVC)	0%	5,0%	
	Taxa de letalidade por infecção hospitalar	Óbitos de pacientes que possuiam infecção hospitalar dividido pelo total de óbitos	0%	10,0%	
	Taxa de infeção global	Pacientes que contrairam infecção hospitalar dividido pela quantidade de pacientes que foram de alta	0%	1,8%	
Gerenciamento de resíduos	Geração de Resíduos Infectantes	Quantidade de Kg de resíduos infectantes produzidos no mês dividido pela quantidade de leitos existentes	22		
	Reciclagem de resíduos	Quantidade de Kg de resíduos segregados e enviados para reciclagem	1500		1000
Higiene e Limpeza	Tempo gasto em limpeza concorrente	Tempo médio de limpeza do tipo concorrente		0:15:00	0:10:00
	Tempo gasto em limpeza terminal	Tempo médio de limpeza do tipo terminal		1:05:00	0:45:00
	Taxa de limpezas previstas x realizadas conforme programação	Quantidade de higienizações realizadas dividido pela quantidade de limpezas programadas para o dia	100%		90%
Esterilização	Taxa de intercorrências nos equipamentos	Quantidade de ciclos com problemas divido pela quantidade de ciclos total	0%	5%	
	Taxa de reesterilização	Quantidade de procedimentos de reesterilização dividido pela quantidade total de ciclos	0%	3%	
Preparação de Enxoval e do Leito	Custo pro Kg de roupa lavado	Custo mensal com lavagem e enxoval dividido pelo total de kg de roupa limpa recebido	R$ 4,00	R$ 4,25	
	Kg utilizados por leito de observação	Total de kg de roupa limpa recebido dividido pelo total de leitos	5,2	6,5	
	Taxa de evasão de enxoval	Quantidade de peças contadas divido pelo total do período anterior	0%	8%	
	Tempo médio de liberação do leito de observação	Tempo médio entre a alta do paciente até o momento em que o leito está pronto para nova internação	0:08:00	0:12:00	0:06:00
Nutrição e Dietética	Satisfação sobre as refeições	Satisfação média dos colaboradores e dos pacientes	80%		70%
	Taxa de rejeição dos pacientes	Refeições devolvidas pelos pacientes dividido pelo total de refeições	0%	5%	
Infraestrutura	Tempo médio de vida útil dos equipamentos	(Tempo Total de vida útil menos tempo de utilização dos equipamentos) dividido pelo tempo total de vida útil	60%		35%
	Tempo médio de atendimento a chamados	Média do tempo da solicitação até a conclusão do atendimento	2:00:00	12:00:00	
	Tempo sem estrutra de T.I.	Tempo de queda dos servidores e serviços de internet	0:00:00	12:00:00	
Relacionamento com o cliente e o mercado	Quantidade de eventos sociais realizados	Quantidade de eventos	2		
	Satisfação geral dos pacientes	Média da satisfação geral dada pelos pacientes	80%		70%
	Taxa de pacientes visitados pela ouvidoria	Quantidade de pacientes visitados dividido pela quantidade total de pacientes	60%		30%
Recepção e atendimento	Índice de giro de leitos	Quantidade de altas dividido pela quantidade de leitos de observação	160		
	Tempo média de espera para atendimento por faixa do machester	Média em minutos de espera da chegada até o atendimento médico por classificação	Conforme cor do Protocolo		
Gestão de Pessoas e SESMT	Afastamento por acidente de trabalho	Quantidade de asfatamento por acidente dividido pelo total de afastamentos	0%	0%	
	Taxa de acidênte de trabalho	Quantidade de colobadores que tiveram acidentes de trabalho dividido pelo total de colaboradores	0%	1,5%	
	Tempo médio de fechamento de vaga	Média de dias entre a solicitação e a colocação do profissional no posto de trabalho	21	30	
	Eficácia no processo seletivo	Quantidade de colaboradores contratados que permanecem após o período de experiência dividido pelo total de colaboradores que venceram o período de experiência	100%		80%
	Taxa de colaboradores treinados	Quantidade de colaboradores treinados dividido pelo total de colaboradores	25%		10%
	Índice de colaboradores por leito de observação	Quantidade de colaboradores dividido pelo total de leitos de observação	7		
	Rotatividade de colaboradores	Quantidade de admissões + quantidade de demissões dividido por 2 dividido pelo total de colaboradores	2,5%	3,5%	
	Absenteísmo de colaboradores	Quantidade de horas faltadas (exceto afastamentos) dividido pelo total de horas	2,0%	16,7%	
	Nota média da avaliação de desempenho anual	Média das avaliações de desempenho	80%		65%

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Indicadores da Qualidade mensurados pelo período mensal

				Parâmetro de controle	
Processo	Indicador	forma de cálculo	Meta	Máx	Mín
Gestão Financeira e Faturamento	Contas faturadas para o SUS na competência	Quantidade de contas faturadas (boletim de produção ambulatorial) da competência dividido pela quantidade de contas geradas	80%		65%
	Taxa de contas devolvidas para correção	Quantidade de contas que retornaram para correção no prontuário dividido pelo total de contas	0%	15,0%	
	Valor médio das contas para o SUS (boletim de produção ambulatorial)	Valor faturado para o SUS dividido pelo total de contas faturadas de internação	R$ 40		R$ 25
	Prazo médio de recebimento	Ativo circulante dividido pela receita vezes 30	30	45	
	Prazo médio de pagamento	Passivo circulante dividido pela despesa total vezes 30	45		35
	Índice de liquidez corrente	Ativo circulante dividido pelo passivo circulante	1,50	2,50	0,80
	Índice de liquidez seca	Ativo Circulante menos os Estoques dividido pelo Passivo Circulante	1,10	1,90	0,65
	Cumprimento do orçamento	Despesas do período dividido pelo total orçado	100,0%	105,0%	90,0%
	Pagamento de juros a fornecedores	Valor financeiro pago de juros a fornecedores por atraso	R$ 0		
Suprimentos e Farmácia Clínica	Giro de estoque	Saídas dividido pelo saldo de estoque	1,50	1,70	1,10
	Prazo médio do estoque	Saldo do estoque dividido pelas saídas do período vezes 30	45	60	30
	Tempo médio de entrega do fornecedor	Média de entrega em dias após a confirmação do pedido	7	10	
	Tempo médio de entrega da farmácia as unidades	Média em horas e minutos de atendimento das requisições	0:15:00		
	Orçado vs realizado	Custo com aquisições de insumos dividido pelo orçamento	100%	110%	
	Interação medicamentosa da farmácia clínica	Interação medicamentosa com o corpo clínico dividido pelo total de Interações constatadas	100%		80%
	Taxa de Adesão do Corpo Clínico as intervenções	Quantidade de intervenções aceitas dividido pelo total de intervenções	90%		80%
	Qualificação dos fornecedores	Nota média atribuída em visita aos fornecedores	85%		70%
	Solicitado vs Atendido	Quantidade de solicitações atendidas dividido pelo total de solicitações	100%		100%
Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia	Taxa de laudos entregues dentro do prazo radiologia	Quantidade de laudos entregues dentro do prazo acordado nas interações de processos dividido pela quantidade de exames totais	100%		90%
	Taxa de laudos entregues dentro do prazo laboratório de análises clínicas	Quantidade de laudos entregues dentro do prazo acordado nas interações de processos dividido pela quantidade de exames totais	100%		90%
	Taxa de laudos entregues dentro do prazo exames de cardiologia	Quantidade de laudos entregues dentro do prazo acordado nas interações de processos dividido pela quantidade de exames totais	100%		90%
	Atingimento de metas de realização de exames	Quantidade de exames de SADTs realizados dividido pelo total de exames previstos no mês	100%	110%	90%
	Taxa de reprocesso de exames SADT	Quantidade de pacientes que tiveram que refazer o exame dividido pelo total de exames realizados	0%	2%	
	Agravos de pacientes em tratamentos de fisioterapias	Quantidade de pacientes que demonstraram piora em deambular dividido pelo total de pacientes tratados pela fisioterapia	0%	3%	
	Taxa de pacientes atendidos pela psicologia clínica	Quantidade de pacientes atendidos pela psicologia dividido pelo total de pacientes internados no mês	20%		10%
	Quantidade de encaminhamentos e amparo aos familiares e pacientes feitos pelo serviço de assistência social	Quantidade de ações promovidas pela assistência social	20		

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GO-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Indicadores da Qualidade mensurados pelo período mensal

Processo	Indicador	forma de cálculo	Meta	Parâmetro de controle Máx	Parâmetro de controle Mín
Urgência e emergência Pronto Atendimento	Taxa de Encaminhamento para internação	Quantidade de encaminhamento para internação dividido pelo total de consulta		6,0%	
	Quantidade de atendimentos	Quantidade de atendimentos	800		700
	Tempo médio de permanência na Unidade	Média em minutos da ficha até a alta da unidade	2:00:00	6:00:00	
	Diagnósticos de maior prevalência	Quantidade dos 10 diagnósticos mais comuns no P.A.			
	Tempo médio de espera para atendimento médico	Média em minutos da ficha até o primeiro atendimento médico	0:25:00	0:40:00	
	Taxa de consultas medicamentosas	Quantidade de pacientes que tomaram medicação na urgência dividido pelo total de consultas	30%		
	Tempo de Espera para Classificação de Risco	Média em minutos para ser chamado para classificação de risco	0:05:00	0:10:00	
	Retorno do Paciente em 48 Horas	Quantidade de pacientes que retornaram após 48 horas	0		
Setor da Qualidade	Taxa de resolução de não conformidades	Não conformidades resolvidas dividido pelo total de não conformidades	100%		80%
	Taxa de Riscos prevenidos e Resolvidos	Riscos resolvidos e prevenidos dividido pelo total de alertas gerados	100%		90%
	Taxa de prontuários revisados	Quantidade de prontuários revisados dividido pelo total de prontuários	80%		50%
	Adesão ao protocolo de SEPSE	Quantidade de pacientes que aderiram ao protocolo dividido pela quantidade de pacientes com perfil do protocolo	100%		75%
	Adesão ao protocolo de dor toráxica	Quantidade de pacientes que aderiram ao protocolo dividido pela quantidade de pacientes com perfil do protocolo	100%		75%
	Adesão ao protocolo de AVC	Quantidade de pacientes que aderiram ao protocolo dividido pela quantidade de pacientes com perfil do protocolo	100%		75%

A sistemática utilizada para aplicação de ações corretivas será por meio do o uso das ferramentas de estratificação das causas dos problemas, como o Pareto, GUT e 5W2H, sendo que para esclarecer o que deve ser focado na melhoria contínua dos processos, utilizamos o Diagrama de Ishikawa e o PDCA.

Os problemas evidenciados por meio dos indicadores serão contextualizados em um plano de ação e a definição dos mapeamentos de processos e a estruturação do painel de indicadores deve receber aprovação da Direção Executiva da UNIDADE.

Após a aprovação por escrito e devidamente documentada, pode ser colocado à disposição para alimentação dos diversos processos de trabalho. Vale ressaltar que após a elaboração, finalização e/ou quaisquer alterações nos processos e nos indicadores, deve ser encaminhada uma cópia ao **INDSH**.

Sistemática de Aplicação de Ações Corretivas de Desempenho

A **sistematização da aplicação de ações corretivas de desempenho na Unidade de Pronto Atendimeno** visa melhorar a qualidade do atendimento e a eficiência operacional, com foco na melhoria contínua da gestão e da qualidade dos serviços prestados à população. As ações corretivas são essenciais para corrigir falhas ou deficiências detectadas no desempenho de processos, serviços ou profissionais. A seguir, apresentamos como esse processo pode ser

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digifonte.com.br/validate/D55CG-MT7BL-WSSBT-6KV9E

estruturado de forma eficiente em uma UPA, com base em práticas de gestão de qualidade em saúde.

1. Identificação das Deficiências de Desempenho

O primeiro passo para aplicar ações corretivas é identificar as deficiências de desempenho. Isso pode ser feito por meio de diferentes fontes de dados, como:

Monitoramento de Indicadores de Qualidade: Indicadores de desempenho (tempo de espera, tempo de atendimento, taxa de satisfação, taxa de resolução de casos, entre outros) são analisados periodicamente para identificar áreas de baixo desempenho.

Relatórios de Supervisores e Gestores: Supervisores de plantão e coordenadores podem fornecer feedback sobre falhas operacionais, problemas de comunicação ou dificuldades no atendimento.

Satisfação dos Pacientes: A coleta de dados sobre a satisfação dos pacientes, por meio de pesquisas ou ouvidorias, pode revelar falhas no processo de atendimento.

Eventos Adversos e Incidentes: Qualquer incidente de segurança do paciente ou falha no processo de atendimento também pode servir como base para a implementação de ações corretivas.

2. Análise Causal (Diagnóstico do Problema)

Após identificar uma área ou processo com falhas de desempenho, é essencial realizar uma análise causal para entender as razões subjacentes. Ferramentas que podem ser usadas nesse diagnóstico incluem:

Análise de causa raiz (ACR): Técnicas como o *5 Porquês* ou o *Diagrama de Ishikawa* podem ser usadas para investigar as causas raízes do problema.

Auditorias e Revisões de Processos: Revisões internas dos processos e protocolos adotados na UPA podem revelar pontos críticos que contribuem para falhas.

Reuniões de equipe: Discussões com os membros das equipes assistenciais podem trazer insights sobre desafios específicos enfrentados no atendimento.

3. Definição de Ações Corretivas

Com base na análise das causas do problema, são definidas as ações corretivas. As ações devem ser específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e temporais (SMART). Exemplos de ações corretivas podem incluir:

Treinamento e Capacitação: Se a falha for relacionada à falta de habilidades ou conhecimento da equipe, o treinamento e a reciclagem de funcionários em determinadas áreas podem ser a solução.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Revisão de Protocolos ou Procedimentos: Se os processos de atendimento não estão sendo seguidos corretamente ou são ineficazes, a revisão e atualização dos protocolos de atendimento é uma medida corretiva importante.

Ajuste de Recursos: Se a defasagem de recursos humanos ou materiais for um fator contribuinte, pode ser necessário realocar equipes ou ajustar os insumos disponíveis.

Melhoria no Fluxo de Atendimento: Se a demora no atendimento é um problema recorrente, pode ser necessário revisar o fluxo de triagem, priorização de casos ou aumentar a agilidade em processos internos.

Ações de Comunicação: Se houver falhas de comunicação entre os profissionais de saúde ou com os pacientes, pode ser necessário implementar ações de melhoria na comunicação, como reuniões mais frequentes ou sistemas de alertas internos.

4. Implementação das Ações Corretivas

Uma vez definidas as ações corretivas, elas devem ser implementadas de forma eficiente e organizada. Para garantir que as ações sejam bem-sucedidas, deve-se:

Planejar a execução das ações: Estabelecer cronogramas claros, com prazos para execução e definição de responsáveis.

Garantir a adesão das equipes: A implementação de ações corretivas deve ser acompanhada de envolvimento e sensibilização das equipes. A comunicação interna clara é essencial.

Utilizar recursos necessários: Se forem necessários novos recursos, como treinamentos, equipamentos ou melhorias no ambiente de trabalho, devem ser alocados de maneira estratégica.

Acompanhamento de Resultados: Após a implementação, é fundamental monitorar os resultados das ações corretivas. Isso pode ser feito por meio de indicadores de desempenho, pesquisas de satisfação e feedback das equipes.

5. Avaliação da Efetividade das Ações

Após a implementação das ações corretivas, deve-se avaliar sua eficácia. Isso envolve:

Monitoramento contínuo dos indicadores: Acompanhamento dos indicadores de desempenho e qualidade para verificar se as falhas foram corrigidas e se houve melhoria.

Feedback das equipes: Recolher feedback das equipes sobre a implementação das ações corretivas e se elas perceberam mudanças nos processos ou nas condições de trabalho.

Avaliação de Resultados Clínicos: Observar a evolução de indicadores clínicos, como tempo de espera, taxas de readmissão, índices de complicações, etc.

Ajustes e Melhorias Contínuas: Caso as ações corretivas não tenham alcançado os resultados esperados, novas ações podem ser implementadas, gerando um ciclo contínuo de melhoria.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO DE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

6. Documentação e Comunicação das Ações Corretivas

É fundamental que todas as ações corretivas sejam bem documentadas para garantir que o processo seja transparente e rastreável. A documentação inclui:

Registros das falhas identificadas e ações corretivas adotadas.

Relatórios sobre o impacto das ações corretivas e sua eficácia.

Comunicação para a equipe e outros envolvidos sobre as mudanças implementadas, para garantir alinhamento e engajamento de todos.

7. Acompanhamento e Prevenção de Reincidência

Após a implementação e avaliação das ações corretivas, é importante garantir que as falhas não se repitam no futuro. Isso pode ser feito por meio de:

Programas de educação contínua e capacitação.

Revisão periódica dos protocolos e práticas operacionais.

Implementação de sistemas de feedback contínuo para detecção precoce de problemas.

A aplicação de ações corretivas de desempenho na UPA segue um ciclo contínuo de **identificação de problemas**, **análise das causas**, **definição de ações**, **implementação** e **avaliação**. Este processo busca sempre melhorar a qualidade do atendimento, a eficiência dos serviços prestados, a satisfação dos pacientes e a segurança dos profissionais de saúde. O envolvimento das equipes e a comunicação eficaz são essenciais para o sucesso de qualquer ação corretiva dentro de um ambiente de saúde.

Instrução/Manual de rotinas administrativas para Gerência do Almoxarifado/Farmácia

Almoxarifado

A Administração de Materiais é a técnica da utilização de princípios e meios, através dos quais, fazemos render em plenitude, os equipamentos, as matérias primas, as ferramentas e os materiais, conseguindo sua devida conservação e controle.

A Administração de Materiais é um ramo da Administração que trata especificamente dos materiais da Unidade, para a produção de bens e serviços.

Finalidade

A Administração de Materiais na Unidade tem por finalidade assegurar o contínuo abastecimento dos materiais necessários e capazes de atender à demanda do mesmo, bem como, cuidar de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

todos os problemas relacionados à Materiais, fiscalizando, zelando e controlando, no sentido de garantir quantidade e qualidade no abastecimento e padrão no atendimento.

Objetivos

Reduzir os custos na aquisição;

Racionalizar as técnicas de estocagem para reduzir o custo de manutenção;

Reduzir os custos de reposição estabelecendo lotes de compras;

Manter rotatividade dos estoques segundo o consumo médio mensal e capacidade para armazenamento;

Reduzir os custos com a mão de obra, procurando a informatização dos dados

Treinar, aperfeiçoar e qualificar o pessoal;

Garantir o fornecimento contínuo dos materiais;

Exigir a qualidade dos materiais a serem adquiridos;

Cultivar boas relações com os fornecedores;

Manter atualizado o cadastro de fornecedores por produtos e por fornecedores;

Padronizar os materiais e medicamentos a serem utilizados;

Prever o abastecimento periódico, de forma, a otimizar o atendimento aos setores/serviços;

Maximizar o retorno, ou seja, proporcionar um retorno rápido e crescente de todo investimento feito em estoque;

Centralizar as atividades de Materiais, possibilitando maior controle e eficiência, mais responsabilidade e harmonia, evitando duplicação de esforços e desperdícios de tempo.

Definir claramente a responsabilidade de cada setor, de modo a disseminar a harmonia e a integração entre todos, evitando conflitos;

Manipular fórmulas magistrais e soluções, dentro das possibilidades da Unidade;

Implantar uma política de compras equilibrada, possibilitando maior reciprocidade entre Unidade Hospitalar / Fornecedor e Fornecedor/ Unidade;

Planejar a aquisição de novos equipamentos e materiais, modernizando os serviços;

Fazer previsão orçamentária, evitando assim o desequilíbrio das finanças da Unidade.

Competência

Compete ao Serviço de Materiais:

Compras - a competência do setor de compras refere-se à aquisição dos materiais necessários à operação do sistema produtivo da Unidade. Sua finalidade básica é manter fontes de suprimentos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Recebimento e Conferência - é uma operação que processa por ocasião do ato da entrega do material comprado, na qual são verificadas as indicações contidas nas notas fiscais (endereço/marca), em confrontação com o pedido de compras.

Armazenagem - visa a utilização de técnicas de estocagem para salvaguardar os materiais de perigos de queda, deterioração, perda e outros. Assim, o armazenamento deve ser feito de conformidade com o tipo de material e com o tipo de recipiente adequado.

Controle - a Administração de Materiais deve ser capaz de controlar os diversos tipos de materiais que devem realmente ser mantidos em estoque, o tempo em que deve ser reposto os estoques e a quantidade que devem ser adquiridos a fim de que não haja problemas de faltas ou excessos.

Distribuição - a Administração de Materiais está ligada à entrega de mercadorias requisitadas pelos setores/serviços.

Almoxarifado

É o local destinado à recepção, guarda, controle e distribuição ordenada dos materiais de consumo necessários ao funcionamento da Unidade.

Funções

Recebimento dos materiais;

Guarda ou estocagem;

Controle;

Distribuição aos setores/serviços requisitantes;

Planejamento de quando e quanto comprar;

Levantamento periódico dos estoques;

Estabelecimento da quantidade máxima, mínima e do ponto de pedido.

Localização

O Almoxarifado deverá estar localizado no pavimento térreo e o mais próximo possível da entrada destinada ao abastecimento da Unidade em local arejado e dotado de claridade natural, com área livre de escadaria e de fácil acesso à entrada de mercadorias.

Área Física

A área destinada ao almoxarifado deverá ser prevista em, no mínimo, 0,80 a 1,20m2 por leito e deve abranger:

Local de recebimento e conferência dos materiais;

Local de estocagem dotado de estrado, estantes simples e duplas;

Local de distribuição dos materiais requisitados;

Acesso externo coberto com marquise de proteção contra sol e chuva;

Corredores internos com largura mínima de 0,80 cm e externos com largura mínima de 2,00m;

Plataforma para descarga;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Paredes de cor clara;

Pisos e rampas com revestimento antiderrapante.

Normas Administrativas Do Serviço De Materiais

São normas comuns ao serviço de materiais:

O horário de trabalho estabelecido, deverá ser cumprido;

Os funcionários trabalharão devidamente uniformizados;

As permissões de saída (para locais externos) deverão ser autorizadas por escrito pelo encarregado do serviço;

As saídas internas, a serviço ou não, deverão ser sempre comunicadas ao encarregado ou colega de trabalho, nunca deixando o setor sozinho;

A entrada de pessoas estranhas ao serviço, deverá ser autorizada pelo encarregado;

As horas extras, se necessárias, deverão ser autorizadas previamente, por escrito, pelo Diretor Administrativo;

Os documentos inerentes ao Serviço de Materiais, tais como: pastas, livros etc., só poderão ser retirados do setor com autorização da Direção.

São normas do setor de almoxarifado:

Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem correspondente requisição;

A quantidade de material entregue ao requisitante não poderá ser maior que a estabelecida na requisição;

Não deverão ser atendidas as requisições emitidas pelos setores fora dos dias pré-estabelecido para cada setor ou que não traga a assinatura do responsável;

Os funcionários do Almoxarifado atenderão ordinariamente apenas as requisições dos serviços requisitantes, observando o calendário estipulado.

Normas Técnicas Do Serviço De Materiais

Normas técnicas para estocagem de gêneros:

Estocar os gêneros alimentícios em local próprio com boa ventilação natural, cruzada;

A Despensa deverá ser equipada com estrados de madeira para a estocagem das sacarias;

Os estrados deverão distar 0,40cm do piso, sendo os pés revestidos com folhas de flandres, para evitar o acesso de roedores aos alimentos.

Os cereais em grãos e as leguminosas deverão ficar sobre os estrados de madeiras, acondicionados em sacos de aniagem ou algodão;

As prateleiras poderão ser de fórmica, madeira vernizada, azulejadas ou de aço inoxidável;

As prateleiras deverão distar 10cm das paredes, para evitar que a umidade atinja os alimentos;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Os gêneros acondicionados em pacotes, latas ou caixas, deverão ser arrumados ou empilhados nas prateleiras, afastados da parede;

Ao armazenar macarrão, biscoito, não colocar outros gêneros sobre eles, para evitar que se triturem;

Os gêneros mais velhos deverão ser colocados em cima ou à frente dos mais novos, para serem consumidos em primeiro lugar (rotatividade);

Os gêneros (caixas, sacos, pacotes, latas, vidros, litros, etc.) deverão ser acondicionados (arrumados nas prateleiras), de forma que o rótulo fique visível e nunca com a boca para baixo, demonstrando organização e facilitando a localização do produto;

Não misturar alimentos com material de limpeza, sendo que estes poderão ser guardados na própria Despensa, mas em lugar visivelmente separado;

Usar utensílios seco e limpo, para retirar os gêneros das sacarias;

Providenciar periodicamente dedetização e desratização, tomando precauções para que os gêneros não sejam atingidos pelo produto do processo;

As janelas deverão ser teladas (tela de nylon fina).

Normas Técnicas para Estocagem de Filmes e Papéis Fotográficos:

A área de estocagem destes materiais deverá ser protegida de umidade, calor e vapor;

Deverão ser evitados locais próximos a caldeiras, condicionadores de ar, respiradores, estufas e coberturas não isoladas;

A estocagem destes materiais deverá ser processada em agrupamentos distintos de acordo com a data de validade estabelecida pelo fabricante;

Serão estocados em prateleiras, de preferência nas embalagens originais, com espaços livres entre os volumes, para facilitar a circulação do ar.

Normas Técnica para Estocagem de Tintas, Esmaltes e Vernizes:

A área destinada a estes materiais deverá ser limpa bem ventilada e não sujeita a calor excessivo, centelhas ou ação direta dos raios solares;

Deverão ser mantidos em suas embalagens originais até sua utilização;

Deverão ser estocados em estantes ou estrados localizados no piso inferior das instalações do Almoxarifado e possivelmente isolados de outros materiais.

Normas Técnicas para Guarda de Inflamáveis:

A área destinada a estocagem de inflamáveis, quando situada ao ar livre, deverá ser perfeitamente delimitada e isolada;

Quando situada em edificação, deverá ser bem arejada, ter piso, paredes e teto de material não combustível e com taxas de resistência a fogo não inferior a 2 horas;

Os líquidos inflamáveis deverão ser embalados em tambores ou outros recipientes portáteis fechados, cuja capacidade não exceda a 226 litros;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Os recipientes de líquidos dos inflamáveis deverão ser estocados sobre estrados ou armação especial, obedecendo o disposto na NB - 98 da ABNT.

Normas Técnicas para Estocagem de Tambores e Barris:

Os tambores devem ser guardados de forma deitada e presos com calços de madeira na camada de baixo;

Quando os tambores estiverem vazios e a quantidade for elevada a pilha terá de preferência formato de uma pirâmide;

Os barris podem também ser empilhados de pé em camadas desencontradas, como tábua ou prancha entre uma camada e outra.

Normas Técnicas para estocagem de materiais Retangulares:

Todos os volumes devem ter tamanhos uniformes;

As caixas de papelão não devem ser depositadas em local úmido;

Convém deixar metade da largura de cada caixa ou material retangular para fora em toda a sua volta, de cada cinco corridas de altura.

Normas Técnicas para Guarda de Sacarias:

Sacarias em geral (arroz, feijão, açúcar, trigo, etc.)

Sua guarda será feita em estrados de material em pilhas "armadas";

Pilha deverá ficar no mínimo 0,50 cm da parede, as bocas dos sacos deverão ficar voltadas para dentro da pilha.

Roteiro Para o Serviço De Materiais

Horário	Atividade	Observação
07:00	Pega o plantão.	
07:15	Faz bandeja, o PS e devoluções.	
07:30	Devoluções de todos os setores.	
07:40	Reposições da noite, Berçário, pré-parto.	
08:30	Faço os pedidos de medicamentos.	
11:45	Almoço.	
12:00	Edifico.	
13:00	Faz pedido de alimentos e impressos.	
14:00	Pedidos do centro Cirúrgico.	
15:00	Edifico.	
16:00	Faz novamente os pedidos do PS, pré-parto e berçário.	

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

17:00	Arruma os remédios.	
18:00	Fraciona os medicamentos.	

Roteiro: Movimentação Diária

Setor: Materiais.

Horário	Atividade	Observação
07:00	Cadastro de produtos novos.	
07:30	Entradas do dia.	
08:00	Devoluções do dia.	
08:30	Lança as saídas.	
11:30	Arruma os produtos em seus lugares.	
12:00	Auxilia na Farmácia.	
15:30	Passa as notas fiscais para as planilhas.	
17:00	Encerra o expediente.	Obs.: Recebimento e conferência de mercadoria (07h às 17h)

Roteiro: Coordenação de Materiais.

Setor: Materiais.

Horário	Atividade	Observação
07:00	Verifica o estoque.	
08:00	Carimba as Notas fiscais e lança no mapa de compras.	
08:30	Recebe cotações e verifica os melhores preços, e efetua compras.	
	Atende representantes.	Durante todo horário.
	Resolve problemas dos demais setores.	Durante todo horário.
13:00	Confere caixas de urgência.	Uma vez por semana.
15:00	Compras de urgência.	Qualquer horário.
	Verificação de estoques para compra.	
16:30	Envia e-mail.	

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Responsabilidades e Normas do Setor de Patrimônio

Diretrizes

O Responsável pelo Setor de Patrimônio - Sede Administrativa bem como o administrador de cada dependência deverão tomar conhecimento do controle de Patrimônio da seguinte forma:

Identificar e manter com rigoroso controle, a relação de patrimônio, observando sempre os critérios de enquadramento do bem;

Manter o controle e registros no Sistema Pátrio sempre atualizado;

Os bens de terceiros a serem descartados deverão ser listados, baixados do sistema e devolvidos a quem de direito, mediante emissão de ofício devidamente protocolado, ou em âmbito interno sob utilização o formulário próprio de transferência.

Responsabilidades

Manter controlado todo o ativo fixo imobilizado da Entidade.

Normas

Para a efetivação de qualquer registro no sistema de "entrada" de imobilizado novo, deve-se estar em poder de uma das vias da nota fiscal de compra do mesmo, sendo a partir de então, separada a placa de ativo fixo e realizado o cadastramento em sistema utilizando a maior quantidade de dados possíveis, constantes na nota fiscal.

Para a efetivação de qualquer registro de "transferência" de imobilizado, deve-se atentar-se da existência do formulário pertinente e devidamente assinado por seus respectivos responsáveis.

Para efetivação de qualquer registro no sistema de "descarte" de imobilizado, deve-se verificar se existe o formulário ou ofício pertinente com devida assinatura do diretor da área responsável.

Tratando-se de dependência, toda e qualquer "transferência e/ou devolução" de patrimônio de terceiros (bem público), a tramitação deve ser realizada através de ofício a quem de direito, mediante protocolo.

Tratando-se de dependência, todo "descarte" de imobilizado, deve ser solicitado por ofício a quem de direito, solicitando caso necessário sua retirada, mediante protocolo.

Serviço de Apoio Logístico

O serviço de apoio logístico é essencial para garantir o funcionamento eficiente e seguro da unidade, possibilitando que o atendimento ao paciente seja realizado de maneira ágil e adequada. Ele envolve uma série de processos, setores e atividades que garantem o fornecimento de materiais, medicamentos, equipamentos e infraestrutura necessários para o bom desempenho da unidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Objetivos do Serviço de Apoio Logístico

- **Garantir a disponibilidade de recursos**: O serviço logístico assegura que todos os materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o atendimento médico estejam disponíveis e funcionando corretamente.
- **Otimizando a gestão de recursos**: Controla e gerencia o uso eficiente de recursos, como insumos médicos, medicamentos, e equipamentos, minimizando desperdícios e evitando faltas.
- **Apoiar a segurança e qualidade do atendimento**: Oferece suporte para garantir que as condições de infraestrutura e ambiente estejam adequadas para a realização de atendimentos de urgência e emergência.
- **Assegurar a eficiência operacional**: Organiza e coordena os fluxos de suprimentos, transporte, e gestão de resíduos, garantindo que todas as operações logísticas aconteçam sem falhas, contribuindo para a eficiência da unidade.

Finalidade do Serviço de Apoio Logístico

A finalidade do serviço de apoio logístico de uma UPA é garantir que a unidade esteja sempre preparada para o atendimento de urgência e emergência, com um ambiente seguro e bem estruturado, por meio da gestão eficaz de todos os recursos necessários. Ele busca também melhorar a capacidade de resposta a situações imprevistas, proporcionando maior agilidade e qualidade no serviço de saúde oferecido.

Setores que fazem parte do Apoio Logístico

O apoio logístico de uma UPA envolve diversos setores interconectados, que garantem o bom funcionamento das operações diárias. Os principais setores são:

a) Almoxarifado e Farmácia

- **Responsabilidade**: Responsável pela gestão e distribuição de medicamentos, materiais médicos e hospitalares, roupas e produtos de higiene.
- **Atividades**: Controle de estoque, reposição de materiais e organização do espaço de armazenamento.

b) Transportes

- **Responsabilidade**: Garantir a movimentação e o transporte de pacientes entre as unidades, serviços externos e dentro da UPA, além do transporte de materiais urgentes.
- **Atividades**: Coordenação dos veículos de ambulância, movimentação interna de pacientes e materiais entre setores.

c) Manutenção e Infraestrutura

- **Responsabilidade**: Responsável pela manutenção de equipamentos, sistemas elétricos, hidráulicos e estruturais da unidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO DE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- **Atividades**: Verificação e conserto de equipamentos médicos (como monitores, ventiladores, desfibriladores), manutenção preventiva de instalações e gestão de possíveis emergências estruturais.

d) Suprimentos e Compras

- **Responsabilidade**: Gestão da aquisição de materiais e equipamentos necessários para o funcionamento da unidade.
- **Atividades**: Identificação das necessidades, emissão de pedidos de compra, controle de fornecedores e recebimento de materiais.

e) Gestão de Resíduos

- **Responsabilidade**: Garantir o manejo adequado dos resíduos hospitalares, com a separação, armazenamento e destinação correta.
- **Atividades**: Coleta, classificação, acondicionamento e descarte de resíduos de acordo com as normas sanitárias e ambientais.

f) Serviços Gerais

- **Responsabilidade**: Garantir a limpeza, conservação e organização das dependências da UPA.
- **Atividades**: Limpeza diária, controle de higienização de áreas comuns e realização de desinfecção de ambientes críticos.

Procedimentos Operacionais do Apoio Logístico

Os procedimentos operacionais são fundamentais para garantir a eficiência do serviço logístico e o correto funcionamento da UPA. Alguns dos principais procedimentos incluem:

a) Controle de Estoque

- Monitoramento diário dos materiais e medicamentos.
- Verificação de validade e estado de conservação dos produtos.
- Procedimento para solicitação de reposição de itens em estoque.

b) Recebimento e Armazenagem de Materiais

- Recebimento de materiais adquiridos por meio de processos de compras.
- Inspeção para garantir que os itens estão de acordo com as especificações.
- Armazenamento adequado, respeitando as normas de segurança e organização.

c) Distribuição de Materiais

- Distribuição dos materiais médicos e de apoio conforme a demanda de cada setor (consultórios, salas de emergência, etc.).
- Garantia de que os insumos estejam acessíveis e organizados para o uso imediato.

d) Gestão de Ambulâncias e Transportes

- Planejamento e controle de veículos de transporte, tanto para o deslocamento de pacientes quanto para a entrega de materiais urgentes.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- Coordenação de equipes de motoristas e profissionais de saúde para o atendimento a chamadas externas e movimentação de pacientes.

e) Manutenção Preventiva e Corretiva

- Realização de inspeções periódicas nos equipamentos médicos e de infraestrutura da UPA.
- Agendamento de manutenções preventivas.
- Procedimentos de solicitação de reparos emergenciais.

f) Gestão de Resíduos

- Implementação de políticas de segregação de resíduos (comuns, infectantes, químicos, etc.).
- Acondicionamento de resíduos de forma segura até o transporte para a destinação final.
- Monitoramento do cumprimento das normas sanitárias e ambientais para o descarte.

g) Comunicação e Fluxo de Informações

- Estabelecimento de canais eficazes de comunicação entre os diferentes setores da UPA.
- Controle de informações sobre estoque, transporte, manutenção e necessidades de suprimentos para tomada de decisão ágil.

h) Apoio Administrativo

- Controle financeiro das compras e dos custos operacionais do setor logístico.
- Acompanhamento de contratos com fornecedores e prestadores de serviços.

O apoio logístico na UPA tem um papel vital no sucesso da unidade de saúde, pois sua função é garantir que todos os recursos necessários para o atendimento sejam disponibilizados de maneira eficiente, segura e sem falhas. A gestão bem-estruturada de materiais, transportes, manutenção e resíduos contribui para o bom funcionamento da UPA, refletindo diretamente na qualidade do atendimento prestado à população.

Proposta para o Serviço de Compras

Este setor terá como responsável profissional qualificado, diretamente subordinado a Diretoria Administrativa e Financeira ou a Gerência Administrativa e Financeira. Este setor é responsável por todas as compras realizadas pela instituição, trabalhando parceria com o portal Bionexo.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org



O setor de Compras deve desenvolver suas atividades acompanhando instruções de trabalho e a lista de padronização elaborada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, adotando a metodologia de Ponto de Pedido, além de aplicar critérios de qualificação dos fornecedores, visando sempre à aquisição do produto mais adequado, com o menor preço.

Essa área tem por objetivo coordenação das atividades de planejamento e aquisição, rastreabilidade e disponibilização de materiais, insumos e serviços.

Atuamos com a política de compras onde se descreve as diretrizes para atuação de MAT/MED, contratações de obras e serviços, relação com fornecedores, avaliação dos fornecedores e critério de visita técnica junto aos fornecedores.

Função e Objetivo em efetuar uma Compra

Identificar produtos, equipamentos, serviços e aprovisionamentos na qualidade adequada, na quantidade solicitada, na melhor condição comercial possível e no momento em que são necessários são as principais responsabilidades a serem executadas em um processo de compra.

Constitui-se obrigação fundamental do comprador responsável atender as necessidades técnicas dos setores solicitantes, observando sempre critérios e regras pré-estabelecidas.

É importante salientar que apenas o Departamento de Compras está autorizado a iniciar, conduzir e concluir negociações com fornecedores, visando aquisição de materiais e/ou serviços.

Solicitação de Compra

É o documento emitido pelo setor solicitante, através de sistema informatizado, onde deverão constar as seguintes informações: material ser comprado com as devidas especificações técnicas do produto, respectiva quantidade e a data desejada para entrega, considerando que o setor de compras tem prazo de até 10 dias a contar da solicitação da compra para dar feedback dos pedidos, através de e-mail.

O prazo para a entrega dos pedidos mensal é em média de 15 dias úteis. Esse processo muda para as aquisições de emergência, onde o prazo para entrega é em média de 7 dias úteis, dependendo da localização do fornecedor.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Para que se possa realizar um processo de compras com a máxima agilidade, assegurando de que foi feita a melhor negociação quanto a preços, prazos, condições de pagamento, dentre outros quesitos, é de suma importância que a descrição técnica correta e detalhada do item seja repassada ao responsável pela compra.

Classes de Produtos e Serviço Adquiridos

A) Material Padrão (Ressuprimento) – Insumos já padronizados na Unidade com compra frequente para manutenção da quantidade mínima em estoque.

B) Material Não Padrão – Materiais que não possuem estoque e que são comprados para atendimento direto a uma demanda específica. Precisam, necessariamente, de uma aprovação da direção para aquisição.

C) Serviços – Trabalhos a serem realizados por empresas terceirizadas, devido a impossibilidade do caso ser resolvido por equipe interna. Precisam, necessariamente da aprovação da direção para contratação, e estar em conformidade ao previsto no Manual de Contratação de Mão de Obra e Serviços, definidos pelo INDSH e disponível em seu sítio eletrônico www.indsh.org.br .

D) Material Consignado (estoque) – Materiais que pertencem as respectivas empresas, porém, ficam alocados na Unidade para possível utilização. Pagamento somente é efetuado após a utilização do produto.

MODELO DA SOLICITAÇÃO DE COMPRAS:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	Formulário – Compras		
	Solicitação de Compras		
	Código: FOR.COMP.001	Versão: 001	Página: 1 de 1

SETOR SOLICITANTE:			NUMERO:
COD	DESCRIÇÃO	SUGESTÃO DE MARCAS (INFORMAR NO MINIMO 2) OU A CRITERIO	QTD
JUSTIFICATIVA:			
NOME DO SOLICITANTE:	COORDENADOR:		APROVAÇÃO:
DATA:	DATA: HORAS:		

PARA PREENCHIMENTO DO SETOR DE COMPRAS

DATA DE ENTREGA:	COMPRADOR (A):	AVISADO:
	DATA: HORAS:	

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Formas de Compra

Atualmente, existem duas formas utilizadas para efetivação das compras. São elas:

A) Contrato – Condições comerciais pautadas em acordos formalizados previamente junto ao respectivo fornecedor. Os contratos em vigor deverão estar disponíveis na plataforma de compras BIONEXO e/ou no setor de contratos da Unidade para visualização do comprador. Sendo nos casos de contratos coorporativos disponíveis na Sede Administrativa do INDSH.

B) Mercado – Processo de cotação junto ao mercado fornecedor buscando o menor preço possível atendendo os requisitos de qualidade. As tomadas de preços podem ser realizadas via e-mail, impresso emitido diretamente pelo fornecedor e/ou plataforma eletrônica de compra. Respeitando as devidas exceções (por exemplo, fornecedor exclusivo), é OBRIGATÓRIO que este processo de compra tenha três ou mais fornecedor participante.
Caberá ao comprador, após recebimento da proposta, a correta e ética avaliação do fornecedor melhor capacitado tecnicamente e comercialmente para se tornar o vencedor da tomada de preços.

C) Emergencial – Esta forma de compra deverá obedecer a data de entrega informada pelo solicitante, no entanto, é importante sempre tentar seguir a forma de compra via contrato. A quantidade a ser adquirida deverá ser unicamente para atendimento da demanda emergencial.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

MAPA DE COTAÇÃO

Ver.01 - Rev. 00

CNPJ: 23.453.830/00XX-XX
Nome Empresarial: INDSH - Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
Nome Fantasia:
Endereço de Entrega em:
CONTATO:
TELEFONE: (XX) XXXXX-XXXX E-MAIL NF-e

NÚMERO DO MAPA DE COTAÇÃO		MC						MELHOR COTAÇÃO		
CATEGORIA:		Equipamentos de Imagens - Raio X Fixo e Móvel								
DADOS DOS FORNECEDORES										
EMPRESA		XXXXX Medical Systems LTDA.			YYYYYY de Equipamentos de Raiox Ltda					
TELEFONE										
CONTATO										
E-MAIL										
ITEM	DESCRIÇÃO	QTDE	MARCA	VALOR UNT	TOTAL	MARCA	VALOR UNT	TOTAL	V.UNIT	V.TOTAL	FORNECEDOR
1	Aparelho de Raio X Fixo de 500MA.	1	Raio X Fixo Analógico Mod: COMPACT AR	R$ 130.000,00	R$ 130.000,00	Raio X Analógico Mod: Dialis H de 500MA /125KV Alta Frequência	R$ 103.000,00	R$ 103.000,00	R$ 103.000,00	R$ 103.000,00	YYYYYY de Equipamentos de Raiox Ltda
VALOR TOTAL			R$ 130.000,00			R$ 103.000,00				R$ 103.000,00	Não Foram Apresentadas Propostas
CONDIÇÃO DE PAGAMENTO (EM DIAS)											
PRAZO DE ENTREGA (EM DIAS)											
FRETE											
VALIDADE DA PROPOSTA											
FATURAMENTO MÍNIMO											
OBSERVAÇÃO			Garantia de 12 meses			Garantia de 12 meses					

Nota:

DADOS DO COMPRADOR	
NOME	
TELEFONE	
E-MAIL	
OBSERVAÇÃO	

Cotação com no mínimo 3 fornecedores, exceto quando: FORNECEDOR EXCLUSIVO

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-000
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Principais Funções do Setor de Compras

Efetivação/Elaboração dos Pedidos de Compra

Cabe ao setor de compras, receber as solicitações de compras, analisá-las buscando a melhor relação custo-benefício e transformá-la em pedidos de compras para envio ao respectivo fornecedor responsável pela entrega do produto. Este processo formaliza o compromisso comercial entre a Unidade e o fornecedor. O êxito deste processo depende também das circunstâncias e termos em que foram realizados os procedimentos de solicitação da compra/serviço. A finalização dos pedidos deverá observar o cumprimento das etapas de definição da modalidade de compra devida ao produto em questão (contrato ou mercado).

Pedido de Compra/Ordem de Compra

NUMERO DO PEDIDO:				**DATA EMISSAO**		
NOME:						
EMAIL:						
MAPA DE COTAÇÃO:						
CNPJ: 23.453.830/00XX-XX **FANTASIA: Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH** **RAZÃO SOCIAL:Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH** **ENDEREÇO ENTREGA:** **CEP:** **CIDADE/UF:** **CONTATO FINANCEIRO:** **TELEFONE: (XX) XXXX-XXXX** **E-mail: XXXX@indsh.org.br** **EMAIL PARA ENVIO DA NOTA FISCAL: XXXXXX@indsh.org.br**						
RAZÃO SOCIAL: ®						
NOME FANTASIA:						
CNPJ:						
CONTATO:						
TELEFONE / E-MAIL:						
IL	**DESCRIÇÃO DO ITEM**	**MARCA**	**QTDADE**	**UNID. MEDIDA**	**R$ UNIT.**	**R$ TOTAL**
1						R$ -
NOTA: APÓS A EMISSÃO DA NOTA FISCAL É OBRIGATORIO O ENVIO DE UMA CÓPIA PARA A UNIDADE SOLICITANTE POR EMAIL NO PRAZO DE 48 HORAS ÚTEIS O NÃO ENVIO DE TAL DOCUMENTO PODERÁ ACARRETAR NA DEVOLUÇÃO DO PEDIDO NO ATO DO RECEBIMENTO					**SUB-TOTAL**	R$ -
					DESCONTOS	
					TOTAL	R$ -
					COND.PAGTO	
					PZO ENTREGA	
					FRETE	CIF
Observações:						

Página 1 de 1

Realização de Diligenciamento (*Follow-Up*)

Após o envio do pedido de compra ao fornecedor, existe um processo importante e crítico que trata da efetiva entrega do produto. O papel da área de compras é finalizado somente após o recebimento do produto e a verificação de que está exatamente de acordo ao que foi solicitado, tanto comercialmente quanto tecnicamente.

Realizar o *follow-up* consiste em dar continuidade ao relacionamento comercial até que o produto seja entregue ao local de destino. Quanto a parte de serviços, esta ação trata da finalização do trabalho contratado no menor tempo possível e em acordo com o escopo definido previamente.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Cabe, também, ao setor de Compras as devidas respostas ao setor de planejamento aos controles de estoque/entrega dos produtos através dos documentos denominados "Lista de Falta" e "Previsão Vencida".

Prospecção e Desenvolvimento de Fornecedores

Ao Departamento de Compras cabe a responsabilidade de desenvolver, manter e ampliar o cadastro de fornecedores de tal forma que garanta à empresa o fluxo contínuo dos bens e/ou serviços necessários para sua operação, em quantidade e em qualidade.

A prospecção de novos fornecedores deverá observar os seguintes critérios:

A) A empresa deverá possuir toda documentação legal para funcionamento;

B) Condição comercial mais atrativa que o fornecedor já existente;

C) Possuir autorização legal do fabricante para venda do produto.

Solicitação de Material Consignado Transitório (OPME)

É função da área do Almoxarifado solicitar ao fornecedor todos os materiais consignados (OPME) que foram utilizados para a devida reposição. Esta solicitação ao fornecedor é efetuada via e-mail, no qual é anexado formulário contendo os materiais utilizados no procedimento cirúrgico. Através desta solicitação que é realizada a reposição.

Alçadas de Aprovação

De acordo com o escopo do processo instituído, o coordenador de compras é a figura responsável pela autorização da solicitação de compra em sistema e da ordem de compra.

A aprovação final da compra só poderá ser feita pelo Diretor Geral da Unidade, sendo o gerente administrativo/financeiro o principal responsável por essa validação, mediante o processo de compras (pedido solicitante, justificativa, mapa de cotação, registro de preço, etc.), em conformidade ao previsto no Manual de Contratação de Mão de Obra e Serviços, definidos pelo INDSH e disponível em seu sitio eletrônico www.indsh.org.br.

O comprador somente possui mecanismos de enviar o pedido de compra ao fornecedor se este processo estiver autorizado pela direção da Unidade.

Ordem de Compra de Insumo com Contrato e sem Contrato

Obrigatoriamente, todo o pedido gerado no sistema ou na plataforma eletrônica necessita da autorização do coordenador do setor. Esta autorização é primordial para a continuação do processo de compra.

Caberá ao coordenador verificar se o pedido de compra atende as melhores condições comerciais e os requisitos técnicos solicitados.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Ética no Processo de Compras

O conceito de ética refere-se a postura que o interlocutor da Empresa, no caso o comprador, assume perante o fornecedor ou prestador de serviços.

Para este tema é importante observar algumas ponderações:

a) A relação amistosa certamente ajuda e contribui para o relacionamento comercial, porém, a distância que delimita e garante a identidade de interesses das partes deve ser preservada.

b) Favor é uma moeda que não tem preço definido, deste modo, não pode ser utilizado nesta relação.

c) A transparência nas atitudes e o comprometimento com seu parceiro comercial não são construídos pelas facilidades concedidas entre as partes e sim pelas oportunidades de sempre participar dos processos em iguais condições e desenvolver diferenciais que os credenciam perante os novos entrantes.

d) A prática de solicitação de brindes ou afins é extremamente proibido até segunda ordem da direção da Unidade.

e) O comprador ao ingressar na empresa compromete-se automaticamente a zelar pela confidencialidade das informações às quais tem acesso e compartilhar da responsabilidade pela garantia do sigilo das mesmas no relacionamento comercial junto aos fornecedores.

Auditoria

Fica desde já definido que as determinações acima podem ser checadas a qualquer tempo, e que no caso de identificadas não conformidades em relação ao processo definido, os responsáveis estarão sujeitos a sanções administrativas.

Guarda de Documentos

Fica definido que a documentação referente aos processos de compra deverá permanecer arquivada no setor de compras. Tendo sua guarda por tempo preconizado em lei para comprovação dos atos lícitos de aquisição dos produtos/serviços.

Comprometimento

Por estar ciente do conteúdo deste Manual de Compras, comprometo-me ao cumprimento das normas aqui expostas, tornando-me responsável por qualquer ato contrário a este regulamento, estando sujeito às penalidades administrativas cabíveis.

<u>Regulamento contratação de serviços e de compras</u>

Apresentamos abaixo o nosso modelo de regulamentação do processo de compras e serviços com todo o descritivo dos setores.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Abaixo apresentamos o link de acesso ao regulamento de compras e serviços que **consta em nosso site**, para comprovar a veracidade de utilização apresentamos os documentos que contemplam os itens solicitados em edital, a saber:

- ✓ Política de qualificação de fornecedores de serviços e insumos em geral (medicamentos, médico-hospitalar) com critérios claros de qualidade, bem como os critérios adotados internamente para a avaliação adotada. Apresentação de comprovação de aplicação dos critérios.
- ✓ Apresentamos, também, manual de compras contendo as seguintes informações:
- ✓ Catálogo descritivo de materiais;
- ✓ Lista de padronização de medicamentos e materiais médico hospitalares, estratificados por geral, bloco, uti, pronto atendimento adulto e pediátrico, carrinhos de urgência;
- ✓ Comprovação da capacidade de implementação de sistema que permita compras análogas à licitação;
- ✓ Avaliação de fornecedores (histórico que comprove a realização do mesmo rotineiramente pela conveniada);
- ✓ Metodologia utilizada para avaliação e compra de materiais e medicamentos.

<u>Política de qualificação de fornecedores de serviços</u>

Abaixo descrevemos a política de qualificação e fornecedores de serviços, bem como os critérios adotados internamente para a avaliação adotada.

Introdução

A política de avaliação de fornecedores visa assegurar que as atividades comerciais desenvolvidas pela área de suprimentos junto aos parceiros de negócio estejam alinhadas ao fornecimento de qualidade em produtos, serviços e assessoria técnica, com responsabilidade social, ambiental e financeira, destacando a eficiência e a qualidade que devem ser inerentes a este processo.

Objetivo

A avaliação dos fornecedores da unidade, será realizada visando manter relações comerciais éticas alinhadas aos princípios da instituição. Essa avaliação abrange contratados, prestadores de serviços médicos e serviços de apoio especializados. Na política de compras de produtos e serviços do INDSH está estabelecido diretrizes para os fornecedores, sendo avaliados de acordo com critérios técnicos transparentes, priorizando aqueles que demonstram um desempenho satisfatório, bem como oportunidades de melhoria para aqueles que não atenderam aos requisitos.

Abrangência

Unidade administrada pelo INDSH.

Diretrizes gerais

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O setor de compras, farmácia e almoxarifado devem seguir o "Regulamento Institucional de compras, contratação de serviços e aquisição de bens com emprego de recursos provenientes do poder público INDSH"

As cotações de preços obtidas pela Unidade são realizadas no setor de compras e devem seguir o fluxograma estabelecido.

Tipos de fornecedores

Produtos: Devem fornecer materiais hospitalares, medicamentos e demais materiais de consumo conforme padrões técnicos estabelecidos e documentados.

Serviços: devem prestar serviços de manutenção, consultoria, segurança, limpeza, obras, médicos, ensino, transporte e outros, conforme padrões técnicos estabelecidos e documentados.

Documentação

Cada fornecedor deve possuir um cadastro junto ao Portal Bionexo, que inclui uma série de documentações que tornam o fornecedor apto a realizar cotações. Esses documentos devem estar sempre dentro do prazo de validade, estando disponíveis para consulta na plataforma eletrônica.

Critérios para avaliação de fornecedores

O processo de avaliação de fornecedores é realizado de acordo com os aspectos administrativos e técnicos. Trata-se de um processo contínuo e sistemático diário, no qual são atribuídos valores a cada critério de avaliação, resultando num escore de pontuação.

Preço: considera-se propostas de menor preço, desde que atendam os demais requisitos de qualidade e prazo.

Qualidade: adequação do produto para atender as necessidades.

Atendimento e conhecimento técnico científico.

Análise criteriosa das especificações do pedido de compra.

Atendimento das especificações de entrega e prazo acordados.

Fornecimento de informações imediatas e documentação solicitada.

Flexibilidade em caso de mudanças nas quantidades e prazos.

Realização de todos os procedimentos de faturamento de forma correta.

Comprometimento em todas as etapas do processo.

Critérios para avaliação de empréstimos

Este processo compreende as atividades necessárias para solicitação e recebimento de medicamentos em falta, através de hospitais parceiros. O empréstimo de medicamentos é guiado pela falta de medicamentos, problema ocasionado por variações no consumo.

Para a formalização do processo verifica-se a quantidade necessária de medicamentos para suprimento emergencial, considerando-se o prazo de espera por novos medicamentos. Caso a Unidade não possua estoque suficiente para empréstimo, solicita-se a outros hospitais. A

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

formalização ocorre através de documento em 2 (duas) vias, com discriminação dos estoques a serem emprestados, contendo quantidade, lote e validade (Formulário de solicitação de empréstimo). Quando o estoque proveniente de empréstimo chega ao solicitante, é realizada análise farmacêutica de integridade, validade e condições para uso do produto, sendo imediatamente lançado no sistema Tasy, para posterior devolução.

Compras emergenciais

Este processo consiste nas atividades de suprimento em caráter de urgência de medicamentos que sofreram alterações inesperadas no consumo ou medicamentos não padronizados. Essas alterações, ocorrem quando o estoque chega mais rápido ao nível de segurança. São, portanto, compras mais caras pois são realizadas com rapidez através de farmácia conveniada a instituição. Ao serem adquiridos, os medicamentos passam por análise farmacêutica de integridade, validade e condições para uso do produto e passam por avaliação dinâmica no sistema Tasy após lançamento de Nota Fiscal.

Condições de operacionalização interna

Almoxarifado

O setor do almoxarifado tem como finalidade o recebimento, armazenamento e distribuição de materiais de consumo de uso na Unidade. Em seu recebimento, o responsável realiza o check list de recebimento almoxarifado. Caso o insumo não esteja respeitando os padrões mínimos de qualidade estabelecidos, o fornecedor deve ser comunicado imediatamente. Além disso, o almoxarifado fica responsável por analisar o comportamento do fornecedor, quanto ao cumprimento da ordem de compra, prazo de entrega e outras intercorrências durante o recebimento, que podem gerar custos adicionais, como falta de produtos e compras em caráter de urgência.

Conferência

A entrega será realizada de segunda a sexta-feira das 08:00h às 11:30h e 13:30h às 17:00h no almoxarifado. Toda mercadoria deverá ser entregue com nota fiscal específica para a conferência dos seguintes itens:

- Quantidade de volumes
- Integridade do produto/embalagem
- Identificação
- Divergência entre produto, nota fiscal e ordem de compra
- Possível falta ou não envio de itens sem aviso prévio.

Se ocorrer qualquer das hipóteses abaixo, ocorrerá a recusa do recebimento do produto:

- Embalagem aberta ou avariada;
- Produtos médicos hospitalares avariados, quebrados ou danificados;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Produtos médicos hospitalares em desacordo com o pedido.

Em caso de devolução total, o responsável pelo almoxarifado realizará uma ressalva no Conhecimento de Frete e na Nota Fiscal. Em caso de devolução parcial, o responsável pelo almoxarifado realizará uma ressalva apenas no Conhecimento de Frete.

Em ambos os casos, será realizada a devolução do produto imediatamente com posterior comunicação ao fornecedor do ocorrido para providências.

Farmácia

O setor da farmácia tem como finalidade atuar na distribuição de medicamentos, materiais e correlatos de forma segura e ágil aos setores assistenciais para a prestação de serviços aos clientes.

Auditoria de fornecedores

As visitas técnicas visam a garantia da qualidade do produto oferecido e devem ser realizadas por uma equipe técnica específica para o tipo de produto e fornecedor que se deseja qualificar, com o intuito de confirmar as condições de cumprimento.

Durante a visita, os produtos oferecidos e os cuidados com sua produção são verificados em profundidade. Observa-se também se a empresa tem capacidade para produzir toda a demanda necessária com garantia de qualidade. Para apurar os diversos aspectos de interesse, segue-se roteiro específico que contempla todas as informações necessárias.

Também fazem parte dos objetivos da visita:

AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES	SIM	NÃO
- Apresentação dos documentos de controle de qualidade e dos manuais operacionais		
- Área física sob aspectos de higiene e organização?		
- A equipe de colaboradores trabalha uniformizada e de acordo com normas de segurança?		
- Os estoques estão organizados, limpos e armazenados adequadamente?		
- Os sistemas de entrega possem qualidade no transporte?		
- O fornecedor apresenta capacidade de suprir os pedidos conforme a necessidade de abastecimento?		
- O fornecedor possui a cultura de atender corretamente, integralmente e com pontualidade os pedidos que lhes são destinados, nos prazos combinados?		
- O fornecedor apresenta capacidade de reagir rapidamente a pedidos emergenciais?		
- As rotinas são conhecidas e, principalmente, cumpridas?		

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Ao encerrar o processo de visitação realizar um feedback aos fornecedores por meio de uma carta ofício, pontuando a sua qualificação e sugestões de melhorias.

Indicadores

Os indicadores relacionados a fornecedores são:

Total de Devoluções para Fornecedores

Total de Fornecedores Qualificados

Taxa de itens entregues no prazo

Estes indicadores demonstram a assertividade das medidas de avaliação executadas a cada fornecedor, garantindo a qualidade e comprometimento com a cadeia de segurança medicamentosa.

CHECKLIST RECEBIMENTO ALMOXARIFADO

Data:		CNPJ:	
Razão social/fantasia:			
Fone:			
Transportadora:			
AVALIAÇÃO DO TRANSPORTE		**SIM**	**NÃO**
1	Os entregadores utilizam uniformes adequados para o ambiente hospitalar?		
2	As caixas estão amassadas, molhadas, rasgadas?		
3	Existe algum tipo de violação na embalagem do(s) produto(s)?		
4	O material está sendo entregue em transporte adequado?		
5	A transportadora está respeitando o horário de entrega do Setor?		
6	Termolábeis estão em térmicas com controle de temperatura entre 2 e 8ºC?		
7	Total de itens em não conformidade		
AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENTREGA		**SIM**	**NÃO**
1	O número da ordem de compras está especificado na nota fiscal?		
2	O valor da nota fiscal coincide com o valor estipulado na ordem de compras?		
3	O lote dos produtos coincide com o da nota fiscal?		
4	Os produtos apresentam data de validade superior a 80% do prazo estipulado ou, no mínimo, superior a um ano?		
5	Os produtos foram entregues dentro do prazo estipulado?		
6	Total de itens em não conformidade		
OBSERVAÇÕES			

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Nome do avaliador:

CHECKLIST PARA VISTORIA TÉCNICA SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

UNIDADE:			
DATA DA VISTORIA:			
RESPONSÁVEL DA UNIDADE:			
SUPERVISOR:			
I - INSTALAÇÕES FÍSICAS		**SIM**	**NÃO**
1 - Localização dentro do município da Unidade atendida			
2 - Ausência de focos de insalubridade no local e imediações (lixo, sujeira, insetos etc.)			
3 - Ausência de objetos em desuso			
4 - Separação das áreas de preparo das diferentes categorias de alimentos de forma a evitar a contaminação cruzada. Dispõe de Barreira Física e Barreira Técnica ou somente Barreira. Técnica.			
5 - Dimensionamento compatível com o número de refeições contratadas			
6 - PISO	6.1 - Possui revestimento liso, impermeável e lavável?		
	6.2 - Em bom estado de conservação e higiene?		
7 - PAREDE	7.1 - Possui revestimento liso, impermeável e lavável?		
	7.2 - Em bom estado de conservação e higiene?		
8 - TETO	8.1 - Possui revestimento liso, impermeável e lavável?		
	8.2 - Em bom estado de conservação e higiene?		
9 - PORTAS	9.1 - Em bom estado de conservação e ajustadas ao batente?		
	9.2 - Portas da área de preparo e armazenamento dotadas de fechamento automático (mola)?		
10 - JANELAS	10.1 - Em bom estado de conservação e higiene, ajustadas ao batente, com vidros íntegros?		
	10.2 - Janelas e outras aberturas externas, incluindo sistema de exaustão providas de telas milimétricas removíveis?		
11 - ILUMINAÇÃO	11.1 - Adequada, sem zonas com sombras ou contrastes excessivos?		
	11.2 - Luminárias localizadas sobre a área de preparação dos alimentos estão protegidas contraexplosão ou queda acidental? (no caso de lâmpada tipo bulbo led, pode marcar sim)		

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	11.3 - Instalações elétricas íntegras, embutidas, de forma a proteger a higienização?		
12 - VENTILAÇÃO	12.1 - Ventilação natural ou artificial adequada (Exaustor), (ver registros de limpeza)		
	12.2 - Equipamentos de ventilação em bom estado de conservação e higiene		
13 - ÁGUA	13.1 - Água potável originada de ( ) Rede pública ou ( ) Poço		
	13.2 - Caixa de água tampada e limpa		

Regulamento Contendo os Procedimentos que adotará para a Contratação de Serviços e Compras

Segue o link do regulamento de compras do INDSH:
https://www.indsh.org.br/wp-content/uploads/2023/08/Regulamentos-Institucionais-para-compra-15.06.23.pdf

Este Regulamento visa estabelecer normas e critérios para compras e contratação de obras e serviços especializados pela entidade e se aplica a todos os dispêndios financeiros, inclusive os realizados por unidades descentralizadas (filiais).

Todos os dispêndios feitos reger-se-ão pelos princípios da moralidade e boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos da instituição.

É vedado pela entidade manter relacionamento comercial ou profissional com entidades privadas cujos dirigentes, diretores, sócios, gerentes colaboradores e/ou equivalentes sejam agentes públicos de poder, órgão ou entidade da administração pública estadual, bem assim com cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo, adotivo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º grau, de dirigentes e/ou equivalentes da organização social os quais detenham poder decisório.

O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas que atendem aos princípios do artigo anterior, a mais vantajosa.

O processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento deve estar documentado para facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização dos Contratos de Gestão.

AS COMPRAS

Definição

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir unidades de saúde com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

Procedimento de compras

O procedimento de compras compreende o cumprimento das seguintes etapas:

I – Solicitação de compras;

II – Qualificação de fornecedores;

III– Coleta de preço;

IV– Apuração da melhor oferta;

V– Emissão de ordem de compra.

A qualificação do fornecedor candidato é composta pela verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados que deverão ser encaminhados via Correios, e-mail ou entregues diretamente no departamento de compras da filial ou a quem ela indicar, atualizados e dentro do prazo de validade.

I - CNPJ

II - Inscrição Estadual

III - Contrato Social com a última alteração ou estatuto

IV - Autorização de Funcionamento Municipal

V - CCM – Comprovante de Contribuintes Municipal

VI - CADIN - Cadastro Informativo de Créditos não quitados (estadual e federal)

Para o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos são necessários também os documentos listados abaixo:

I - Cópia autenticada do registro no Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União – obrigatório para fabricante e distribuidor;

II - Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante;

III - Licença de Funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária;

IV - Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica - obrigatório para fabricante e distribuidor;

V - Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) – obrigatório para fabricante;

VI - Cópia autenticada da autorização especial para medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatório para fabricante e distribuidor.

A coleta de preço será realizada por e-mail, ou o Portal Eletrônico indicado pela entidade, com a participação de no mínimo 3 (três) fornecedores previamente qualificados.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O sistema de coleta de preço e a qualificação de fornecedores serão dispensados nos casos em que haja carência de fornecedor, exclusividade ou singularidade do objeto, necessidade emergencial de aquisição ou contratação de obra e/ou serviço e, ainda, no caso de ordem de compra ou contrato de pequeno valor, assim considerada aquela que não ultrapassar o valor de R$ 8.000,00 (oito mil reais).

Considera-se de urgência a aquisição de material inexistente no estoque, com imediata necessidade de utilização.

A melhor oferta será apurada considerando menor preço, custo de transporte e seguro até o local de entrega, condição de pagamento, prazo de entrega, custo para operação do produto e disponibilidade para eventual necessidade de treinamento de pessoal.

A ordem de compra ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS

Definição

Considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da entidade, realizada por terceiros: conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade e seguro, consultoria, assessoria, hospedagem, alimentação, serviços técnicos profissionais especializados, produção artística, serviços gráficos, serviços médicos, bem como obras civis, englobando construção, reforma, recuperação, ampliação etc.

Contratação

Aplicam-se à contratação de serviços, no que couberem, todas as regras estabelecidas nos artigos 6º a 10º deste Regulamento, com exceção dos serviços técnicos profissionais especializados, que ficam dispensados das exigências estabelecidas no artigo 8º deste Regulamento.

Os contratos deverão estabelecer com clareza e precisão as condições de execução, aplicando-lhes as normas e princípios de direito civil.

A venda ou fornecimento de bens e serviços para a entidade implica a aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados por ela, bem como a observância deste Regulamento e demais normas eventualmente aplicáveis.

Para todas as compras de bens e serviços deverão ser emitidas nota fiscal de venda ou fatura de prestação de serviços pelo fornecedor.

A critério da entidade poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução ou fiança bancária.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

À entidade caberá fiscalizar a execução dos contratos, podendo aplicar as sanções previstas contratualmente quando descumpridas as cláusulas pactuadas.
A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar a sua rescisão, respondendo a parte que a causou com as consequências contratuais e as previstas em lei.

Serviços Técnicos Profissionais Especializados

Consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:
I - Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
II - Pareceres, perícias e avaliações em geral;
III - Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias financeiras;
IV - Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
V - Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
VI - Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
VII - prestação de serviços de assistência à saúde em áreas e especialidades específicas;
VIII - Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas.

Empresa de prestação de serviços técnicos especializados é a que:
Detém com exclusividade a capacidade para realização do serviço, atividade ou obra;
No campo da sua especialidade demonstre desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos objetivos relacionados que permitam inferir que o seu trabalho é essencial, excepcional e indiscutivelmente mais adequado à plena satisfação do objeto do contrato.
A Diretoria deverá selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnicos profissionais especializados, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área, além do registro nos órgãos e Conselhos Profissionais competentes.

Alienação

Procedimento de Alienação

Nos casos em que o bem estiver em posse da entidade por força do Contrato de Gestão firmado com o ente público, serão observados os procedimentos conforme a legislação em vigor aplicável a espécie.
O procedimento estabelecido neste regulamento se aplica exclusivamente aos bens públicos.
A alienação de bens de que trata este regulamento se vincula a autorização expressa e controle patrimonial direto pelo ente público.
Nas alienações, a modalidade de divulgação e forma de pagamento deverão observar as especificidades do bem a ser alienado e as condições do mercado, em consonância com a Lei 8.666/93, por se tratar de patrimônio público.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A alienação de bens móveis integrantes do patrimônio público deverão ser precedida de autorização do ente público, cujo resultado financeiro deverá ser reinvestido no desenvolvimento das atividades especificadas no Contrato de Gestão, se de outra forma não for determinado.
Todos os bens móveis e imóveis cujo uso tenha sido autorizado à esta entidade por meio de cessão e permissão de uso têm sua destinação e utilização exclusiva e vinculada à consecução dos objetivos do Contrato de Gestão.

Disposições Finais

Considera-se Diretoria a Diretoria Estatutária da entidade, representada pelo seu presidente, ou quem ele delegar, por meio de procuração escrita.
Os casos omissos ou dúvidas na interpretação deste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria Estatutária.
Este Regulamento entrará em vigor a partir da sua publicação.

Este regulamento pode ser consultado em nosso portal da transparência conforme segue: https://www.indsh.org.br/wp-ontent/uploads/2023/08/Regulamentos-Institucionais-para-compra-15.06.23.pdf

Política de Gestão de Compras

A política de aquisição de medicamentos para uma Unidade geralmente segue diretrizes estabelecidas pela instituição responsável pela gestão da saúde na região, que pode ser o governo municipal, estadual ou até mesmo federal, dependendo da estrutura organizacional do sistema de saúde.

Essa política pode incluir várias considerações, tais como:

1. **Lista de medicamentos essenciais:** Definir uma lista de medicamentos considerados essenciais para atender às necessidades da unidade, baseada em diretrizes nacionais ou internacionais de saúde.
2. **Processo de compra:** Estabelecer um processo transparente e eficiente para a aquisição de medicamentos, que pode incluir licitações públicas, parcerias com fornecedores autorizados e uso de atas de registro de preços.
3. **Controle de estoque:** Implementar sistemas de gestão de estoque para garantir que os medicamentos necessários estejam sempre disponíveis, evitando tanto a falta quanto o excesso de medicamentos.

Assinado por 1 pessoa: JOAO CARLOS OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

4. **Padrões de qualidade:** Garantir que os medicamentos adquiridos atendam aos padrões de qualidade e segurança estabelecidos pela legislação nacional de saúde.
5. **Preço e custo-efetividade:** Buscar opções que ofereçam o melhor custo-benefício para a unidade, levando em consideração tanto o preço dos medicamentos quanto sua eficácia clínica.
6. **Política de substituição:** Estabelecer diretrizes para a substituição de medicamentos por alternativas mais acessíveis ou igualmente eficazes, quando necessário.
7. **Monitoramento e avaliação:** Implementar mecanismos de monitoramento e avaliação para acompanhar o uso dos medicamentos, identificar possíveis problemas e fazer ajustes na política de aquisição, se necessário.

Essas são apenas algumas considerações que podem fazer parte da política de aquisição de medicamentos para a unidade. É importante que essa política seja flexível o suficiente para se adaptar às necessidades específicas da unidade e às mudanças no cenário de saúde.

Política para Aquisição de Medicamentos

A aquisição de medicamentos envolve uma série de políticas e procedimentos destinados a garantir o fornecimento adequado e oportuno de medicamentos para atender às necessidades dos pacientes. Aqui estão algumas políticas comuns relacionadas à aquisição de medicamentos:

1. **Formulário de Medicamentos**: A unidade geralmente mantém um formulário de medicamentos, que é uma lista dos medicamentos essenciais que estão disponíveis na unidade. Essa lista é baseada nas necessidades de atendimento dos pacientes e nas diretrizes clínicas estabelecidas.
2. **Política de Estoque e Reposição**: A unidade deve ter uma política clara para o controle de estoque e reposição de medicamentos. Isso inclui estabelecer níveis mínimos de estoque para cada medicamento, monitorar o estoque regularmente e fazer pedidos de reposição conforme necessário para evitar escassez.
3. **Processo de Aquisição**: A aquisição de medicamentos na unidade geralmente segue um processo formal que pode envolver a solicitação de cotações de fornecedores, avaliação das propostas recebidas, seleção do fornecedor mais adequado e formalização do pedido de compra.
4. **Padrões de Qualidade**: A unidade deve adquirir medicamentos apenas de fornecedores confiáveis e que atendam aos padrões de qualidade estabelecidos pelas autoridades reguladoras de saúde. Isso garante a segurança e eficácia dos medicamentos administrados aos pacientes.
5. **Monitoramento de Custos**: A unidade deve monitorar os custos relacionados à aquisição de medicamentos para garantir o uso eficiente dos recursos financeiros disponíveis. Isso pode incluir a negociação de preços com fornecedores, o monitoramento do consumo de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

medicamentos e a identificação de oportunidades para reduzir custos sem comprometer a qualidade do atendimento.

6. **Controle de Estoque e Armazenamento**: A unidade deve ter procedimentos para o controle adequado de estoque e armazenamento de medicamentos, incluindo o armazenamento em condições adequadas de temperatura e umidade para garantir a estabilidade dos medicamentos.

Essas são apenas algumas das políticas comuns relacionadas à aquisição de medicamentos. É importante que a unidade siga todas as regulamentações e diretrizes estabelecidas pelas autoridades de saúde locais e nacionais para garantir uma gestão eficaz e segura dos medicamentos.

Normas para Realização dos Procedimentos de Aquisição, Recebimento, Guarda e Distribuição na Unidade

O INDSH preconiza que qualquer contratação de serviços ou aquisição de bens sejam conforme seu **REGULAMENTO INSTITUCIONAL DE COMPRAS, CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS E AQUISIÇÃO DE BENS COM EMPREGO DE RECURSOS PROVENIENTES DO PODER PÚBLICO.**

Por ser uma Organização Social, não realiza compras através de licitação, e sim pelo seu regulamento interno, Termo de Referência para a contratação de Terceiros.
Utiliza a ferramenta de compra Bionexo, que consulta preços nacionalmente, e consegue cotações diversas, sendo a rentabilidade e economicidade garantida pelo volume de compras global feitas pelo INDSH mensalmente.
Descreveremos abaixo os procedimentos e rotinas do setor:

AQUISIÇÃO DE MATERIAS E MEDICAMENTOS

Quando forem compras programadas:

Receber Solicitação – Receber a Solicitação de Compra no sistema conferindo se os itens não fazem parte dos grupos atendidos pela central de Compras e se todas as especificações do(s) item(ns) solicitadas estão devidamente informadas, após esta análise liberar ao comprador responsável.

Fazer contato com Fornecedor(es) – Entrar em contato com Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando da necessidade da Unidade, solicitando o envio de uma proposta para fornecimento.

Receber proposta - Receber a proposta e orçamentos do Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Analisar propostas - Analisar as informações enviadas pelo Fornecedor, se o produto cotado está correto, se a quantidade solicitada está correta e compara se o preço informado é igual ao da última compra.

Emitir Ordem de Compra - Emitir Ordem de Compra com todas as informações acordadas com o Fornecedor, e anexar a esta todos os documentos relativos ao processo de compra: Solicitação de Compra, Orçamentos, e todo e qualquer outro documento que se relaciona ao processo.

Analisar e Aprovar as Ordens de Compra

1) Coordenador Compras;
2) Dir. Apoio;
3) Dir. Financeiro.

Confirmar a aquisição - Entrar em contato com Fornecedor informando os itens a serem adquiridos, dentro das condições acertadas nas cotações e orçamentos, identificando o número da Ordem de Compra a que se refere a aquisição, enviando uma cópia da OC para o Fornecedor.

Controlar Processo - Arquivar todo o processo de aquisição, junto com uma cópia da OC em arquivo no Setor de Compras.

Encaminhar ao Setor de Recebimento - Entregar no Setor de Recebimento a OC. e Ficha de Inspeção.

Verificar conclusão do processo de Compra - Receber, todo o dia pela manhã, encaminhado pelo responsável do setor de Recebimento, Ficha de Inspeção e as Ordens de Compra que estiverem com o prazo de entrega vencido, e entrar em contato com os Fornecedores para regularizar a situação.

Compras de consumo direto/estoque:

Receber Solicitação via Sistema - Receber a Solicitação de Compra, verificando se todas as especificações do(s) item(ns) solicitadas estão devidamente informadas.

Definir Prioridade da Solicitação e Liberar no Sistema ao Comprador Responsável pelo Grupo - Definir com o Comprador a prioridade de atendimento da Solicitação dentro da rotina diária dos pedidos.

Contatar Fornecedor(es) - Entrar em contato com fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando da necessidade da Unidade, (produto, marca, quantidade, preço, prazo de pagamento, e prazo de entrega) e solicitando o envio de uma proposta para fornecimento. Este contato será realizado nas seguintes condições:

Até R$200,00, não é necessária a formalização de nenhuma cotação de preços, sendo o comprador autorizado a fazer a aquisição de forma direta.

De R$200,01 até R$999,99 é necessário documentar através de uma cotação de preços, com no mínimo 3 fornecedores, para que o comprador efetue a aquisição.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

De R$1.000,00 em diante é necessário anexar ao processo de compras além da cotação de preços, os orçamentos enviados pelos fornecedores para documentar o processo.

Nos casos de urgência, devidamente documentados no documento de Solicitação de Compras, pelo responsável pela solicitação, o comprador estará dispensado de formalizar a compra através de cotação ou orçamentos.

Receber Propostas - Receber as propostas e orçamentos dos fornecedores, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, inserindo as informações no Mapa de Cotação.

Analisar Propostas - Analisar as informações enviadas pelos fornecedores, escolhendo a melhor proposta, levando em conta preço, prazo de entrega e prazo de pagamento.

Confirmar a Aquisição - Entrar em contato com Fornecedor informando os itens a serem adquiridos, dentro das condições acertadas nas cotações e orçamentos, identificando o número da Ordem de Compra a que se refere a aquisição.

Emitir a Ordem de Compra - Emitir Ordem de Compra com todas as informações acordadas com o Fornecedor, e anexar a este todos os documentos relativos ao processo de compra: Solicitação de Compra, Mapa de Cotação, Orçamentos, e todo e qualquer outro documento que se relaciona ao processo.

Aprovar Ordem de Compra – Analisar e aprovar a Ordem de Compra, o processo de compra e a sua documentação.

1) Coordenador de Compras;

2) Diretor de Apoio.

Encaminhar ao Setor de Recebimento (Farmácia e Almoxarifado) - Arquivar no Setor de Recebimento (Farmácia, SND, Eng.º Clínica e Hospitalar ou Almoxarifado) a Ordem de Compra, no arquivo de Ordem de Compras do Setor, arquivando as mesmas por data de recebimento.

Verificar conclusão do processo de Compra - Verificar, todo o dia pela manhã, a existência de Ordens de Compra que estiverem com o prazo de entrega vencido, e entrar em contato com os Fornecedores para regularizar a situação.

Compra de órteses, próteses e materiais

Solicitar novos materiais - Sempre quando há necessidade de novos materiais para procedimentos, o cirurgião deve entrar em contato com a coordenadora do Centro Cirúrgico, a mesma deverá fazer uma solicitação por escrito com a descrição dos materiais que serão usados no procedimento e entregar ao setor de Compras/Consignados para providencias junto a Central de Compras e Fornecedores.

Entrar em contato com a Central de Compras - Após receber a solicitação de compra autorizada pelo Diretor de Apoio, o Coordenador de Compras deverá entrar em contato com a Central de Compras, que irá negociar o menor preço (de preferência os que estão de acordo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

com a tabela SUS). Depois de fechada a negociação informará ao setor de compras da Unidade a empresa que irá fornecer os materiais, bem como prazo de entrega.

Realizar previsão de Material - De acordo com o aviso de cirurgias, verificar quantidade de material de acordo com cada procedimento. Caso não se tenha material suficiente para o procedimento contatar cirurgião responsável pelo procedimento e repassar ao mesmo o material disponível. Se não houver material suficiente, o cirurgião deverá informar se vai haver a cirurgia ou não

Conferir o material antes e após as cirurgias - Antes de o Cirurgião abrir a caixa, verificar na etiqueta preenchida pelo CME os materiais que foram entregues. Em caso de divergência entrar em contato com a Coordenação do setor e ao término do procedimento, conferir os materiais com base na descrição dos médicos.

Solicitar Reposição de OPM - Verificar no sistema de controle o estoque atual, colocar o que tem e o que falta em cada caixa, quando uma delas é usada, conferir tudo o que tem dentro e se basear de acordo com as informações contidas nessa pasta e, automaticamente o que está faltando nessa análise é o que foi usado no procedimento. Após conferir os materiais que faltam nas caixas, preencher por completo o pedido de acordo com a empresa fornecedora, pegar a assinatura e o carimbo do cirurgião responsável pelo procedimento que usou a OPM e logo em seguida enviá-lo por e-mail.

Receber Reposição de OPM - Após receber o material, conferir se realmente bate com a quantidade discriminada e se o valor de cada item está de acordo com a tabela SUS. Verificar se está identificado com o nome do paciente que usou o material e a data da cirurgia, número série, lote juntamente com o nome do médico e enviar para o CME.

Preparar processo de compra para pagamentos das Notas Fiscais - Fazer o processo da ordem de compra, com a discriminação dos materiais, bem como seus valores, nome do paciente, da empresa que irá fornecer, nº do pedido, data da cirurgia, e nome do médico que realizou o procedimento, além da assinatura do comprador do material, do coordenador de compra e do Diretor Financeiro, e por fim, enviar a 1ª via à contabilidade, e a 2ª via para o faturamento.

Compra de emergência de medicamentos e material médico

Receber Solicitação - Receber a Solicitação de Compra no Sistema verificando se todas as especificações do(s) item(s) solicitadas estão devidamente informadas, após esta análise liberar ao comprador responsável.

Fazer contato com Fornecedores local - Entrar em Contato com Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando a necessidade da Unidade.

Fazer contato com outra Unidade Hospitalar local (Parceiros) - Entrar em contato com o Diretor e/ou Responsável por suprimentos e/ou Farmácia de Unidades parceiras.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Efetuar a Compra e/ou empréstimo - Em caso de empréstimo este deverá ser solicitado através Documento de Empréstimo através sistema ou em caso de compras seguir o procedimento esse procedimento no item ¨COMPRAS PROGRAMADAS".

Nota: Quando realizado empréstimo atentar-se para a reposição do produto antes da virada do mês.

RECEBIMENTO E GUARDA

Recebimento de Itens solicitados via Unidade:

Receber Nota Fiscal e conferir com a Ordem de compra – O almoxarifado recebe a nota fiscal do fornecedor e confere com a ordem de compras encaminhado anteriormente pelo setor de compras devidamente autorizada e assinada. Nunca receber uma nota fiscal sem a ordem de compra. Qualquer divergência na ordem de compras entrar em contato com o setor de compras para que imediatamente sejam realizadas alterações.

Conferir o produto – O almoxarifado comunica o setor solicitante para realizar a conferência em conjunto, devendo ser observado: volumes entregues verificando o estado da embalagem dos produtos; setores solicitantes conferem os produtos quanto: espécie, quantidade, lote e validade. Após a conferência, assinar o canhoto da Nota Fiscal informando a data e o responsável pelo recebimento e concordando com a entrega. Carimba a Nota Fiscal com o carimbo de Recebimento, informando a data do recebimento, o nome do Colaborador responsável pelo recebimento da NF.

Verificar divergências - Verificar a existência de divergência entre a Ordem de Compra/Pedido de Compra e a Nota Fiscal.

Verificar na NF valor inferior ou superior ao constante na Ordem de Compra/Pedido de Compra - Verificar a existência de divergência de valor na NF em relação a OC/PC. Verificar se a quantidade de produtos constantes na NF e na OC/PC está correta. Sendo as quantidades constantes da NF inferior ao da OC/PC, anotar quais os itens e/ou quantidades estão divergentes/faltantes na própria OC/PC, tirar cópia da OC/PC, manter esta cópia com os itens faltantes no arquivo de Ordem de Compra do setor, aguardando a entrega posterior dos itens faltantes. Comunicar esta situação ao Setor de Compras.

Classificar os itens da Nota Fiscal - Carimbar com o carimbo de classificação Contábil, no verso da Nota Fiscal, e classificar conforme os grupos contábeis, os valores dos itens constantes na NF.

Registrar e emitir documentos – O auxiliar administrativo realiza a entrada e emite: relatório de entrada do produto, relatório contábil de entrada de produto e quando necessário o relatório

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

de pendências. Em caso de Nota fiscal de medicamentos da Portaria 344/98 uma cópia deve ser entregue para a farmacêutica para ser arquivada.

Enviar o processo a contabilidade – O auxiliar administrativo do almoxarifado encaminha o processo completo (NF e OC) para a contabilidade, protocolando a entrega. No caso de produtos do setor de almoxarifado serão conferidos e permanecerão na área de recebimento até a realização da entrada e liberação para armazenamento.

Arquivar 2ª via NF - Arquivar por mês a 2ª via da NF em arquivo próprio.

Preencher Formulário de Inspeção de Recebimento - Preencher o Formulário de Inspeção de Recebimento, informando as divergências e não conformidades que ocorreram no processo.

Armazenar (exceto para itens da farmácia e nutrição) – Após a liberação do auxiliar administrativo, os materiais e medicamentos do setor de farmácia deverá ser encaminhado para a farmácia e os produtos de nutrição deverão ser enviados para a nutricionista, para todos os demais produtos ao armazenar seguir o armazenamento utilizando a data de vencimento para a organização das prateleiras de forma a facilitar a dispensação.

DISTRIBUIÇÃO

Receber Requisição – Receber a requisição de materiais. As requisições serão recebidas diariamente de acordo com cronograma entregue aos setores. Serão recebidas via sistema até às 10:30h e atendidas no mesmo dia. Solicitações feitas após esse horário serão entregues no dia seguinte.

Separar os itens para entregar aos Setores - Separar os itens a serem entregues, conforme a solicitação feita pelos setores da Unidade.

Lançar baixa de Requisição de Material no Sistema Informatizado - Registrar no Sistema Informatizado, a saída/consumo dos itens solicitados pelos setores e entregues pelo Almoxarifado.

Entregar produtos nos Setores - Entregar nos Setores os produtos solicitados no Almoxarifado, acompanhados por uma cópia da Requisição de Materiais para conferência no setor solicitante.

Receber e conferir entrega dos produtos - Receber e conferir, com base na cópia da solicitação os produtos entregues no setor e assinar o recebimento.

Manual Do Fornecedor

Introdução

Este manual visa informar os Fornecedores e Clientes, dados relevantes e fundamentais para o bom andamento do processo de aquisição trabalhado na instituição, bem como os critérios

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

adotados para avaliar e monitorar a desempenho de fornecedores de suprimentos em geral e serviços, além da análise e demais providência quando do resultado das avaliações realizadas.

Objetivo

Garantir a qualidade de fornecimento, atendendo as melhores práticas do mercado;
Capacitar os fornecedores para atender aos requisitos exigidos pela Instituição;
Selecionar e manter no quadro de fornecimentos as melhores empresas do mercado;
Buscar atender os requisitos da ONA – Organização Nacional de Acreditação, bem como o Sistema de Gestão da Qualidade da Instituição.

Considerações Gerais

O comprador encaminhará ao fornecedor, via e-mail e através do Portal de Compras, solicitação para cotação de preços.
O fornecedor deverá analisar a solicitação de compra e elaborar proposta comercial contemplando as informações descritas abaixo, tendo em vista que sua avaliação de desempenho será realizada com base nos dados informados na referida proposta.

Dados necessários:
Especificação do produto e/ou serviço;
Quantidade;
Preços unitários e preço total;
Marca do produto oferecido;
Unidade de compra;
Prazo para entrega;
Prazo para pagamento;
Validade da proposta.
Campo de observação, quando da necessidade de esclarecer dúvidas, ou quaisquer informações que julgarem necessárias;
A proposta poderá ser encaminhada, por e-mail e através do portal de compras ao setor de Suprimentos.

Observações:

É importante observar a data e hora solicitada pelo Comprador para que o retorno da proposta de fornecimento, não atrapalhe o bom andamento do processo, respeitando um prazo máximo de resposta de 48 horas.
Após autorização do processo de aquisição, o Setor de Suprimentos encaminhará ao fornecedor a Ordem de Compra para o fornecimento do produto e/ou serviço.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

No ato da entrega do produto e/ou serviço, o fornecedor deverá apresentar a Nota Fiscal contendo os dados relacionados abaixo:
Especificação do produto/serviço;
Quantidade;
Preços unitário e total;
Marca do produto entregue, lote e validade;
Dados bancários para recebimento;
Documentos comprobatórios quanto à isenção de recolhimento de taxas de impostos.
A Instituição trabalha com as formas de pagamento: Boletos bancários, duplicatas e recibos.
Quanto aos impostos retidos na fonte pagadora seguirão as normas previstas e vigentes na legislação tributária.
A Instituição segue critérios para aquisição de seus produtos e/ou serviços, conforme estabelecido pela Comissão de Compras, a fim de garantir que os produtos e/ou serviços adquiridos estejam em conformidade com os requisitos especificados, objetivando a prestação de serviço com qualidade aos seus clientes.
A avaliação de Desempenho do Fornecedor é feita com base em padrões de qualidade, através de requisitos estabelecidos junto aos fornecedores de suprimentos em geral e/ou serviços que impactam na qualidade do produto final da empresa e, é realizada a todos aqueles que efetuam entrega de produtos e prestam serviço na Instituição.
Quando do recebimento do produto no almoxarifado ou na dispensa, o almoxarife realizará a avaliação através da Ficha de Avaliação e, no caso de prestação de serviço, o próprio requisitante ou responsável designado para acompanhamento da execução dos serviços, efetuará a avaliação.

Os critérios adotados para Avaliação de Desempenho do Fornecedor são:
Pontualidade
Qualidade
Atendimento
A cada entrega realizada por parte do fornecedor será atribuído pontos conforme critérios estabelecidos, registrando na Ficha de Avaliação de Desempenho do Fornecedor.

Pontualidade
Entrega ou atendimento no prazo – 20 pontos
Atraso até 03 (três) dias -14 pontos
Atraso de 04 (quatro) dias até 07 (sete) dias - 07 pontos
Atraso acima de 07 (sete) dias – 0 pontos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Qualidade

Produto sem avarias/serviço atendido plenamente - 25 pontos

Produto com avaria aceito/serviço atendido parcialmente - 13 pontos

Produto com avaria não aceito/serviço não aceito - 0 pontos

Atendimento Do Produto Ou Serviço

Conforme especificação - 20 pontos

Especificação diversa da cotada – aceita - 10 pontos

Especificação diversa da cotada – não aceita - 0 pontos

O fornecedor será classificado como BOM, REGULAR ou RUIM, conforme pontuação atribuída durante a avaliação de seu desempenho.

Qualificação	Faixa De Pontuação
Bom	46 a 65
Regular	26 a 45
Ruim	0 a 25

Modelos Da Descrição Dos Procedimentos Operacionais Padrão da Farmácia

Atividade: Conferência da Prescrição Nova com a Anterior
Executante: Auxiliar de Farmácia e Farmacêutico
Principais Ações: • Após realização da prescrição a Enfermagem abrirá os horários e levará até a farmácia a 2º via da prescrição; • Os auxiliares de Farmácia recebem esta nova prescrição e conferem com a prescrição antiga; • Nesta conferência é observado: legibilidade, acréscimo ou retirada de medicações, horários, posologia e nº do prontuário.
Ações Corretivas: • Se a prescrição estiver ilegível entrar em contato com Enfermagem para que seja verificado com o Médico. • Se a prescrição apresentar divergência de horário, posologia entrar em contato com Enfermagem para esclarecimento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Principais Ações: • As etiquetas são conferidas com as prescrições, observando com atenção os dados da etiqueta. • Após conferência é feito a checagem na prescrição e etiqueta. • As etiquetas conferidas são separadas por setor e horário e colocadas dentro dos bins.
Ações Corretivas: • Qualquer divergência da etiqueta com prescrição encaminhar etiqueta para o setor de digitação fazer correção.
Atividade: • Seleção dos Medicamentos nas Prateleiras
Executante: • Auxiliar de Farmácia
Principais Ações: • O auxiliar faz a seleção dos medicamentos de acordo com etiquetas contida no bim. • Os medicamentos estão dispostos nas prateleiras em ordem alfabética (Princípio Ativo) e separados por: injetáveis, comprimidos, líquidos, pomadas e medicamento de controle especial. • Os medicamentos selecionados dentro dos bins são enviados a sala de higienização.
Ações Corretivas: • Se houver falta de medicamento no bim deve comunicar o responsável pela reposição. • Se houver armazenamento trocado de medicamento no bim deve comunicar o Farmacêutico.

Digitação das Prescrições
Executante: Todos
Principais Ações: • Após realizada a conferência da prescrição esta é encaminhada para setor de digitação. • As prescrições são digitadas no sistema eletrônico da UNIDADE. • Neste processo são geradas etiquetas de identificação do paciente com nome dos medicamentos, setor, dosagem e horário que o paciente irá receber a medicação. • As impressões das etiquetas são por horário determinado; sendo: Turma manhã – 12h, 14h e 16h Turma tarde – 18h, 20h, 22h, 24h, 02h, 04h, 06h, 08h e 10h • Após impressa são encaminhadas para auxiliar de farmácia.
Ações Corretivas: • Se a impressão não estiver legível providenciar troca do cartucho. • Se a impressora apresentar outros problemas comunicar TI. • Quando após digitada tiver qualquer alteração na prescrição, a mesma volta para digitação para correção.
Atividade: Conferência da Prescrição com etiqueta
Executante: Auxiliar de Farmácia

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Principais Ações: • As etiquetas são conferidas com as prescrições, observando com atenção os dados da etiqueta. • Após conferência é feito a checagem na prescrição e etiqueta. • As etiquetas conferidas são separadas por setor e horário e colocadas dentro dos bins.
Ações Corretivas: • Qualquer divergência da etiqueta com prescrição encaminhar etiqueta para o setor de digitação fazer correção.
Atividade: Seleção dos Medicamentos nas Prateleiras
Executante: Auxiliar de Farmácia
Principais Ações: • O auxiliar faz a seleção dos medicamentos de acordo com etiquetas contida no bim. • Os medicamentos estão dispostos nas prateleiras em ordem alfabética (Princípio Ativo) e separados por: injetáveis, comprimidos, líquidos, pomadas e medicamento de controle especial. • Os medicamentos selecionados dentro dos bins são enviados a sala de higienização.
Ações Corretivas: • Se houver falta de medicamento no bim deve comunicar o responsável pela reposição. • Se houver armazenamento trocado de medicamento no bim deve comunicar o Farmacêutico.

Atividade: Envio de Medicamentos para Sala de Higienização
Executante: Auxiliar de Farmácia
Principais Ações: • O auxiliar de Farmácia faz a limpeza dos medicamentos com álcool 70° e compressa de gaze; • Após limpeza os mesmos são enviados para sala de diluição, não podendo permanecer na sala de higienização.
Ações Corretivas: • Se houver troca ou cancelamento de medicamento e este já estiver higienizado, o auxiliar de farmácia comunica o auxiliar da diluição para fazer o cancelamento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Atividade: Diluição de Medicamentos Estéreis
Executante: Auxiliar de Farmácia
Principais Ações: • O auxiliar de farmácia confere a medicação com a etiqueta e vista a mesma. • Aspira à medicação e faz seu preparo de acordo com a etiqueta e manual de Diluição de Medicamentos Injetáveis. • Identifica a medicação com a etiqueta. • Acondiciona todas as medicações de determinado paciente dentro de saco plástico; coloca no bim da unidade e envia para setor de conferência.
Ações Corretivas: • Se houver dúvida consultar o farmacêutico.

Atividade: Diluição de Medicamentos Estéreis
Executante: Auxiliar de Farmácia
Principais Ações: • O auxiliar de farmácia confere a medicação com a etiqueta e vista a mesma. • Prepara a medicação de acordo com etiqueta. • Comprimido – se necessário fazer partição e diluição. • Identifica a medicação com a etiqueta. • Acondiciona todas as medicações de determinado paciente dentro de saco plástico; coloca no bim da unidade e envia para setor de conferência.
Ações Corretivas: • Medicamento de uso oral independente da dose somente deve ser enviado em dosador oral ou copo. Nunca enviar em seringa. • Se houver dúvida consultar o farmacêutico.

Atividade: Conferência dos Medicamentos Diluídos
Executante: Auxiliar de Farmácia
Principais Ações: • O auxiliar de farmácia da confere as medicações diluídas de sua clínica com as prescrições. • Nesta conferência deve-se observar se o nome do paciente, leito, medicamento, dosagem, via e horário estão de acordo com o que foi prescrito.
Ações Corretivas: • Se houver dúvida consultar o farmacêutico.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Atividade: Envio dos medicamentos para as Unidades
Executante: Auxiliar de Farmácia
Principais Ações: • O auxiliar de farmácia antes de levar as medicações para a unidade anota em um livro de registro o horário que está sendo entregue, e assina; lembrando que a entrega deve ser de 15 minutos antes do horário da etiqueta. • Ao chegar às unidades o responsável pela enfermagem recebe as medicações e assina o registro de recebimento. • Os medicamentos são colocados em bandejas específicas. • O auxiliar de farmácia retorna à Farmácia com os bins, que devem ser limpos com álcool a 70º para voltarem ao uso. **OBS**: Livro de Registro tem a finalidade apenas de registrar o horário de entrega das medicações.
Ações Corretivas: • Se houver dúvida consultar o farmacêutico.

Segue abaixo alguns modelos de organização dos formulários a serem utilizados na farmácia da UNIDADE:

Solicitação De Medicamentos Não Padronizados

Uso do médico

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: _____Peso: _____
Medicamento solicitado (nome genérico/comercial): _____
Forma farmacêutica:_____Dosagem:_____
Posologia diária
Justificativa (incluir o motivo da escolha do medicamento e da preferência em relação a outros medicamentos já padronizados):

_____/_____/_____
Médico solicitante Data

Uso da Farmácia/Setor de compras
Existe medicamento padronizado com atividade terapêutica equivalente? Qual?
_____

Qual o custo desse medicamento?
_____

Quantidade a ser adquirida? _____ Fornecedores: _____

Observações:
_____
_____

_____/_____/_____
Farmacêutica Coordenador adm. Data

Uso da diretoria Aprovado? Sim (_____) Não (_____)

_____ _____/_____/_____
Diretor Executivo Data

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Solicitação De Inclusão/Exclusão De Itens Da Padronização

Inclusão (_____) Exclusão (_____)

Uso do médico
Nome genérico:
_____

Nome comercial: _____-
_____

Forma farmacêutica: _____Concentração: _____ Via de adm.: _____

Justificativa de
inclusão/exclusão_____

Há equivalente similar ou da mesma classe terapêutica padronizado? Quais?

Justificar a superioridade terapêutica do item solicitado em relação à estes (somente para
inclusão)._____

Atualmente como é realizado o tratamento/procedimento sem o medicamento solicitado?
_____

Este medicamento substituirá outro padronizado? Não (___) .Sim (___) Qual?

A falta do medicamento solicitado impede a realização do tratamento/procedimento?
Sim (____) . Não (___)

O medicamento é utilizado em emergências? Sim (___). Não (___)

O medicamento é requerido por algum protocolo clínico adotado na instituição?
Sim (___) .Não (___) Qual?
_____

Referências bibliográficas?
_____

Médico/Assinatura: _____

CRM/Carimbo:

Data: ___/___/____

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Solicitação De Inclusão/Exclusão De Itens Da Padronização

Parecer da Farmácia:

_____

_____ _____/_____/_____
Farmacêutica Data

Uso do Diretor
Aprovado: Sim (___) Não (___)

_____ _____/_____/_____
Diretor Data

NÃO CONFORMIDADES

Data: ___/___/_____ Setor: _____ POP relacionado: _____

Responsável pela verificação da não conformidade: _____

Não conformidade (s) observada (s):

_____

Não conformidade informada à: _____

Medidas adotadas para solucionar a não conformidade: _____

Data da solução: ___/___/____. Responsável: _____

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Qualificação De Fornecedores

Data:	**Fornecedor:**		
CNPJ:			
Fone:			
Transportadora:			
AVALIAÇÃO DO TRANSPORTE		SIM	NÃO
1	Os entregadores utilizam uniformes adequados para o ambiente hospitalar?		
2	As caixas estão amassadas, molhadas, rasgadas?		
3	Existe algum tipo de violação na embalagem do (s) produto (s)?		
4	O material está sendo entregue em transporte adequado?		
5	A transportadora está respeitado o horário de entrega do Setor?		
6	Termo lábeis estão em térmicas com controle de temperatura entre 2 e 8ºC?		
7	Total de itens em não conformidade		
	AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENTREGA	SIM	NÃO
1	O numero da O.C está especificado na Nota Fiscal?		
2	O valor da Nota Fiscal coincide com o valor estipulado na O.C?		
3	Os lotes dos produtos coincidem com o da Nota Fiscal?		
4	Os produtos apresentam data de validade superior a 80% do prazo estipulado ou, no mínimo, superior a um ano?		
5	Os produtos foram entregues dentro do prazo estipulado?		
6	Total de itens em não conformidade		
Observações			
Nome do avaliador			

Controle De Temperatura

Ambiente Alm. (___) Ambiente Far. (___) Geladeira 1 (___) Geladeira 2 (___)Mês/Ano: ____/____

	Manhã					Tarde				
Dia	Max. ºC	Min.ºC	Atual ºC	Hora	Resp.	Max. ºC	Min. ºC	Atual ºC	Hora	Resp.
01										

Controle De Umidade

Ambiente Alm.(___) Ambiente Far. (___)
Mês/Ano: ____/____

	Manhã					Tarde				
Dia	Max.	Min.	Atual	Hora	Resp.	Max.	Min.	Atual	Hora	Resp.
01										
02										

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Padronização de Carros de Emergência

1ª Gaveta: Medicamentos

Medicamento	Qtde	Nível	Conferência
Ácido Acetilsalicílico 100mg	5	1	
Adenosina ampola	5	1	
Água destilada ampola	20	1	
Aminofilina	5	2	
Amiodarona ampola	5	1	
Atropina ampola	10	1	
Bicarbonato de Sódio 8,4%ampola	5	1	
Captopril 25mg comprimido	5	2	
Cloreto de Potássio 19,1% ampola	5	1	

2ª Gaveta: Material Para Vias Aéreas

Material	Qtde	Nível	Conferência
TOT-Nº2,0-2,5-3,0-3,5-4,0-4,5-5,0-5,5-6,0-6,5-7,0-7,5-8,0-8,5-9,0	02	1	
Máscara de venturi 50% adulto e infantil	01 cd	1	
Cânula de guedel adulto e infantil	02 cd	1	
Fio guia p/ TOT infantil e adulto	02 cd	1	
Cânula de Traqueostomia	01 cd	1	
Sonda de aspiração traqueal c/ válvula nº 08,10,12,16,18,20.	02 cd	1	
Cadarço p/ fixação TOT	1 rolo	1	
Máscara de inalação adulto e infantil	01	1	
Pilhas p/ Laringoscópio tam. Grande e Peq.	06 cd	1	

Ficha de Controle de Abertura do Carro de Emergência

Data/hora	Nº selo Rompido	Motivo abertura	Intervenção	Observações	Assinatura/ carimbo Enfermeiro
____/____ ___:___	Nº selo colocado	Emergência Auditoria mensal Outros	Reposição Checklist Validade		

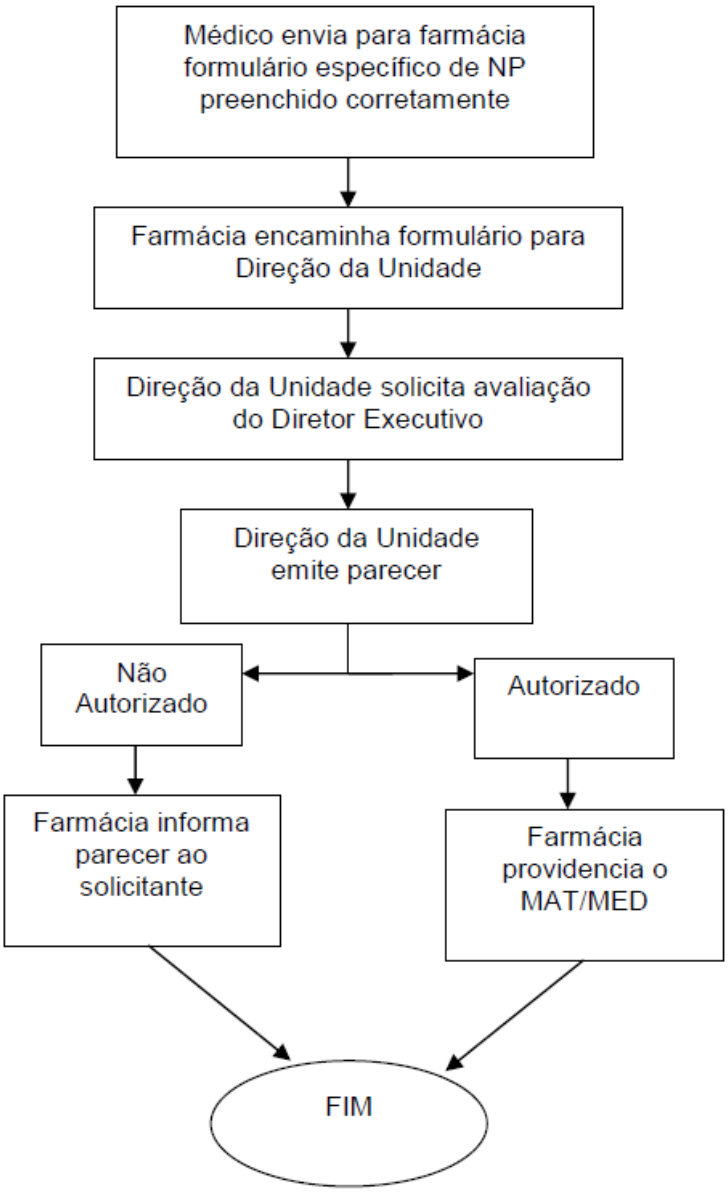
Protocolo De Recebimento De Lacres

Data/Hora	Local	Lacre Anterior	Lacre Novo	Entregue Por:	Enfermeiro Responsável
___/___ ___:___	Sala de Emergência Observação Medicação				

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

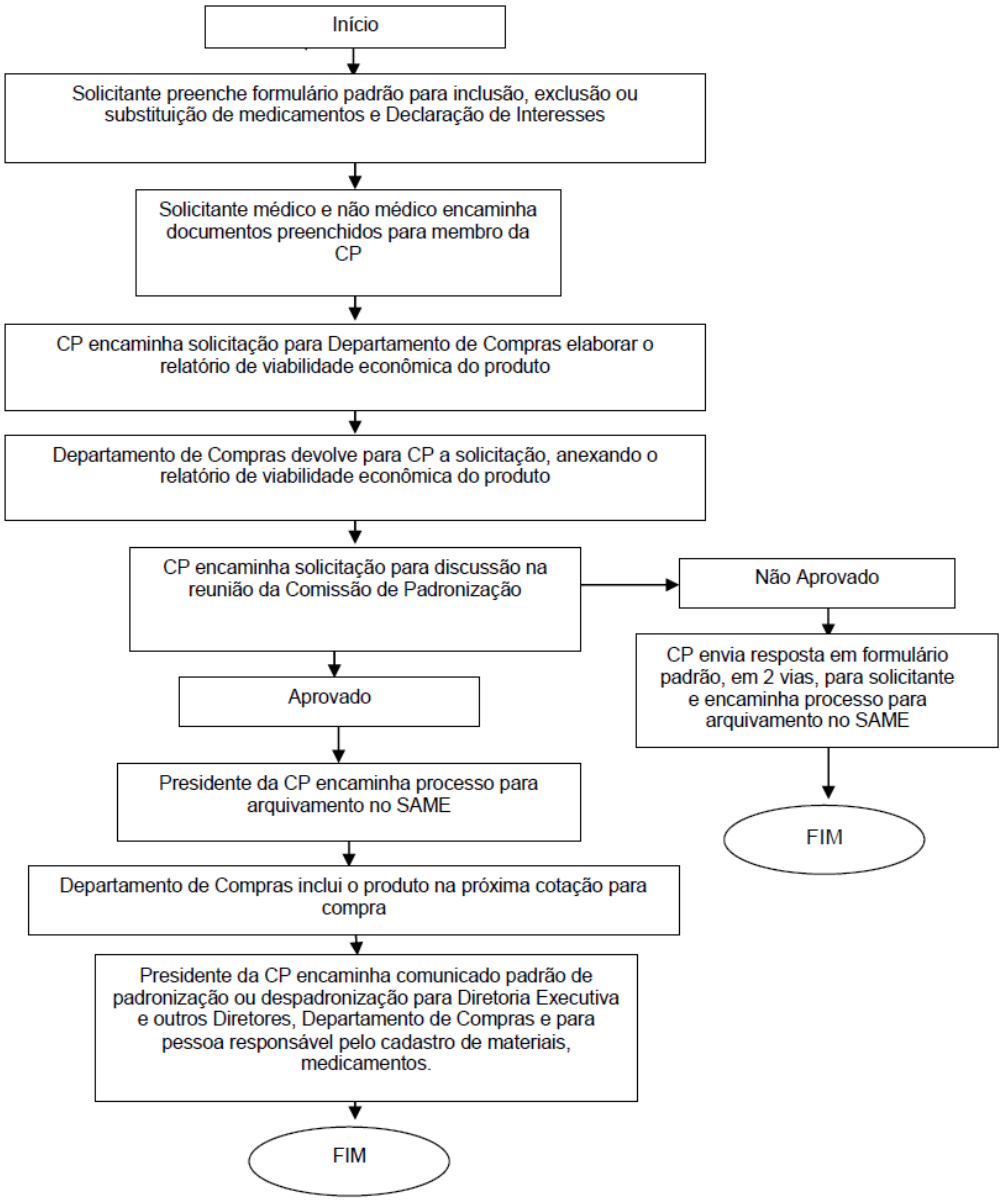
INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

FLUXOGRAMA: LIBERAÇÃO DE MAT/MED ALTO CUSTO E/OU NÃO PADRÃO



Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS



Instrução/Manual de Gestão de Patrimônio

Patrimônio

Rotina Do Setor De Patrimônio

Realizar ao menos duas vezes ao ano a conferência do ativo fixo imobilizado locado na instituição, emitindo-se e encadernando-os para apresentação à diretoria;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Solicitar a cada responsável pelo controle de patrimônio das dependências a realização da verificação do ativo fixo locado, para elaboração e emissão dos relatórios pertinentes e envio à sede administrativa para as devidas providências;

Coordenar na sede administrativa toda e qualquer entrada, transferência e descarte de qualquer bem imobilizado;

Conferência, controle e manutenção dos dados registrados no sistema controle de patrimônio enviado pelas dependências;

Receber, verificar e encadernar os relatórios recebidos das dependências para apresentação a diretoria de administração, ao contador geral e a auditoria externa;

Na abertura de uma nova dependência, levantar todo o imobilizado, elaborar os relatórios, escritos e fotográficos em 3 (três) vias e protocolar junto ao órgão competente;

Manter contato com os responsáveis pelo setor de patrimônio nas dependências, a fim de dar suporte em casos necessários, sendo que, em alguns casos manter visitas técnicas periódicas.

Jardinagem e conservação da área externa

A jardinagem e conservação da área externa da UPA é fundamental tanto para a estética quanto para o bem-estar dos pacientes, profissionais de saúde e visitantes. A manutenção de um espaço agradável e bem cuidado pode ajudar a criar um ambiente mais acolhedor e proporcionar uma sensação de tranquilidade e recuperação.

Objetivos

A manutenção da jardinagem e conservação deve considerar aspectos como:

- **Aparência estética**: Manter o espaço bonito e agradável para todos os usuários.
- **Saúde e segurança**: Evitar que plantas, árvores ou estruturas causem risco aos usuários e trabalhadores da UPA.
- **Sustentabilidade**: Incorporar práticas que favoreçam a conservação ambiental e a economia de recursos (como água e energia).
- **Funcionalidade**: Garantir que o espaço seja prático e útil para todas as atividades previstas no local, como espera ou convivência.

Criação do Cronograma de Manutenção

Será estabelecido um **cronograma de manutenção** regular para que as atividades sejam realizadas de forma contínua e eficiente. Abaixo, uma sugestão de atividades distribuídas ao longo do ano:

Manutenção Semanal

- **Limpeza geral**: Retirada de folhas secas, lixo e detritos das áreas externas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- **Revisão de irrigação**: Checagem dos sistemas de irrigação para garantir que as plantas estão recebendo a quantidade necessária de água, sem desperdícios.
- **Verificação de pragas**: Inspeção de plantas para detectar sinais de pragas e doenças.
- **Poda de plantas pequenas**: Realizar a poda de arbustos e plantas pequenas para garantir boa formação e aparência.
- **Reparo de caminhos e calçadas**: Inspecionar e reparar eventuais rachaduras ou buracos nas calçadas, garantindo a segurança e acessibilidade.

Manutenção Mensal

- **Poda de árvores e arbustos**: Realizar a poda de árvores de maior porte e arbustos para evitar que ocupem espaços indesejados ou ofereçam riscos de queda de galhos.
- **Verificação da iluminação externa**: Testar e substituir lâmpadas queimadas, garantindo que a área externa seja bem iluminada.
- **Controle de pragas e doenças**: Aplicar tratamentos preventivos de controle de pragas e doenças, se necessário, priorizando soluções ecológicas e menos agressivas ao meio ambiente.
- **Replantio e troca de plantas danificadas**: Substituir plantas que não estão se desenvolvendo bem ou que foram danificadas por pragas ou condições climáticas adversas.
- **Verificação de acessibilidade**: Inspecionar se os acessos estão livres de obstáculos e em condições adequadas para cadeirantes e pessoas com mobilidade reduzida.

Manutenção Trimestral

- **Avaliação geral do estado do jardim**: Revisar as condições gerais das plantas, do solo, da irrigação e da infraestrutura, para determinar se há necessidade de ações mais amplas.
- **Controle de infestação de plantas daninhas**: Realizar o controle de ervas daninhas que podem comprometer o crescimento das plantas desejáveis.
- **Revisão da drenagem**: Verificar a eficiência do sistema de drenagem para evitar acúmulo de água ou alagamentos durante as chuvas.
- **Substituição de materiais e objetos**: Se necessário, substituir bancos, lixeiras e outros itens de mobiliário urbano que estejam danificados ou obsoletos.

Manutenção Anual

- **Revitalização do solo**: Reposicionar a camada de terra, adubação e compostagem para melhorar a qualidade do solo e promover o crescimento saudável das plantas.
- **Poda drástica de árvores**: Se necessário, fazer uma poda mais intensa de árvores que possam estar comprometendo a segurança ou a estética do local.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Avaliação de sistemas de irrigação e iluminação**: Checar se os sistemas estão obsoletos e, se necessário, realizar a substituição ou implementação de novos sistemas mais eficientes.
- **Planejamento de novos projetos**: Avaliar a possibilidade de novos plantios ou de criação de novos espaços verdes, como hortas comunitárias, jardins terapêuticos, ou novos pontos de convivência.

Orçamento e Recursos

É fundamental calcular um **orçamento** para a manutenção anual da jardinagem, incluindo custos com **Mão de obra, Materiais**, **Infraestrutura** e **Custos ambientais**.

Infraestrutura e Acessibilidade

- **Caminhos e acessos**: Garantir que os caminhos sejam bem definidos e acessíveis, especialmente para cadeirantes ou pessoas com mobilidade reduzida. Calçadas amplas e sem obstáculos, com pisos antiderrapantes, são fundamentais.
- **Iluminação externa**: Instalar iluminação adequada, além de proporcionar segurança à noite, pode valorizar o espaço, tornando-o agradável mesmo após o horário de funcionamento da UPA.
- **Águas pluviais e irrigação**: Utilizar um sistema de drenagem eficiente para evitar alagamentos durante as chuvas e garantir uma irrigação adequada para o jardim sem desperdícios de água.

Manter um espaço externo bem cuidado na UPA não só contribui para a estética e funcionalidade do local, mas também oferece benefícios significativos para a saúde física e mental dos usuários. Além disso, práticas sustentáveis e de conscientização ambiental ajudam a promover uma gestão eficiente dos recursos e uma relação harmoniosa com a comunidade.

1.5 Gerenciamento de Risco

O Gerenciamento dos Riscos na Unidade, será acompanhado por um grupo de profissionais específicos, que fará parte da Comissão Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente.

Esta Comissão tem por objetivo desenvolver a cultura interna de Gerenciamento de Riscos, focada na Segurança da Assistência prestada e tendo como base a cumprimento da RDC 36 de 25 de julho de 2013. Para tanto estabelece Diretrizes e Sistemática de Monitoramento dos Riscos identificados a fim de preveni-los, reduzi-los e controlá-los a um nível aceitável.

Conceitos básicos

- **Cultura da segurança:** conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

- **Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- **Evento adverso:** incidente que resulta em danos à saúde;
- **Garantia da qualidade:** totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;
- **Gestão de risco:** aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;
- **Incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;
- **Plano de segurança do paciente em serviços de saúde:** documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;
- **Segurança do paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;
- **Serviço de saúde:** estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer.

Membros

A Comissão Núcleo de Segurança do Paciente será composta por membros indicados pela Diretoria Executiva da Unidade, com representatividade de no mínimo: médico, enfermagem, qualidade, farmácia, segurança do trabalho, serviço social, SAME, Faturamento e outras áreas que forem necessárias.

Plano de Segurança do Paciente (PSP)

Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pela Unidade de Saúde para:

- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos na Unidade;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Implantação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde:
  a) Identificação do paciente;
  b) Higiene das mãos;
  c) Segurança cirúrgica – mesmo nos pequenos procedimentos;
  d) Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
  e) Segurança no uso de equipamentos e materiais;
  f) Prevenção de quedas dos pacientes;
  g) Prevenção de úlceras por pressão;
  h) Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Colaborar para a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

Vigilância, Monitoramento e Notificação de Eventos Adversos

- O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado conforme diretrizes do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP;
- A notificação dos eventos adversos deve ser realizada mensalmente até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA;
- Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Monitoramento de Indicadores e ações preventivas

Serão eleitos indicadores de monitoramento de processos, de infraestrutura e de resultado, formando um sistema de indicadores corporativo que represente da melhor forma a necessidade da média e alta liderança controlar seus processos de trabalho.

No monitoramento dos indicadores da Unidade serão consideradas as Metas Quantitativas e Qualitativas, da seguinte forma:

Metas Quantitativas: A avaliação da Unidade quanto ao alcance de metas quantitativas com base na produção mensal de atendimentos médicos, que deverá situar-se em torno de 450 atendimentos médicos/dia, conforme o Porte III da UPA 24 h, com tolerância de 20% abaixo ou

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

acima da mádia. (ANEXO I – Termo de Referência do Edital de Seleção nº 001/SS/2016 – INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS).

Metas Qualitativas: Os indicadores de Desempenho serão avaliados mensalmente de forma dicotômica (cumpriu a meta / não cumpriu a meta) e pontuados conforme quadro de indicadores citados no ANEXO I - Termo de Referência do Edital de Seleção nº 001/SS/2016 - INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS.

Indicadores de Desempenho

Nº	Indicador	Meta	Cálculo	Pontos/Mês
1	**Taxa de Satisfação dos Usuários**	≥ 80%	(Número de usuários satisfeitos / Total de usuários) × 100	10
2	**Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento**	100%	(Total de prontuários corretamente finalizados / Total de atendimentos) × 100	9
3	**Tempo máximo de atendimento do usuário classificado como Risco Vermelho**	≤ 5 minutos (100% dos usuários)	(Tempo de espera em minutos, considerando 100% dos usuários de risco vermelho atendidos em até 5 minutos)	9
4	**Taxa de transferência de usuários**	≤ 1%	(Total de usuários transferidos / Total de atendimentos) × 100	10
5	**Taxa de Revisão de Prontuários pela Comissão de Óbito**	100%	(Total de prontuários revisados pela Comissão de Óbito / Total de óbitos) × 100	6
6	**Taxa de Revisão de Prontuários pela CCIH**	100%	(Total de prontuários revisados pela CCIH / Total de usuários com infecção hospitalar) × 100	6
7	**Taxa de Revisão de Prontuários das salas amarela e vermelha**	≥ 90%	(Total de prontuários das salas amarela e vermelha revisados / Total de prontuários dessas salas) × 100	6

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Nº	Indicador	Meta	Cálculo	Pontos/Mês
8	**Taxa de usuários adultos classificados quanto ao risco, por enfermeiro**	≥ 70%	(Total de usuários classificados quanto ao risco por enfermeiro / Total de usuários registrados) × 100	9
9	**Tempo médio de espera do usuário classificado como Risco Verde (do acolhimento ao atendimento médico)**	≥ 80% (usuários classificados neste risco)	(Tempo médio entre o acolhimento e o atendimento médico dos usuários classificados como Risco Verde) × 100	9
10	**Tempo médio de espera do usuário classificado como Risco Azul (do acolhimento ao atendimento médico)**	≥ 80% (usuários classificados neste risco)	(Tempo médio entre o acolhimento e o atendimento médico dos usuários classificados como Risco Azul) × 100	9
11	**Tempo máximo de espera para usuários classificados como Risco Amarelo (do acolhimento ao atendimento médico)**	≥ 90% (usuários classificados neste risco)	(Total de usuários classificados como Risco Amarelo atendidos em ≤ 30 minutos / Total de usuários classificados como Risco Amarelo) × 100	9
12	**Taxa de profissionais médicos cadastrados no CNES**	100%	(Total de profissionais médicos cadastrados no CNES / Total de médicos contratados) × 100	8

Cada indicador terá uma ficha própria conforme segue:

Ficha Técnica do Indicador

Campo	Descrição
Processo	Processos delimitados em acordo com o Manual da ONA.
Nome do Indicador	Nome atribuído ao indicador.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Campo	Descrição
Objetivo	Define a importância que aquele indicador apresenta para o processo definido.
Dados que Compõem o Indicador	**Fórmula**: Apresenta a equação matemática com a qual o indicador será calculado. **Definição**: Explica a fórmula utilizada de forma clara para facilitar o entendimento. Os componentes da fórmula devem ser explicados separadamente. **Gaps de Dados**: Identificar possíveis falhas de dados que não devem ser consideradas para a elaboração do indicador.
Fonte de Dados	Local onde os dados serão coletados, como livros, relatórios informatizados, tabelas de dados, etc.
Meta	A unidade de saúde deve revisar seu sistema de gestão e definir as metas para os indicadores de processo. Caso esteja na fase inicial de implantação, deve-se comparar com unidades semelhantes e, a partir dessa análise, estipular sua meta.
Período	Tempo de análise do indicador, considerando o tempo estipulado pela unidade para atingir a meta.
Frequência	Período de tempo entre uma medição e outra.
Unidade de Medida	Unidade utilizada como padrão para o indicador.
Direção	Indicar se a melhor direção do indicador é diretamente ou inversamente proporcional ao resultado esperado.
Referencial Externo	A unidade pode escolher um referencial externo, como indicadores publicados em órgãos de pesquisa ou outras fontes relevantes.
Responsável	Cargo do responsável pelo lançamento dos dados e análise do indicador.

Ficha do Indicador

Informações Gerais

Nome do Indicador: [Nome do Indicador]

Objetivo: [Descrição do objetivo do indicador]

Fórmula de Cálculo: [Equação utilizada para medir o indicador]

Fonte de Dados: [Local de obtenção dos dados]

Meta: [Valor esperado ou alvo do indicador]

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Unidade de Medida: [Exemplo: %, tempo, quantidade]

Direção: [Aumento ou redução esperada]

Dados Mensais

Mês	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Valor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Representação Gráfica

(Gráfico correspondente aos dados mensais do indicador)

Análise Crítica

Data da Análise: [Data]

Comentários: [Análise dos resultados e planos de ação, se necessário]

Responsável: [Nome ou Cargo]

INDICADORES ESTRATÉGICOS - BSC

A cada um dos objetivos estratégicos da UPA será atrelado um ou mais indicadores que permitirão mensurar se os resultados esperados (metas definidas) estão ou não sendo alcançados. Alguns indicadores estratégicos são pré-definidos no Modelo de Gestão, sendo possível complementação pela Diretoria da Unidade e baseado nas definições da Secretaria de Saúde.

Indicadores Estratégicos - BSC

Perspectiva: Financeira

Indicador Estratégico	**Meta**
Custo Global por Atendimento	Conforme orçamento
Tempo Médio de Recebimento	Até 30 dias
Índice de Débitos com Fornecedores	< 1
Índice de Liquidez Corrente Ajustado	> 1,5
Controle de Metas Contratuais*	Conforme Edital

Perspectiva: Cliente e Sociedade

Indicador Estratégico	**Meta**
Taxa de Satisfação dos Usuários	≥ 80%

Perspectiva: Processos Internos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Indicador Estratégico	Meta
Taxa de Ocupação em Consultas	Conforme contrato
Taxa de Ocupação em Exames	Conforme contrato
Índice de Retorno do Paciente	Até 8%
Auditoria Interna de Gestão/Qualidade	> 80% de conformidade
Protocolos de Segurança Implantados e Monitorados	Conforme OMS
Índice de Rotatividade de Pessoal	Até 5%

Perspectiva: Aprendizagem

Indicador Estratégico	Meta
Horas de Treinamento por Colaborador	36 h/homem ano
% de Médicos com Título de Especialista	Elevar 5% ao ano

INDICADORES TÁTICOS E OPERACIONAIS

O sistema de indicadores tático operacional irá refletir realidade dos processos. Estes indicadores serão eleitos e adaptados, no que couber, a partir da relação seguinte:

Indicadores por Processo/Setor

Processo/Setor	Indicador
Atendimento em Urgência e Emergência	Taxa de mortalidade institucional
	Incidência de queda de pacientes
	Incidência de úlcera por pressão
	Incidência de flebite
	Taxa de pacientes em observação por mais de 6h
	Horas de assistência de enfermagem prestada
	Taxa de Infecção
	Taxa de adesão ao protocolo – PCR
	Tempo médio de atendimento - Global
	Tempo médio de atendimento por classificação de risco Código Vermelho

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Processo/Setor	Indicador
	Tempo médio de atendimento por classificação de risco – Código Amarelo
	Tempo médio de permanência em leitos de observação
	Taxa de transferência de paciente
	Taxa de retorno de pacientes ao pronto atendimento em até 24h
Assistência Farmacêutica	Taxa de prescrições médicas avaliadas
	Taxa de erros de dispensação prevenidos
	Taxa de aceitação de intervenções farmacêuticas
	Índice de erros de medicação
	Evolução de notificações de farmacovigilância e tecnovigilância
Assistência Nutricional	Índice de resto ingesta
	Taxa de avaliação nutricional realizada em paciente
Análises Clínicas	Taxa de recoletas de sangue
	Taxa de conformidade com o Controle de Qualidade Externo
	Taxa de liberação de resultados de exames laboratoriais em até duas horas
Diagnóstico por Imagem	Tempo médio de disponibilização de resultados de exames de diagnóstico por imagem de paciente atendido
	Taxa de repetição de exames de diagnóstico por imagem
Sistema de Informação do Paciente (Arquivo)	Taxa de prontuários com pendências
Gestão de Equipamentos e Tecnologias	Horas de equipamento parado para manutenção corretiva
Processamento de Materiais e Esterilização	Taxa de lotes interditados de material estéril
Limpeza e Higienização	Percentual de resíduos por grupo (Infectante, Químico Perfurocortante, Comum Orgânico e Recicláveis)
	Índice de consumo de preparação alcoólica para mãos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Processo/Setor	Indicador
	Índice de consumo de sabonete líquido
Gestão de Pessoas (DP)	Taxa de absenteísmo
	Taxa de rotatividade (Turnover)
Gestão de Pessoas (NEP)	Evolução de treinamentos (hora/homem treinado)
Gestão de Pessoas (RH)	Taxa de aprovados no período de experiência
Gestão de Pessoas (Corpo Clínico)	Taxa de médicos com título de especialista
Gestão de Pessoas (SESMT)	Índice de acidentes de trabalho
Contratos	Taxa de contratos com pendências
Faturamento	Taxa de contas de atendimentos não faturadas
Gestão de Suprimentos	Giro de estoque
	Taxa de compras de urgência
	Taxa de fornecedores qualificados
Gestão da Qualidade	Número de não conformidades de interação de processo
	Evolução de eventos adversos/sentinela
	Taxa de eventos adversos associados a falhas na comunicação
	Taxa de eventos adversos relacionados a falhas na identificação do paciente
	Taxa de adesão global aos protocolos de segurança do paciente
	Taxa de conformidade com Auditoria Interna
Gestão da Qualidade (SAU)	Taxa global de satisfação do usuário

Sistemática de Aplicação de Ações Corretivas de Desempenho – Gestão da Qualidade

A metodologia de trabalho da Qualidade permite que todos os serviços da UPA tenham um padrão de organização e gestão, capaz de assegurar a qualidade dos serviços prestados em qualquer dos níveis da organização. A Qualidade tem um forte papel educativo e de integração profissional com vistas a estabelecer um ambiente de melhoria contínua e assegurar a confiabilidade das informações, dos documentos, dos registros, dos processos e procedimentos.

Assinado por 1 pessoa: JOANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

realizados na Unidade de Saúde. Entre as atividades desenvolvidas pela Qualidade destacamos a implantação dos seguintes procedimentos e ferramentas:

Procedimento Operacional Padrão

Procedimento de gestão de documentos: tem como diretriz padronizar, normatizar, planejar, resguardar e reduzir os riscos, garantido evidências dos processos realizados na instituição, bem como assegurar a sistemática de elaboração, verificação, aprovação, disponibilização, controle, rastreabilidade e revisão de todos os procedimentos descritos.

Procedimento de gestão de auditoria: tem como diretriz verificar os fatos e evidências, avaliando o estado de conformidade do sistema de gestão frente às normas, legislações, padrões, procedimentos e políticas. Sua finalidade é gerar informações úteis e válidas para que a administração da organização análise criticamente seus processos. Trata-se de um instrumento de aprimoramento e/ou melhoria uma vez que proporciona medidas preventivas e corretivas, tem o caráter educativo e não punitivo com foco na identificação das oportunidades de melhoria dos processos.

Procedimento de gerenciamento das ocorrências: tem como diretriz registrar, investigar as causas , tratar e monitorar suas reincidências, promovendo um ciclo de melhoria continua, bem como consolidar a eficácia da política de gerenciamento de risco.

Procedimento de gestão de análise crítica de desempenho: tem como diretriz a utilização de indicadores, cujo objetivo é gerenciar, controlar, monitorar e avaliar os resultados institucionais analisando a necessidade de ações de melhoria, utilizando referências externas e literárias quando necessário. Garantir o aprimoramento dos processos e direcionamento da equipe. Envolvimento da alta direção, lideranças e colaboradores. Garantir a análise crítica e a implementação de ações corretivas e preventivas, para alcance dos resultados. Garantir o alinhamento e consolidação dos indicadores de acordo com os objetivos estratégicos da Instituição e suas exigências contratuais.

Gerenciamento de processo: tem como diretriz mapear, monitorar, mensurar o desempenho dos processos e suas interações com clientes e fornecedores, busca atender necessidades e expectativas das partes interessadas. Realizar Benchmarking para identificar e implementar as boas práticas aplicadas em outras instituições.

Ferramentas de Gestão da Qualidade: tem como finalidade definir, mensurar analisar e monitorar os problemas, promovendo facilidade e efetividade na tomada de decisões. Para

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO DE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

garantia a evidência de ciclos de melhorias contínuas deverá ser utilizada as seguintes ferramentas:

PDCA (Plan-Planejar, Do-Executar, Check-Verificar, Act-Agir/Padronizar): É um método de gerenciamento de processo que contribui para alcance das metas visando melhoria contínua.

5W2H (What –O que, Why – Por que, Where – Onde, When – Quando, Who – Por quem, How – Como, How Much – Quanto custará): Sistemática do plano de ação que permitirá que determinadas ações sejam desenvolvidas com máximo de clareza possível pelos colaboradores.

Diagrama de causa e efeito (ISHIKAWA ou 6ms): Ferramenta utilizada para analisar criteriosamente as causas potenciais de um problema. Promover exatidão no planejamento das ações para solucionar o problema e permitir agrupar a visualização das várias causas que estão na origem do problema ou resultado que se pretende melhorar.

A Qualidade atuará em parceria com o Núcleo de Segurança do Paciente de modo que as metodologias sejam únicas e complementares, cada qual com seu campo de atuação. Cabe a Qualidade definir o modelo estruturante, implantar e capacitar. Enquanto isso, o Núcleo de Segurança do Paciente tem como foco específico o tratamento das questões que envolvam diretamente a segurança do paciente assistido pela Unidade de Saúde, planejando e implementando métodos e técnicas de assistência que priorizem a segurança.

Cronograma de Reuniões para Ações Corretivas e Melhorias

Ações	**Mês**											
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Criação	■											
Implantação	■	■										
Reunião Ordinária		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Plano de Trabalho	■	■										
Relatório				■				■				■

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Padronização de Documentos e Registros:

A UPA terá seu sistema de documentação estruturado com base nos conceitos abaixo apresentados. Cada serviço irá estabelecer e seguir normas técnicas e funcionais que caracterizem seu funcionamento e sejam orientadoras dos profissionais no desenvolvimento de suas atividades. Todo documento interno elaborado é gerenciado pela Qualidade, onde serão observados os seguintes critérios:

Elaborador: Responsável do setor/área;

Verificador: Responsável da Qualidade;

Aprovador: Liderança, conforme hierarquia do processo e tipo de documento;

Distribuidor/Controlador: Responsável da Qualidade.

Todo documento terá ainda controle de codificação, versão e data para revisão. Quanto ao tipo de documento, a Unidade de Saúde usará a seguinte classificação:

PL. Política - Constitui o marco normativo básico, através do qual se regulam as atividades e processos, e deve estar devidamente documentada e divulgada, para que seja seguida no dia a dia pela organização.

MG. Manual de Gestão – Documento soberano que descreve quem é a Instituição, sua identidade, aborda todo o sistema organizacional, políticas, diretrizes, normas de governança e considerações sobre o modelo de gestão instituído.

CN. Circular Normativa - Documento que declara as deliberações estratégicas da Diretoria referente a assuntos de amplo interesse da Instituição.

RE. Regimento – Documento imposto por força de regulamentação dos órgãos oficiais, com poder normativo.

PG. Procedimentos de Gestão – Documento que descreve uma ou mais etapas de um processo corporativo, possui abrangência global, ou seja, deve ser aplicado igualmente por todas as áreas da instituição.

MT. Manual Técnico – Documento que descreve amplamente um processo (todas as suas etapas), com abrangência setorial, ou seja, aquele processo que envolve uma ou mais áreas e tem uma aplicação específica.

PC. Protocolo Clínico – Recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica. Orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

PS. Protocolo de Segurança: São recomendações desenvolvidas para uniformizar e padronizar as ações referentes às atividades dos profissionais. Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere à RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa.

IT. Instrução Técnica – Documento que descreve atividades e se aplica a um setor/área especificamente.

FO. Formulário – Documento utilizado para a inserção de registros.

OF. Ofício - Documento de uso para comunicação externa, ou seja, de uso extra Institucional.

CI. Comunicação Interna – Documento de uso para tratativas internas, ou seja, de uso Institucional.

Registro: É todo e qualquer documento que demonstre as verificações, acompanhamentos e situações específicas daquilo que efetivamente foi realizado e constatado em cada etapa do processo, também denominado de "evidência objetiva". São caracterizados como "comprovantes" de que uma respectiva tarefa/atividade foi efetivamente realizada (ofícios, guias e formulários preenchidos).

Comissão de Gerenciamento de Riscos

O gerenciamento dos riscos baseia-se nos princípios, estruturas e processos de Gestão de Riscos, cujos componentes podem existir de forma parcial ou em sua totalidade na instituição, devendo auxiliar no estabelecimento de estratégias, no alcance de objetivos e na tomada de decisões fundamentadas, incluindo, com isso, interações com todas as partes interessadas. (ABNT ISO 31000: 2018)

A Gestão de Riscos compreende "todas as atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que se refere ao risco", cujo propósito é a criação e proteção de valor, a fim de melhorar o desempenho, encorajar a inovação e apoiar o alcance de objetivos." (ABNT ISO 31000: 2018).

A estrutura de Gestão de Riscos, por sua vez, é a maneira como a entidade se organiza para a sua integração em atividades significativas e funções, cujo desenvolvimento engloba integração, concepção, implementação, avaliação e melhoria da Gestão de Riscos através da organização,

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

sendo conveniente que o funcionamento desses componentes, em conjunto, seja personalizado para as necessidades específicas de determinada entidade. (ABNT ISO 31000: 2018).

Gerenciamento de Riscos em Saúde é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

A gestão de risco é um processo no qual são criadas alternativas para mitigar ou eliminar os eventos adversos que podem ocorrer durante a prática dos profissionais da saúde, além disso, deve contar com um grupo formado por profissionais diversificados, abrangendo todas as áreas da Instituição. O gerenciamento de risco possibilita a criação de estratégias que antecipem, previnam e impeçam os erros antes de causarem danos aos pacientes.
Esta Política será criticamente analisada e aprimorada periodicamente, assim como, a estrutura da Gestão de Riscos em resposta a um evento ou mudança nas circunstâncias que impactem o INDSH.

Proposta de Constituição (membros, finalidade)

Função na Instituição	Função na Comissão
Diretor Executivo	Presidente
Enfermeira da Qualidade	Vice-Presidente
Assistente Administrativo	1º Secretário
Diretor Clínico	2º Secretário
Diretora de Enfermagem	Membro
Engenheira Clinica	Membro
Enfermeiro do SCIH	Membro
Diretor Técnico	Membro
Gerente Administrativo Financeiro	Membro
Farmacêutico clinico	Membro
Supervisora de Atendimento/SADT	Membro

Proposta de Regimento Interno
Objetivo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A presente Política de Gestão de Riscos do INDSH tem por objetivo estabelecer os princípios, diretrizes, conceitos, ações e responsabilidades a serem observados pelos gestores, colaboradores, no processo interno de gerenciamento de riscos que possam causar impactos negativos no cumprimento dos objetivos do INDSH, de forma a possibilitar a adequada identificação, avaliação, tratamento, monitoramento, análise crítica, mitigação dos riscos existentes nas Unidades sob gestão do INDSH.

Campo de Aplicação

Esta Política se aplica aos colaboradores, diretores e membros de governança do INDSH, bem como diretores operacionais, sede administrativa, Unidades próprias e Unidades geridas por contrato de gestão.

O INDSH, por sua vez, não consentirá com qualquer alegação de desconhecimento dos enunciados contidos nesta política.

Conceitos

Conformidade

Ato de verificar se condutas e práticas internas estão compatíveis com as diversas regras, normativos e legislações.

COSO

Significa Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission.

Evento

Significa um incidente ou ocorrência de fontes internas ou externas que pode causar impacto negativo (riscos negativos), positivo (riscos positivos ou oportunidades) ou ambos sobre os objetivos da Instituição e/ou de suas Unidades.

Gestão de Riscos

Significa a estrutura personalizada, integrada e interdisciplinar. É concebida de forma inclusiva, abrangente e planejada de forma gradual, focada nas atividades significativas e funções do INDSH. Considera limitações, incertezas, expectativas, fatores humanos e culturais da identificação, análise, avaliação e tratamento dos riscos em seu escopo, contexto e critério.

Governança

Significa o sistema pelo qual são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre seus gestores, diretores, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Identificação do risco

Processo de busca, reconhecimento e descrição de riscos, que envolve a identificação de suas fontes, causas e consequências potenciais. A identificação de riscos pode envolver dados históricos, análises teóricas, opiniões de pessoas informadas e especialistas, e as necessidades das partes interessadas.

ISO

Significa International Organization for Standardization

Matriz de Risco

Ferramenta para avaliação de fatores de risco que apresenta grande poder de comunicação visual. Nela são registrados os riscos identificados que podem afetar o alcance dos objetivos estratégicos da organização, a avaliação de seus impactos e a probabilidade de ocorrência para os processos, os controles existentes, etapas e atividades de uma organização. Também conhecida como Matriz de Probabilidade e Impacto.

Risco

Efeito a incerteza nos objetivos, a possibilidade de um evento que tenha impacto nos objetivos da organização.

Riscos Corporativos

Significa os riscos existentes em uma organização. Possuem níveis (estágios) e naturezas distintas. É específico e dinâmico a cada cenário, podendo emergir, mudar ou desaparecer à medida que os contextos externo e interno de uma organização mudem.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

As diretrizes de Gestão de Riscos do INDSH são baseadas em dois modelos metodológicos desenvolvidos pelo Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) e pela International Organization for Standardization (ISO), que são instituições que tem como objetivo investir em estudos para a criação de normas e estruturas para melhor compreensão e aplicação da Gestão de Riscos nas corporações. Dentre as normas produzidas pelas instituições, o COSO e a ISO 31000 são as mais utilizadas como referência para implantação da Estrutura de Gestão de Riscos.

Risco "é representado pela possibilidade de que um evento ocorrerá e afetará negativamente a realização dos objetivos" (COSO, 2017), ou ainda é o "efeito da incerteza nos objetivos". Pode ser positivo, negativo ou ambos, e pode abordar, criar ou resultar em oportunidades e ameaças (ISO 31000, 2018).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O processo de gestão de riscos corporativo do INDSH foi definido com base nos seguintes princípios:

Agregar valor e proteger o ambiente institucional;

Contribuir para o alcance dos objetivos e metas da organização;

Ser parte integrante dos processos da organização;

Atuar como segunda linha de defesa contra os riscos corporativos em resguardo e subsídio às Unidades;

Fomentar a cultura de prevenção de riscos e incidentes;

Subsidiar a tomada de decisões;

Ser sistemático, interdisciplinar, estruturado e oportuno;

Ser baseado nas melhores informações disponíveis;

Estar alinhado com o contexto da organização e com o perfil de risco;

Considerar os fatores humanos;

Ser transparente e participativo;

Ser dinâmico, interativo e passível de mudança;

Apoiar a melhoria contínua da organização; e

Ser devidamente relatado e adequadamente registrado.

Como parte integrante do processo, e visando alcançar a eficiência na Gestão de Riscos, é fundamental que seja estabelecido o contexto de sua aplicação, "a partir da compreensão dos ambientes externo e interno no qual a organização atua, e convém que reflita o ambiente específico da atividade ao qual o processo de gestão de riscos é aplicado." (ABNT ISO31000:2018)

O estabelecimento do contexto deve seguir os seguintes passos:

Identificar quais objetivos ou resultados devem ser alcançados;

Identificar os processos de trabalho relevantes para o alcance dos objetivos/ resultados;

Identificar as pessoas envolvidas nesses processos e especialistas na área;

Mapear os principais fatores internos e externos que podem afetar o alcance dos objetivos/resultados (pessoas, sistemas informatizados, estruturas organizacionais, legislação, recursos, stakeholders etc.);

Definir os objetos de gestão de risco mais importantes para a sua unidade ou trabalho;

Definir os objetivos/resultados de cada objeto.

A combinação dos dois modelos de Gestão de Riscos propostos nesta Política permite delinear os papéis e responsabilidades de todos os envolvidos na Estrutura de Gestão de Riscos, estabelecendo assim padrões para implementação e validação de controles do INDSH, proporcionando um fluxo de monitoramento, avaliação e reporte a Direção Corporativa,

Assinado por 1 pessoa: PAULO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

permitindo que o processo de Gerenciamento de Riscos desenhado alcance todos os componentes do Controle Interno.

Desafios no gerenciamento de riscos:

A qualidade precisa ser requisito básico do negócio de saúde. O gerenciamento de risco em instituições de saúde deve vir de cima para baixo.

A alta gestão precisa acreditar na sua importância, fazer acontecer, ter comprometimento e replicar essa cultura com toda a instituição. É necessário ter o envolvimento de todos para que os processos, procedimentos e ações sejam seguidos à risca.

Mudança de cultura, saindo de uma cultura de relato para uma cultura de aprendizagem.

Análise de microssistemas, de processos e estruturas;

Cada vez mais as instituições de saúde têm se preocupado com o gerenciamento de riscos e melhoria de qualidade. Por isso, tenha uma constante atenção, análise contextos e pense em ações que você pode fazer para reduzir ou eliminar riscos ao paciente, profissionais e à instituição de saúde.

DESCRIÇÃO

Tipos de Riscos

Os riscos em uma instituição de saúde podem ser categorizados em riscos clínicos ou assistenciais e riscos não clínicos ou organizacionais:

Riscos Clínicos

Os riscos clínicos estão embasados em todas as ações que envolvem os profissionais de saúde direta ou indiretamente, resultante da ausência ou deficiência de políticas e ações organizadas na prestação de cuidado ao paciente.

Nesse sentido o INDSH vem moldando o projeto de gerenciamento de risco clínico como forma de trazer para nossa realidade uma maturidade e enfrentamento frente aos nossos riscos / eventos, visando planejar melhoria contínua de nossos processos assistenciais trazendo para nossos colaboradores à importância de se trabalhar a prevenção.

Exemplos de Riscos Clínicos:

I. Riscos de Diagnóstico:

Erros de diagnóstico, como diagnósticos incorretos ou atrasados.

Falhas na interpretação de exames clínicos.

II. Riscos de Tratamento:

Reações adversas a medicamentos.

Complicações cirúrgicas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Infecções hospitalares.

III. Riscos de Segurança do Paciente:
Quedas de pacientes.
Eventos adversos relacionados a dispositivos médicos.
Infecções associadas à assistência à saúde.

IV. Riscos Cirúrgicos:
Erros cirúrgicos, como procedimentos no local errado.
Hemorragias durante cirurgias.

V. Riscos de Transmissão de Doenças Infecciosas:
Transmissão de doenças infecciosas entre pacientes e profissionais de saúde.
Uso inadequado de equipamentos de proteção individual.

Riscos não-clínicos:
Os riscos não clínicos são apresentados como aqueles que estão relacionados à segurança das instalações ou atendimento aos processos de prestações aos cuidados aos usuários. Exemplo: estrutura física, equipamentos, ar-condicionado, riscos elétricos e de incêndio, gases medicinais, higiene, insumos, segurança ocupacional, gerenciamento de resíduos, tecnológicos, financeiros, de imagem.
Exemplo de Riscos Não Clínicos:

I. Riscos de Gestão Financeira:
Falhas na gestão orçamentária.
Faturamento inadequado de serviços.
Perdas financeiras.

II. Riscos Operacionais:
Interrupções de serviços devido a falhas técnicas.
Erros na logística de suprimentos.
Problemas na gestão de recursos humanos.

III. Riscos de Segurança e Ambiente:
Incidentes de segurança, como roubos ou agressões.
Problemas relacionados à infraestrutura, como vazamentos de produtos químicos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

IV. Riscos Regulatórios e Legais:

Não conformidade com regulamentações de saúde.

Litígios legais, como ações judiciais de pacientes.

V. Riscos de Reputação:

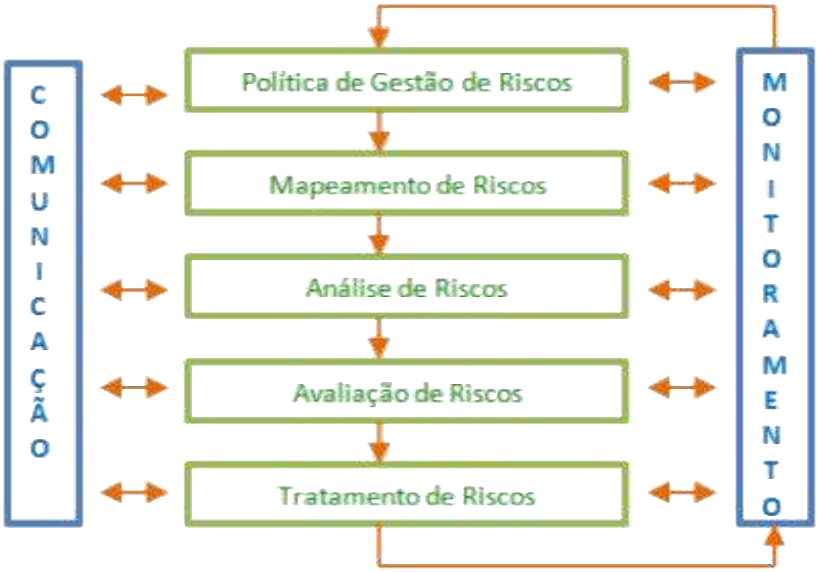
Incidentes que afetam negativamente a imagem da instituição de saúde.

Comunicação inadequada em situações de crise.

É importante reconhecer que esses são apenas exemplos e que a natureza dos riscos pode variar de acordo com a Unidade e suas práticas específicas. A gestão de riscos deve ser adaptada para identificar e tratar os riscos específicos que cada Unidade do INDSH enfrenta.

Gerenciamento do Risco

Um sistema de gestão de riscos pode ser entendido como um conjunto de componentes e processos coordenados e articulados para se conceber, implementar, monitorar e promover melhorias contínua à gestão de riscos.



O ciclo de gerenciamento de riscos
(Adaptado da NBR ISSO 31000)

Principais ações na Gestão e Riscos:

Identificação/mapeamento dos riscos.

Análise de riscos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Avaliação de riscos.

Tratamento de riscos.

Implantar processos e procedimentos bem definidos.

Acompanhamento/monitoramento.

Melhoria contínua dos processos.

Documentação rígida.

Comunicação.

Controle.

Baseado nestes pilares as Unidades sob a gestão do INDSH, bem como as próprias e sua Sede administrativa, deverão implementar plano de gerenciamento de riscos na seguinte descrição de processo:

Identificação/mapeamento dos riscos:

Na etapa de identificação dos riscos, deve ser gerado um inventário com os riscos baseados nos eventos que possam surgir ou aumentar.

A assistência à saúde, em qualquer nível de atenção, sempre envolverá riscos evitáveis a depender da infraestrutura e dos processos executados nesses setores.

Recomendações:

Realizar revisões regulares dos processos clínicos para identificar riscos potenciais.

Utilizar ferramentas como análise de incidentes, revisão de prontuários e feedback dos pacientes para identificar problemas clínicos.

Avaliar os processos operacionais, financeiros, de apoio, de imagem, tecnológicos, de segurança e de recursos humanos para identificar riscos não clínicos.

Utilizar análise de dados, inspeções e feedback dos funcionários para identificar problemas.

Análise de riscos:

Nessa etapa, são apreciadas as causas e as fontes do risco, sua gravidade e probabilidade.

Gravidade: MENOR – MODERADO – MAIOR - CATASTRÓFICO

A probabilidade de ocorrência do impacto ou dano baseia-se em dados quantitativos sempre que possível. Estimativas subjetivas podem ser usadas quando não existir uma base de dados coletada ou quando a obtenção dos dados não apresentar uma boa relação custo-benefício.

Probabilidade: REMOTA – OCASIONAL – INCOMUM - FREQUENTE

A identificação nos níveis de risco e a priorização das ações de gerenciamento é a matriz de probabilidade e impacto.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Essa matriz, por sua vez, auxilia na determinação da probabilidade de um risco ocorrer e qual será o seu impacto caso ocorra. Com base nessa análise, é possível priorizar ações e medidas de amenização dos impactos ou dos riscos de uma dada ocorrência ou não.

Recomendações:

Avaliar a probabilidade e o impacto dos riscos clínicos para priorizar a ação.

Considerar as melhores práticas clínicas e as evidências científicas para avaliar os riscos.

Avaliar a probabilidade e o impacto dos riscos não clínicos em relação à operação da instituição.

Priorizar os riscos com maior probabilidade de ocorrer e maior impacto negativo.

Avaliação dos riscos:

O processo de avaliação dos riscos é aplicado inicialmente aos riscos inerentes e, posteriormente, a partir das medidas de tratamento e respostas aos riscos, é aplicado aos riscos residuais:

» Risco inerente: risco para o qual ainda não foram aplicadas ações de resposta/tratamento, para alterar a probabilidade de ocorrência e/ou impacto (mitigação).

» Risco Residual: risco que permanece após aplicação de ações de resposta / tratamento por parte da administração.

Essa etapa tem a finalidade de auxiliar na tomada de decisões sobre quais riscos necessitam de tratamento, a partir do conhecimento prévio em relação ao apetite de riscos da instituição.

Fase em que se devem definir determinantes e agravantes do risco para que se decida se os riscos precisam ser tratados, e para que se identifiquem as estratégias de tratamento mais adequadas e econômicas. Utiliza-se para isso, as escalas de probabilidade e gravidade.

Tratamento / Mitigação de riscos:

No tratamento dos riscos, com base na matriz de avaliação de riscos, prioritariamente são definidas quais serão as medidas tomadas para diminuir/mitigar a probabilidade de ocorrência e/ou magnitude da gravidade do evento de risco.

Além disso, é nessa etapa que alternativas podem ser escolhidas, como:

» Mudar a probabilidade.

» Remover a fonte de risco.

» Mudar as consequências.

» Evitar o risco ao decidir não iniciar ou continuar com a atividade que dá origem ao risco.

» Assumir ou aumentar o risco de maneira a perseguir uma oportunidade.

» Eliminar as atividades que geram o evento de risco.

» Transferir ou compartilhar o evento de risco.

» Aceitar o evento de riscos.

Recomendações:

Desenvolver protocolos clínicos e diretrizes para abordar os riscos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Fornecer treinamento contínuo para a equipe clínica.
Realizar auditorias regulares de prontuários para garantir a conformidade com as diretrizes.
Desenvolver planos de contingência para lidar com riscos não clínicos.
Implementar políticas e procedimentos que visam prevenir e reduzir riscos operacionais.

Implantar processos e procedimentos bem definidos:

Implantar processos e procedimentos eficazes, permitindo a implementação de medidas preventivas e corretivas para reduzir a ocorrência de riscos e garantir a segurança dos pacientes e profissionais de saúde e a perenidade do INDSH. Com realização de interações de processos que garantam efetividade e acompanhamento das ações realizadas pelas áreas envolvidas.

Acompanhamento/monitoramento/controle:

O monitoramento é um processo contínuo que permeia todo o processo de gestão de risco, fornecendo, compartilhando ou obtendo informações, além de se envolver no diálogo com as partes interessadas em relação ao gerenciamento dos riscos.
A análise crítica consiste na verificação, coordenação e observação crítica executada de forma periódica e documentada, a fim de identificar mudanças no nível de desempenho requerido ou esperado.
Para um gerenciamento efetivo de riscos, é necessário que tal plano de gerenciamento seja bem estruturado e monitorado continuamente.
Para isso, é recomendável a adoção de um software de gestão da qualidade, que possibilita a verificação personalizada, execução e acompanhamento do plano de gerenciamento de riscos de forma integrada e eficiente.
O INDSH padronizou o Interact como software de gerenciamento de risco corporativo, nas Unidades próprias e sob sua gestão.
Nota: Nas Unidades que não possuem software de gestão da qualidade, utilizarão outras ferramentas para realizar a gestão de risco.

Recomendações:
Manter registros detalhados de incidentes clínicos e aprender com eles.
Realizar revisões regulares de processos clínicos e ajuste de medidas de mitigação conforme necessário.
Realizar auditorias internas regulares para garantir a conformidade com políticas e procedimentos.
Manter um sistema de relatórios para que todos possam informar sobre riscos clínicos e não clínicos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A gestão de riscos é um processo contínuo e deve ser incorporada à cultura da instituição de saúde. A colaboração entre as equipes clínicas e não clínicas é essencial para identificar, avaliar e tratar eficazmente os riscos em todas as áreas da organização.

Todas estas ações devem ser realizadas de forma sistemática e de forma integrada nas Unidades do INDSH.

Metodologia

As Unidades geridas pelo INDSH, bem como sua sede administrativa, deverão seguir uma metodologia para um gerenciamento de riscos efetivo.

Identificação e Classificação do Risco

Devem ser identificados e determinados os riscos existentes nos processos das Unidades do INDSH e as respectivas práticas de controle existentes e a implantar.

A identificação e classificação dos riscos, bem como o levantamento de fatores de risco, são feitos com base em evidências e/ou em opiniões de especialistas.

Os Riscos são classificados em: sanitários, técnico-operacional, financeiros, ocupacionais, ambientais, assistenciais e relacionados à responsabilidade civil. (Tabela 1).

Classificação	Menor (1)	Moderado (2)	Maior (3)	Catastrófico (4)
Sanitário	Ameaça remota á saúde das pessoas com abrangência a apenas uma área especifica do Hospital, restrita a poucos indivíduos.	Pequena ameaça á saúde das pessoas envolvendo mais de uma área especifica do Hospital.	Grande ameaça a saúde de muitos indivíduos com possibilidade de danos maiores, envolvendo uma ou mais áreas do Hospital.	Grandes ameaças à saúde de muitos indivíduos com possibilidade de danos e perdas graves, de difícil reparação, necessitando de notificação às autoridades.
Técnico Operacional	Danos ou perdas não significativas afetando a organização, setores e pessoas.	Pequenos danos ou perdas sem prejuízos significativos a organização, setor ou pessoas.	Danos ou perdas significativas à organização, setor ou pessoas.	Danos ou prejuízos graves ao setor ou pessoas.
Financeiro	Custos intermediários impede o alcance aos objetivos por período curto.	Custos elevados impede o alcance dos objetivos por período longo.	Grandes perdas impede o alcance de vários objetivos.	Inviabiliza a continuidade do negócio.
Ocupacional	Ocorrências com necessidade de tratamento / intervenções sem afastamento.	Efeito incapacitante temporário exigido afastamento das atividades por no máximo 15 dias.	Efeito incapacitante temporário exigido afastamento das atividades laborais acima de 15 dias.	Morte ou efeitos irreversíveis e incapacitantes.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Classificação	Menor (1)	Moderado (2)	Maior (3)	Catastrófico (4)
Ambiental	Não há alteração do meio ou não é significativa, podendo os processos naturais restabelecer as condições prévias em um curto espaço de Tempo.	O meio afetado precisa da implementação de ações corretivas, bem como de bastante tempo para recuperar as condições ambientais prévias.	Alteração intensa do meio, embora difícil de ser recuperado, podem ser implementadas medidas corretivas.	Alteração do meio ambiente com grande dificuldade de recuperação das condições iniciais, mesmo com a implementação de medidas corretivas.
Assistencial	Sem dano significativo ao paciente.	Dano moderado ao paciente sem sequelas.	Dano com sequela temporária ao paciente.	Dano com sequela permanente ou óbito do paciente.
Relacionado á Responsabilidade Civil	Possibilidade remota de autuação/multa por descumprimento normativo contratual.	Possibilidade pequena de condenação mediante denúncia, processo administrativo ou penal proveniente da parte reclamante.	Grande possibilidade de condenação com provável perda de alvará ou licença de funcionamento da(s) unidades(s).	Possibilidade concreta de responsabilização penal dos representantes legais ou perda de alvará/licença de funcionamento.

Tabela 1- Classificação de Riscos

Os Impactos devem ser classificados em: menor, moderado, maior ou catastrófico, e baseiam-se na Tabela 1.

As Probabilidades de Ocorrência serão classificadas em: Remoto, Incomum, Ocasional ou Frequente, e baseiam-se na Tabela 2.

Média da pontuação das Práticas de Controle	Classificação da Probabilidade	Nível	Frequência Qualitativa	Frequência Quantitativa
2 a 8	Remota	1	Consequência pode eventualmente ocorrer	Desempenho conforme a meta
8 a 14	Incomum	2	Consequência pode ocorrer na realização da atividade	Desempenho desfavorável (desvio dentro da margem de aceitabilidade e tendência favorável)
14 a 20	Ocasional	3	Consequência ocorre na maioria das vezes em que a atividade é realizada	Desempenho desfavorável (desvio dentro da margem de aceitabilidade e tendência desfavorável)
20 a 26	Frequente	4	Consequência esperada na realização da atividade	Desempenho desfavorável (desvio além da margem de aceitabilidade e tendência desfavorável)

Tabela 2 – Escala de probabilidade de Ocorrência

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Auditoria de Riscos

As Auditorias de Risco devem ser planejadas através do Plano Anual de Auditorias, ou quando determinado pelo NGQ - Núcleo de Gestão da Qualidade. Estas devem ser realizadas trimestralmente, devendo o NGQ, se responsabilizar por seu planejamento e execução, avaliando as práticas de controle associadas aos riscos.

As auditorias para avaliação do gerenciamento de risco, tem como objetivo avaliar se as ações preventivas definidas na Matriz de Risco setorial estão sendo cumpridas. Estas auditorias são por meio de checklist construído conforme o setor a ser auditado.

No "Check-list" deve conter as Práticas de Controle de cada Risco, servindo como orientação para se avaliar todos os setores. Uma vez finalizada a visita e com o "Check-list" preenchido, o auditor deve alimentar o Sistema de Gestão de Riscos – Interact.

Após o fechamento da auditoria, a Comissão de Gestão de Riscos ou o Núcleo de Gestão da Qualidade, apresentará o relatório à Diretoria para acompanhamento.

Vale ressaltar que, sempre que possível, as ações deverão ser definidas em consenso do auditor com o responsável da área no momento da auditoria, inclusive com definição de prazos para conclusão. Por fim, deverá ser confeccionado um quadro comparativo entre o ciclo atual e o anterior para acompanhamento das áreas. Este acompanhamento dos ciclos de auditoria da sede poderá ser visualizado no Sistema Interact. E a recomendação é que os ciclos das auditorias possam ficar visíveis nos setores em um painel de gestão a vista.

Ferramentas de Auditoria de Riscos

A análise do nível dos riscos se faz por meio da estimativa do impacto que o evento pode gerar e da probabilidade de ocorrência que se baseia na situação atual dos controles e na frequência dos eventos conforme tabela 8.

Os controles são avaliados quanto a:

Aplicação do Controle (Tabela 3);

Tipo do Controle (Tabela 4);

Abordagem do Controle (Tabela 5);

Eficácia do Controle (Tabela 6);

Análise do Indicador (Tabela 7).

Os controles avaliados devem responder as seguintes questões quanto a:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Aplicação do Controle	Pontuação
Controle efetivo (prática existente e plenamente aplicada)	1
Controle parcialmente efetivo (prática existente e parcialmente aplicada)	2
Controle não efetivo (prática existente e não aplicada)	4
Controle inexistente (Controle inexistente)	9

Tabela 3 – Aplicação do Controle

Tipo do Controle	Pontuação
Automatizado	1
Manual (depende da ação humana)	2

Tabela 4 – Tipos de Controles

Abordagem do controle	Pontuação
Não se aplica	0
Preditivo	1
Preventivo	2
Corretivo	4

Tabela 5 – Abordagem do Controle

Eficácia do controle	Pontuação
Não se aplica	0
Adequada	1
Inadequada	2

Tabela 6 – Eficácia do Controle

Análise do Indicador	Pontuação
Não se aplica	0
A análise é realizada, e os resultados estão dentro da meta	1
A análise é realizada, e os resultados estão fora da meta	4
A análise não é realizada	9

Tabela 7 – Análise do Indicador

O nível do risco é obtido a partir do resultado da soma das pontuações do Impacto (Tabela 1) e da Probabilidade do Risco (Tabela 2), conforme demonstrado na Tabela 8.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Níveis do Risco		Probabilidade			
		Remota (1)	Incomum (2)	Ocasional (3)	Frequente (4)
Impacto	Catastrófico (4)	5	6	7	8
	Maior (3)	4	5	6	7
	Moderado (2)	3	4	5	6
	Menor (1)	2	3	4	5

Tabela 8 –Níveis do Risco

A interpretação da pontuação obtida é feita com base na Tabela 9, que apresenta as medidas aplicáveis a Gestão dos Riscos.

Cor	Pontuação	Classificação	Ação
Verde	2 e 3	Aceitável	Manter procedimentos de controle e monitoramento já existentes.
Amarelo	4	Moderado	Revisar controles e avaliar a necessidade de melhoria, garantir a aplicação dos procedimentos estabelecidos e monitorar indicadores quando aplicável.
Laranja	5 e 6	Importante	Revisar controles e avaliar a necessidade de melhoria, garantir a aplicação dos procedimentos estabelecidos e monitorar indicadores quando aplicável. Garantir auditorias periódicas.
Vermelha	7 e 8	Crítico	Revisar controles e avaliar a necessidade de melhoria, garantir a aplicação dos procedimentos estabelecidos e monitorar indicadores quando aplicável. Garantir auditorias periódicas e realizar análise crítica periódica no nível estratégico.

Tabela 9 – Ações exigidas para o tratamento dos riscos

Com base nas classificações de suas matrizes de riscos, as Unidades devem promover ações de tratamento, com base na hierarquização.

Em especial as Unidades posicionadas no quadrante de "Alto Risco", devem realizar tratativas dos riscos através de Planos de Ação, a fim de promover ações de mitigação em especial para os riscos que originem tal classificação. Para todas estas Unidades, devem ser realizadas Auditorias (conforme abaixo definido), com o objetivo de averiguar a eficiência dos planos de ação adotados.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Todas as Unidades e áreas de negócio do INDSH devem conhecer e tratar seus riscos, a fim de mitigá-los, cabendo ao Núcleo de Gestão da Qualidade Corporativo, o papel de segunda linha de defesa.

Documentação

A Comissão de Gestão de Riscos ou Núcleo de Gestão da Qualidade devem elaborar o "Relatório Anual de Gestão de Riscos" contendo um sumário executivo das atividades realizadas nos últimos 12 (doze) meses e submeter à apreciação da Diretoria Corporativa.

Responsabilidades

Conselho de Administração / Presidência

Estabelecer as diretrizes gerais da gestão de riscos.

Aprovar a política de gestão de riscos, inclusive suas revisões futuras.

Atribuir autoridades e responsabilidades nos níveis apropriados dentro da organização.

Diretoria Operacional / Executiva

Garantir a adequada estrutura (recursos humanos, financeiros e sistemas) destinada ao processo de gerenciamento de riscos.

Avaliar a eficácia da gestão de riscos e prestar contas.

Avaliar e monitorar o tratamento dos riscos de negócio quando da execução do planejamento estratégico.

Acompanhar as estratégias de mitigação dos riscos prioritários.

Garantir a implantação de um modelo eficiente de gestão de riscos, alinhado aos objetivos de negócios e metas operacionais.

Assegurar que a gestão de riscos esteja integrada em todas as atividades da organização.

Núcleo de Gestão da Qualidade:

Aprovar e acompanhar a execução do plano anual de auditoria baseada em riscos.

Avaliar, monitorar e informar periodicamente à Diretoria Executiva / Diretoria Corporativa sobre os riscos prioritários identificados pelas revisões das áreas de gestão de riscos e Compliance, bem como os planos de ação e recomendações aplicáveis;

Acompanhar e supervisionar o processo de gestão de riscos, assim como as estratégias de mitigação dos riscos prioritários.

Propor a Direção Corporativa as definições gerais da gestão de riscos.

Definir toda a metodologia corporativa de gestão de riscos.

Propor e analisar, em conjunto com as áreas funcionais, as estratégias de mitigação dos riscos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Assessorar as áreas na identificação e avaliação do impacto dos diversos riscos envolvidos aos processos.
Executar as tarefas que permitirão um adequado monitoramento dos riscos prioritários.
Tratar e criticar, qualitativa e quantitativamente, os riscos, identificando-os, avaliando-os, calculando seus impactos de forma integrada, monitorizando-os e promovendo o desenvolvimento da cultura de gestão de riscos por toda a cooperativa.

Comissão de Auditoria do Risco:
Elaborar o plano anual de auditoria.
Realizar as auditorias conforme plano anual.
Identificar e apontar oportunidades de melhorias nos processos de controles internos e gestão de riscos.
Reportar periodicamente ao Núcleo de Gestão de Qualidade os resultados das auditorias, imparcial e tempestivamente, sobre a efetividade da gestão de riscos.
Avaliar periodicamente a adequação da estrutura operacional e de controles internos para verificação da efetividade da política de gestão de riscos corporativa adotada.
Avaliar a metodologia e ferramentas utilizadas para a gestão de riscos corporativa.
Acompanhar a implementação de plano de ação ou medidas corretivas que visem sanar as deficiências apontadas.

Todos os profissionais do INDSH:
Participar de forma ativa na comunicação e treinamentos que permitam a disseminação da cultura de riscos.
Assegurar a operacionalização da gestão de riscos, fazendo parte do processo de identificação, avaliação e mensuração, implementando ações mitigantes preventivas e corretivas.

INDICADORES
Para monitorar e medir a eficácia do gerenciamento de riscos o INDSH definiu os seguintes indicadores corporativos:

Número de Riscos Identificados:
O monitoramento do número de riscos identificados e sua evolução ao longo do tempo pode indicar a eficácia do processo de identificação.

Avaliação de riscos residuais:
A avaliação de riscos após a implementação de medidas de mitigação pode indicar se os riscos restantes estão dentro de níveis aceitáveis.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Taxa de Cumprimento de Controles e Procedimentos:

Este indicador mede a aderência dos funcionários aos controles e procedimentos estabelecidos pelo INDSH para minimizar riscos. A taxa de cumprimento pode ser monitorada por meio de auditorias e inspeções, e é fundamental para garantir que os planos de gerenciamento de risco sejam seguidos de maneira adequada.

Taxa de incidentes:

A taxa de incidentes é um indicador que mede a quantidade de incidentes (eventos não planejados que poderiam levar a um acidente) ocorridos em um determinado período. Monitorar essa taxa pode ajudar a identificar tendências e padrões, possibilitando a adoção de medidas preventivas antes que um acidente real ocorra.

Taxa de Auditorias de Risco Concluídas:

Este indicador mede a quantidade de auditorias de risco realizadas em relação ao número planejado. As auditorias são fundamentais para garantir a conformidade com as políticas e planos de gerenciamento de risco e para identificar áreas de melhoria. Manter uma taxa alta de auditorias concluídas é um sinal de comprometimento com a gestão de riscos eficaz.

Satisfação dos funcionários com as medidas de Segurança e Gerenciamento de Riscos:

A satisfação dos funcionários em relação às medidas de segurança e gerenciamento de riscos implementadas é um indicador importante do sucesso dessa política. Os funcionários satisfeitos tendem a cumprir melhor os procedimentos de segurança e a se envolver proativamente na prevenção e mitigação de riscos. A satisfação pode ser medida por meio de pesquisas internas e feedback dos colaboradores.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. NBR ISO 31000: Gestão de Riscos: Princípios e Diretrizes. Rio de Janeiro, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Gestão de Riscos – Princípios e diretrizes. NBR ISO/IEC 31010: 2012.

COSO ERM – Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - Enterprise Risk Management IBGC. Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. Cadernos de Governança Corporativa - Gerenciamento de Riscos Corporativos: Evolução em Governança e Estratégia – 2017.

WACHTER, Robert M., Compreendendo a Segurança do Paciente. Srtmed, 2010.

Proqualis (FIOCRUZ) – http://proqualis.net/

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

HISTÓRICO DE REVISÕES

Esta política será revisada periodicamente para garantir sua relevância e eficácia. Alterações nesta política serão comunicados a todos os envolvidos.

Cronograma de Atividade Anual

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS			
Mês	Atividade	Descrição	Responsável
Janeiro	Reunião de Planejamento Anual	Definição do plano de trabalho, metas e prioridades do ano.	Presidente da Comissão
Fevereiro	Revisão de protocolos de segurança	Análise e atualização	Equipe Técnica e Comissão
Março	Capacitação em Gerenciamento de Riscos e reunião mensal	Treinamento para os colaboradores sobre identificação e mitigação de riscos.	Coordenação de Treinamento
Abril	Auditoria interna e reunião mensal	Verificação do cumprimento dos protocolos de segurança existentes.	Comissão de Gestão
Maio	Simulação de emergência e reunião mensal	Realização de exercícios simulados para testar a eficácia dos planos de resposta a emergências.	Equipe de Emergência e Comissão
Junho	Relatório semestral e reunião mensal	Elaboração do relatório de acompanhamento e avaliação das ações realizadas no 1º semestre.	Presidente e Relator
Julho	Ações educativas para os usuários e reunião mensal	Campanhas para conscientização dos usuários sobre práticas seguras dentro da instituição.	Equipe de Comunicação
Agosto	Inspeção de riscos físicos e reunião mensal	Avaliação das condições estruturais e ambientais do	Equipe de Manutenção

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

		Centro para identificar possíveis riscos.	
Setembro	Avaliação dos indicadores de riscos e reunião mensal	Análise dos dados encontrados sobre ocorrências, quase-erros e incidentes registrados no sistema.	Subcomissão de Indicadores
Outubro	Revisão do Plano de Gerenciamento de Riscos e reunião mensal	Atualização do plano com base nas lições aprendidas e dados levantados ao longo do ano.	Equipe Técnica e Comissão
Novembro	Workshop de boas práticas em segurança e reunião mensal	Evento interno para compartilhamento de práticas exitosas entre equipes e colaboradores.	Comissão de Gestão
Dezembro	Relatório Anual e reunião mensal	Apresentação do relatório anual, avaliação do cumprimento das metas e planejamento preliminar para o próximo ano.	Presidente e Relator

Plano de Contingência da UPA

A gestão e lideranças de uma organização devem estar preparadas para minimizar possíveis riscos que possam causar danos e consequentemente paralizações dos serviços com consequências para os profissionais, à continuidade da assistência e saúde dos usuários.

O INDSH estabelece que as Unidades realizem um diagnóstico com a relação de todas as possíveis intercorrências que possam interferir na continuidade da assistência aos usuários ou interferir no andamento dos processos.

Deste diagnóstico teremos o Plano de Contingência das Unidades, uma ferramenta fundamental para o gerenciamento de riscos dentro de uma organização. Um evento que acontece fora da rotina, não esperado pelos colaboradores e que prejudicam a integridade do trabalho, deve ter suas consequências minimizadas e, para isso, este plano compõem um conjunto de ações apropriados para nortear e proteger colaboradores de tais eventos que podem causar danos.

Dentro do plano teremos as possíveis respostas de como agir diante dos momentos de adversidades, bem como os recursos que devem ser utilizados para tais momentos e as pessoas responsáveis, prioritariamente, para cuidar dos eventos. O plano de contingência, em termos

Assinado por 1 pessoa: DANIELA CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

gerais, serve para a detecção precoce e resolução de problemas que interfiram no funcionamento da Unidade.

O plano de Contingência não substitui ou dispensa o programa de manutenções preventivas, que serão executadas e registradas conforme processos específicos para todas as situações relacionadas à equipamentos, edificações, veículos e outros.

Uma parte importante da efetividade do plano de contingência é a disseminação das diretrizes que o compõem junto aos colaboradores. Colaboradores informados e treinados sobre o plano de contingência contribuirão conjuntamente para a eficácia, cabendo a todos os envolvidos o aperfeiçoamento das condutas e a divulgação permanente das informações pertinentes.

O plano de contingência, como o nome sugere, é uma ferramenta utilizada diante do "inesperado" que, mesmo diante da manutenção preventiva, possa fugir do controle em situações que os processos estejam na eminência de paralização.

Objetivo

Definir os procedimentos a serem adotados em caso de uma não conformidade no funcionamento dos diversos setores das Unidades.

1. Introdução

Objetivo do plano

Contexto da UPA e sua localização

Importância da preparação para contingências

2. Estrutura Organizacional de Gestão de Crises

Designação de responsabilidades específicas

Criação de um Comitê de Crise

Cadeia de comando durante uma crise

3. Identificação de Riscos

Lista de possíveis ameaças e crises (exemplos: desastres naturais, surtos de doenças, escassez de recursos, etc.)

Avaliação de probabilidade e impacto de cada risco

4. Protocolos de Ação

Procedimentos para cada tipo de crise identificada

Fluxogramas claros para orientar a equipe em situações de emergência

Definição de estratégias de resposta imediata e de longo prazo

5. Comunicação

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Sistema de comunicação interna e externa durante uma crise
Lista de contatos de emergência
Protocolos para fornecer informações atualizadas à comunidade, pacientes e funcionários

6. Gestão de Recursos Humanos

Planos de contingência para a equipe médica e de apoio
Procedimentos para convocar pessoal adicional, se necessário
Estratégias para garantir o bem-estar físico e mental da equipe

7. Gestão de Recursos Materiais e Equipamentos

Inventário de recursos críticos (medicamentos, equipamentos médicos, suprimentos, etc.)
Protocolos para conservação e distribuição eficiente de recursos durante uma crise

8. Segurança e Proteção

Medidas de segurança para proteger pacientes, visitantes e funcionários
Protocolos de evacuação em caso de emergência
Coordenação com autoridades locais de segurança

9. Treinamento e Exercícios

Programa de treinamento regular para a equipe em procedimentos de contingência
Realização de exercícios simulados para testar a eficácia do plano e identificar áreas de melhoria

10. Revisão e Atualização

Cronograma para revisão e atualização periódica do plano
Documentação de lições aprendidas após cada incidente ou exercício

11. Anexos

Formulários de registro de incidentes
Mapas de evacuação
Lista de contatos de emergência

Conclusão

Importância da preparação e colaboração para lidar eficazmente com crises
Compromisso contínuo com a revisão e aprimoramento do plano

Aplicabilidade

Este documento aplica-se a todos os setores das Unidades.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Descrição detalhada de quando acionar

O plano de contingência deverá ser utilizado em casos de falha e danos em áreas das Unidades, viabilizando a recuperação do estado normal de funcionamento até que a manutenção corretiva ou outras providências sejam tomadas.

Incidentes	**Ações**	**Responsável**	**Contato**
Greve de Funcionário	Formalizar os 30% do quadro funcional estabelecido por lei (7.783 de 28 de junho 1989) para atender as necessidades inadiáveis das Unidades.	Departamento pessoal/ coordenações	Gerências e Diretor Executivo
Greve no serviço público de coleta de resíduo comum	Acionar o serviço privado de coleta de resíduo.	Serviço de Hotelaria e Higienização	Gestor da área
Falha no fornecimento de água	Contato com a companhia de fornecimento para priorização dos serviços essenciais à vida – Unidades de saúde. Fornecimento caminhão pipa.	Serviço de Manutenção	Gestor da área/ Gerente Administrativo
Falha no fornecimento de energia elétrica	O Acionamento do Gerador de Energia será automático. Em caso de falha no acionamento do Gerador acionar a Empresa prestadora de serviço de manutenção NOME DA EMPRESA Até a vinda do serviço de manutenção do gerador e ainda sem retorno de energia, as lâmpadas de emergência ficarão acessar por determinado tempo. PLANO DE CONTIGÊNCIA ASSISTÊNCIAL (DT E GERENTE DE ENFERMAGEM)	Serviço de Manutenção Gerente Administrativo	Gestor da área/ Gerente Administrativo Gerente de Enfermagem/ Diretoria Técnica Diretoria Executiva

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	Na eventualidade de todas as opções não obterem êxito, acionar a rede Referência e Contrarreferência para transferência dos pacientes em suporte de ventilação mecânica.		
Falha no fornecimento de Gases Medicinais	De imediato a equipe da assistência deverá realizar a substituição pelos torpedos disponíveis nos setores (Sala amarela e vermelha). Cilindros de Backup para Ar Medicinal e O2 com autonomia mínima de 24h e 48h respectivamente. Estão disponíveis na área externa das Unidades e entram em ação de forma automática. Acionar a empresa fornecedora de gases concomitantemente e o responsável pela Manutenção. Nos casos da necessidade de realizar aspiração utilizar o equipamento de aspiração portátil dos carros de parada localizados na sala vermelha e amarela. São 'X" aspiradores portáteis nas Unidades.		Gestor da área/ Gerente Administrativo Empresa fornecedora de gases
Incêndio	Brigada de incêndio constituída da Unidade deve agir de imediato.	Brigada de Incêndio/ Colaborador/	Corpo de Bombeiros - Fone 193

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	Em todos os plantões na Unidade tem a presença de brigadista nos setores. Acionar corpo de Bombeiros.	Segurança do Trabalho	Gerente Administrativo
Falta de médico plantonista	Médico Clínico plantonista que está entregando o plantão comunicará a direção técnica, para realizar a cobertura através de acionamento da empresa contratada para prestação dos Serviços médicos para a substituição imediata. Em caso, da não chegada de nenhum médico plantonista o médico presente deverá esperar até a resolução ou o responsável pela empresa contratada substituí-lo.	Direção Técnica	Direção Técnica Responsável Técnico pela Empresa médica contratada
Falha no sistema de informática	Acionar equipe de Tecnologia da Informação Utilizar procedimentos e/ou formulários manuais apenas com autorização do responsável pela área se de fato o sistema não retornar. Caso não haja resolução em até 30 min, utilizar o formulário impresso imediatamente.	Coordenador Administrativo e fora do horário comercial o Supervisor responsável pelo plantão	Responsável pela TI Gerente Administrativo
		Recepcionista/ Supervisor do plantão	Responsável pela TI

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Falha na rede de internet	Responsável pela TI, que fará contato com as redes de suporte (contratada), caso não retorne o apoio de remoto, acionar Coordenador Administrativo.		Suporte Empresa contratada Gerente Administrativo
Incidentes	**Ações**	**Responsável**	**Contato**
Falha de abastecimento de material esterilizado	Acessar instrumental que fica disposto na sala ... Enfermeiro responsável para saber o motivo do não fornecimento do material. Entrar em contato com Coordenação de Enfermagem e, se necessário está entrará em contato com outras Unidades de Saúde para suporte.	Coordenador de Enfermagem ou o Supervisor de Enfermagem noturno Coordenação Enfermagem	Gerencia de Enfermagem Responsáveis em outras Unidades de Saúde
Falha na entrega do enxoval	Utilizar a reserva de enxoval – Sala Rouparia. Comunicar a Coordenação Administrativa, de Enfermagem ou o Supervisor de Enfermagem do plantão o não fornecimento. Acionar a lavanderia responsável pelo abastecimento do enxoval.	Coordenação Administrativa ou o Supervisor de Enfermagem do plantão	Coordenação Administrativa Supervisor de Enfermagem do plantão Lavanderia Nome e contato
Greve de transporte coletivo	Coordenadores da Unidade deverão ser acionados. Viabilizar o transporte por aplicativos ou taxi	Coordenador de RH/	Coordenador de RH Gerente Administrativo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

		Gerente Administrativo	
Falta de medicamentos, incluindo nos finais de semanas e feriados	Farmacêutico comunica aos médicos as opções disponíveis. Farmacêutico de plantão comunica o coordenador imediato. Coordenador de farmácia solicita empréstimos as Unidades parceiras	Coordenador de Farmácia	Coordenador de Farmácia Gerente Administrativo
Falha na Bomba de Infusão	Utilizar outra bomba de infusão disponível na sala Amarela e/ou Vermelha. (São "xx" bombas de infusão nas Unidades). Solicitar de imediato a manutenção corretiva, e emitir a O.S. (ordem de serviço). Acionar a Engenharia Clínica	Enfermeiro líder do plantão Engenharia Clínica	Empresa Contratada Engenharia Clínica Gerencia Enfermagem
Falha no equipamento Eletrocardiógrafo	Substituir o Eletrocardiógrafo por outro aparelho manual, que se encontra na sala xxx. Contactar Engenharia Clínica para orientações quanto a manuseio ou a possível substituição do aparelho. Em caso de não retorno, abrir O.S.	Enfermeiro líder do plantão Engenharia Clínica	Engenharia Clínica Gerencia Enfermagem
	Verificar que tipo de falha aconteceu. Solicitar orientação do coordenador de radiologia		Coordenador da radiologia Nome e contato

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Falha no equipamento de Raios x	sobre operacionalização do equipamento. Abrir O.S (Ordem de Serviço). Comunicar a Engenharia Clínica. Acionar a Empresa prestadora de serviço de manutenção ao equipamento. Caso o aparelho não retorne em tempo hábil comunicar ao médico para encaminhamentos aos serviços de referência local. Comunicar Gerência de Enfermagem e Diretoria Técnica	Coordenador da radiologia Engenharia Clínica	Empresa contrato manutenção Coordenador da radiologia Engenharia Clínica Gerencia Administrativa
Falha na digitalizadora Raios X	Reiniciar (especificar o processo) Caso não retorne, acionar o coordenador de radiologia. Abrir O.S (Ordem de Serviço). Acionar Engenharia Clínica Acionar a Empresa SERPA para realizar manutenção corretiva.	Coordenador da radiologia Engenharia Clínica	Empresa contrato manutenção Coordenador da radiologia Engenharia Clínica Gerencia Administrativa
	Utilizar outro ventilador disponível na Unidade na área vermelha. São "X" disponíveis. Ventiladores Mecânico.		Empresa Nome e contato

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Falha no equipamento Ventilador Pulmonar	Solicitar imediatamente a manutenção corretiva do equipamento através de O.S. (Ordem de serviço). Acionar a Engenharia Clínica. Nos casos de não disponibilidade de ventilador pulmonar, utilizar uma das Bolsa-Valva-máscara. Comunicar imediatamente ao médico plantonista e direções da Unidade para solicitação de apoio na transferência e auxiliar na transferência.	Médico e Enfermeiro líder do plantão Engenharia Clínica Gerencia Assistencial Direção técnica	Direção técnica Nome e telefone Engenharia Clínica Gerencia Assistencial Direção técnica
Falha no monitor multiparâmetro	Substituir o monitor por outro disponível na Unidade na área vermelha ou amarela. São "X" monitores cardíacos na Unidade. Solicitar manutenção através de O.S (Ordem de serviço). Comunicar o serviço de Engenharia Clínica.	Enfermeiro líder do plantão Engenharia Clínica	Engenharia Clínica Gerencia Assistencial Direção Técnica
Falha no Cardioversor	Substituir o cardioversor por outro disponível na Unidade na área vermelha ou amarela. São "X" cardioversores na Unidade. Solicitar manutenção através de O.S (Ordem de serviço).	Enfermeiro líder do plantão Engenharia Clínica	Engenharia Clínica Gerencia Assistencial

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	Comunicar o serviço de Engenharia Clínica.		Direção Técnica
Falha nos equipamentos do Laboratório	Solicitar manutenção através de O.S (Ordem de serviço). Acionar Engenharia Clínica Acionar a empresa responsável pelo fornecimento do serviço. Comunicar Gerente de Enfermagem e Diretoria Técnica	Coordenador Laboratório Enfermeiro líder do plantão Engenharia Clínica	Coordenador Laboratório Engenharia Clínica Gerencia Assistencial Direção Técnica
Falha na impressão das etiquetas de identificação do paciente	Acionar equipe de Tecnologia da Informação Recepção deverá informar ao enfermeiro da classificação o ocorrido. Em caso do não retorno em tempo hábil o enfermeiro da classificação deverá realizar a identificação escrita na pulseira de classificação durante o ato de classificar.	Responsável pela TI Coordenação Administrativa Supervisor de Enfermagem do plantão	Responsável pela TI Coordenação Administrativa Supervisor de Enfermagem do plantão
Falha na impressão das etiquetas de identificação dos medicamentos na farmácia.	Acionar equipe de Tecnologia da Informação Em caso do não retorno em tempo hábil a farmácia da deverá realizar a identificação por escrito para a dispensação dos medicamentos.	Farmacêutico plantonista/ Coordenação de Farmácia	Coordenadora de Farmácia Responsável pela TI

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	A fita para identificação por escrito dos identificadores do paciente está disponível no setor da farmácia.		
PLANO DE ATENIDMENTO A MULTIPLAS VÍTIMAS	Elaboração do PLANO ASSISTÊNCIAL em conjunto com as Unidades sob Gestão e outras Unidades de Saúde do Município.	DIREÇÃO E GERENCIAS DE AMBAS UNIDADES	

1.6 Sistema de Informação – PEP

Proposta de Gestão da Informação, com Especificação para Implantação de Sistema de Informação e Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP e gestão de Agenda

O INDSH adotará um Sistema de Gestão Hospitalar – SGH, que irá permitir em tempo real tanto a administração local, como o gestor, total integração com os dados estatísticos, financeiros, custos e de produção da Unidade.

Dentre os benefícios que a solução SGH permite temos:

- Apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas dos Hospitais;
- Permitir a criação de indicadores;
- Oferecer dados estratégicos para análise;
- Trocar de informações de forma colaborativa de nível federal com municipal facilitando assim a adoção de projetos de melhorias comuns para os hospitais envolvidos no projeto.

O INDSH será responsável pela prestação de serviços de implantação e suporte técnico do SGH, e a disponibilização de login e senhas para o ente público, bem como a manutenção corretiva e preventiva de todos os ativos de informática utilizados para operacionalização do SGH e automação de escritório, incluindo o fornecimento de todo o material, a partir de projeto básico ou de levantamento de necessidades, conforme especificados abaixo:

- Consultoria e Gestão do Projeto (Fases de Planejamento, Aquisição, Implantação e Suporte);
- Implantação do SGH com todas as funcionalidades apresentadas neste documento;
- Treinamento inicial e Operação Assistida durante toda a implantação.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Os serviços de suporte técnico no local objetivam garantir o funcionamento ininterrupto do sistema, para atendimento das necessidades descritas abaixo, sendo estes serviços solicitados por demanda, por meio de Ordem de Serviço:

- Instalação, configuração e otimização do sistema;
- Solicitação de criação e manutenção dos acessos dos usuários na rede da prefeitura para autenticação no sistema (logins);
- Configuração ou alteração das permissões dos usuários autenticados pelo sistema;
- Configuração dos equipamentos para operação com o sistema;
- Configuração dos equipamentos no sistema;
- Identificação e correção de problemas operacionais relativos ao sistema;
- Avaliações, diagnósticos e proposições de melhorias do ambiente;
- A empresa deverá prestar serviços de suporte técnico "on-site", em um prazo de até 2 (duas) horas, para atendimento e 12 horas para a solução do problema causador da chamada;
- A Contratada deve disponibilizar suporte de atendimento através de uma Central de Atendimento, composta por atendentes, analistas de negócios e analistas de manutenção, sendo o fluxo de atendimento efetuado em até 02 (dois) níveis;
- A empresa deverá prestar serviço de atendimento de suporte telefônico ou local, em regime 24hs x 7dias x 360dias.

O treinamento deve ser realizado em turmas de no máximo 20 (vinte) pessoas, dependendo de cada caso e a critério da Contratante. Este treinamento deverá ser executado nas dependências da Unidade Hospitalar na qual o SGH está sendo implantado ou, a critério da Contratante, realizado em outro local. Caso necessário, a Contratada deverá providenciar o material de apoio necessário (projetor, computadores para os alunos, etc.).

As Unidades deverão providenciar o espaço físico e serão corresponsáveis pelas definições das datas, horários, assim como a composição das turmas. Os treinamentos deverão ser realizados prioritariamente nos horários das 7h às 19h, sendo que, eventualmente podem ser realizados nos horários das 19h às 22h e nos Finais de semana (limitado a 35% do total de treinamentos), visando atender aos Plantonistas Hospitalares e respectivas escalas.

Em conjunto com a implantação, a Contratada deverá fornecer o serviço de Operação Assistida "on site". Entende-se, por Operação Assistida "on site", o serviço, a ser executado nas dependências da Unidade de Saúde Referenciada e por tempo determinado, de operação, manutenção e suporte de sistemas computacionais. A contratada deve disponibilizar técnicos e

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO QUVEDA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

operadores treinados que atuarão na supervisão da implantação do SGH, orientando localmente os usuários na utilização dos sistemas.

O serviço de operação assistida "on site" compreende as tarefas de:

- Acompanhamento das mensagens do sistema, solução dos problemas apontados e/ou acionamento das equipes de suporte sempre que houver algum alarme do sistema;
- Definição e implementação de rotinas do ambiente assistido;
- Monitoramento e testes de campo remoto de acesso e stress;
- Treinamento e capacitação continuada no uso do SGH;
- Detecção de problemas de desempenho do sistema;
- Checagem e homologação dos dados;
- Checagem e manutenção dos acessos à rede da prefeitura (logins).

O SGH ofertado pode possuir mais recursos e módulos que os abaixo detalhados. Esses recursos e módulos adicionais ofertados devem ser instalados, conforme planejamento da AHM, sem ônus adicionais para a Contratante.

Módulos

- Pacientes
- Observação
- Administrativo
- Assistencial
- Prescrição Médica
- Controles do Paciente
- Outros Módulos
- Colaborador
- Configuração
- Indicadores

A implantação do SGH deve levar em consideração os seguintes aspectos:

- Levantar e analisar as plantas da Unidade (rede e energia elétrica) Premissa: obtenção prévia das plantas:
- Definir os postos de trabalho conforme fluxo de trabalho
- Levantar as quantidades necessárias de pontos de rede, energia elétrica, computadores e impressoras e sinalizar para a AHM

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Apresentar o sistema SGH no auditório com participação dos representantes da Unidade, como diretores, SAME, médicos, enfermagem, farmácia, e demais áreas, para apresentação do plano de implantação, cadastros necessários ao sistema e breve apresentação do sistema a ser implantado.

Definir os processos e alinhar para implantação do sistema:

- Levantar as integrações
- Definir uma sala para a implantação (treinamento, cadastros, ...);
- Definir os colaboradores da Unidade que participarão da implantação realizando inicialmente os cadastros;
- Reverificar a infraestrutura de rede, energia, computadores, impressoras, zebras e leitores de código de barras para os postos do SGH. Avisar necessidades de infra e hardware para aquisição.

Apresentar o sistema para atividades de carga de cadastros, definição de infraestrutura, identificação dos facilitadores e cronograma para implantação dos módulos:

- Cadastrar os colaboradores: pessoas, servidores, importação dos usuários do AD, definição dos perfis (robô);
- Levantar e cadastrar as unidades funcionais e centro de custo;
- Levantar e cadastrar os leitos;
- Cadastrar as especialidades e equipes;
- Cadastrar os consultórios;
- Cadastrar as grades dos médicos;
- Solicitar range de Ips fixos;
- Cadastrar e configurar computadores e browsers;
- Configurar os computadores e browsers;
- Configurar impressoras no CUPS;
- Configurar parâmetros do sistema;
- Complementação dos cadastros da Unidade.

Treinar usuários nos módulos a serem implantados:

- Verificar as grades de treinamento;
- Cadastrar impressoras do treinamento no CUPS em HM e PROD;
- Copiar os dados de HM para PROD liberando o ambiente de HM para o treinamento;
- Treinar equipe local (Atendimento PS, Suporte);

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- Treinar atendentes do Registro (Atendimento PS);
- Treinar colaboradores do RH (Suporte, cadastros e manutenção dos colaboradores);
- Treinar colaboradores da enfermagem (- Movimentação).

Validar os cadastros básicos: carga dos cadastros básicos, atribuição dos perfis, usuários importados:

- Parametrizar o ambiente com os dados da Unidade (endereço, CNES, logo, turnos, ...)
- Conferir os cadastros dos colaboradores e profissionais e completar o que falta e correções;
- Conferir os cadastros dos computadores e impressoras completando o que falta e correções;
- Cadastrar impressoras no CUPS;
- Conferir os cadastros dos leitos de observação completando o que falta e correções;
- Conferir os cadastros e completar o que falta e correções;
- Conferir os cadastros das grades de consultas, completar o que falta e correções.

Validar a infraestrutura e checagem dos equipamentos, micros, impressoras e softwares necessários para implantação do sistema:

- Validar a infraestrutura e checagem dos equipamentos, micros, impressoras, zebras, leitores de códigos de barras e softwares necessários para implantação do sistema;
- Verificar nomenclatura e sinalização da Unidade.

Alinhar os colaboradores da Unidade com os processos para utilização do sistema SGH:

- Divulgação da implantação do sistema SGH na Unidade;
- Instruir atendentes do PS (checkin) na utilização do SGH no cadastro dos pacientes, geração da FA;
- Instruir atendentes do checkout na utilização do SGH para atualização de status das FAs de pacientes que não foram atendidos (evasão, óbito, ...);
- Alinhar e processo de solicitação de observação e instruir usuários;
- Instruir atendentes do SAME internação na utilização do SGH para a internação de pacientes e impressão de documentos e pulseira;
- Instruir enfermeiros na utilização do SGH para a movimentação de pacientes em obsesrvação e utilização do Censo;
- Instruir ATAS e atendentes na utilização do SGH para a marcação de consultas e controles de agendas dos médicos dos ambulatórios.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Revisar e alinhar a implantação do sistema SGH e atividades previstas para acompanhamento:

- Reunir para revisar e alinhar implantação e atividades previstas para acompanhamento;
- Resolver pendências e/ou dúvidas para implantação do sistema;
- Comunicar os colaboradores da Unidade da implantação do sistema e da necessidade de utilização por todos (formalização da Unidade).

Acompanhar pós-implantação:

- Realizar parecer equipe de negócio sobre a implantação;
- Registrar lições aprendidas.

Gestão de Agenda para Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

A gestão de agenda é essencial para garantir a organização e eficiência dos serviços prestados, assegurando um fluxo adequado de pacientes e otimizando o uso dos recursos disponíveis. Como parte do Sistema Único de Saúde (SUS), a UPA desempenha um papel fundamental no atendimento de urgência e emergência, e a implementação de um sistema estruturado de agendamentos contribui para a melhoria da qualidade assistencial e gerencial.

Objetivos da Gestão de Agenda na UPA

1. **Otimizar o Fluxo de Pacientes**: Acompanhamento em tempo real do atendimento, reduzindo filas e tempo de espera, além de priorizar casos conforme classificação de risco.
2. **Monitoramento da Capacidade de Atendimento**: Controle da ocupação de salas de emergência, observação e consultórios, permitindo ajustes na alocação de profissionais e leitos.
3. **Geração de Relatórios Gerenciais**: Coleta de dados estratégicos sobre tempo de atendimento, taxa de ocupação, demanda por especialidades e outras métricas fundamentais para a gestão da unidade.
4. **Integração com Outros Serviços de Saúde**: Facilitação da regulação de pacientes para internações hospitalares ou encaminhamentos para unidades de referência.
5. **Melhoria na Comunicação entre as Equipes**: Organização das escalas médicas, turnos de enfermagem e disponibilidade de profissionais de diferentes áreas para assegurar um atendimento contínuo e eficiente.

Benefícios da Implementação

- **Redução do Tempo de Espera**: Permite uma distribuição mais equilibrada dos atendimentos, evitando sobrecarga de profissionais e períodos de ociosidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Maior Eficiência no Atendimento**: Facilita a priorização de casos conforme a gravidade e assegura que pacientes críticos recebam assistência de forma ágil.
- **Qualidade e Segurança Assistencial**: Garante registros organizados, melhorando o acompanhamento clínico e a continuidade do atendimento em outras unidades de saúde.
- **Tomada de Decisão Baseada em Dados**: A geração de relatórios possibilita a análise de indicadores essenciais para planejamento e melhorias nos serviços prestados.

A gestão de agenda é, portanto, uma ferramenta essencial para o aprimoramento do atendimento, promovendo maior eficiência operacional, melhor organização dos recursos e, principalmente, garantindo uma assistência qualificada e humanizada aos pacientes.

Gestão Administrativa dos Processos de Aquisição

A aquisição e gestão de equipamentos, materiais hospitalares, medicamentos e correlatos são fundamentais para o funcionamento eficiente e seguro das instituições de saúde. Para assegurar a qualidade dos produtos, a segurança dos pacientes e a conformidade com as regulamentações vigentes, é essencial seguir normas padronizadas em todas as etapas do processo, desde a aquisição até a distribuição/dispensação para os setores. Abaixo, detalham-se as diretrizes principais para cada etapa:

1. Aquisição:

- **Planejamento:** Iniciar o processo com um planejamento detalhado das necessidades da instituição, considerando demanda, orçamento disponível e prazos.
- **Especificação:** Elaborar especificações técnicas claras para cada item, assegurando que os produtos atendam aos requisitos clínicos e às normas regulamentares, como as da ANVISA.
- **Cotação e Seleção de Fornecedores:** Realizar cotações de preços junto a fornecedores qualificados, priorizando aqueles que apresentam histórico de confiabilidade, qualidade e conformidade legal.
- **Formalização:** Formalizar a compra por meio de contratos ou pedidos, especificando condições negociadas, garantias e prazos de entrega. Garantir a revisão legal de todos os documentos contratuais.

2. Recebimento:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E
Página 407

- **Conferência:** No momento do recebimento, verificar se os produtos entregues estão de acordo com as especificações técnicas e quantitativas estabelecidas na compra. Conferir se as embalagens estão íntegras e se os produtos estão dentro do prazo de validade.
- **Registro:** Documentar o recebimento com a emissão de comprovantes, notas fiscais e relatórios de conferência, registrando qualquer discrepância ou dano detectado.
- **Comunicação de Divergências:** Em caso de problemas, notificar o fornecedor imediatamente e adotar as medidas necessárias para a substituição ou correção do pedido.

3. Guarda:

- **Armazenamento Adequado:** Armazenar os materiais e medicamentos em locais apropriados, com controle de temperatura, umidade e higiene, conforme as normas vigentes. Separar produtos por categorias, prazos de validade e condições de armazenamento específicas (ex.: refrigerados, protegidos da luz).
- **Controle de Estoque:** Implementar um sistema de controle de estoque eficiente, que permita o monitoramento de entradas e saídas, evitando perdas por vencimento ou deterioração dos produtos.
- **Segurança:** Garantir que o acesso aos locais de armazenamento seja restrito a pessoal autorizado, assegurando a integridade dos produtos.

4. Distribuição e Dispensação:

- **Solicitações dos Setores:** Atender às solicitações dos setores de forma organizada, garantindo que os produtos sejam entregues conforme a necessidade e a prioridade de cada área.
- **Separação e Conferência:** Antes de distribuir ou dispensar, realizar a conferência dos produtos solicitados, garantindo que estejam corretos em quantidade, tipo e qualidade.
- **Registro de Saída:** Registrar todas as movimentações de estoque, documentando a saída de produtos para cada setor e controlando a rastreabilidade.
- **Orientação:** Para medicamentos e correlatos, fornecer orientações claras aos profissionais de saúde quanto ao uso correto, armazenamento e possíveis riscos associados aos produtos.

5. Monitoramento e Auditoria:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Auditorias Regulares:** Realizar auditorias periódicas para verificar a conformidade dos processos de aquisição, recebimento, armazenamento e distribuição com as normas estabelecidas.
- **Gestão de Não Conformidades:** Identificar e corrigir falhas nos processos, adotando medidas corretivas e preventivas para evitar a repetição de erros.
- **Atualização de Procedimentos:** Revisar e atualizar as normas e procedimentos sempre que necessário, garantindo que a instituição esteja em conformidade com as novas diretrizes e regulamentações.

6. Capacitação Contínua:

- **Treinamento:** Capacitar continuamente os profissionais envolvidos em cada etapa do processo, assegurando que estejam atualizados quanto às boas práticas, normas de segurança e regulamentações aplicáveis.
- **Conscientização:** Promover a conscientização sobre a importância da qualidade e segurança em todas as etapas do processo, desde a aquisição até a dispensação final.

Seguir normas rigorosas para a aquisição, recebimento, guarda e distribuição/dispensação de equipamentos, materiais hospitalares, medicamentos e correlatos é essencial para garantir a segurança dos pacientes e a eficiência operacional da instituição de saúde. A implementação dessas normas promove a transparência, minimiza riscos e assegura a conformidade com as regulamentações vigentes, resultando em um ambiente de cuidado mais seguro e organizado.
As áreas de almoxarifado, farmácia e compras já foram descritas detalhadamente neste projeto no item Implantação de Processos.
A aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais seguirá nosso processo constante no Regimento de Compras e Serviços que faz parte no site do Instituto:

https://www.indsh.org.br/wp-content/uploads/2023/08/Regulamentos-Institucionais-para-compra-15.06.23.pdf

Farmácia

Compete todo processo de recebimento, armazenamento e dispensação de medicamentos e materiais hospitalares, conforme os padrões estabelecidos em legislações pertinentes. A Farmácia deve exercer um controle efetivo dos produtos de sua responsabilidade, adotando mecanismos que garantam a rastreabilidade e integridade deles, além atender a demanda dos serviços assistenciais em tempo hábil.

Almoxarifado

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Compete a função de conferir a coerência e integridade de todos os suprimentos adquiridos pela Unidade, assim como exercer o correto armazenamento, conforme legislações pertinentes, e dispensar os mesmos de forma eficaz. O Almoxarifado deve manter um contado direto com o setor de compras para a contínua troca de informações, visando garantir o correto abastecimento da Unidade, assim como avaliar o desempenho dos fornecedores.

Compras

Compete por todas as compras realizadas pela instituição, trabalhando com a Plataforma Bionexo. O setor de Compras deve desenvolver suas atividades acompanhando instruções de trabalho e a lista de padronização elaborada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, adotando a metodologia da curva ABC, além de aplicar critérios de qualificação dos fornecedores, visando sempre à aquisição do produto mais adequado, com o menor preço, com qualidade e dentro do prazo necessário para se atender a demanda da Unidade.

Integração do PEP com Compras, Almoxarifado, Farmácia e Dispensação

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é uma ferramenta digital que centraliza todas as informações clínicas e assistenciais do paciente em um único sistema. Ele permite o registro seguro, ágil e padronizado de dados desde o acolhimento até a alta, promovendo a rastreabilidade e a continuidade do cuidado.

No entanto, o PEP vai além da área assistencial: ele é um elo fundamental entre setores estratégicos como compras, almoxarifado, farmácia e dispensação, otimizando os processos de gestão e promovendo a eficiência institucional.

Integração com Compras e Almoxarifado

Solicitação automatizada de insumos diretamente a partir da prescrição no PEP.

Controle de consumo por paciente ou setor, com rastreabilidade do uso de materiais e medicamentos.

Geração de requisições de compras com base na demanda real assistencial, reduzindo compras desnecessárias e otimizando o giro de estoque.

Monitoramento de indicadores como taxa de compras de urgência, itens com estoque crítico e eficiência na reposição.

Integração com Farmácia e Dispensação

Prescrição médica eletrônica integrada à farmácia, permitindo avaliação técnica em tempo real.

Checagem eletrônica de doses, horários e vias de administração, reduzindo o risco de erros de medicação.

Dispensação rastreável, vinculada ao paciente e ao responsável técnico.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Gestão de estoque automatizada, com baixa imediata dos itens dispensados e atualização do almoxarifado e farmácia satélite.
Registro de intervenções farmacêuticas, notificações de reações adversas e suporte à farmacovigilância.
Benefícios da Integração com o PEP
Maior controle e segurança no uso de insumos e medicamentos.
Agilidade no atendimento, com redução de etapas manuais.
Integração entre setores, evitando retrabalho e garantindo continuidade do cuidado.
Otimização de recursos, com redução de perdas, desperdícios e compras emergenciais.
Rastreabilidade total, do pedido à administração no paciente.
Facilidade na geração de relatórios e indicadores para auditorias, controle de qualidade e tomada de decisão.

Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos

Os registros dos pacientes são feitos dentro dos módulos do sistema de gestão hospitalar, e são utilizados pelos estabelecimentos de saúde para registrar todos os processos de entrada e saída do paciente, visando garantir a identificação permanente de todo seu histórico nas Unidades de Saúde, com um único prontuário.

Para isso são realizados os seguintes fluxos:

A - Fluxos Auxiliares (Recepção Entrada)
Pesquisa e cadastramento de pacientes
Objetivo: localizar um determinado paciente através do número de Registro Local do Paciente (RLP), de seu Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou de seu nome, combinado com o nome da genitora (esta é uma forma de evitar os homônimos), e, caso o paciente não esteja cadastrado na base de dados, realizar o cadastro, preenchendo todos os dados solicitados no sistema.
Descrição: este fluxo se inicia quando é necessária a localização ou o cadastro dos dados de um paciente para preenchimento de uma solicitação de atendimento para acesso aos serviços da Unidade.

B - Transferência de leito (observação)
Objetivo: manter atualizado a movimentação do paciente enquanto permanecer na Unidade, garantindo que as informações no sistema estejam corretas, evitando eventos indesejáveis como falhas de medicação, diagnóstico e/ou procedimentos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Descrição: alterar a informação de alocação de leito de um paciente, ou seja, movimentar o paciente de um leito para outro sempre que ocorrer a mudança de leito. Este fluxo se refere a movimentação do paciente dentro da Unidade onde ele já está em observação.
O fluxo inicia sempre que necessário realizar a movimentação.

C - Fluxos Administrativos (Serviço de Arquivo ou Serviço de Prontuários do Paciente - SPP)
Objetivo: garantir que todos os procedimentos realizados durante a permanência na Unidade sejam registrados no prontuário do paciente.
Descrição: fazer a conferência da documentação e os devidos registros pertinentes aos atendimentos realizados. Todos os prontuários enviados ao Faturamento deverão estar com a documentação em ordem conforme checklist estabelecido, preconizado pela legislação vigente e normas contratuais. Após o faturamento das contas, providenciar arquivamento e guarda conforme preconizado em lei e normas previamente estabelecidas (Instruções de Trabalho).

O Prontuário do paciente é o documento legítimo e individual deste, contendo dados pessoais e informações sobre o tratamento clínico, procedimentos, medicamentos, resultados de exames, situação de seu estado de saúde, entre outras informações peculiares do paciente. É um instrumento dinâmico que uma vez iniciado permanece aberto por tempo indeterminado, atendendo sempre que o paciente recorrer à instituição.

O prontuário deve ser composto de ficha de atendimento, impresso de classificação de risco, prescrição médica, evolução médica, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem, formulários específicos dos demais profissionais e registro dos profissionais, termo de consentimento e ficha de controle de sinais vitais.

Com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado ao paciente admitido na Unidade, o prontuário acompanha o paciente em todo o processo de atendimento, é padronizado e mantido no Arquivo.
A revisão ou criação de novos impressos deverá seguir um fluxo estabelecido pela Comissão de Revisão de Prontuários de acordo com as normas legais, contratuais e Institucionais. A aplicabilidade do conteúdo em conformidade com os padrões das estabelecidos na Unidade estará sob a responsabilidade e controle do colaborador responsável pelo Serviço de Arquivo ou Serviço do Prontuário do Paciente – SPP.

Outras Serviços e setores são corresponsáveis pela atualização, organização e manutenção do prontuário, como a equipe médica e multiprofissional e o faturamento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

As informações contidas no prontuário pertencem ao paciente e estão sob a guarda e supervisão permanente da Unidade. Elas são guardadas pelas legislações vigentes.

O INDSH reconhece que é o principal guardião dos prontuários dos pacientes e tem o dever de mantê-los organizados e seguros, bem como disponibilizar cópias sempre que for necessário aos órgãos competentes e ao paciente ou seu representante legal.

A metodologia adotada para o arquivamento dos prontuários é de suma importância para que não ocorra perdas devido ao arquivamento em ordem errada ou a ocorrência de outros eventos como troca de prontuários devido a homônimos.

Dentre as diversas opções existentes de sistemas de arquivamento, podemos citar as mais comuns, salientando que o objetivo é a organização, fácil localização e a segurança dos documentos:
Sistema numérico sequencial (número do cadastro)
Sistema de arquivamento com base no método alfanumérico
Sistema de arquivamento dígito terminal
O colaborador do Arquivo deve auditar de maneira sistematizada, o nível de conformidade de preenchimento do prontuário, de acordo com os critérios estabelecidos pela Comissão de Revisão de Prontuários.

A emissão de cópias de quaisquer informações do prontuário do paciente é proibida, a não ser que tenha consentimento por escrito do paciente ou seu representante legal. Esse consentimento deverá ser declarado em formulário próprio, fornecido pelo Arquivo, mediante a presença de duas testemunhas:
Esposo (a);
Representante legal atuante de direito;
Filho (a) adulto (a);
Irmão (ã) adulto (a) guardião ou responsável.

A cópia deverá ser realizada nas dependências do Arquivo e, em condições excepcionais, poderá ser realizada em outro local, desde que realizada pelo colaborador do arquivo (seguindo as normas estabelecidas pelas Unidades). Todos os prontuários xerocados e suas respectivas cópias deverão ter suas páginas numeradas, frente e verso.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Plano para Implantação da Sistematização da Gestão de Leitos

O gerenciamento dos leitos nas Unidades de Saúde nos variados níveis de atenção, baixa, média e alta complexidade, bem como os leitos de observação disponíveis nas Unidades de Pronto Atendimento – urgência e emergência -, nos quais os usuários, de acordo com os protocolos legais, não devem ficar mais que 24 horas, prazo que, em tese, devem ser transferidos para Unidades de maior complexidade e suporte à vida, é um grande desafio Nacional.

Não se trata somente da implantação de sistemas avançados de gerenciamento dos leitos físicos, enquanto a capacidade operacional, o controle, planejamento e distribuição destes leitos continuam ineficazes e dependentes de recursos insuficientes.

Algumas ações são necessárias para a eficácia do Sistema de gerenciamento, entre eles o controle da permanência dos usuários dentro de padrões aceitáveis, garantindo o giro dos leitos e a garantia da ocupação que viabilize a operacionalização do Serviço de Saúde.

Diante de tais fatos, os gestores precisam realizar o gerenciamento dos leitos, buscando a otimização destes na Unidade de Saúde.

O INDSH, a metodologia utilizada pelos Sistemas de Gerenciamento de Leitos na maioria dos Estados e pelo SISREG ou SER, com painéis fixados nas unidades de internação ou observação com informações básicas como: data de internação, usuário, plano terapêutico de acordo com os protocolos definidos para as Unidades – uso de códigos específicos – e data prevista de alta definida no plano terapêutico, mais conhecido como “Kanban”.

O Kanban é uma palavra japonesa que traduzido significa registro visível. Na prática um sistema visual – quadro ou painel informatizado - e ágil de gestão de produção ou de tarefas que funciona de maneira dinâmica para gerenciar o trabalho à medida que ele se move de acordo com os processos estabelecidos. Esta ferramenta possibilita organizar do fluxo de trabalho em colunas e cartões, de modo que toda a equipe visualize do início ao fim, e identifique se há gargalos ou maneiras de otimizar o processo.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

GESTÃO MULTIDISCIPLINAR DO PLANTÃO

LEITO	NOME DO PACIENTE	IDADE	ENTRADA NA UPA		MÉDICO	ENFERMEIRO	TÉCNICO ENF.	DIETA	OBSERVAÇÃO
			DATA	HORA					
EMERGÊNCIA 01									
EMERGÊNCIA 02									
EMERGÊNCIA 03									
EMERGÊNCIA 04									
ISOLAMENTO 01									
ISOLAMENTO 02									
OBSERVAÇÃO M 01									
OBSERVAÇÃO M 02									
OBSERVAÇÃO M 03									
OBSERVAÇÃO M 04									
OBSERVAÇÃO M 05									
OBSERVAÇÃO M 06									
OBSERVAÇÃO F 01									
OBSERVAÇÃO F 02									
OBSERVAÇÃO F 03									
OBSERVAÇÃO F 04									
OBSERVAÇÃO F 05									
OBSERVAÇÃO F 06									
OBSERVAÇÃO F 07									
OBSERVAÇÃO F 08									
EXTRA 01									
EXTRA 02									
EXTRA 03									
EXTRA 04									

O acompanhamento do cumprimento do plano terapêutico será realizado diariamente pelo Diretor Técnico da Unidade, a Coordenação de Enfermagem, Enfermeiro do NIR e a Enfermeira responsável pela observação, que, através de um checklist definido pelo do Núcleo de Segurança do Paciente, verificam a situação de permanência ou alta do usuário.

Além do acompanhamento sistemático pela equipe de gestão assistencial, os demais profissionais da área também podem visualizar e contribuir para a gestão dos leitos com uma comunicação ativa e o cumprimento das interações de trabalho, como exemplo podemos citar o laboratório, comunicando a equipe médico e enfermagem sobre a disponibilidade dos resultados, agilizando a tomada de decisões referentes ao plano terapêutico definido.

O INDSH promove e proporciona condições para que o usuário seja o centro da tomada de decisões através da cultura de segurança, humanização, transparência e, principalmente, com o desenvolvimento de profissionais éticos, humanizados e proativos.

A metodologia utilizada pelo INDSH e que será desenvolvida nas Unidades Hospitalares, tem foco na revisão e implantação de processos, a interação destes entre as diversas áreas, fluxos e a cultura do pertencimento, onde o profissional faz parte da equipe, seu desenvolvimento profissional e humano e sua opinião é importante para o processo de melhorias e a vida de pessoas.

O Núcleo Interno de Regulação – NIR -, está presente em todas as Unidades administradas pelo INDSH contando com profissionais capacitados e com sistemas de gerenciamento implantados, com monitoramento de indicadores como a permanência, ocupação dos leitos, garantindo a otimização da capacidade instalada e o mais importante, a eficácia no tratamento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Em nossas Unidades, temos a cultura da realização de reuniões diárias com a equipe multiprofissional e envolvidos no plano terapêutico do usuário para alinhamento dos processos em tempo integral – "full time" -, o que contribui para a resolução e ajustes necessários. Estas reuniões denominamos de ADS - Ajustes Diários de Segurança.

Na área vermelha, temos o alerta de código vermelho, com utilização do sistema de comunicação interno ou a simples instalação de um sistema de sinalização – iluminação na cor vermelha - entre a sala vermelha, posto de enfermagem, farmácia e demais pontos de serviços ou profissionais envolvidos no atendimento.

Abaixo exemplos usados nas Unidades sob gestão do INDSH, sendo a mesma metodologia adotada institucionalmente.



ORDEM PARA ATENDIMENTO: VERMELHO: IMEDIATO >> AMARELO: PRIORITÁRIO >> VERDE: POUCA URGÊNCIA >> AZUL: NÃO URGENTE

CLINICA	PACIENTES AGUARDANDO	MAIOR TEMPO AGUARDANDO			EM ATENDIMENTO	TEMPO EM ATENDIMENTO	
		HORA FIM TRIAGEM	ESPERA MÉDICO	Nº ATENDIMENTO		PERMANÊNCIA	Nº ATENDIMENTO
Médica	0	-	-	-	2	02d 11h 38m	23784752
Médica	1	08:09	0h 2m	23796674	12	01d 21h 34m	23787455
Médica	0	-	-	-	5	01d 17h 17m	23789730
Médica	1	08:10	0h 1m	23796717	7	12h 24m	23796252
Pediátrica	0	-	-	-	1	11h 31m	23796314
Pediátrica	0	-	-	-	2	5h 31m	23796508

Pacientes atendidos
Ref. Contrato 054/2022
Atendimentos 36
Capacidade diária 327

Hora atual
08:12

Espera para a triagem
Nenhum paciente aguardando



ORDEM PARA ATENDIMENTO: VERMELHO: IMEDIATO >> AMARELO: PRIORITÁRIO >> VERDE: POUCA URGÊNCIA >> AZUL: NÃO URGENTE

CLINICA	PACIENTES AGUARDANDO	MAIOR TEMPO AGUARDANDO			EM ATENDIMENTO	TEMPO EM ATENDIMENTO	
		HORA FIM TRIAGEM	ESPERA MÉDICO	Nº ATENDIMENTO		PERMANÊNCIA	Nº ATENDIMENTO
Médica	0	-	-	-	3	02d 08h 56m	23784868
Médica	1	08:05	0h 30m	23796656	13	09d 21h 28m	23747118
Médica	3	08:11	0h 24m	23796642	11	01d 22h 41m	23786964
Médica	4	08:05	0h 30m	23796621	6	2h 16m	23796567

Pacientes atendidos
Ref. Contrato 055/2022
Atendimentos 43
Capacidade diária 218

Hora atual
08:36

Espera para a triagem
Maior tempo em espera
5 Médica 1:29 h 23796597

Gerenciamento de Leitos

Rede de Urgência e Emergência

A organização da rede tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO DE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MAIOR RESOLUTIVIDADE

Gerenciamento De Leitos

Gerenciar leitos hospitalares significa utilizar os leitos disponíveis em sua capacidade máxima, dentro dos critérios definidos pela instituição, visando a diminuição da espera pela internação, garantindo a acessibilidade ao usuário e refletindo em melhorias na qualidade do atendimento e na satisfação dos clientes internos e externos.

Objetivo

Redução de tempo para uma nova internação

Redução de tempo de internação

Melhorias no giro do leito hospitalar

Objetivos Específicos

Mapear os processos do gerenciamento de leitos com o objetivo de melhorar o giro do leito

Implementar um plano de ação para reduzir o tempo consumido para a realização desses processos

Envolver e incentivar desospitalização;

Otimizar giro do leito;

Liberar leito para internações ambulatoriais e de emergência;

Divulgar e envolver profissionais no gerenciamento de leitos.

Atividades Do Gerenciamento De Leitos

Acompanhamento das internações e altas

Gestão das transferências internas

Planejamento de vagas para procedimentos

Acompanhamento diário da taxa de ocupação

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Controle do giro de leito

Controle do tempo de espera para internação, para liberação do leito e para transferência de pacientes

Análise dos cancelamentos de procedimentos por falta de vaga

Planejamento e controle do processo de regulação de vagas

Fases Para Implantação Do Gerenciamento De Leitos

Sensibilização das equipes envolvidas sobre manter a permanência do paciente dentro de critérios técnicos estabelecidos pela instituição;

Sensibilização dos setores envolvidos no processo de liberação do leito.

Processo De Liberação/Ocupação De Leito

Alta do paciente e liberação do leito para higiene;

Higienização do leito e liberação para internação de novo paciente;

Internação de pacientes ambulatoriais e de urgência.

Sensibilização da equipe médica sobre a permanência do paciente dentro de critérios técnicos estabelecidos pela Instituição, bem como sobre sua atuação no processo de liberação do leito;

Resultados Esperados

Aumentar a taxa de ocupação

Agilizar transferência para as Unidades de Internação da Unidade e/ou outras Unidades Hospitalares da Retaguarda;

Alta Médica até ás 12hs sempre que possível;

Agilizar liberação do leito para internação de novo paciente;

Desocupar leito com brevidade após a alta;

Maior Assertividade das previsões de alta;

Manter Leitos reservas nas Unidades para as altas da UCO;

Reduzir o número de pacientes na Emergência;

Diminuir o tempo de espera das cirurgias dos pacientes;

Diminuir o tempo de espera para procedimentos ambulatoriais.

Internar pacientes para procedimentos eletivos o mais próximo possível do dia e hora do procedimento;

Parcerias na Gestão de Leitos

Equipe Médica

Equipe de Enfermagem

Equipe administrativa

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Centro Cirúrgico/Hemodinâmica/Ambulatório/UCO/Medicina Nuclear

CME

Laboratório

Serviço de Radiodiagnóstico

Serviço Social

SAME

Serviço de Retaguarda de leitos

CCIH

Nutrição

Zeladoria/Manutenção

PADI

Humanização/Ouvidoria

Contas Médicas/Custos/Informática

Transporte

Almoxarifado



Tecnologia da Informação

A Tecnologia da Informação (TI) está cada dia mais presente nas empresas, mudando radicalmente os hábitos e a maneira de comunicação. É de vital importância a definição de normas de segurança que visem disciplinar o uso da tecnologia da informação.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A implantação da Política de Segurança da Informação (PSI) nas Unidades sob gestão do INDSH, está fundamentada na norma NBR ISO/IEC 27.002.

Objetivo

Definir responsabilidades e orientar a conduta dos usuários de TI, visando a continuidade dos negócios através da confidencialidade, da integridade e da disponibilidade das informações geridas nas Unidades.

Responsabilidades

Todos os Colaboradores Usuários da Infraestrutura de TI, profissionais autônomos, temporários ou de empresas prestadoras de serviço que obtiverem a aprovação por escrito do responsável hierárquico e da gestão de liberações da área de TI para prescrição de senhas de acesso aos recursos computacionais e informáticos da Unidade administrada.

O INDSH entende que o sistema de segurança da informação somente será eficaz com o comprometimento de todos!

Dos Usuários

- Respeitar esta Política de Segurança da Informação;
- Responder pela guarda e proteção dos recursos computacionais colocados à sua disposição para o trabalho;
- Responder pelo uso exclusivo e intransferível de suas senhas de acesso;
- Ativar suas senhas de proteção para correio eletrônico, sistema operacional e sistemas internos sob orientação do Gestor de Liberações da área de TI;
- Buscar conhecimento necessário para a correta utilização dos recursos de hardware e software;
- Relatar prontamente à área de TI qualquer fato ou ameaça à segurança dos recursos, como quebra da segurança, fragilidade, mau funcionamento, presença de vírus etc.;
- Assegurar que as informações e dados de propriedade da Unidade administrada sejam disponibilizados a terceiros, a não ser com autorização por escrito do responsável hierárquico;
- Relatar para o seu responsável hierárquico e à TI o surgimento da necessidade de um novo software para suas atividades;
- Responder pelo prejuízo ou dano que vier a provocar a Instituição ou a terceiros em decorrência da não obediência as diretrizes e normas aqui referidas.

Dos responsáveis hierárquicos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Apoiar e zelar pelo cumprimento desta PSI, servindo como modelo de conduta para os colaboradores sob a sua gestão;
- Atribuir na fase de contratação e de formalização dos contratos individuais de trabalho CLT, prestação de serviços ou de parceria a responsabilidade do cumprimento da PSI;
- Autorizar o acesso e definir o perfil do usuário junto ao gestor de liberações da área de TI;
- Autorizar as mudanças no perfil do usuário junto ao gestor de liberações da área de TI;
- Educar os usuários sobre os princípios e procedimentos de segurança da informação;
- Notificar imediatamente o gestor de liberações da área de TI, quaisquer vulnerabilidades e ameaças à quebra de segurança;
- Assegurar treinamento para o uso correto dos recursos computacionais e sistemas de informação;
- Advertir formalmente o usuário e aplicar sanções cabíveis quando este violar os princípios ou procedimentos de segurança, relatando imediatamente o fato ao gestor de liberações da área de TI;
- Obter aprovação técnica do gestor de liberações da área de TI antes de solicitar a compra de hardware, software ou serviços de informática;
- Adaptar as normas, processos, procedimentos e sistemas sob sua responsabilidade para atender a esta PSI.

Da área de TI

- Configurar os equipamentos e sistemas para cumprir os requerimentos desta PSI;
- Testar a eficácia dos controles utilizados e informar aos gestores os riscos residuais;
- Restringir a existência de pessoas que possam excluir os logs e trilhas de auditoria das suas próprias ações;
- Garantir segurança do acesso público e manter evidências que permitam a rastreabilidade para auditoria ou investigação;
- Gerar e manter as trilhas para auditoria com nível de detalhe suficiente para rastrear possíveis falhas e fraudes;
- Administrar, proteger e testar as cópias de segurança dos programas e dados da Unidade administrada;
- Gerenciar o descarte de informações a pedido dos clientes;
- Garantir que as informações de um usuário sejam removidas antes do descarte ou mudança de usuário;
- Planejar, implantar, fornecer e monitorar a capacidade de armazenagem, processamento e transmissão necessários para garantir a segurança requerida pelas áreas de negócio.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Criar a identidade lógica dos colaboradores na empresa;
- Atribuir contas e senhas identificáveis a pessoa física para uso de computadores, sistemas, bases de dados e qualquer outro ativo de informação;
- Proteger todos os ativos de informação da empresa contra códigos maliciosos e ou vírus;
- Garantir que processos de mudança não permitam vulnerabilidades ou fragilidades no ambiente de produção;
- Definir as regras formais para instalação de software e hardware, exigindo o seu cumprimento dentro da empresa;
- Realizar inspeções periódicas de configurações técnicas e análise de riscos;
- Gerenciar o uso, manuseio e guarda de assinaturas e certificados digitais;
- Garantir, assim que solicitado, o bloqueio de acesso de usuários por motivo de desligamento da empresa;
- Propor metodologias, sistemas e processos específicos que visem aumentar a segurança da informação;
- Promover a conscientização dos colaboradores em relação a relevância da segurança da informação;
- Apoiar a avaliação e a adequação de controles de segurança da informação para novos sistemas ou serviços;
- Buscar alinhamento com as diretrizes corporativas da empresa;
- Instalar sistemas de proteção, preventivos e detectáveis para garantir a segurança das informações e dos perímetros de acesso;
- Implantar sistemas de monitoramento nas estações de trabalho, servidores, correio eletrônico, conexões com a internet, dispositivos móveis ou wireless e outros componentes da rede. A informação gerada por esses sistemas pode ser usada para identificar usuários e respectivos acessos efetuados, bem como material manipulado;
- Monitorar o ambiente de TI, a capacidade instalada da rede e dos equipamentos, tempo de resposta no acesso à internet e aos sistemas críticos da Unidade administrada, indisponibilidade aos sistemas críticos, incidentes de segurança (vírus, trojans, furtos, acessos indevidos e demais), atividade de todos os colaboradores durante os acessos as redes externas, inclusive internet (por exemplo: sites visitados, e-mails recebidos/enviados, upload/download de arquivos, entre outros);
- Tornar públicas as informações obtidas pelos sistemas de monitoramento e auditoria, ao caso de exigência judicial, solicitação do gerente ou superior.
- Realizar, a qualquer tempo, inspeção física nas máquinas de sua propriedade.

A Quem se Destina

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Esta PSI aplica-se a todos os colaboradores ou pessoa que disponha de informações da Unidade administrada pelo INDSH ou de seus clientes/parceiros.

Definições e Siglas

PI – Política;

UA – Unidade Administrada;

PSI - Política de Segurança da Informação;

TI – Tecnologia da Informação;

TST - Tribunal Superior do Trabalho;

Descrição da Política

Princípios

A informação produzida ou recebida como resultado de sua atividade profissional pertence a Unidade.

Divulgar informações confidenciais ou estratégicas é crime previsto nas leis de propriedade intelectual, industrial (Lei nº 9279/96) e de direitos autorais (Lei nº 9610).

A segurança da informação depende de pessoas comprometidas, processos gerenciais de controle e sistemas de segurança.

Identificação - Login e Senha

- Os sistemas de Login e senha protegem a identidade do usuário, evitando e prevenindo que uma pessoa se faça passar por outra. Código Penal Brasileiro art. 307 – falsa identidade;
- Se existir Login de uso compartilhado por mais de um colaborador, a responsabilidade será dos usuários que dele se utilizarem. Sendo identificada solicitação do gestor para uso compartilhado, este deverá ser responsabilizado;
- Os usuários deverão ter senha de tamanho variável, possuindo no mínimo 6 (seis) caracteres alfanuméricos, utilizando caracteres especiais (@ # $ %) e variação entre caixa-alta e caixa-baixa (maiúsculo e minúsculo);
- É de responsabilidade de cada usuário a memorização de sua própria senha, bem como a proteção e a guarda dos dispositivos de identificação que lhe forem designados;
- As senhas não devem ser anotadas ou armazenadas em arquivos eletrônicos (Word, Excel etc.). Não devem ser baseadas em informações pessoais, como próprio nome ou de familiares, data de nascimento, endereço, placa de veículo, nome da empresa e não devem ser constituídas de combinações óbvias de teclado, como “abcdefgh”, “87654321”, entre outras;
- Os usuários devem proceder a troca de senha caso suspeitem de quebra por terceiros;

Assinado por 1 pessoa: JANAINA CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Os logins e senhas devem ser imediatamente bloqueados quando se tornarem desnecessários;
- Tentativa de violação e burla de senhas de acesso, criptografia ou identificação biométrica, se identificada, será alvo de ação disciplinar;
- Os acessos externos à rede de informações da Unidade administrada, fora do expediente de trabalho, serão bloqueados, atendendo a Lei 12.551, trabalho remoto (home office) que altera o Art. 6° da CLT, exceto para casos de emergência relacionados aos serviços de TI.

Recursos computacionais

- Os recursos de TI alocados pela Unidade administrada aos seus usuários são destinados exclusivamente às atividades relacionadas ao trabalho;
- Quando o colaborador utilizar dispositivos de sua propriedade como ferramenta de trabalho na Unidade administrada, seu uso será disciplinado por esta PSI;
- É proibida a intervenção do usuário para manutenção física ou lógica, instalação, desinstalação, configuração ou modificação, bem como a transferência e/ou a divulgação de qualquer software, programa ou instruções de computador para terceiros (pirataria);
- Todo computador em desuso, deverá ser encaminhado a área de TI para a remoção das informações, descarte ou reuso.

Tela limpa e mesa limpa

- A partir desta data, o papel de parede e proteção de tela de todos os micros deverá seguir a padronização da Unidade administrada;
- O usuário deve cuidar para que mídias e imagens nos monitores não fiquem expostas ao acesso não autorizado;
- Os computadores deverão ser bloqueados por senha quando não estiverem sendo utilizados.

Descarte de Mídias

- Mídias contendo informações referentes a Unidade administrada deverão ser destruídas antes de seu descarte ou guardadas em local seguro;
- CDs, DVDs e documentos em papel deverão passar pelo triturador antes de serem encaminhadas ao lixo, HDs deverão ser encaminhados a TI para a destruição da informação antes do descarte ou reutilização.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Classificação da informação

- O gestor de cada área deve estabelecer os critérios relativos ao nível de confidencialidade da informação gerada por sua área em Pública, Confidencial ou Interna.

Antivírus

- A Unidade Administrada por intermédio do gestor de liberações da área de TI disponibiliza software corporativo de antivírus instalado para todos os usuários;
- O antivírus é atualizado automaticamente na estação de trabalho do usuário sempre que uma nova versão é disponibilizada pelo fabricante através do aplicativo servidor;
- As checagens periódicas do disco rígido, HD, da estação de trabalho estão programadas para execução periódica automática, conforme definições da área de TI no aplicativo servidor.

Armazenamento de arquivos

- Todos os arquivos contidos nos servidores de rede ou nas estações de trabalho dos usuários devem ser exclusivamente de interesse da Unidade administrada.
- É proibida a criação de pastas pessoais nos servidores de rede;
- A criação de pastas departamentais nos servidores de rede deverá refletir a estrutura organizacional da Unidade administrada e ser solicitada pelo responsável hierárquico ao gestor de liberações da área de TI;
- O acesso às pastas departamentais nos servidores de rede, exige autorização do responsável hierárquico e do gestor de liberações para o controle do acesso de cada usuário;
- A partir da implantação desta política, todos os arquivos que não sejam do interesse da Unidade administrada deverão ser excluídos dos equipamentos para evitar problemas futuros com auditorias.

Salvaguarda de Arquivos

- Compete ao gestor de continuidade da área TI criar e manter cópias de segurança (backups) apenas dos dados armazenados nos servidores de rede;
- Os usuários devem manter obrigatoriamente os documentos, planilhas, e-mails, apresentações, desenhos e outros dados críticos da Unidade administrada, nas pastas departamentais dos servidores de rede;
- É de responsabilidade exclusiva do usuário a cópia de segurança (backup) e a guarda dos dados gravados da sua estação local de trabalho.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Utilização da internet

- A internet foi instalada para viabilizar a busca de informações e agilizar determinados processos da Unidade administrada, sendo proibido o uso pessoal durante o horário de trabalho;
- O uso indevido do acesso à internet é de inteira responsabilidade do usuário, podendo o mesmo ser responsabilizado legalmente pelos danos causados.
- A auditoria dos acessos à internet leva ao conhecimento dos responsáveis hierárquicos, relatórios com nomes dos usuários, páginas consultadas, tempo de consulta e o conteúdo navegado.

Jogos

- Jogos estão terminantemente proibidos.

Softwares piratas

- Os softwares homologados e instalados nos computadores e servidores de rede são de propriedade exclusiva da Unidade administrada, sendo proibidas as cópias integrais, ou mesmo as parciais, bem como a instalação de softwares piratas;
- Pirataria é considerada crime e, softwares piratas causam prejuízos tanto materiais como funcionais, além de denegrir a imagem da Instituição. Por esta razão, estão terminantemente proibidos;
- A instalação de softwares não autorizados (pirataria) constitui crime contra a propriedade intelectual, de acordo com a Lei 9.609 de 19/02/98 o infrator está sujeito à pena de detenção e multa;
- A Unidade Administrada mantém contratos especiais com alguns fabricantes de software do mercado e poderá estender a utilização de alguns destes softwares nos micros pessoais dos colaboradores docentes e não docentes, bastando solicitar a instalação ao gestor de liberações da área de TI.

E-mail e mensagens instantâneas

- É proibido o uso de e-mails, correios eletrônicos ou mensagens instantâneas de forma contrária a lei, a moral, aos bons costumes, à ordem pública ou que infrinjam os direitos a propriedade intelectual ou industrial pertencente a terceiros;
- O conteúdo e a utilização de e-mails, correios eletrônicos ou mensagens instantâneas deve ser de caráter exclusivamente profissional;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Os serviços de mensagens instantâneas são permitidos apenas para os usuários autorizados pela hierarquia da Unidade administrada;
- O uso de software de e-mail, mensagens instantâneas e correio interno não homologado pela TI são de responsabilidade do usuário e podem trazer riscos à segurança da informação além de dificultar o suporte técnico;
- Quaisquer comunicados em massa, propagandas, informativos, imagens etc., deverão ser previamente aprovados pelo gestor da área de TI, a fim de não serem tratados como Spam ou comprometerem o funcionamento dos sistemas de e-mail;
- Mensagens recebidas de origem desconhecida deverão ser pré-visualizadas e eliminadas imediatamente, sem leitura de seu conteúdo, para evitar contaminação por vírus e outros riscos;
- O uso indevido do e-mail é de inteira responsabilidade do usuário, podendo o mesmo ser responsabilizado pelos danos causados;
- As mensagens trafegadas sob o domínio da Unidade administrada poderão ser auditadas, mediante solicitação, conforme definição do Tribunal Superior do Trabalho (TST). Desta forma é proibida a utilização particular.
- Em nenhuma hipótese a Unidade administrada será responsabilizado perante quaisquer usuários ou terceiros pela perda de mensagens e/ou respectivo conteúdo;
- O fato de o colaborador responder a um e-mail fora do horário de expediente não configurará hora extra. Para que isto ocorra é necessário que a gestão da Unidade administrada exija por e-mail, a realização de uma tarefa fora do horário de trabalho.

Auditorias

- Auditorias serão realizadas e relatórios serão gerados periodicamente.
- A Direção da Unidade administrada poderá solicitar relatórios de auditoria contendo o nome, mensagens trafegadas, acessos a internet e demais informações do usuário conforme resolução do TST.

Disposições finais

- Assim como a ética, a segurança deve ser entendida como parte fundamental da cultura interna da Unidade administrada pelo INDSH, ou seja, qualquer incidente de segurança subtende-se como alguém agindo contra a ética e os bons costumes regidos pela instituição;
- Todas as práticas que ameacem à segurança da informação serão tratadas com a aplicação de ações disciplinares, desde uma advertência verbal até rescisão contratual por justa causa, levando em consideração fatores como: função exercida pelo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

colaborador, período utilizado, local de utilização, horário de utilização, prejuízo real ou potencial causado a Unidade administrada, entre outros.

Resultado Esperado

Estabelecer as diretrizes acima descritas, bem como os princípios gerais para iniciar, implementar, manter e melhorar a gestão de segurança da informação na Unidade administrada pelo INDSH.

POLÍTICA DA INFORMAÇÃO

A informação é um ativo que possui grande valor para a Instituição. São conhecimentos usados em coleta, processamento, armazenagem e distribuição de informações devendo ser adequadamente utilizada e protegida contra ameaças e riscos delimitando diretrizes que visem garantir a segurança da informação, reduzindo os danos e/ou prejuízos que possam comprometer a imagem e os objetivos da instituição.

Abrangência

Todos os setores da Unidade Hospitalar

Diretrizes

1. Toda informação produzida ou recebida pelos colaboradores da atividade profissional contratada pela Unidade Hospitalar pertencem a referida Instituição. As exceções devem ser explicitas e formalizadas em contrato entre as partes;
2. Os equipamentos de informática e comunicação, sistema e informação são utilizados pelos colaboradores para realização das atividades profissionais;
3. Por meio do departamento de Tecnologia da Informação poderão registrar todo o uso dos sistemas e serviços, visando garantir a disponibilidade e a segurança das informações utilizadas;
4. Será disponibilizado e-mail coorporativo cuja utilização é restrita para atividades referentes a atividade desenvolvida;
5. O prontuário do paciente em qualquer meio de armazenamento, é prioridade do paciente sob a guarda da Instituição, a quem cabe o dever de guardar;
6. Ao paciente pertencem os dados ali contidos, que só podem ser divulgados com a sua autorização;
7. A política para uso de *internet* e correio eletrônico deve ser rigorosamente seguida. Arquivos de origem desconhecida nunca devem ser abertos e/ou executados;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

8. Você tem a responsabilidade de proteger os equipamentos (computadores, periféricos e outros dispositivos) disponibilizados para a execução de suas tarefas, mantendo-os conservados e em perfeitas condições de uso. Não é permitido desmontar, remover peças ou alterar as configurações desses equipamentos de trabalho;
9. Utilizar somente os sistemas específicos do seu setor, sendo expressamente proibido realizar na estação de trabalho:
    a) Instalação de programas;
    b) sistemas ou aplicativos;
    c) cópia de material sujeito a direitos autorais como músicas, filmes e outros;
    d) cópia total ou parcial de arquivos ou sistemas de propriedade da Instituição;
    e) O colaborador que o fizer tem exclusiva e total responsabilidade civil e criminal sobre este ato.
10. A "rede" eletrônica de comunicação interna deve ser usada apenas para a integração, comunicação, segurança e auxílio na execução das atividades dos colaboradores. Arquivos e pastas criados pelo colaborador deverão ser gravados na pasta do seu setor no servidor de arquivos de rede, onde será realizado o backup periódico dos arquivos gravados;
11. O colaborador terá uma conta de usuário de rede (login) e uma senha de acesso **PESSOAL** e **INTRANSFERÍVEL**, que lhe permitirá acessar os sistemas e as pastas compartilhadas do seu setor. Alterações no perfil de acesso só poderão ser solicitadas pelo responsável do departamento.
12. A pasta "Público"(Transfer) poderá ser usada para disponibilizar arquivos a um ou mais colaboradores. Seu uso é exclusivamente **TEMPORÁRIO**, portanto, o colaborador que necessitar do(s) arquivo(s) deverá copiá-lo(s) para um local mais apropriado. Atenção: por ser de uso temporário não há backup, e os itens contidos na pasta são apagados a partir da sextas-feiras às 17:00h de cada semana.
13. O acesso à internet está disponível como ferramenta de trabalho, sendo expressamente proibido utilizá-la para outras finalidades como: acesso a sites de conteúdo pornográfico, racista, preconceituoso ou ilegal, sites de relacionamentos, downloads de vídeo, áudio ou arquivos;
14. O acesso à rede Wi-Fi pelo celular não será disponibilizado sem a autorização e configuração da TI. As formalizações desse processo se darão após mapeamento das redes de internet pela SL Tech;
15. O conteúdo dos "arquivos e documentos" é de propriedade da Unidade e não pode ser copiado, publicado ou impresso se não for de interesse da Instituição, e sem a devida autorização por escrito do representante legal.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Normas para utilização do serviço de e-mail

1) Com a finalidade de melhorar a comunicação entre os colaboradores da entidade, o INDSH disponibiliza aos seus colaboradores o recurso de e-mail corporativo;
2) O e-mail corporativo, pode ser solicitado pelo coordenador do setor, desde que este colaborador possua autorização para utilização de internet e de e-mails;
3) A solicitação do e-mail deverá ser realizada por meio de OS para tecnologia da informação como nome completo do colaborador;
4) Após aprovada a solicitação, você colaborador da INDSH, receberá uma conta de usuário (login) de correio eletrônico (e-mail), com uma senha de acesso **PESSOAL** e **INTRANSFERÍVEL**, para utilizar somente em assuntos profissionais relacionados à sua atividade. Esta conta de correio eletrônico é de propriedade do INDSH e possui um limite de espaço em disco que, se for excedido, devolverá automaticamente as novas mensagens;
5) Cabe a você zelar pela boa utilização e pelo gerenciamento adequado de suas mensagens a fim de evitar perdas, além de se comprometer a fazer o uso adequado e seguro da senha, declarando-se ciente de que não poderá transferir ceder ou emprestá-la a outrem, a qualquer título;
6) A conta de e-mail do INDSH, cedida para uso do colaborador, terá validade a partir do envio da "resposta eletrônica à solicitação de conta de e-mail", que será encaminhado ao endereço eletrônico de resposta, que foi preenchido no ato da solicitação. A validade da conta se expira com o encerramento do contrato do colaborador, seu Coordenador ou superior imediato comunicara o setor da Tecnologia da Informação para o cancelamento da conta de usuário, sendo este corresponsável pelo cancelamento desta;
7) É proibido e constitui ilícito penal (crime), sujeito às sanções da lei em vigor, utilizar o e-mail da INDSH para divulgação, promoção e difusão no corpo da mensagem ou arquivo anexado de:
    a) Mensagens com conteúdo e caráter ofensivo, obsceno, racista, preconceituoso, ilegal ou incluindo músicas, vídeos ou softwares, exceto aqueles que pertencem à sua atividade profissional;
    b) Prática de qualquer forma de discriminação, difamação de pessoas, ameaça e/ou assédio;
    c) Distribuição de qualquer material que viole os direitos, de qualquer natureza, garantidos por lei;
    d) Prática de atividades como pesquisa de mercado, pirâmides, correntes, "lixo eletrônico", "SPAM", mensagens não solicitadas (comerciais ou não).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

O uso irregular dos recursos de Tecnologia da Informação, disponibilizados pela Unidade Hospitalar aos seus colaboradores sujeitará o infrator às seguintes penalidades:

1. Advertência oral;
2. Advertência escrita;
3. Suspensão;
4. Demissão por justa causa.

Referências Bibliográficas

https://dokumen.pub/abnt-nbr-iso-iec-270022013-tecnologia-da-informaao-tecnicas-de-segurana-codigo-de-pratica-para-controles-de-segurana-da-informaao-abnt-nbr-iso-iec-270022013-2nbsped-9788507046134.html

http://micreiros.com/norma-nbr-isoiec-27002/#:~:text=A%20norma%20NBR%20ISO%2FIEC,da%20informa%C3%A7%C3%A3o%20em%20uma%20organiza%C3%A7%C3%A3o%E2%80%9D.

https://www.youtube.com/watch?v=5_D9byj5y9c - Atualização norma ISO/IEC 27002:2013 para ISO/IEC 27002:2022

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9279.htm

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9610.htm

https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/falsa-identidade#:~:text=Art.,elemento%20de%20crime%20mais%20grave.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12551.htm

2 - GERENCIAMENTO INSTITUCIONAL

2.1 Constituição de Comissões

COMISSÕES

O presente manual tem como objetivo criar um padrão de funcionamento das comissões existentes na UNIDADE.

Apresentação

As atuações das comissões dentro dos ambientes hospitalares desempenham várias funções para a instituição, destacando-se a produção e avaliação de indicadores relevantes para a gestão hospitalar e também contribuir para a eficácia das organizações em prol de melhorias contínuas que beneficiem os usuários.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Descrição Do Manual

Da Responsabilidade

A auditoria e verificação do funcionamento das Comissões serão de responsabilidade do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, sendo que a execução e responsabilidade do escopo de cada comissão cabe ao seu presidente, vice, secretário e demais membros, desta forma o Núcleo será auxílio do Diretor Executivo no andamento das comissões.

O arquivo das pastas que compõem as atas de reuniões, ficarão no NQSP e todas as vezes que for necessário utilizar a pasta, o secretário deverá solicitar liberação, onde a mesma só será disponibilizada através de protocolo.

Da Organização:

Da Criação da Comissão

A Comissão somente será criada, após análise da necessidade e deverá ser baseado de acordo com uma legislação, portaria ou órgão normativo, onde deverá conter informações referentes às áreas que a comissão será composta, ciência do NQSP e aprovação do Diretor Executivo, onde estará descriminado no organograma. Para iniciar suas atividades, a Comissão deverá ser formalizada através da Ata de abertura da comissão aprovada pela Diretoria Executivo e/ou Regimento quando da obrigatoriedade em lei.

Ata de Abertura/Regimento

As comissões com obrigatoriedade de disposição de regimento deverão mantê-lo atualizados, assim como as comissões que possuem ata de abertura. Nestes documentos obrigatoriamente deve existir o nome dos membros, tempo de mandato e periodicidade das reuniões das comissões.

Elaboração da Ata de Abertura e demais registros

Todas as reuniões deverão obrigatoriamente ser registradas em ata. As atas deverão seguir o padrão definido pelo setor do NQSP da UNIDADE. O documento "Modelo de Ata de Reunião", estará disponível para consulta e acesso no Sistema de Gestão da Qualidade SAS - Interact.

A primeira ata da Comissão será a ata de abertura devendo conter obrigatoriamente:
Consideração da obrigatoriedade da comissão – citando a legislação orientadora;
Registro de como foi eleito ou nomeado o Presidente e Secretários;
Função dos membros;
Período do mandato dos membros;
Periodicidade das reuniões;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Relação dos membros participantes (nome completo, função e setor que representa);
Assinatura do Diretor Executivo e Diretor Técnico (quando couber).

Nas demais atas serão registradas conforme realização das reuniões, onde o início de toda ata deverá ser com a pauta do dia e deverão ser verificadas as ações futuras da ata do mês anterior, sendo que as mesmas quando não concluídas tornam-se pendências na ata da reunião atual, devendo em seguida serem registradas as discussões, opiniões, relatos e deliberações.
No final da ata deverão constar as ações futuras, quando houver, para próxima reunião, com a definição do responsável e prazo para resolução.

Se o prazo para resolução da pendência for superior à data da próxima reunião, esta pendência deverá constar nas atas até a finalização, ficando o responsável pela ação em dar retorno aos membros da Comissão sobre o encaminhamento efetuado.

Da Composição
As Comissões serão compostas de acordo com o preconizado em legislação (caso a Comissão tenha de existir por exigência legal) ou com funções e profissionais que tenham afinidade com o objetivo da existência desta.

Toda Comissão poderá ser composta por um Presidente, Vice-Presidente, Primeiro Secretário e Segundo Secretário. As funções de cada membro serão definidas na ata de abertura. Caberá obrigatoriamente ao:
Presidente: presidir as reuniões manifestar-se em nome da Comissão, assinar documentos (salvo se delegar formalmente a algum membro da Comissão).

Vice-Presidente: presidir as reuniões na ausência do presidente e deliberar conforme autorização do presidente.

Primeiro Secretário: comunicar os membros para as reuniões, conforme calendário, registrar as reuniões em ata, colhendo assinatura dos membros e convidados especiais enviando está para arquivo junto ao setor do NQSP e manter os arquivos em ordem cronológica crescente.

Assim como preparar e encaminhar as atas de reuniões mensais e relatórios trimestrais para a secretaria da diretoria no prazo previamente estabelecidos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Deverá ainda cumprir atribuições designadas pelo Presidente e substituí-lo na sua ausência, presidindo as reuniões. Na ausência do secretário em reuniões, cabe a este comunicar ao segundo secretário, com antecedência, para o cumprimento das atribuições designadas.

Segundo Secretário: Cumprir atribuições designadas pelo Presidente e substituir o Primeiro Secretário em sua ausência.

No caso de vacância do cargo de Presidente e Primeiro Secretário estes serão escolhidos entre seus pares, através de votação direta ou outro processo de escolha deliberado pela própria Comissão.

No caso de indisponibilidade de membros da Comissão caberá ao Presidente convidar outro profissional para substituí-lo. Existem exceções como a Comissão de Ética Médica, na qual um novo membro somente poderá ser escolhido através de eleições. Neste caso, os processos correrão de acordo com legislação que rege o assunto, a CIPA que deverá respeitar o que rege sua legislação e a Comissão de Enfermagem.

Integrantes: Participar das reuniões e cumprir as atribuições designadas pelo Presidente.

No caso de ausência, comunicar através de formulário de Justificativa de Ausência de Reunião, colher assinatura do presidente e entregar o secretário da comissão, justificando sua falta, podendo ser entregue até 48 horas após a reunião.

Cronograma de Reunião

Na última reunião do ano vigente as Comissões deverão elaborar seu cronograma de reunião anual (Anexo II). Este cronograma deverá ser registrado no modelo de documento padronizado pelo NQSP, disponível no Sistema de Gestão da Qualidade – SA – Interact. O cronograma de reunião será arquivado na pasta de arquivo das atas.

Convocação

Na finalização das reuniões, o Presidente deverá lembrar aos presentes o dia, horário e local da próxima reunião. Além disto, dois dias antes, os membros serão lembrados da reunião por informativo exposto nas estações de leitura e/ou através de e-mail corporativo. Este lembrete será feito pelo primeiro Secretário da Comissão.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

As reuniões ordinárias serão realizadas conforme calendário aprovado pela Comissão. As extraordinárias serão convocadas pelo Presidente e a convocação será entregue pelo secretário e/ou segundo secretário.

Definição da Pauta

Toda reunião deverá ter uma pauta previamente definida junto ao Primeiro Secretário e aprovada pelo Presidente. Qualquer membro, NQSP e Diretor poderá solicitar a inclusão de assuntos na pauta.

Durante a reunião serão tratados com prioridade os assuntos relacionados na pauta. Os demais assuntos não enviados previamente deverão constar como assuntos gerais e serão tratados no final da reunião, se houver tempo hábil, ou por deliberação do Presidente. Se não houver tempo hábil para tratar todos os assuntos propostos estes ficarão na pauta para serem tratados na próxima reunião.

A pauta deve conter:

Verificar das ações futuras da ata do mês anterior;

Descrever assuntos a serem discutidos no mês;

Assuntos gerais

Dinâmica das Reuniões

As reuniões serão abertas pelo Presidente e para deliberar deverá ter no mínimo metade dos membros efetivos mais um.

Em falta de quórum, cabe aos presentes lavrarem ata, justificando a não realização da reunião, na qual os membros presentes irão assinar (50% mais um).

As reuniões deverão ser iniciadas com leitura das ações futuras da ata anterior (leitura esta que será feito pelo Primeiro Secretário ou seu substituto) devendo cada responsável dar o retorno sobre andamento destas ações.

Em seguida, será lida a pauta com assuntos a serem tratados, momento na qual será passada a palavra para quem quiser fazer o uso da mesma. As discussões deverão ser registradas na ata, após a discussão de cada assunto, o Presidente fará a deliberação e encaminhamento do mesmo.

Em seguida, o Presidente fará as considerações finais, lembrando data, hora e local da próxima reunião.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO DE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Deverá constar em todas as atas a relação dos membros participantes, bem como a observação se a falta foi justificada ou injustificada.

As atas deverão ser elaboradas pelo Primeiro Secretário de cada comissão e na ausência do mesmo o segundo secretario fica responsável de elaborar a ata da reunião com o prazo máximo de 48 horas após a reunião e encaminhadas ao setor do NQSP.

Todas as ações que envolverem mudança de rotina ou investimento financeiro deverão ser validadas pela diretoria/gerência responsável.

Liberação e Acesso a documentos

As atas e documentos de todas as Comissões ficarão arquivados e sob guarda do setor de NQSP. O acesso a estes documentos será privativo dos membros da Comissão, Diretorias ou através de autorização escrita do Presidente da Comissão.

O acesso a documentos e atas, por pessoas que não sejam da Comissão deverá ser autorizado pelo Presidente da Comissão e/ou Diretor Executivo.

Disposições Finais

Este manual entre em vigor a partir da sua apresentação pelo Diretor Executivo, devendo todas as Comissões se adequar ao mesmo.

Os assuntos não contemplados neste instrumento serão resolvidos pelo Diretor/Gerente na qual a Comissão está ligada e/ou Diretor Executivo.

Comissão de Revisão de Óbitos

Referências associadas a comissão de Óbitos:

Resolução CFM nº 2.079/2014: Esta resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelece diretrizes para a revisão de óbitos em instituições de saúde. Ela destaca a importância da revisão sistemática e imparcial dos casos de óbito para identificar possíveis falhas no atendimento e promover a qualidade e segurança do cuidado ao paciente.

Portaria MS/GM nº 1.377/2011: Esta portaria do Ministério da Saúde institui diretrizes para o funcionamento das Comissões de Revisão de Óbitos em hospitais do Sistema Único de Saúde

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

(SUS). Embora não seja específica para UPAs, ela pode fornecer orientações gerais sobre a organização e funcionamento dessas comissões.

Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32): Esta norma regulamentadora, emitida pelo Ministério do Trabalho e Emprego, estabelece diretrizes de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, incluindo medidas para prevenir acidentes, incidentes e eventos adversos, o que pode incluir a revisão de óbitos como parte das práticas de segurança do paciente.

Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

O conhecimento das causas e dos processos envolvidos na ocorrência do óbito são aspectos de grande relevância e contribuem para o aprimoramento da atenção e do cuidado no serviço. Possibilitam ainda, o aperfeiçoamento dos registros hospitalares e especial do prontuário do cliente. A Comissão de Revisão de Óbitos é um órgão subordinado diretamente à Diretoria do serviço e tem por finalidade analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

Atribuições

Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas;
Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	Qtd
Médico Clínico	Profissional com formação em medicina, com residência e que atua na Unidade.	02
Médico Cirurgião	Profissional com formação em medicina, com residência e que atua na Unidade.	02
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na Unidade.	02

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Administrador	Profissional com formação em Administração, com título de especialista e que represente a Direção da Unidade.	01

Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Continuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e Relatório de Registro das investigações realizadas e providências adotadas.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses e 50% dos óbitos ocorridos no trimestre investigados.
Meta Permanente	Reunião Mensal, com registro em ata e 80% dos óbitos investigados.

Proposta de Regimento Interno

A seguir um modelo de Regimento que poderá ser adaptado para a unidade:
Considerando que a revisão de óbitos é um importante instrumento de controle de qualidade nas instituições hospitalares;

Considerando que a progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da medicina, exigem uma constante avaliação.

Considerando que o conhecimento das causas da morte pode contribuir para o aprimoramento da assistência à saúde.

Considerado a necessidade de envolver e sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a magnitude e importância da mortalidade infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo, na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos;

Considerando a necessidade de estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados;
Considerando a responsabilidade da Comissão em monitorar a situação e distribuição dos óbitos infantis e fetais, seus componentes e fatores de risco;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Considerando que é orientação do CRM atender a Resolução CFM n.1897 de 17 de abril de 2009 encontrando maior especificidade na Resolução CREMESP n.114 de 01 de março de 2005.
Cabe aos representantes da Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na organização, bem como dos laudos de todas as necropsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal e do Serviço de Verificação de Óbitos.

A Comissão de Revisão de Óbito deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da instituição, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios ao Diretor Técnico.

A responsabilidade de presidir e conduzir a Comissão de Revisão de Óbito recai no Diretor Técnico, como Presidente, e no Coordenador Clínico, como Vice-presidente. O número de membros da Comissão não poderá ser inferior a 03 (três) médicos, e seus mandatos deverão coincidir com o mandato do Diretor Técnico. Outros profissionais da área da saúde poderão compor o rol de membros da Comissão de Revisão de Óbitos.

A participação de pelo menos dois membros da Comissão de Revisão de Óbito não poderá ser concomitante na Comissão de Ética, Revisão de Prontuário e/ ou Controle de Infecção Hospitalar.

Faz-se, portanto, neste momento a abertura oficial da Comissão de Revisão de Óbito, tendo em seu primeiro mandato os membros.

Integrante	Registro Conselho	Função na Organização	Função da Comissão

A Comissão poderá, eventualmente, ser solicitada a formação de um Grupo de Trabalho Específico, conforme a necessidade da avaliação presente, ou seja, dependendo da situação de análise em voga, pode ser chamado um médico (a) da especialidade, enfermeiro (a) entre outros, para análise da situação, sendo considerado como membro flutuante da comissão.

Os membros da Comissão de Revisão de Óbito deverão encontrar-se trimestralmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão.

Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão será feita imediatamente por indicação do Presidente.

A Comissão de Óbitos tem por Competência:

Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados.

Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito.

Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos.

Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbitos.

Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes.

Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações de óbito nos prontuários.

Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade).

Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos).

Zelar pelo sigilo ético das informações.

Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado.

Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifica com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Identificar os óbitos evitáveis como eventos-sentinela, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde;

Promover um processo de educação continuada dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, como a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento nos prontuários ambulatorial;

Identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde necessária para a redução, com destaque para as mortes por causas evitáveis;

Elaborar relatório analítico semestral/anualmente e encaminhar aos gestores nos diversos níveis da assistência.

Os membros da Comissão de Óbito têm por Atribuições:

Ao Presidente, atribuem-se:

Convocar e presidir as reuniões.

Indicar seu vice-presidente.

Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovadas pelos membros desta.
Fazer cumprir as competências descritas neste documento. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).
Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Ao Secretário, atribuem-se:

Organizar a ordem do dia;

Receber e protocolar os processos e expedientes;
Lavrar a ata das sessões/reuniões.
Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
Organizar e manter o arquivo da comissão.
Preparar a correspondência.
Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.
Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

A presente Comissão foi composta na data de ____/____/____, formada, com o intuito primário de avaliar e revisar todos os casos de óbitos desta instituição.

Fica legitimado, portanto, o início das atividades da presente Comissão.

Cronograma de Atividade Anual

COMISSÃO DE ÓBITO												
Ações/Mês	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos - Levantamento de Necessidades												

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Realização de reuniões com a Comissão Ética Médica												
Realização de reuniões com a Comissão Prontuários												
Avaliação de Indicadores												

Comissão de Revisão de Prontuários

Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

A Comissão será formada por membros representantes das seguintes áreas:
I. Representantes da Equipe Médica de todas as áreas de Assistência;
II. Representantes da Equipe de Enfermagem;
III. Representantes da Equipe Multiprofissional;
IV. Representantes do Núcleo de Segurança do Paciente;
VI. Representantes da Equipe de Faturamento Hospitalar;
VII. Representantes da Equipe de Guarda de Prontuário (SAME);

A Comissão contará obrigatoriamente com um Presidente Médico, escolhido entre os membros, responsável pela condução dos trabalhos da CRP na instituição.

Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º. A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) é uma organização criada para atender a resolução do CFM 1638/2002, que torna obrigatória a criação dessa Comissão nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

CAPÍTULO II
DA NATUREZA E FINALIZADADE

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Art. 2º. O Regimento Interno da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação de suas atividades.

Art. 3º. A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), tem por finalidade dispor de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade das informações da assistência no registro dos cuidados prestados, bem como a segurança legal e jurídica da informação registrada no prontuário do paciente.

Art. 4º. Define-se prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 5º. A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que a compõem.

CAPÍTULO III
DOS OBJETIVOS

Art. 6º. A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) tem os seguintes objetivos:
I. Revisar o prontuário do paciente;
II. Identificar as não conformidades nos registros e regularizá-las;
III. Comunicar aos responsáveis os registros não conformes encontrados;
IV. Garantir a qualidade das informações registradas no Prontuário do Paciente, durante a observação ou isolamento, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde;

CAPÍTULO IV
DA COMPOSIÇÃO

Art. 7º. A Comissão será formada por membros representantes das seguintes áreas:
I. Representantes da Equipe Médica de todas as áreas de Assistência;
II. Representantes da Equipe de Enfermagem;
III. Representantes da Equipe Multiprofissional;
IV. Representantes do Núcleo de Segurança do Paciente;
VI. Representantes da Equipe de Faturamento Hospitalar;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

VII. Representantes da Equipe de Guarda de Prontuário (SAME);

Art. 8º. A Comissão contará obrigatoriamente com um Presidente Médico, escolhido entre os membros, responsável pela condução dos trabalhos da CRP na instituição.

CAPÍTULO V
DO MANDATO E SUPLENTE

Art. 9º. Os membros da Comissão de Revisão de Prontuários terão mandato de 2 (dois) anos, podendo ser prorrogado por igual período.

Art. 10º. Os membros não terão dedicação exclusiva para exercerem as atividades na Comissão.

Art. 11º. Será dispensado o membro que, sem justificativa, deixar de comparecer a mais de 3 reuniões consecutivas ou a 5 intercaladas no período de 12 meses (1 ano) e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião programada.
O Vice-presidente e o Secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da Comissão e, de acordo com a Resolução CFM Nº 1638 de 10 de julho de 2002.

CAPÍTULO VI
DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS

Art. 12º. Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:
Realizar o diagnóstico situacional da qualidade dos prontuários, com a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário, em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
identificação do paciente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
evolução diária do paciente, com data e hora, com prescrição médica, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento, com assinatura e carimbo ou nome legível do médico e respectiva inscrição CRM;
nos casos emergenciais nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade;
transferências entre blocos e outras unidades hospitalares;
Informativo e Resumo de alta.

II. Normatizar o preenchimento das contrarreferências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica;

III. Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição;

IV. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade deles;

VI. Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

VII. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

VIII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

IX. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

CAPÍTULO VII
DAS ATRIBUIÇÕES ESPECIFICAS

Art. 13º. São atribuições do Presidente e do Vice-presidente, na ausência ou vacância do Presidente:

I. Representar a Comissão, quando necessário;

II. Oferecer aos membros da Comissão o apoio necessário à realização de suas atividades;

III. Encaminhar à Gestão da unidade, para homologação, as propostas de atividades aprovadas pela Comissão;

IV. Encaminhar mensalmente às Comissões de Ética Médica e de Enfermagem os resultados das avaliações dos Prontuários;

V. Divulgar o calendário e o plano de ação anuais de atividades da Comissão;

VI. Divulgar os critérios a serem utilizados para avaliações dos diversos aspectos que compõem os prontuários da Instituição, bem como para a publicação de seus resultados após aprovação da Comissão de Ética Médica;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

VII. Zelar pela observação da Ética Profissional e dos Atos Normativos referentes ao Prontuário Médico.

Art. 14º. São atribuições do Secretário:
I. Assistir as reuniões;
II. Preparar e encaminhar os expedientes;
III. Manter o controle dos prazos legais e regimentos referente aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões das comissões;
IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
V. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registros de atas, de registros de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
VI. Elaborar relatório anual das atividades de Comissão;
VII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão.
Na ausência do Secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

Art. 15º. São atribuições comuns dos membros da Comissão:
Comparecer às reuniões para as quais tenha sido convocado;
Participar de todo o processo da avaliação de prontuários e de qualquer outra atividade designada pelo Presidente;
Elaborar conjuntamente com a Comissão de Documentação Médica e Estatística, normas para a auditoria, organização e revisão dos prontuários;
Zelar pelo sigilo ético das informações;
Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitados pela Comissão de Ética Médica ou de Enfermagem ou outro serviço interessado;
Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência;
Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

CAPÍTULO VIII
DO FUNCIONAMENTO

Art. 16º. As reuniões da Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) acontecerão de forma ordinária mensalmente e em dias úteis e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de seu Presidente, Vice-Presidente ou, ainda, pelo Diretor Técnico ou pelo Diretor Clínico, sob as seguintes condições:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

I. As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes, por meio de votação aberta e justificada;
II. O Presidente terá direito ao voto de qualidade em decisões;
III - Todos os assuntos discutidos serão registrados em Ata, contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas;
IV - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, quando houver necessidade, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia;
V - Na ausência do presidente, o vice assume suas funções na reunião. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião;

Art. 17º. A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou, ainda, 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Art. 18º. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 19º. A CRP deverá instituir rotina de avaliação periódica de prontuários médicos de forma a observar o cumprimento de preceitos éticos e legais.

CAPÍTULO IX
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19º. Os casos omissos, não previstos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRP, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

Art. 20º. O presente regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 21º. O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

ANEXO I
CHECK LIST DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

CHECK LIST DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS			
NOME DO PACIENTE:		**DN:**	
ATENDIMENTO:		**DATA:**	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	**SIM**	**NÃO**	**NÃO AVALIADO**
Nome completo e legível			
Data de nascimento			
Sexo			
Nº do Atendimento			
Nome completo da mãe			
Endereço completo			
DOCUMENTOS DA ADMISSÃO	**SIM**	**NÃO**	**NÃO AVALIADO**
Ficha de Observação			
Boletim de ocorrência (quando houver)			
Guia de Referência e Contrarreferência (quando houver)			
Termo de Consentimento do Isolamento (se for o caso)			
DOCUMENTOS CENTRO CIRÚRGICO	**SIM**	**NÃO**	**NÃO AVALIADO**
Ficha de pré-anestésico			
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Anestesia			
Termo de Consentimento Cirúrgico			
Termo de Consentimento de Parto			
Termo de amputação (quando necessário)			
Ficha de descrição do ato cirúrgico			
Ficha de descrição de Parto			
Ficha Anestésica			
Checklist do carro anestésico (aparelho de anestesia)			
Imagem do arco (pós-cirúrgico) RX			

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Controle de utilização de material esterilizado			
Folha de débito do procedimento - Farmácia			
Formulário Cirurgia Segura			
Termo de Transferência do Centro Cirúrgico			
Checklist de OPME			
Nota fiscal de OPME			
EVOLUÇÃO MÉDICAS (ordem decrescente)	**SIM**	**NÃO**	**NÃO AVALIADO**
Hipóteses diagnósticas			
Diagnóstico Médico definitivo			
Evolução médica diária			
Prescrição médica diária			
Checagem das Prescrições Médica			
Partograma			
Formulário de Recepção do RN			
Conduta e tratamento efetuado			
Pareceres			
Carimbo e assinatura do profissional que o realizou e/ou nome completo com a função e o Conselho de Classe			
ENFERMAGEM (ordem decrescente)	**SIM**	**NÃO**	**NÃO AVALIADO**
Histórico de Enfermagem			
Exame físico - Enfermagem			
Prescrição de Enfermagem diária			
Checagem das Prescrições de Enfermagem			
Diagnóstico de Enfermagem			
Termo de Transferência entre Unidades (quando houver)			
Evolução de Enfermagem diária			
Prescrição dos procedimentos de enfermagem			
Relatório diário (anotação) da equipe de Enfermagem (Sinais Vitais)			
Balanço hídrico - Sala de Estabilização			

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Rasuras (sujidade, corretivo, sujidade)			
Carimbo e assinatura do profissional que o realizou e/ou nome completo com a função e o Conselho de Classe			
EXAME DE IMAGEM	**SIM**	**NÃO**	**NÃO AVALIADO**
Raios X			
OUTROS	**SIM**	**NÃO**	**NÃO AVALIADO**
Guia de Referência e Contrarreferência			
Resumo de Alta			
Declaração de Nascido Vivo (DNV)			
Declaração de óbito (via de cor rosa)			
OBSERVAÇÕES			

_____

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANEXO II
ATA DE NOMEAÇÃO

O Diretor da Unidade XXXXXXXX, Sr. XXXXXXXXXXX, no uso de suas atribuições legais,

R E S O L V E:

Art. 1º. Nomear membros para compor a Comissão de Revisão de Prontuários da Unidade XXXXXXXXX, conforme segue:

Médico:
Nome:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-000
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Enfermeiro:

Nome:

Núcleo de Segurança do Paciente:

Nome:

Faturamento Hospitalar:

Nome:

Guarda de Prontuários (SAME):

Nome:

Outros profissionais:

Nome:

Parágrafo Único. A comissão desempenhará suas atividades de acordo com o Regimento aprovado pela Comissão de Revisão de Prontuários.

Cronograma de Atividade Anual

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS												
Ações/mês execução	**1º**	**2º**	**3º**	**4º**	**5º**	**6º**	**7º**	**8º**	**9º**	**10º**	**11º**	**12º**
Nomeação do Membros da Comissão												
Elaboração do Regimento Interno												
Reuniões da Comissão												
Elaboração de Indicadores												
Implantação de Indicadores												
Avaliação de Indicadores												
Treinamento sobre Guia de Contrarreferência												
Treinamento sobre Resumo de Alta												
Treinamento sobre Termos de Consentimento												
Treinamento sobre Registro de Intercorrências												
Treinamento sobre e Registro de Parto e Partograma												
Realização de reunião com a Comissão Ética Médica												

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Realização de reunião com a Comissão Ética Enfermagem												
Apresentação mensal de indicadores para os Gestores												
Apresentação trimestral de indicadores para os Colaboradores												

Comissão de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

A Lei Federal 9.431 de 06/01/97 instituiu a obrigatoriedade da existência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais. Em 13/05/98, o Ministério da Saúde editou a Portaria 2.616/98, com diretrizes e normas para a execução destas ações, adequando-as à nova legislação.

Atribuições

Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de infecção hospitalar;
Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH, e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas do serviço;
Estimular o quadro técnico do serviço ao desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle da infecção Hospitalar.
Elaborar, implementar, manter, avaliar e adequar aspectos de prevenção e controle propriamente dito;
Planejar e implementar cursos de atualização em controle de infecção Hospitalar, objetivando estabelecer sistematicamente um programa de Educação Médica Continuada para equipe multiprofissional que lida, direta ou indiretamente, com a comunidade Hospitalar;
Planejar, padronizar, treinar e supervisionar técnicas, procedimentos, normatizações e medidas de prevenções universais relativas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares do serviço, em todos seus setores.

Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

Composição da Comissão

Formação	Perfil do Componente	QTD

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Médico Infectologista	Profissional com formação em medicina, residência médica em infectologia (Assessoria)	01
Médico	Profissional com formação em medicina, residência médica e que atua na Unidade	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, com título de especialista e que atua na Unidade	02
Farmacêutico	Profissional com formação em Farmácia, com título de especialista e que atua no Serviço de Farmácia	01
Bioquímico ou Biomédico	Profissional com formação em Biologia, Farmácia e Bioquímica ou Biomedicina, com título de especialista e que atua no Laboratório de Análises Clínicas e Microbiologia	01
Administrador	Profissional com formação em Administração, com título de especialista e que represente a Direção da Unidade	01

Objetivo e meta qualitativa da comissão para o 1º. Ano de contrato

Fundamento	Implantar a Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Continuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e relatório do registro das investigações realizadas e providências adotadas. Rotina de notificação de reação adversa, queixa técnica e erros de medição implantada.
Meta Inicial	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Manual de Rotinas e Procedimentos implantadas (Instruções de Trabalho – its)
Meta Permanente	Reunião Mensal, com registro em ata e análise crítica dos casos notificados.

Proposta de Regimento Interno

Considerando que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem por objetivo:

Detectar casos de infecção hospitalar, seguindo critérios de diagnósticos previamente estabelecidos.

Fazer cumprir as Diretrizes estabelecidas no Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) por meio de sua operacionalização na Unidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Conhecer as principais infecções hospitalares detectadas no serviço e definir se a ocorrência destes episódios de infecção está dentro de parâmetros aceitáveis. Isto significa conhecer a literatura mundial sobre o assunto e saber reconhecer as taxas aceitáveis de infecção hospitalar para cada tipo de serviço.
Elaborar normas de padronização para que os procedimentos realizados na instituição sigam uma técnica asséptica (sem a penetração de microrganismos), diminuindo o risco de o paciente adquirir infecção.
Colaborar no treinamento de todos os profissionais da saúde no que se refere à prevenção e controle das infecções hospitalares.
Realizar controle da prescrição de antibióticos, evitando que os mesmos sejam utilizados de maneira descontrolada na unidade.
Recomendar as medidas de isolamento de doenças transmissíveis, quando se trata de pacientes hospitalizados.
Oferecer apoio técnico à administração hospitalar para a aquisição correta de materiais e equipamentos e para o planejamento adequado da área física das unidades de saúde.

Considerando que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, norteará seus atos pelos princípios Portaria Nº. 2616 de 12/05/98, do Ministério da Saúde, pelo humanismo, Código de Ética e vocação da Unidade e deve obedecer sempre ao preconizado pelo instrumento máximo desta instituição, o Manual de Gestão da Unidade.

Aqui está uma versão aprimorada do seu texto, com mais clareza e fluidez:
A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) tem como objetivo coordenar atividades de investigação, prevenção e controle, reduzindo ao máximo a incidência e a gravidade das infecções pré-hospitalares. Considera-se infecção pré-hospitalar qualquer infecção adquirida após a permanência do paciente em observação em uma unidade de saúde, manifestando-se durante sua estadia na unidade ou mesmo após a alta, desde que possa ser associada à sua passagem pelo serviço de saúde.

Considerando que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar desempenha um papel de extrema relevância junto às Instituições de Saúde, uma vez que, as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos pacientes, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência, de vigilância sanitária entre outras.

A presente Comissão foi composta na data de ___/_____/_____, formada, na sala de reuniões com o intuito primário de avaliar e controlar os riscos e os episódios de infecção hospitalar, por:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

meio de acompanhamento, controle e treinamentos com as equipes envolvidas no contato direto e indireto ao paciente.

A eleição dos membros desta comissão se deu por indicação da Direção da Unidade, com validade indeterminada, sendo as cadeiras da comissão sempre preenchidas pelos ocupantes dos cargos representantes. São eles:

- Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- Médico Responsável pela CCIH;
- Coordenador de Enfermagem (RT);
- Enfermeiro responsável pelo setor de Qualidade;
- Diretor Técnico;
- Diretor Executivo;
- Coordenador de SHL
- Farmacêutico responsável (RT)

Faz-se, portanto, neste momento a abertura oficial da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, tendo como os membros atuais:

Integrante	**Registro Conselho**	**Função na Organização**	**Função da Comissão**

A Comissão poderá, eventualmente, ser solicitada a formação de um Grupo de Trabalho Específico, conforme a necessidade da avaliação presente, ou seja, dependendo da situação de análise em voga, pode ser chamado um médico (a) da especialidade, enfermeiro (a) entre outros para análise da situação, sendo considerado como membro flutuante da comissão.

Os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverão encontrar-se mensalmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será feita imediatamente por indicação do Presidente.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A CCIH tem por Competência:

Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da Instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a:

Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares.

Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção de controle das infecções hospitalares.

Capacitação dos profissionais da Instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares.

Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

Avaliar periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle.

Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da Instituição e às Chefias de todos os setores da Unidade, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar.

Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico- operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções hospitalares em curso no Hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento.

Definir, em cooperação com o Setor de Farmácia, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a Instituição.

Cooperar com a ação do órgão de gestão do Sistema Único de Saúde, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do sistema público de saúde, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Os membros da CCIH têm por Atribuições:

Ao Coordenador da CCIH, atribuem-se:

Representar a CCIH dentro da Unidade, inclusive na Diretoria.

Elo de ligação entre a CCIH e a administração.

Escolher os membros para composição da CCIH, com o mínimo de 1 (um) médico com conhecimentos em Epidemiologia e 1 (um) enfermeiro: dentro dos padrões estipulados pela Portaria Nº. 2616 de 12/05/98, do Ministério da Saúde.

Manter um programa de Infecção Hospitalar de acordo com os padrões determinados pela Lei Nº. 9431, de 06/01/97.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Estabelecer, junto com o SCIH, sistema operacional prático para as notificações e avaliações das infecções hospitalares.
Convocar reuniões mensais ordinárias e/ou extraordinárias quando necessário.
Incentivar pesquisas na área de controle de infecções hospitalares.
Solicitar à Administração, quando necessário, recursos para implementação dos programas propostos pelo SCIH.
Enviar à Administração, relatórios mensais de atividades da CCIH.
Cumprir e fazer cumprir o Regimento da CCIH.

Ao Vice Coordenador da CCIH, atribuem-se:
Substituir o Coordenador, quando do impedimento deste ou quando delegado.
Cooperar com o Coordenador nas atividades que visem o controle de infecções hospitalares.
Participar das reuniões da CCIH.
Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento.

Ao Microbiologista, atribuem-se:
Informar em sistema on-line, em tempo real ao SCIH sobre a presença de microorganismos incomuns ou perigosos à Unidade.
Realizar exames sorológicos, bacteriológicos e parasitológicos da Unidade.
Realizar culturas em locais mais propícios a infecções.
Pesquisar sobre e atualizar os modelos de sensibilidade a antibióticos.
Realizar o controle de qualidade dos exames.
Identificar todos os materiais tidos como contaminados.
Dar apoio e participar da investigação epidemiológica e treinamento de pessoal.
Elo de ligação entre Laboratório e Corpo Clínico da Unidade.
Estabelecer normas para coleta, transporte e manuseio de amostras para cultura.
Padronizar critérios de aceitação e/ou rejeição de pedidos médicos para realização de cultura.
Padronizar, juntamente com o SCIH, os antibiogramas realizados, adequando-os às circunstâncias clínicas.
Implementar novos avanços no diagnóstico microbiológico, através da participação nos programas de controle de qualidade da Sociedade Brasileira de Microbiologia, de acordo com o Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1ª edição, 1991, do Ministério da Saúde e ou bibliografias atuais vigentes.
Cooperar na elaboração da padronização de antibióticos, soluções e desinfetantes.
Participar das reuniões da CCIH.
Emitir relatório mensal do perfil epidemiológico das culturas realizadas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Ao Enfermeiro, atribuem-se:

Ser membro executor do Serviço de Infecção Hospitalar da Unidade.

Realizar a vigilância epidemiológica sistemática, busca ativa através de:

A - Visitas regulares aos leitos de observação e isolamento.

B - Revisão diária dos prontuários.

Verificação das anotações de enfermagem, pesquisando indícios de hiperemia, uso de antibióticos, drenagens de secreções, sondagens, e/ou outros indicativos de infecção, principalmente em pacientes com probabilidade de adquirir infecção hospitalar.

Verificação de exames laboratoriais.

Laudos de RX.

Verificação do tempo de uso de antibioticoterapia.

Monitorizações diárias de procedimentos invasivos.

Realizar campanhas educativas, principalmente quanto à lavagem das mãos.

Realizar supervisão técnica em todos os setores ligados à infecção hospitalar: CME, SND, Lavanderia e Limpeza.

Realizar reciclagens de técnicas e procedimentos.

Orientação técnica para isolamentos e/ou precauções universais.

Participar de reuniões da CCIH.

Atuar na orientação, treinamento, e supervisão dos atos de enfermagem de acordo com a CCIH.

Codificação dos dados obtidos na busca ativa.

Realizar visitas diárias ao berçário e UTI, orientando quanto aos procedimentos de risco.

Estabelecer metodologia própria, visando o controle de pacientes que retornem ao Ambulatório e consultórios médicos.

Participar de padronização de antibióticos.

Orientar e emitir laudos técnicos, quando da aquisição de materiais e equipamentos de uso de enfermagem.

Ser elo de ligação entre o serviço de enfermagem e a CCIH.

Orientar na execução de testes biológicos, semanais, nas autoclaves.

Elaborar relatório mensal de atividades.

Interagir com a farmácia hospitalar, quanto a treinamentos, controle de qualidade dos medicamentos e materiais e/ou outros.

Ao Farmacêutico, atribuem-se:

Elaborar o levantamento do consumo mensal de antibióticos, de acordo com a Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde.

Responsabilizar-se pela diluição de desinfetantes e soluções usadas na Instituição.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Cooperar e participar nas normas de padronização do uso de antimicrobianos aprovados no estudo de sensibilidade bacteriana.
Preparar, controlar e armazenar as soluções para nutrição parenteral e enteral, inclusive com encaminhamento de amostras para cultura e controle de qualidade, de acordo com a Resolução CFF Nº. 247 de 08/03/93.
Notificar periodicamente, o custo das drogas de maior consumo na Unidade, bem como de suas alternativas similares.
Padronizar a metodologia para o preparo de soluções para nutrição parenteral e diluições.
Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa sobre estabilidade das soluções, toxicidade dos produtos químicos, espectro de ação antimicrobiana, interação entre medicamentos, produtos químicos e correlatos, entre outras.
Manter registro de informações para subsidiar programas de farmacovigilância.
Avaliar as interações medicamentosas, drogas nutrientes e outros.
Elaborar e supervisionar rotinas específicas para manipulação de drogas e soluções, no laboratório da farmácia, assim como quanto à embalagem e estocagem destes produtos.
Informar ao SCIH o uso inadequado de qualquer produto que vise o controle profilático ou terapêutico da infecção hospitalar.
Participar da educação continuada.
Colaborar e participar das avaliações microbiológicas dos produtos usados pela Unidade.
Emitir parecer técnico/científico sobre todos os produtos químicos, esterilizantes, desinfetantes, degermantes, anti-sépticos e ceras usadas na limpeza comum, hospitalar e na desinfecção e assepsias.
Emitir relatório mensal do perfil epidemiológico das culturas realizadas.

Ao Médico, atribuem-se:
Interagir com o Corpo Clínico, no sentido de fazer cumprir as determinações do SCIH.
Promover treinamento para residentes e/ou acadêmicos, na área de sua competência.
Avaliar e sugerir, as prescrições médicas no que se refere ao uso de antibióticos, considerando seu tempo de ação e coeficiente sensibilidade/resistência.
Avaliar pacientes pré e pós-cirúrgicos, quanto ao risco de infecção hospitalar.
Avaliar e determinar a necessidade de isolamento e/ou precauções universais.
Orientar quanto à realização e necessidade de culturas microbiológicas.
Participar das atividades de treinamento, de maneira generalizada.
Representar a CCIH, quando for determinado.
Elaborar relatórios mensais de atividades do SCIH, incluindo os índices de infecção detectados, por clínica, topografia, geral e outros.
Verificar e orientar normas de admissão de pacientes e de assepsia.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Participar das reuniões da CCIH.

Acompanhar programas de imunização dos funcionários e/ou profissionais.

Ao Representante da Administração, atribuem-se:

Prever e prover local apropriado para o funcionamento da CCIH e do SCIH.

Intermediar junto à administração superior das necessidades financeiras dos Programas de Controle de Infecções Hospitalares.

Estabelecer normas para os visitantes.

Participar ativamente das campanhas educativas promovidas pelo SCIH.

Assegurar a participação dos vários serviços da Unidade na CCIH.

Participar das reuniões da CCIH.

Assegurar ligação contínua com as autoridades de saúde e com outros órgãos relacionados ao controle de infecções hospitalares.

Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis que auxiliam no bom desempenho da CCIH e do SCIH.

Propiciar recursos humanos e materiais para a implantação dos programas de controle de infecções hospitalares.

Apoiar e divulgar os boletins epidemiológicos elaborados pelo SCIH.

Publicar, divulgar e implementar o Regimento da CCIH e do SCIH, visando a orientação e conhecimento de toda a comunidade hospitalar.

Divulgar amplamente em toda a Unidade a Campanha da Lavagem das Mãos.

Avaliar, constantemente, a atuação da CCIH e do SCIH.

Promover debates, no âmbito hospitalar sobre o Controle de Infecções.

Facilitar pesquisas e a participação dos membros da CCIH em congressos, cursos orientados para profilaxia, controle e combate às infecções Hospitalares.

Prever serviços e instalações adequadas para as atividades relacionadas à microbiologia.

Desempenhar tarefas afins.

Ao Secretário da CCIH, atribuem-se:

Manter os arquivos e fichários em ordem e atualizados.

Redigir as atas das reuniões da CCIH, em livros próprios.

Expedir as correspondências da CCIH e do SCIH.

Executar os serviços de datilografia e/ou digitação.

Atender as determinações do Coordenador da CCIH.

Protocolar correspondência recebida e enviada.

Por determinação do Coordenador da CCIH, convocar reuniões ordinárias e extraordinárias.

Manter o quadro de avisos em ordem.

Manter os boletins mensais da CCIH.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Manter atualizados os registros de dados para fins estatísticos.

Fica legitimado, portanto, o início das atividades da presente Comissão.

Cronograma de Atividade Anual

COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR												
Ações/Mês	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos - Levantamento de Necessidades												
Capacitação Biossegurança												
Capacitação de Lavagem das Mãos												
Avaliação de Indicadores												

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

NÚMERO DE EMPREGADOS NO ESTABELECIMENTO															
GRAU de RISCO*	**Nº de INTEGRANTES da CIPA**	**0 a 19**	**20 a 29**	**30 a 50**	**51 a 80**	**81 a 100**	**101 a 120**	**121 a 140**	**141 a 300**	**301 a 500**	**501 a 1000**	**1001 a 2500**	**2501 a 5000**	**5001 a 10.000**	**Acima de 10.000 para cada grupo de 2500 acrescentar**
1	Efetivos					1	1	1	1	2	4	5	6	8	1
	Suplentes					1	1	1	1	2	3	4	5	6	1
2	Efetivos				1	1	2	2	3	4	5	6	8	10	1
	Suplentes				1	1	1	1	2	3	4	5	6	8	1
3	Efetivos		1	1	2	2	2	3	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	1	1	1	2	2	4	4	6	8	8	2
4	Efetivos		1	2	3	3	4	4	4	5	6	9	11	13	2
	Suplentes		1	1	2	2	2	2	3	4	5	7	8	10	2

Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Art. 1º. A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA – atendendo as recomendações da NR 05 do Ministério do Trabalho e Emprego, tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

CAPÍTULO II
DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 2º. Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.
Art. 3º. As disposições contidas na NR 5 aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

CAPÍTULO III
DA COMPOSIÇÃO, MANDATOS E SUPLENTES

Art. 4º. A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no quadro do anexo I da NR 5, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

Art. 5º. Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

Art. 6º. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

Art. 7º. O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento conforme previsto na NR 5, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Art. 8º. Quando o estabelecimento não se enquadrar ao estabelecido pela NR 5, a empresa designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

Art. 9º. O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 10º. É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 11º. Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

Art. 12º. O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

Art. 13º. O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.
Art. 14º. Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 15º. Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.

Art. 16º. A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego. E deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria, quando solicitada.

Art. 17º. O empregador deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA, mediante recibo.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Art. 18º. A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS

Art. 19º. A CIPA terá por atribuição:

Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT;
Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

Requerer ao SESMT, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO, PGR e PPR e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;

Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;

Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

CAPÍTULO V
DAS ATRIBUIÇÕES ESPECIFICAS

Art. 20º. O empregador terá por atribuição:

Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 21º. Cabe aos empregados:

Participar da eleição de seus representantes;

Colaborar com a gestão da CIPA;

Indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;
Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 22º. Cabe ao Presidente da CIPA:

Convocar os membros para as reuniões da CIPA;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO DE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT, as decisões da comissão;

Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;

Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

Delegar atribuições ao Vice-Presidente;

Art. 23º. Cabe ao Vice-presidente da CIPA:

Executar atribuições que lhe forem delegadas;

Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

Art. 24º. O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

Delegar atribuições aos membros da CIPA;

Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;

Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

Constituir a comissão eleitoral.

Art. 25º. O Secretário da CIPA terá por atribuição:

Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Preparar as correspondências;

Outras que lhe forem conferidas;

CAPÍTULO VI
DO FUNCIONAMENTO

Art. 26º. A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido. As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado. As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 27º. As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 28º. Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

Houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 29º. As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Art. 30º. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 31º. Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

Art. 32º. O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

Art. 33º. O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Art. 34º. A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos serem registrados em ata de reunião.

Art. 35º. No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 36º. No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Art. 37º. Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

Art. 38º. O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.
Art. 39º. O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

CAPÍTULO VII
DOS TREINAMENTOS

Art. 40º. A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Art. 41º. O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Art. 42º. As empresas que não se enquadrem no quadro do Anexo I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.

Art. 43º. O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;

Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;

Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS, e medidas de prevenção;

Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;

Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;

Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Art. 44º. O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

CAPÍTULO VII
DA ELEIÇÃO

Art. 45º. Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 46º. A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional.
Art. 47º. O Presidente e o Vice-presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral - CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 48º. Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa.

Art. 49º. O processo eleitoral observará as seguintes condições:

Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;

Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;

Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados;

Voto secreto; apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;

Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;

Faculdade de eleição por meios eletrônicos;

Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Art. 50º. Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação, que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 51º. As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA.

Art. 52º. Compete a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso.

Art. 53º. Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO DE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Art. 54º. Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral.

CAPÍTULO VIII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 55º. a NR-5 passou por duas amplas revisões e oito alterações pontuais, sendo em sua maioria para promover atualizações dos quadros da norma que definem o dimensionamento da CIPA com base nas atividades econômicas.

Art. 56º. Agrupamento de setores econômicos pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE (Dado pela Portaria SIT n.º 14, de 21 de junho de 2007)

Art. 57º. Relação da Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE (Versão 2.0), com correspondente agrupamento para dimensionamento da CIPA (Dado pela Portaria SIT n.º 14, de 21 de junho de 2007)

ANEXO I
DIMENSIONAMENTO DA CIPA

Quadro I. Dimensionamento da CIPA

86.10-1	Atividades de atendimento hospitalar	NÚMERO DE EMPREGADOS NO ESTABELECIMENTO													C-34
GRAU de RISCO*	Nº de INTEGRANTES da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2500 acrescentar
1	Efetivos					1	1	1	1	2	4	5	6	8	1
	Suplentes					1	1	1	1	2	3	4	5	6	1
2	Efetivos				1	1	2	2	3	4	5	6	8	10	1
	Suplentes				1	1	1	1	2	3	4	5	6	8	1
3	Efetivos		1	1	2	2	2	3	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	1	1	1	2	2	4	4	6	8	8	2
4	Efetivos		1	2	3	3	4	4	4	5	6	9	11	13	2
	Suplentes		1	1	2	2	2	2	3	4	5	7	8	10	2

Quadro II. Reclassificação CNAE

ANEXO II
PORTARIA DE NOMEAÇÃO

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O Diretor da Unidade XXXXXXXX, Sr. XXXXXXXXXXX, no uso de suas atribuições legais, após eleição entre os colaboradores nos padrões regimentares.

R E S O L V E:

Art. 1º. Nomear membros para compor a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) da Unidade XXXXXXXXX, conforme segue:

Presidente:
Nome:
Vice-presidente:
Nome:
Secretário:
Nome:
Outros profissionais:
Nome:

Parágrafo Único. A comissão desempenhará suas atividades de acordo com o Regimento aprovado pela CIPA.

Cidade, dia mês e ano.

Cronograma de Atividade Anual

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA												
Ações/mês execução	**1º**	**2º**	**3º**	**4º**	**5º**	**6º**	**7º**	**8º**	**9º**	**10º**	**11º**	**12º**
Prazo para se candidatar para CIPA	X											
Eleição e nomeação dos Membros da Comissão	X											
Capacitação sobre a CIPA (NR 05) - esclarecimentos gerais		X										
Elaboração do Regimento Interno de acordo com Legislação		X										
Reuniões da Comissão		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Treinamento - Prevenção de Acidentes de Trabalho			X									
Treinamento - NR 32 e Uso de Adornos				X								

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Treinamento sobre Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos					X							
Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - SIPAT						X						
Treinamento sobre Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa							X					
Treinamento sobre Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS, e medidas de prevenção;								X				
Treinamento sobre Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho									X			
Apresentação mensal de indicadores para os Gestores			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentação trimestral de indicadores para os colaboradores					X			X			X	

Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS

O gerenciamento dos resíduos hospitalares constitui-se de um conjunto de procedimentos de gestão, planejado e implementado a partir de uma base legal, técnica e científica, com o objetivo de proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e de forma eficiente, visando à proteção humana, a preservação do meio ambiente, dos recursos naturais e da saúde pública. O INDSH segue rigorosamente a legislação vigente para a elaboração do Processamento e Gerenciamento de Resíduos de Saúde – PGRSS – e desta forma será implantado na Unidade Administrada, assim como a Comissão específica.

Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

Membros da Comissão

- **Presidente:** Coordenador de Enfermagem.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Vice-Presidente:** Farmacêutico responsável.
- **Secretário:** Representante administrativo.
- **Membros Fixos:**
  - Profissional de limpeza e higienização.
  - Representante do setor de manutenção.
  - Médico responsável pela Comissão Médica.
  - Enfermeiro do Controle de Infecção Hospitalar.
- **Membros Consultivos:** Especialistas em gestão ambiental e segurança do trabalho.

Proposta de Regimento Interno

Abaixo apresentamos de forma sucinta as Normas e Rotinas que, durante a implantação, certamente serão ajustadas à realidade da Unidade.

Normas do Processamento e Gerenciamento de Resíduos de Saúde – PGRSS

Implantar o PGRSS na Unidade Administrada de acordo com a legislação vigente:

Resolução CONAMA nº 358/2005 - sistema de tratamento de resíduos de serviços de saúde;

Resolução Anvisa RDC nº 222/2018: regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

NBR 10004 (2004) – classificação dos resíduos;

NBR 9191/2008 da ABNT – acondicionamento dos resíduos em sacos próprios;

NBR 7500 e NBR 9191 da ABNT – acondicionamento e capacidade dos sacos resíduos por grupo;

Resolução RDC Anvisa nº 665/2022 - orientações sobre a estrutura do local destinado para o armazenamento temporário;

NBR 12810 e NBR 14652 da ABNT - A coleta e transporte externo dos resíduos hospitalares;

Determinações específicas do Município relacionadas à coleta e destinação final dos resíduos de saúde.

Elaborar o programa de capacitação para equipe da Unidade Administrada e de forma específica para os colaboradores do Serviço de Higienização e Limpeza;

Nomear a Comissão de PGRSS e o responsável técnico – RT;

Registrar o PGRSS junto à ANVISA;

Tornar pública as deliberações da Comissão de PGRSS.

Rotinas do Processamento e Gerenciamento de Resíduos de Saúde – PGRSS

Participar de todos os treinamentos;

Seguir rigorosamente a legislação vigente;

Participar e/ou tomar conhecimento das definições da Comissão de PGRSS;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Identificar corretamente os recipientes de coleta de resíduos, bem como o local de armazenamento externo;
Realizar a segregação, coleta e transporte com carro fechado até o local de acondicionamento;
Realizar a pesagem dos resíduos de acordo com a classificação antes da coleta para o destino;
Seguir as normas para tratamento de acordo com a classificação e grupos de resíduos;
Manter os ambientes higienizados de acordo com as orientações técnicas;
Manter os carros de transporte higienizados e em local específico conforme orientações;
Manter o local de armazenamento de resíduos higienizado e trancado;
Seguir rigorosamente o cronograma e técnicas de higienização das áreas;
Fazer as anotações de controles conforme orientações e em formulários próprios;
Acompanhar a empresa especializada em controle de insetos e roedores – terceirizada;
Preencher e entregar o mapa de indicadores do Serviço de Higienização e Limpeza de acordo com as recomendações e cronograma;
Usar os EPIs estabelecidos pelo SESMET;
Seguir as normas de higienização recomendadas pela CCIH;

Tratamento final dos resíduos de saúde

***OBS:** As fases de coleta e transporte externo, tratamento e destinação final serão feitas por contrato com empresas devidamente especializadas, aptas e regularizadas para a realização dos serviços, onde será ser realizada visita técnica por parte dos membros da Comissão de PGRSS da Unidade Administrada, solicitado cópia de laudos técnicos para comprovação do processamento e tratamento final dos resíduos.*

Atividades da Comissão

- **Elaboração e Atualização do PGRSS:** Desenvolver e revisar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde conforme regulamentações vigentes.
- **Identificação e Classificação de Resíduos:** Garantir a correta separação e categorização dos resíduos em infectantes, químicos, comuns e recicláveis.
- **Monitoramento e Controle:** Implementar indicadores para avaliar o manejo de resíduos, como frequência de coleta e conformidade no descarte.
- **Capacitação de Colaboradores:** Realizar treinamentos periódicos para conscientizar e instruir sobre o manejo seguro de resíduos.
- **Auditorias e Inspeções:** Inspecionar as áreas de geração, armazenamento temporário e coleta de resíduos, garantindo conformidade com as normas legais.
- **Relatórios e Reuniões Periódicas:** Documentar as atividades realizadas e discutir melhorias nas práticas de gerenciamento de resíduos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Objetivos da Comissão para o Primeiro Ano de Trabalho

- Implementar o PGRSS em todas as áreas da unidade.
- Capacitar 100% dos colaboradores em práticas de manejo de resíduos.
- Reduzir em 10% a geração de resíduos perigosos por meio de práticas de segregação adequadas.
- Certificar a unidade quanto ao cumprimento das normas ambientais relacionadas ao descarte de resíduos.
- Estabelecer parcerias com cooperativas de reciclagem para resíduos recicláveis.

Frequência das Reuniões

- As reuniões ordinárias ocorrerão mensalmente.
- Reuniões extraordinárias serão convocadas em situações emergenciais ou conforme a necessidade.

Controle das Reuniões

- As reuniões serão registradas em atas.
- As atas incluem pautas discutidas, decisões tomadas e responsabilidades designadas.
- O controle será supervisionado pelo representante da Comissão Médica.

Cronograma de Atividade Anual

COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS - PGRSS			
Mês	**Atividade**	**Descrição**	**Responsável**
Janeiro	Reunião inicial e planejamento anual	Definir metas e estratégias para o ano.	Presidente da Comissão
Fevereiro	Capacitação inicial de colaboradores	Treinamento sobre segregação e manejo seguro de resíduos.	Equipe de Treinamento
Março	Auditoria inicial	Verificação do cumprimento inicial das práticas de gestão de resíduos.	Equipe Técnica
Abril	Implementação de coleta seletiva	Início do uso de recipientes separados por tipo de eliminação.	Setor de Limpeza
Maio	Monitoramento de indicadores	Avaliação do volume de resíduos coletados e	Coordenador de Monitoramento

Assinado por 1 pessoa: DANILLO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

		conformidade com práticas de segregação.	
Junho	Reunião de avaliação semestral	Discussão de resultados obtidos e ajustes no plano de ação.	Todos os membros
Julho	Campanha educativa interna	Sensibilização dos colaboradores para melhoria nas práticas de descarte.	Setor de Comunicação
Agosto	Revisão dos protocolos de armazenamento temporário	Garantir que os recipientes e áreas de armazenamento estejam de acordo com as regulamentações.	Subcomissão de Estruturas
Setembro	Estabelecimento de parceria com cooperativas	Formalização de contrato com empresas autorizadas para destinação de recicláveis e perigosos.	Presidente e Farmacêutico
Outubro	Avaliação do impacto ambiental	Análise dos dados sobre resíduos reciclados e descartados corretamente.	Subcomissão de Indicadores
Novembro	Revisão do PGRSS	Atualização do plano com base em lições aprendidas durante o ano.	Presidente da Comissão
Dezembro	Relatório anual e planejamento para o próximo ano	Apresentação dos resultados, metas alcançadas e metas futuras.	Secretário

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

Proposta de Constituição (membros, finalidade)

Considerando o preconizado pela Organização Nacional de Acreditação e as legislações pertinentes a Serviços de Saúde, a presente Comissão será composta nesta Instituição, na data de XX/XX/XXXX.

Esta Comissão tem por objetivo desenvolver a cultura interna de Gerenciamento de Riscos, focada na Segurança da Assistência prestada e tendo como base a cumprimento da RDC 36 de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

25 de julho de 2013. Para tanto estabelece Diretrizes e Sistemática de Monitoramento dos Riscos identificados a fim de preveni-los, reduzi-los e controlá-los a um nível aceitável.

A Comissão Núcleo de Segurança do Paciente será composta por membros indicados pela Diretoria Executiva, sendo eles Diretores, Gerentes, Coordenadores e Colaboradores:

Participantes	**Função na Instituição**	**Função na Comissão**
	Diretor Executivo	Presidente
	Enfermeira da Qualidade	Vice-Presidente
	Assistente Administrativo	1º Secretário
	Diretor Clínico	2º Secretário
	Diretora de Enfermagem	Membro
	Engenheira Clinica	Membro
	Enfermeiro do SCIH	Membro
	Diretor Técnico	Membro
	Gerente Administrativo Financeiro	Membro
	Farmacêutico clinico	Membro
	Supervisora de Atendimento/SADT	Membro

DAS FINALIDADES

Compete a Comissão Núcleo de Segurança do Paciente da Unidade:

- ✓ Realizar reuniões mensais;
- ✓ Promover a educação e treinamento dos profissionais da saúde em Gerenciamento de Risco;
- ✓ Deliberar diretrizes para controle dos riscos na Unidade;
- ✓ Avaliar a efetividade das ações no Gerenciamento de Risco;
- ✓ Divulgar, executar ou monitorar o cumprimento das medidas aprovadas em reuniões de Comissão Núcleo de Segurança do Paciente;
- ✓ Analisar as notificações de incidentes caracterizados como eventos adversos, com Dano Moderado, Grave e Óbito propor medidas preventivas e corretivas;
- ✓ Realizar diagnóstico através de auditorias internas, apresentando resultados aos gestores e comunidade interna para análise crítica e definição de ações corretivas;
- ✓ Realizar investigação de casos de surtos de efeitos adversos e queixas, sempre que indicado, e implantar medidas de controle;
- ✓ Elaborar, implementar e manter Programa de Gerenciamento de Risco.
- ✓ Propor e colaborar na elaboração, implementação e supervisão de normas e rotinas;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

técnico-administrativa, em conjunto com os serviços da Unidade que estão envolvidos, visando a prevenção e tratamento dos Eventos;

- ✓ Analisar e aprovar normas técnicas complementares, de acordo com as particularidades da Unidade;
- ✓ Elaborar relatórios periódicos sobre os principais indicadores relacionados ao controle de eventos adversos;
- ✓ Realizar a interface com as diversas Comissões da Unidade.

DURAÇÃO DA COMISSÃO

A Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente possui prazo indeterminado de atuação.

Proposta de Regimento Interno

DA CRIAÇÃO

O Núcleo de Segurança do Paciente foi criado embasado na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº. 36, de 25 de julho de 2013, a qual institui o Núcleo de Segurança do Paciente e as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

A Diretoria Executiva, representada pela Gerência Técnica, constituiu o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da Unidade e nomeou sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a Diretoria Executiva e/ou Gerência Técnica deve(m) disponibilizar: recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais e um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas da referida Unidade.

Cada membro nomeado e eventuais convidados deverão assinar Termo de Confidencialidade, visando garantir o sigilo das informações apresentadas nas reuniões.

DA FINALIDADE

O NSP tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

DAS DEFINIÇÕES

O NSP trabalhará com as seguintes definições:

- ✓ *Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde*: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- ✓ *Cultura da segurança*: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;
- ✓ *Dano*: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- ✓ *Evento adverso*: incidente que resulta em danos à saúde;
- ✓ *Garantia da qualidade*: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;
- ✓ *Gestão de risco*: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;
- ✓ *Incidente*: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;
- ✓ *Núcleo de segurança do paciente (NSP)*: instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implantação de ações voltadas à segurança do paciente;
- ✓ *Plano de segurança do paciente em serviços de saúde*: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;
- ✓ *Segurança do paciente*: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;
- ✓ *Serviço de saúde*: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;
- ✓ *Tecnologias em saúde*: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

O NSP deverá adotar os seguintes princípios e diretrizes:

- ✓ A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- ✓ A disseminação sistemática da cultura da segurança;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- ✓ A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- ✓ A garantia das boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde.

DA COMPOSIÇÃO

O NSP terá a seguinte composição e fica assim constituído:

O NSP será constituído por um coordenador, além de membros executores e membros consultores.

Os representantes dos membros executores constituem profissionais relacionados com as seguintes áreas de atuação da Unidade: Gerência de Risco; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); Farmácia Hospitalar; Comissão Permanente de Registros Prontuários e Óbitos (CPRPO); Corpo Clínico; Corpo de Enfermagem; Assessoria de Gestão Estratégica e Qualidade.

Os representantes dos membros consultores constituem profissionais relacionados com as seguintes áreas de atuação do Hospital: Administração Hospitalar; Governança, Tecnologia da Informação; Segurança Radiológica; Engenharia Clínica; Central de Material Esterilizado (CME); Clínica Ortopédica; Comissão de Nutrição Clínica.

DO FUNCIONAMENTO

O NSP funcionará com atividades relacionadas aos seus membros executores e consultores seguindo escala de reuniões com as seguintes periodicidades:

- ✓ As reuniões ordinárias com todos os membros do NSP da Unidade deverão acontecer anualmente, convocadas pelo seu coordenador, em conjunto com as Gerências Técnica Hospitalar/ Assistencial/ Administrativa/ Tecnologia da Informação e Assessoria de Gestão Estratégica e Qualidade;
- ✓ As reuniões extraordinárias do NSP poderão acontecer sempre que houver necessidade, convocadas por seu coordenador, em conjunto com a Gerência Técnica Assistencial;
- ✓ Todos os membros do NSP convocados, consultores e executores, deverão estar presentes nas reuniões ordinárias e extraordinárias;
- ✓ As reuniões ordinárias internas dos membros executores do NSP deverão acontecer mensalmente, conforme cronograma estabelecido por seu coordenador;
- ✓ As reuniões extraordinárias internas dos membros executores do NSP poderão acontecer sempre que houver necessidade, convocadas por seu coordenador;
- ✓ Todos os membros executores do NSP convocados deverão estar presentes nas reuniões ordinárias e extraordinárias;
- ✓ As decisões do NSP (membros executores e/ou consultores) serão tomadas mediante a aprovação de um número igual à metade mais 01 (um) de seus integrantes;
- ✓ Para cada reunião realizada, ordinária ou extraordinária, deverá ser lavrada uma ata, em livro próprio, que será encaminhada para cada representante da comissão para validação

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

e apresentada no início da reunião seguinte para assinatura pelos presentes.

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Compete ao NSP:

- ✓ Promover ações para a gestão de risco na Unidade;
- ✓ Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional na Unidade;
- ✓ Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- ✓ Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- ✓ Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- ✓ Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- ✓ Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes na Unidade;
- ✓ Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade na Unidade;
- ✓ Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação de serviços na Unidade;
- ✓ Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação de serviços na Unidade;
- ✓ Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação de serviços na Unidade;
- ✓ Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- ✓ Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Do Plano de Segurança do Paciente (PSP)

Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pela Unidade para:

- ✓ Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- ✓ Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços da

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Unidade;

- ✓ Implantação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde:
  a. Identificação do paciente;
  b. Higiene das mãos;
  c. Segurança cirúrgica;
  d. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
  e. Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
  f. Segurança no uso de equipamentos e materiais;
  g. Prevenção de quedas dos pacientes;
  h. Prevenção de úlceras por pressão;
  i. Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
  j. Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral.
- ✓ Manter registro adequado do uso de órteses e próteses, quando este procedimento for realizado;
- ✓ Colaborar para a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- ✓ Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

Do Acompanhamento

Vigilância, Monitoramento e Notificação de Eventos Adversos:

- ✓ O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado conforme diretrizes do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP;
- ✓ A notificação dos eventos adversos deve ser realizada mensalmente até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA;
- ✓ Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Das Disposições Gerais

Este Regimento Interno somente poderá ser alterado em reunião ordinária, havendo item específico em pauta.

As sugestões de alteração deverão ser apresentadas pelos seus membros em reunião do NSP.

O quórum necessário para aprovação de sugestões de alteração do Regimento Interno será de 2/3 (dois terços) dos membros do NSP, com a presença da Gerência Técnica.

As decisões das reuniões deliberativas do NSP serão aprovadas, preferencialmente por consenso dentre seus membros presentes.

Assinado por 1 pessoa: DARLO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Alterações efetuadas na RDC nº 36 de 25 julho de 2013 serão automaticamente incorporadas neste Regimento Interno.

Os membros da Comissão serão escolhidos livremente por ato da Diretoria Executiva, podendo ser substituídos em caso de impedimento ou ausência.

Cronograma de Atividade Anual

COMISSÃO DE NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE												
Ações	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos - Levantamento de Necessidades												
Avaliação de Indicadores												

Política corporativa de qualidade e segurança do paciente

OBJETIVO

O objetivo deste documento é estabelecer diretrizes e normas a serem seguidas por todos os profissionais, de todos os níveis hierárquicos, envolvidos direta ou indiretamente na prestação de cuidado de saúde com foco na prevenção, redução e mitigação do dano ao paciente visando maior segurança e qualidade no cuidado prestado.

CAMPO DE APLICAÇÃO

A Política de Qualidade e Segurança do Paciente deverá ser aplicada em todos os locais que tenham paciente utilizando os serviços nas Unidades de Saúde.

DESCRIÇÃO

Termos e definições

A Portaria Ministerial nº. 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os

Assinado por 2 pessoas: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

estabelecimentos de saúde do território nacional. Regulamentada pela RDC nº. 36/2013, que institui iniciativas para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, possui foco em promoção de ações voltadas à segurança do paciente em âmbito hospitalar, mas que devem ser seguidas em todos os Equipamentos de Saúde. As ações incluem promoção, execução e monitoramento de medidas preventivas com foco na segurança do paciente.

Para o correto entendimento dos termos utilizados nesta política, as definições abaixo devem ser consideradas, com base na Resolução nº. 36/2013 e Relatório Técnico OMS 2009 (Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente).

Near-Miss: um incidente que, por algum motivo, planejado ou pelo acaso, foi interceptado antes de atingir o paciente e poderia, ou não, causar danos. É o "quase evento" ou "quase erro".

Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

Evento Adverso (EA): incidente que resulta em dano ao paciente.

Never Events: eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde, definidos no Sistema NOTIVISA como "evento grave" ou que resultaram em óbito do paciente. No âmbito nacional, são considerados prioritários para a notificação e investigação.

Evento Sentinela (ES): ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função), psicológica ou risco. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta.

Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Gestão de Risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Cultura de Segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Farmacovigilância: é o trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado. As suas ações são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela Anvisa.

Tecnovigilância: é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in vitro"), com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Acreditação: Processo voluntário de avaliação externa que monitora o desempenho dos serviços de saúde em relação aos padrões pré-estabelecidos, sendo geralmente conduzida por uma terceira parte, devidamente qualificada para tal.

Cuidado de saúde: Serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde. Não é limitado ao cuidado prestado por outros; inclui também o autocuidado.

Cultura justa: Promove uma atmosfera de confiança em que as pessoas são encorajadas e até recompensadas para prestar informações essenciais relativas à segurança do paciente. Mas que também estabelece uma linha clara entre comportamentos aceitáveis e inaceitáveis.

Disclosure (abertura de informação): Processo estruturado de comunicação com os pacientes e seus familiares quando da ocorrência (ou do potencial de ocorrência) de um evento adverso.

O cuidado prestado deve respeitar e responder às preferencias, necessidades, valores e cultura dos pacientes, familiares e acompanhantes.

Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

O Sistema de Gestão da Qualidade contribui e propõe a melhoria contínua da segurança do paciente, à medida que abrange, diferentes processos. Está fundamentado nas Dimensões da Qualidade e esquematiza que todas as iniciativas, políticas e diretrizes institucionais estejam em consonância aos princípios de:

- Centrado no paciente
- Equitativo
- Seguro
- Eficiente
- Oportuno
- Efetivo
- Eficaz

Núcleo de Gestão de Documentos

A Gestão de Documentos concentra-se dentro do Escritório da Qualidade e nele são definidos o mapeamento, o alinhamento e o gerenciamento dos documentos institucionais tanto os SEDE do INDSH quanto aos documentos de cada estabelecimento de saúde. Todos os documentos deverão seguir a Norma Zero (NO.GQC.001) e poderão ter como repositório sistemas informatizados ou poderão acontecer de forma manual visando o controle de versões, cópias e revisão.

Núcleo de Gestão de Processos

A Gestão de Processos concentra-se dentro do Escritório da Qualidade e nele são definidos o mapeamento, o alinhamento e o gerenciamento dos processos, bem como suas inter-relações,

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

com objetivo de fornecer a gestores e liderados uma visão sistêmica das atividades desenvolvidas. A partir deste mapeamento são realizadas as interações entre os processos e posteriormente descritas em documento de Acordo intersetoriais.

Núcleo de Gestão de Riscos

A gestão de risco concentra-se dentro do Escritório da Qualidade e pode atuar em duas instancias: análise prospectiva e retrospectiva. A análise prospectiva é através das auditorias internas com a abordagem sistemática para avaliar e melhorar a efetividade das barreiras de proteção previstas em protocolos de segurança. As auditorias internas são realizadas em conjunto com o Comitê de Segurança do Paciente de cada unidade.

O modelo retrospectivo atua com base na ocorrência de eventos adversos e a análise é desenvolvida com foco na identificação das causas raízes do evento, através das ferramentas cinco porquês, Ishikawa ou protocolo de Londres de acordo com a gravidade dos incidentes e evento ocorrido.

Notificação de Incidentes

De acordo com o artigo 10 da RDC nº. 36/2013, cabe ao estabelecimento de saúde notificar ao setor de Gestão da Qualidade Corporativa (SEDE) os casos de dano grave e óbitos relacionados aos EA em até 72 horas após a ocorrência do evento e preencher todas as etapas da notificação que correspondem à investigação pelo protocolo de Londres, conforme disponibilizado no sistema Epimed®, no prazo de 60 dias corridos, a partir da data da notificação. O mesmo procedimento se aplica aos never events.

Assim como a notificação para a SEDE, também deverá acontecer a notificação no sistema Notivisa®, conforme orientações da RDC nº. 36/2013.

Já para os demais incidentes (com dano moderado ou sem danos), circunstância de risco e quase dano (near-miss) deverão seguir o fluxo de notificação em sistema Epimed® bem como análise com ferramentas como 5 por quês, Ishikawa, dentre outras.

Núcleo de Segurança do Paciente

Práticas Organizacionais Obrigatórias - ROPs (Required Organization Practices)

São práticas baseadas em evidências que abordam áreas de alta prioridade que são essenciais para a qualidade e a segurança. A Health Standards Organization (HSO) define a ROP como uma prática fundamental que os prestadores de serviços de saúde devem implementar para aumentar a segurança dos pacientes e minimizar os riscos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

As ROPs são categorizadas em seis áreas de segurança dos pacientes, cada uma com seu objetivo próprio.	
Cultura de segurança	Criar uma cultura de segurança dentro da organização
Comunicação	Melhorar a eficácia e a coordenação da comunicação entre os prestadores de assistência e serviços e os indivíduos que recebem a assistência e serviços em todo o ciclo do tratamento
Uso de medicamentos	Garantir o uso seguro de medicações de alto risco
Vida profissional/ Força de trabalho	Criar uma vida profissional e um ambiente físico que apoie a prestação segura de assistência e serviços
Prevenção e Controle de Infecção	Reduzir o risco de infecções associadas ao atendimento da saúde e o seu impacto nos resultados
Avaliação do Grau de Risco	Identificar riscos de segurança inerentes à população de clientes

Fonte: MANUAL QMENTUM

Núcleo de Práticas das Metas Segurança do Paciente

A Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente Corporativa disponibiliza e implementa seis metas internacionais de segurança do paciente que foram estabelecidas pela Joint Commission International (JCI), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS). São elas:

META 1: Identificar o paciente corretamente;

META 2: Melhorar a eficácia da comunicação;

META 3: Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância;

META 4: Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;

META 5: Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde;

META 6: Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas e lesão por pressão (LPP);

Todas as metas de segurança do paciente estão disponibilizadas em Políticas Institucionais.

Núcleo Gestão de Indicadores das Metas de Segurança do Paciente

O acompanhamento se dá pelo sistema utilizado no estabelecimento de saúde e deverão divulgados para todos os envolvidos e coordenado pela Qualidade, bem como reportado à GQC da SEDE conforme exemplo abaixo:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

LISTA MESTRA DE INDICADORES ASSISTENCIAIS					
CÓDIGO	**TITULO DO INDICADOR**	**SETOR ELABORADOR**	**VERSÃO**	**RESPONSÁVEL PELO DOCUMENTO**	**PRÓXIMA REVISÃO**
RES01	Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde	Gestão da Qualidade Corporativa	1	IBSP	31/07/2025
RES02	Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente	Gestão da Qualidade Corporativa	1	IBSP	31/07/2025
RES03	Taxa de conformidade na comunicação de resultados críticos	Gestão da Qualidade Corporativa	1	IBSP	31/07/2025
RES04	Taxa de conformidade no processo de passagem de plantão	Gestão da Qualidade Corporativa	1	IBSP	31/07/2025
RES05	Taxa de erros na prescrição de medicamentos.	Gestão da Qualidade Corporativa	1	IBSP	31/07/2025
RES06	Taxa de erros na dispensação de medicamentos.	Gestão da Qualidade Corporativa	1	IBSP	31/07/2025
RES07	Taxa de erros na administração de medicamentos.	Gestão da Qualidade Corporativa	1	IBSP	31/07/2025

Núcleo Cultura de Segurança

De acordo com a Portaria n°. 529/2013, a Cultura de Segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

1. cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
2. cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
3. cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
4. cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o Aprendizado organizacional;
5. cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

A mensuração da cultura de segurança é uma avaliação que permite diagnosticar a cultura de segurança da organização e conscientizar os funcionários acerca do tema e deve ser realizada com instrumentos validados transculturalmente para o Brasil como por exemplo Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), dentre outras.

Encerramento da Investigação e Disclosure

Antes que a investigação de um EA seja considerada como encerrada, o NSP do serviço de saúde deve garantir que:

A investigação foi apropriada e identificou resultados positivos, com base em causas e recomendações;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Foi apresentado um plano de ação satisfatório para os Never Events ou óbitos, com descrição de recomendações e de estratégias/propostas de intervenção para lidar com cada causa raiz, além da escolha de um responsável pela ação e definição de um cronograma de execução; foi verificado se há provas que demonstrem que o sistema de controle local é suficiente e efetivo para garantir a implementação de propostas de intervenção. Para os incidentes menos graves, deve-se verificar se há evidências que demonstrem que cada ponto de ação foi implementado;
Foram identificadas as lições aprendidas, incluindo parceiros ou públicos-alvo com os quais a aprendizagem tenha sido compartilhada;
Houve a conclusão integral do registro no Notivisa e no FormSUS (Relatório descritivo de investigação de evento adverso grave e óbito) cobrindo os pontos acima, por exemplo, antecedentes e contexto do evento (breve descrição do tipo de cuidado/tratamento, grau de complexidade, dimensão do evento e outras informações que auxiliem a compreensão da ocorrência); e estratégia(s) para redução do risco (que devem apontar para os fatores contribuintes identificados na análise de causa raiz e assinalados no módulo assistência à saúde do Notivisa 2.0) e plano de ação anexado ao Relatório descritivo de investigação de evento adverso grave e óbito;
Foi elaborado relatório como forma de documentar a investigação e divulgar os dados para comunicação dos interessados. Os NSP também devem manter as evidências do processo de investigação em local reservado, de fácil identificação das informações, além de ficar à disposição da autoridade sanitária.
É de extrema importância criar canais de comunicação aberta, honesta e transparente entre as instituições e os pacientes. Esta é a prática denominada disclosure, que reconhece e informa ao paciente a ocorrência de um EA, mantendo a confiança e confiabilidade no sistema de saúde.
É um direito dos pacientes receber informações claras e precisas sobre sua saúde, assim como entender os riscos inerentes ao tratamento. Se um dano ocorre, a comunicação com o paciente é um grande desafio. Porém, minimamente, a família e pacientes esperam saber os fatos que ocorreram, as medidas que foram adotadas e um pedido de desculpas, como verdadeira demonstração de preocupação com sua segurança.

Regras de Negócio e Responsabilidades

O cuidado deve ser seguro (não causar dano físico ou psicológico desnecessário) e embasado em conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar.
A busca pela segurança do paciente deve ser uma preocupação contínua de todos os profissionais e lideranças das Unidades. Ela engloba ações para o desenvolvimento de uma cultura justa, da gestão dos riscos assistenciais, o estabelecimento de barreiras para a prevenção dos incidentes, o monitoramento de incidentes/eventos adversos e a da busca pela confiabilidade nos processos.

Assinado por 1 pessoa: JOAO CARLOS CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sempre que houver conflito entre a segurança do paciente e a produtividade, a segurança deve vir em primeiro lugar.

O líder da Unidade e seus gestores devem assegurar conformidade com a legislação vigente.

O líder da Unidade e seus gestores devem promover um ambiente onde o colaborador se sinta seguro e confortável para conversar sobre incidentes, manifestar sua opinião e propor melhorias no processo de cuidado. A transparência é um dos valores organizacionais e uma premissa importante para o amadurecimento da cultura de segurança.

O líder da Unidade e seus gestores devem promover uma cultura organizacional que incentive a busca por melhoria na qualidade do cuidado como parte do trabalho cotidiano de todos.

A SEDE, em conjunto com as Unidades de Saúde, deve desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e melhoria contínua da qualidade para a linha de frente, gestores e liderança.

O líder da Unidade deve conhecer os eventos adversos graves que ocorrem em sua instituição, apoiar a equipe de análise provendo os recursos necessários para maximizar o aprendizado, a identificação e implantação de ações de mitigação e prevenção de recorrência

Todas as Unidades de saúde elegíveis ao processo de certificação externa, incluindo acreditação e deverão planejar esta ação em conjunto com a SEDE.

Sede

Estar comprometida com a entrega de um cuidado de saúde humanizado, efetivo e seguro.

Fomentar o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente e melhoria da qualidade do cuidado na instituição.

Garantir a aplicação de recursos para atividades relacionadas a qualidade do cuidado e segurança do paciente.

Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente Corporativa

Fomentar o desenvolvimento de uma cultura de segurança e melhoria contínua na instituição.

Monitorar toda e qualquer disposição legal ou regulamentar aplicável ao processo de que trata esta política, bem como de suas alterações, assegurando a atualização e conformidade dos procedimentos desenvolvidos pela SEDE à legislação vigente.

Prover diretrizes para as atividades relacionadas à melhoria da qualidade, segurança do paciente e gestão de riscos assistenciais nas Unidades de Saúde.

Apoiar as Unidades no desenvolvimento, implementação e acompanhamento de programas de capacitação em segurança do paciente e melhoria da contínua da qualidade para a linha de frente, gestores e lideranças.

Apoiar as Unidades na análise e aprendizado com os incidentes relacionados ao processo de cuidado.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Apoiar as Unidades na execução e acompanhamento do processo de acreditação e certificação externa.

Apoiar as Unidades no desenvolvimento e padronização de documentos normativos relacionados à qualidade do cuidado, segurança do paciente e gestão de riscos assistenciais.

Lideranças formais das Unidades de Saúde (ex: Diretor Executivo, Diretor Técnico, Gerência de Enfermagem e outros)

Fomentar o desenvolvimento de uma cultura de segurança e melhoria contínua na instituição.

Garantir o cumprimento da Política Corporativa de Qualidade e Segurança do Paciente.

Área de Segurança do Paciente e Qualidade das Unidades

Coordenar junto às áreas assistenciais e de apoio todas as atividades envolvidas em melhoria da qualidade, segurança do paciente e gestão de riscos assistenciais.

Informar regularmente às lideranças das respectivas Unidades acerca do progresso e das barreiras encontradas.

Descrever e disponibilizar com as lideranças formais das unidades de saúde relatórios trimestrais contendo questões desafiadoras para a unidade e que impactem diretamente da segurança do paciente.

REFERENCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa,2017.

ANEXOS

ANEXO 1 - Listagem de Eventos adversos graves (EAG) de notificação compulsória a SEDE:

A. **Eventos relacionados a procedimentos cirúrgicos ou invasivos**

1. Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no local errado.

2. Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado.

3. Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente.

4. Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo.

5. Óbito intraoperatório ou imediatamente pós-operatório/pós procedimento em paciente ASA Classe 1.

B. **Eventos relacionados a produtos ou dispositivos**

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

1. Óbito ou lesão grave de paciente associada ao uso de medicamentos, dispositivos ou biológicos contaminados fornecidos pela organização prestadora de cuidado de saúde.
2. Óbito ou lesão grave de paciente associada ao uso de um dispositivo no cuidado ao paciente, no qual o dispositivo é usado para outras funções que não a pretendida ou usado de forma inadequada.
3. Óbito ou lesão grave de paciente associada a embolia gasosa que ocorre enquanto estiver sendo cuidado por organização prestadora de cuidado de saúde.

C. **Eventos relacionados à proteção do paciente**

1. Alta ou liberação de paciente/residente de qualquer idade, que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa que não aquela autorizada.
2. Óbito ou lesão grave de paciente associada à fuga (desaparecimento) do paciente.
3. Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria enquanto estiver recebendo cuidados em uma organização prestadora de cuidado de saúde.

D. **Eventos relacionados à gestão do cuidado**

1. Óbito ou lesão grave de paciente associada a erro de medicação (por exemplo, erros envolvendo a droga errada, a dose errada, o paciente errado, a hora errada, a velocidade errada, a preparação errada ou a via de administração errada).
2. Óbito ou lesão grave de paciente associada à administração insegura de hemocomponentes.
3. Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestações de baixo risco enquanto assistida por uma organização prestadora de cuidados de saúde.
4. Óbito ou lesão grave do neonato associada a trabalho de parto ou a parto em gestação de baixo risco.
5. Óbito ou lesão grave de paciente associada a queda enquanto sob cuidados de uma organização prestadora de cuidado de saúde.
6. Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível.
7. Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.
8. Úlcera por pressão grau III ou IV adquirida após admissão.
9. Óbito ou lesão grave associado a falha/retardo no diagnóstico, tratamento e/ou reconhecimento de deterioração clínica.

E. **Eventos ambientais**

1. Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associada a choque elétrico durante o processo de cuidado ao paciente em uma organização prestadora de cuidado de saúde.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

2. Qualquer incidente no qual sistemas designados para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenham gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.

3. Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associada à queimadura decorrente de qualquer fonte durante o processo de cuidado ao paciente em uma organização prestadora de cuidado de saúde.

4. Óbito ou lesão grave de paciente associada ao uso de contenção física ou grades na cama enquanto sob cuidados de uma organização prestadora de cuidados em saúde.

F. **Eventos radiológicos**

G. **Eventos criminais potenciais**

1. Qualquer tipo de cuidado prescrito por ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado.

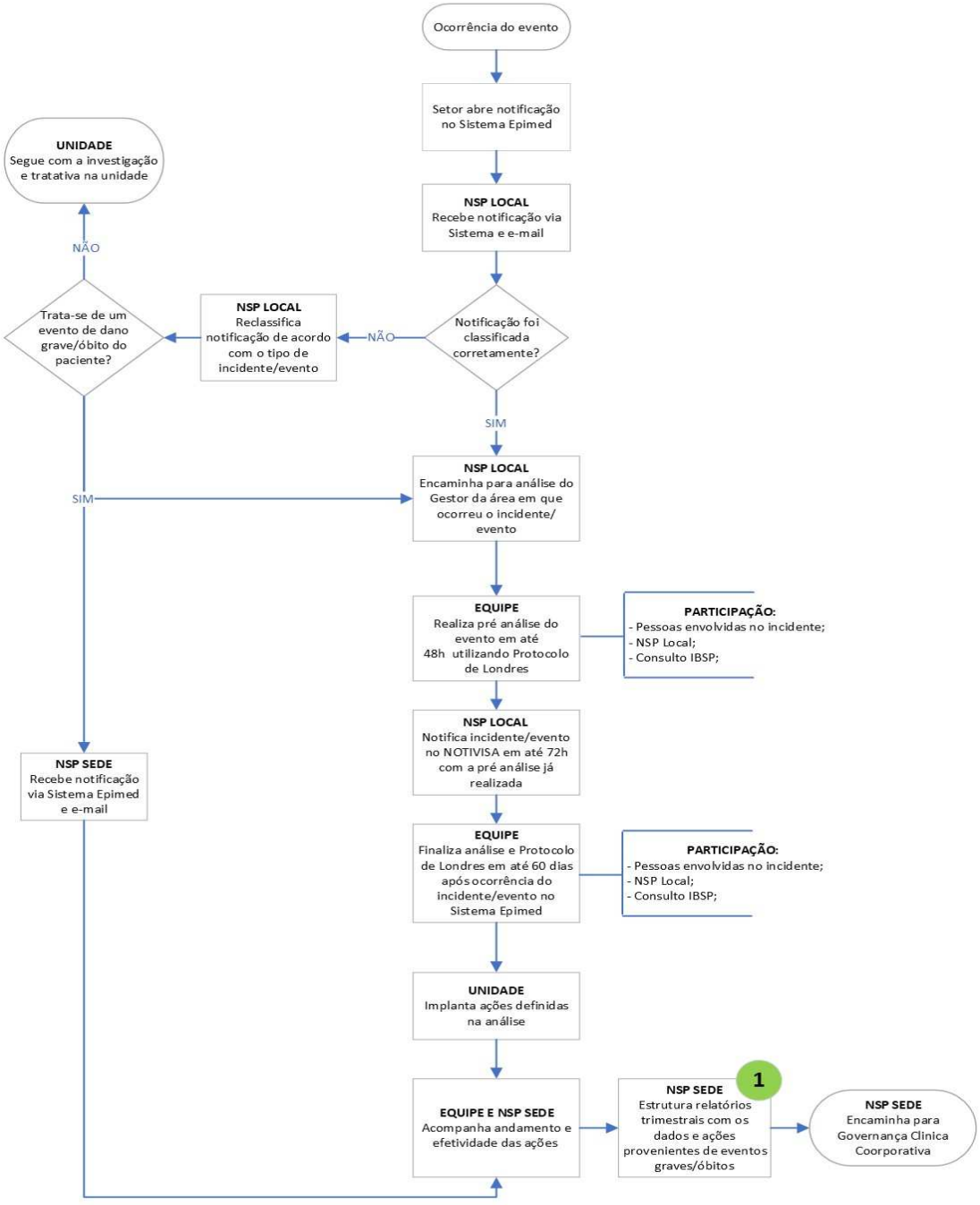
2. Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas premissas da organização prestadora de cuidado de saúde.

3. Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física que ocorre dentro ou nas premissas da organização prestadora de cuidado de saúde.

4.Abdução de paciente ou residente de qualquer idade

ANEXO 2 – Fluxograma de Notificação de Evento Adverso Grave/ Óbito (EAG)

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Núcleo de Epidemiologia e Qualidade em Saúde

Objetivo

O Núcleo de Epidemiologia tem como principal objetivo monitorar, analisar e intervir nos eventos relacionados à saúde da população atendida, promovendo a melhoria contínua dos processos assistenciais por meio da vigilância epidemiológica, prevenção de agravos e controle de riscos.

Principais Atividades

1. Monitoramento e Análise de Indicadores

Coleta, processamento e análise de dados epidemiológicos.

Identificação de padrões e tendências de morbidade e mortalidade.

2. Vigilância Epidemiológica e Controle de Riscos

Implementação de estratégias para prevenção e controle de doenças infecciosas e crônicas.

Investigação e resposta a surtos epidemiológicos.

Monitoramento do impacto das ações de controle e prevenção.

3. Qualidade e Segurança do Paciente

Implementação de protocolos e diretrizes baseadas em evidências.

Monitoramento de eventos adversos e análise de suas causas.

Promoção da cultura de segurança e adoção de boas práticas assistenciais.

4. Capacitação e Educação Continuada

Treinamento de profissionais de saúde em vigilância epidemiológica e controle de infecções.

Atualização periódica sobre novos protocolos, regulamentações e evidências científicas.

Promoção de campanhas de conscientização para pacientes e colaboradores.

5. Integração com Outros Setores

Colaboração com a gestão da qualidade, controle de infecção e segurança do paciente.

Alinhamento com os órgãos reguladores e instituições de saúde pública.

Apoio na elaboração de planos de contingência e resposta a emergências epidemiológicas.

Indicadores de Qualidade Monitorados

Indicador	Meta	Periodicidade
Taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS)	≤ 5%	Mensal
Taxa de Notificações Compulsórias Registradas	100%	Contínuo
Adesão às Precauções Padrão e Isolamento	≥ 90%	Trimestral

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Indicador	Meta	Periodicidade
Incidência de Surtos Epidemiológicos	0	Contínuo
Taxa de Vacinação dos Profissionais de Saúde	≥ 95%	Anual

Comissão de Ética Médica

Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)

A Comissão de Ética Médica é o órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando o Conselho Regional e Federal de Medicina. Este tem por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Atribuições

Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na Instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;

Denunciar às instâncias superiores as eventuais más condições de trabalho na Instituição;

Assessorar as diretorias clínicas, administrativas e técnica da Instituição, dentro de sua área de competência.

Composição Da Comissão

Formação	Perfil do Componente
Médico	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico da Unidade
Médico	Profissional com formação em medicina e que atua na emergência.
Médico	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico da Unidade
Médico	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico da Unidade

Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento	Implantar Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Tipo de Indicador	Continuo
Fonte de Auditoria	Atas das Reuniões, Pareceres técnicos
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 45 dias com realização de pelo menos uma reunião no bimestre.
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e dos casos solicitados

Proposta de Regimento Interno

Considerando que o trabalho médico na UNIDADE será desenvolvido conforme duas regras fundamentais:

A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual ele deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

Considerando que a progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da medicina, exigem uma constante avaliação;

Considerando que os médicos desta Unidade deverão buscar, de forma permanente:

Proporcionar aos pacientes um atendimento médico de elevada qualidade técnica, ética e científica.

Estabelecer e manter um clima de respeito, consideração e solidariedade entre os profissionais de saúde.

Aprimorar seus conhecimentos médicos mediante de programas de educação continuada.

Conseguir condições dignas de trabalho e remuneração, de forma hierarquizada e respeitosa.

Considerando que os médicos desta Unidade nortearão seus atos pelos princípios do humanismo, do Código de Ética Médica e vocação da Unidade de Saúde.

Considerando que os atendimentos e internações respeitarão as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria da Unidade, ressalvados os casos de urgência e emergência.

A presente Comissão foi composta na data de __/__/__, formada, na sala de reuniões da Unidade, com o intuito primário de supervisionar a ética profissional na instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Medicina. Estes Conselhos têm por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A eleição dos membros desta comissão se deu por votação do corpo clínico, em votação regulamentada pela Diretoria Técnica e tem vigência de 30 meses a contar da presente data.

De acordo com a Resolução 1657/2002 do CFM, retificada publicada no D.O.U. de 6 de junho de 2003, p.73 e alterada pela Resolução CFM n. 1812/2007 a Comissão de Ética será composta por 3 (três) membros, sendo 1 (um) presidente, 1 (um) Secretário e 1 (um) outro membro, além dos demais membros suplentes.

Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

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

Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

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

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

Faz-se, portanto, neste momento a abertura oficial da Comissão de Ética Médica, tendo em seu primeiro mandato os membros:

Integrante	CRM	Função na Organização	Função da Comissão

Esta Comissão de Ética Médica foi instaurada obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:
Nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética
Na Instituição que possuir de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes
Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes
Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes

A Comissão poderá, eventualmente, ser solicitada a formação de um Grupo de Trabalho Específico, conforme a necessidade da avaliação presente, ou seja, dependendo da situação de análise em voga, pode ser chamado um médico (a) da especialidade, enfermeiro (a) entre outros para análise da situação, sendo considerado como membro flutuante da comissão.

Os membros da Comissão de Ética Médica deverão encontrar-se bimestralmente, conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão.
Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.
A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão de Ética Médica será feita imediatamente pelo suplente.

A Comissão de Ética Médica tem por Competência:
Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;
Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
Instaurar sindicância instrui-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;
Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Compete aos membros da Comissão de Ética:
Eleger o presidente e secretário;
Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista neste documento;
Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias.

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

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:
Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e re1latórios relativos à Comissão de Ética Médica;
Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

Cronograma de Atividade Anual

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA												
Ações/Mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos - Levantamento de Necessidades												
Oficina de capacitação sobre Ética Médica												
Realização de reuniões com a Comissão Prontuários												
Realização de reuniões com a Comissão Óbitos												
Avaliação de Indicadores												

Comissão de Ética Enfermagem (CEE)

Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)
Art. 1ºA Comissão de Ética de enfermagem tem como atribuição promover medidas educativas, fiscalizadoras e consultivas, fazendo averiguações do exercício ético-profissional, agindo de uma forma preventiva e garantindo a divulgação do código de ética de enfermagem, notificando o Conselho Regional de Enfermagem; irregularidades, revindicações, infrações éticas e sugestões para a melhoria da assistência.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Atribuições Gerais

As comissões devem atuar de forma preventiva, junto aos profissionais de Enfermagem, fomentando o exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente, do profissional e das instituições.

As CEE têm a autonomia e a imparcialidade nos trabalhos que realiza. Mas cabe às CEE notificar ao enfermeiro RT quanto aos casos analisados, mesmo que não sejam sindicantes, para acompanhamento do resultado do apurado, através de relatórios e pareceres.

Cabe à CEE e a seus membros assegurar o sigilo, durante a apuração de fatos, e em procedimentos sindicantes, mantendo a imparcialidade em todo o procedimento de apuração, em respeito à legislação vigente.

Não é atribuição da Comissão de Ética de Enfermagem ou de seus membros, durante o procedimento sindicante, estabelecer os artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que supostamente foram infringidos, assim como não devem determinar ou aplicar penalidades de qualquer natureza. Esta atribuição é exclusiva do Sistema COFEN/ Conselhos Regionais de Enfermagem

Participar de estudos e projetos visando a orientação aos usuários e familiares, no que se refere às questões éticas;

Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;

Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas de Enfermagem na UNIDADE, sempre que necessário;

Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na UNIDADE, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado aos usuários pela equipe de enfermagem.

Composição da Comissão

Art. 2º Conforme Decisão Coren/SC 002/2006, a escolha dos membros da CEE deverá ser feita por eleição direta e secreta, convocada pela Gerência do Órgão de Enfermagem da respectiva instituição de saúde, sendo os candidatos eleitos, por seus pares, por voto facultativo. Poderão votar somente os profissionais de Enfermagem da respectiva Instituição de Saúde.

Art. 3º Para concorrer às eleições, o profissional deverá ter, no mínimo, um ano de efetivo exercício profissional, estar em pleno gozo dos seus direitos profissionais e inexistir condenação em processo ético, processo disciplinar, processo civil ou penal nos últimos cinco anos.

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM		
Condição do Quadro Funcional da instituição	MEMBROS EFETIVOS	MEMBROS SUPLENTES

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Equipe de Enfermagem Completa (Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem)	1 Enfermeiro, 1 Técnico de Enfermagem e 1 Auxiliar de Enfermagem	1 Enfermeiro, 1 Técnico de Enfermagem e 1 Auxiliar de Enfermagem
Equipe composta somente por enfermeiro e técnico de enfermagem	1 Enfermeiro e 2 Técnicos de Enfermagem	1 Enfermeiro e 2 Técnicos de Enfermagem
	2 Enfermeiros e 1 Técnico de Enfermagem	2 Enfermeiros e 1 Técnico de Enfermagem
Equipe composta somente por enfermeiro e auxiliar de enfermagem	1 Enfermeiro e 2 Auxiliares de Enfermagem	1 Enfermeiro e 2 Auxiliares de Enfermagem
	2 Enfermeiros e 1 Auxiliar de Enfermagem	2 Enfermeiros e 1 Auxiliar de Enfermagem

Art. 4º A Comissão de Ética de enfermagem será composta por no mínimo 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais de enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando número ímpar de efetivos, entre enfermeiros, obstetrizes, técnicos e auxiliares de enfermagem.
A CEE será composta por presidente, secretário e membro, dentre os profissionais mais votados, sendo que o cargo de presidente será exercido exclusivamente por profissional enfermeiro.
Art. 5º Ao Presidente, compete:
Responsabilizar-se pelo andamento das atividades e encaminhamento das decisões da Comissão de Ética de Enfermagem;
Convocar, presidir e coordenar as reuniões de Comissão de Ética de Enfermagem;
Elaborar relatório final para encaminhamento à Diretoria Assistencial e ao Conselho dos casos apurados como infrações éticas;
Representar a Comissão de Ética perante as instâncias superiores e no Conselho ou quando se fizer necessário.
Assinar toda a documentação da Comissão;
Delegar responsabilidade e atribuição de tarefas para os membros da CEE.
Art. 6º Ao Secretário, compete;
Secretariar as atividades da CEE
Comparecer às reuniões convocadas;
Registrar em atas todas as reuniões da Comissão e colher as assinaturas dos participantes;
Cuidar do controle e arquivo dos documentos da Comissão; e
Colaborar com os trabalhos da Comissão.
Organizar arquivos referentes aos relatórios dos procedimentos sindicantes, bem como realizar convocações dos denunciados e denunciantes das testemunhas em casos desses procedimentos.
Executar as atividades que lhe forem delegadas pelo Presidente;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Art. 7º Aos membros titulares e suplentes, compete:
Comparecer às reuniões da comissão e outras atividades promovidas pela Comissão, discutindo e opinando sobre assunto em pauta.
Colaborar com os trabalhos da Comissão;
Assumir as responsabilidades e tarefas delegadas pelo Presidente; e
Divulgar as atividades e objetivos da Comissão de Ética de Enfermagem.
Eleger presidente e secretário;
Garantir o cumprimento da legislação profissional e dos dispositivos constantes no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, garantindo também o amplo direito de defesa dos profissionais.

Proposta de Regimento Interno
REGIMENTO INTERNO
Art. 8º CONSIDERANDO a Resolução Cofen Nº 593/2018, normatiza, no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem, a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde com Serviço de Enfermagem.
Art. 9º CONSIDERANDO a Resolução Cofen 311/207 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população.
Art. 10º CONSIDERANDO o Profissional de Enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integridade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.
Art. 11º CONSIDERANDO que é responsabilidade e dever do profissional de enfermagem assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.
rt. 12º À Comissão de Ética de Enfermagem, atribuem-se:
Representar o Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição na instituição de saúde em se tratando de assuntos relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
Divulgação e cumprimento da Legislação de Enfermagem ora vigente;
Identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;
Receber denúncias de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem;
Elaboração de relatórios, restrito à narrativa dos fatos que causaram a denúncia, anexando documentação, se houver, relativa a qualquer indício de infração ética.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Encaminhar o relatório ao Conselho Regional de Enfermagem e ao Enfermeiro Responsável Técnico (RT) da instituição, para conhecimento, nos casos em que haja indícios de infração ética ou disciplinar;

Propor e participar em conjunto com o Enfermeiro RT e Enfermeiro responsável pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem, ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;

Promoção e participação de atividades multiprofissionais referentes à ética;

Assessorar a Diretoria/Chefia/Coordenadora de Enfermagem da Instituição, nas questões ligadas à ética profissional;

Divulgar as atribuições da CEE.

Participar das atividades educativas do Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEE, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação.

Apresentação de relatório de suas atividades ao Conselho Regional de Enfermagem, feita anualmente.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13º. Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta, através da aprovação de 50% mais de seus membros.

Art. 14º A proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer membro titular da comissão de ética de Enfermagem.

Art. 15º. Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente desta comissão, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

ANEXO I

ATA DE NOMEAÇÃO

Timbre da Instituição

Cidade, (dia) de (mês) de (ano).

Ofício nº _____/ ano

À Gerência de Fiscalização Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Santa Catarina COREN-SC

Assunto: Resultado das eleições para formação da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) da instituição (Nome da Instituição)

Após eleição realizada em __/__/____, os seguintes candidatos foram eleitos para composição da Comissão de Ética de Enfermagem, nos respectivos cargos:

Nome do Profissional Categoria Profissional/CPF nº Presidente da CEE

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Nome do Profissional Categoria Profissional/CPF nº Secretário
Nome do Profissional Categoria Profissional/CPF nº 3º Membro Efetivo
Nome do Profissional Categoria Profissional/CPF nº 4º Membro Efetivo
Nome do Profissional Categoria Profissional/CPF nº 5º Membro Efetivo
Nome do Profissional Categoria Profissional/CPF nº 1º Membro Suplente
Nome do Profissional Categoria Profissional/CPF nº 2º Membro Suplente
Nome do Profissional Categoria Profissional/CPF nº 3º Membro Suplente
Nome do Profissional Categoria Profissional/CPF nº 4º Membro Suplente
Nome do Profissional Categoria Profissional/CPF nº 5º Membro Suplente
Atenciosamente,

_____

(Nome completo do Presidente da Comissão Eleitoral Carimbo e assinatura Carimbo e assinatura de todos os eleitos acima qualificados)

Cronograma de Atividade Anual

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM												
Ações/mês execução	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Nomeação dos Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Capacitação: A importância do Registro no Prontuário												
Capacitação: Denúncias Éticas												
Realizações de Reuniões com a Comissão de Revisão de Prontuários												
Realizações de Reuniões com o Núcleo de Segurança do Paciente												
Relatório para o COREN												

Comissão de Farmácia e Terapêutica

Proposta de Constituição (Membros, Finalidade)
A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT é uma junta deliberativa com a responsabilidade e supervisão de todas as políticas de seleção e utilização de medicamentos na Unidade com o intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e com risco potencial mínimo.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O principal objetivo desta comissão é formular e implementar uma política institucional para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde. A CFT da Unidade é um órgão de natureza técnico-científico/permanente vinculado à diretoria da Unidade.

Atribuições

Participar na elaboração da política de medicamentos da instituição, incluindo seleção e dispensação;

Estipular critérios para obtenção de medicamentos que não constem na padronização;

Participar na elaboração de protocolos de tratamento elaborados por diferentes serviços clínicos;

Investigar a utilização de medicamentos na instituição;

Avaliar Interações de Medicamentos;

Elaborar um Guia de Aplicação de Medicamentos;

Participar ativamente da educação permanente dirigida à equipe de saúde e assessorar todas as atividades relacionadas à promoção do uso racional.

Composição da Comissão

Formação	**Perfil do Componente**
Médico	Profissional com formação em medicina, designado pelo diretor técnico
Representante da CCIH	Médico da CCIH da Unidade
Farmacêutico	Profissional com formação em farmácia, de preferência o farmacêutico RT da Unidade
Enfermeiro	Profissional com formação em enfermagem, designado pela Gerência de Enfermagem da Unidade
Administrador	Profissional com formação em administração, designado pela Direção Geral da Unidade

Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	**Implantar Comissão de Farmácia e Terapêutica**
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Continuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão, atas de reuniões, padronizações de materiais e medicamento implantados.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Instruções de Trabalho –ITs implantadas
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e rotina implantada (Instruções de Trabalho – IT's)

Proposta de Regimento Interno

DA NATUREZA E FINALIDADE:

Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT doravante denominada Farmacovigilância, é instância de caráter consultivo e de assessoria do serviço, vinculada à Diretoria Técnica, cujas ações devem estar voltadas à promoção do uso racional de medicamentos.

A CFT tem por finalidade assessorar a Assistência Farmacêutica serviço:

Na seleção de medicamentos nos diversos níveis de complexidade do sistema;

No estabelecimento de critérios para o uso dos medicamentos selecionados; e

Na avaliação do uso dos medicamentos selecionados.

DA SUBORDINAÇÃO E AUTONOMIA:

Esta Comissão está diretamente ligada à Diretoria Técnica e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, por ter apoio direto desta Diretoria.

DAS ATRIBUIÇÕES

São atribuições da CFT:

Assessorar a Diretoria Técnica nos assuntos referentes a medicamentos;

Propor a Relação de Medicamentos – Padronização - e sua atualização constante;

Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da Relação de Medicamentos;

Elaborar o Formulário Terapêutico e as normas para sua aplicação, bem como outros materiais informativos sobre o uso racional de medicamentos;

Desenvolver, juntamente com equipes formalizadas na Instituição (por exemplo: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Cuidados Paliativos, Parada Cardiorrespiratória e etc) e validar protocolos terapêuticos para utilização de grupos de medicamentos, sendo estes:

- Antimicrobianos;
- Medicamentos não padromizados;

Propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos;

Propor estratégias de avaliação da utilização dos medicamentos no serviço.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Dos pressupostos, critérios e fluxo de trabalho para a seleção de medicamentos. A seleção de medicamentos deve ter como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.

A seleção de medicamentos deve objetivar:
Uma maior eficiência administrativa;
Uma resolutividade terapêutica adequada;
A racionalidade na prescrição;
A racionalidade na utilização de fármacos e
A racionalização dos custos dos tratamentos.

Para a inclusão de medicamentos na Padronização deverão ser observados os seguintes critérios:
Indicação fundamentada em critérios epidemiológicos, privilegiando aqueles medicamentos para doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;
Indicação fundamentada no perfil epidemiológico dos pacientes atendidos serviço;
Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica;
Baixa toxicidade e nível terapêutico seguro;
Composição perfeitamente conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas;
Denominação pelo princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);
Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas, farmacotécnicas e farmacoeconômicas;
Estabilidade em condições de estocagem e uso e facilidade de armazenamento;
Preferência a medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade;
Preferentemente estar disponível no mercado nacional;
Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade para a administração aos pacientes a que se destinam, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses visando melhor assistência ao cuidado;
Solicitação recomendada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica local ou, na sua ausência, pela gerência técnica da Instituição solicitante.

Para a inclusão, também podem ser considerados os demais pressupostos estabelecidos pela Política Nacional de Medicamentos:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Medicamentos para doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;
Medicamentos para doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

Nas situações mencionadas no Parágrafo 1º deste Artigo, o emprego dos medicamentos deve estar condicionado à observância de protocolos clínicos específicos.

A substituição de medicamentos da Padronização justificar-se-á quando o novo produto apresentar vantagem comprovada em termos de:
Menor risco/benefício;
Menor custo/tratamento;
Menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
Maior estabilidade;
Propriedades farmacológicas mais favoráveis;
Menor toxicidade;
Maior informação com respeito a suas vantagens e limitações, eficácia e eficiência;
Maior comodidade na administração;
Facilidade de dispensação.

A exclusão de medicamentos da Padronização deverá ocorrer sempre que houver evidências de que o produto:
Apresenta relação risco/benefício inaceitável;
Não apresenta vantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado;
Possui propriedades organolépticas que afeta diretamente os pacientes;
Não apresenta demanda justificável.

As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos da Padronização deverão ser encaminhadas à CFT através de solicitação em formulário próprio, acompanhado da documentação exigida.
As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos da Padronização EP devidamente encaminhadas à CFT serão analisadas conforme Roteiro e Fluxo pré-estabelecidos pela CFT.
A critério da CFT, a solicitação poderá retornar ao solicitante para complementação das informações.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Uma vez emitido o parecer pela CFT e homologado pela Diretoria, novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo informando sobre possibilidade de risco de vida dos usuários envolvidos.

DA COMPOSIÇÃO

A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT será composta por representantes, titular e suplente:

Integrante	Registro Conselho	Função na Organização	Função da Comissão

A representação dos integrantes relacionados deverá ocorrer através da indicação formal de dois nomes por Grupo/Equipe, encaminhada diretamente à Diretoria, para um período de dois anos, sendo um titular e um suplente, podendo estes ser reconduzidos por um período igual e consecutivo.

Os Grupos direcionados a cuidados específicos ficam isentos da obrigatoriedade nas reuniões, exceto quando houver convocação explícita dos Coordenadores.

Todos os membros deverão assinar termo de isenção, onde afirmem ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas produtoras de medicamentos, que resultem em auferição de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais.

Enquanto pertencer à CFT, nenhum dos membros poderá auferir brindes, prêmios ou outras vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias produtoras de medicamentos.

Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer duas reuniões consecutivas, sem justificativa relevante, apresentada por escrito até quarenta e oito horas úteis após a reunião, devendo a Equipe/Grupo que representa, nesta circunstância, indicar novo membro.

DO FUNCIONAMENTO

A CFT será coordenada pelo Diretor Técnico e Diretor Administrativo do serviço.

Caberá também aos Coordenadores providenciar a organização da pauta das reuniões e a preparação de cada tema nela incluído.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO SOLIMEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A CFT reunir-se-á, ordinariamente, a cada trimestre e, extraordinariamente, por convocação dos seus Coordenadores ou por requerimento da maioria dos membros.
As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um do total de seus membros.
Cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu suplente, quando de sua ausência.
Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes.

Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, serão consultados especialistas, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.
As recomendações e pareceres da CFT serão submetidos à apreciação do Diretor Técnico para homologação final, a qual implicará em seu registro através de portarias.
Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para a homologação final, o Diretor Técnico deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.
As reuniões da CFT serão registradas em atas sumárias, cuja elaboração ficará a cargo de farmacêutica responsável, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos e as recomendações e os pareceres emanados.
Dos indicadores de desempenho

O trabalho da Comissão será permanentemente demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho, que incluirão:
O número de fármacos estudados e padronizados no serviço anualmente;
A porcentagem de medicamentos prescritos fora da padronização num determinado período;
A quantidade de intervenções realizadas para melhorar a prática da prescrição (material disponibilizado pela Educação Continuada);
A quantidade de notificações de reações adversas a medicamentos informadas à ANVISA e atendidas internamente. Estas notificações devem ser feitas em formulário interno específico, e posteriormente comunicadas à agência nacional regulatória.

DISPOSIÇÕES GERAIS
A compra de medicamentos não previstos na Seleção, e que por sua natureza deva ser de caráter emergencial, será avaliada pela Diretoria Técnica do serviço.
A autorização para aquisição destes medicamentos não implicará, necessariamente, em sua inclusão na seleção.
Fica legitimado, portanto, o início das atividades da presente Comissão.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Métodos de Controle sobre Fármacos Controlados

Aquisição e Recebimento:

Os medicamentos controlados são adquiridos exclusivamente por meio de fornecedores autorizados, conforme regulamentação da Anvisa.

No momento da coleta, é realizado um processo de conferência rigorosamente, comparando a nota fiscal com os itens entregues, para garantir que a quantidade e as especificações estejam corretas.

Armazenamento Seguro:

Os medicamentos controlados são armazenados em áreas específicas, com acesso restrito e monitoramento contínuo.

Os locais de armazenamento incluem cofres ou armários com trancas de segurança, atendendo às normas da RDC nº 275/2001.

O ambiente de armazenamento é monitorado quanto à temperatura, umidade e outras condições permitidas para preservar a integridade dos medicamentos.

Registro e Rastreamento:

Implementação de um sistema informatizado para registro detalhado de entrada, saída e estoque dos medicamentos controlados.

Cada entrega é registrada com informações como dados, responsável pela entrega e quantidade utilizada.

A rastreabilidade permite identificar o destino de cada unidade do medicamento, desde a coleta até a administração ao paciente.

Dispensação Controlada:

Os medicamentos controlados são dispensados mediante prescrição médica, com retenção de receita em conformidade com a legislação específica.

O medicamento realiza uma análise rigorosa da prescrição, verificando a validade da receita e a dosagem indicada.

A entrega é feita exclusivamente para profissionais autorizados, como médicos e enfermeiros, mediante assinatura em registro específico.

Monitoramento e Auditoria:

Auditorias periódicas são realizadas para verificar a conformidade com os protocolos estabelecidos.

São analisados os registros de estoque, dispensação e administração para identificação de desvios ou inconformidades.

Os relatórios são gerados regularmente e submetidos à CFT para avaliação e implementação de melhorias.

Capacitação de Equipe:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Treinamento contínuo de farmacêuticos, enfermeiros e outros profissionais envolvidos no medicamento controlado.

Os treinamentos abrangem legislações específicas, protocolos de segurança e identificação de sinais de uso inadequado.

Comunicação com Autoridades Reguladoras:

Os relatórios periódicos de consumo de medicamentos controlados são enviados aos órgãos competentes, como Anvisa e Vigilância Sanitária, em conformidade com as normas legais.

Notificação imediata em casos de extravio, furto ou outra irregularidade, para garantir a transparência e a segurança.

Resultados Esperados

Redução de Riscos: Minimizar desvios, perdas e uso inadequado de medicamentos controlados.

Segurança do Paciente: Garantir a administração correta e segura desses medicamentos, promovendo os melhores avanços clínicos.

Conformidade Legal: Atender rigorosamente às normas da Anvisa e Vigilância Sanitária.

Eficiência Operacional: processos protegidos e garantia do uso racional de recursos.

A implementação desses métodos de controle pela CFT reforça o compromisso da UPA com a segurança, qualidade e eficácia no cuidado ao paciente.

Cronograma de Atividade Anual

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA												
Ações	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nomeação do Membros da Comissão	X											
Reuniões da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação de Indicadores				X	X							
Oficina de capacitação		X	X	X								
Implantação de Instruções de Trabalho, Manuais e Formulários			X	X	X							
Avaliação de Indicadores						X	X	X	X	X	X	X

Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A comissão de padronização de materiais e medicamentos é um grupo de profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos e administradores hospitalares, que se reúnem para estabelecer padrões e diretrizes para a seleção e utilização de materiais médicos e medicamentos em uma instituição de saúde.

Desempenha um papel crucial na garantia da segurança dos pacientes, na melhoria da eficiência operacional e na redução de custos. Elas revisam e avaliam evidências científicas, consideram as necessidades específicas da instituição e dos pacientes atendidos, e tomam decisões sobre quais produtos serão utilizados, levando em conta critérios como eficácia clínica, segurança, custo e disponibilidade.

É responsável por monitorar o uso dos materiais e medicamentos padronizados, revisar regularmente as políticas e procedimentos relacionados e fornecer educação e treinamento para os profissionais de saúde envolvidos. Essas atividades ajudam a garantir que os pacientes recebam o melhor cuidado possível, com base nas práticas mais atualizadas e baseadas em evidências.

A Comissão de Padronização, também conhecida como Comissão de Normalização, tem como finalidades principais:

Estabelecer padrões e normas: Define diretrizes e padrões para produtos, processos ou serviços em uma determinada área. Isso promove a uniformidade, qualidade e segurança, facilitando a interoperabilidade e a compreensão geral.

Facilitar a comunicação e a compreensão: Ao estabelecer padrões claros e consistentes, a comissão ajuda na comunicação entre diferentes partes interessadas, sejam elas fabricantes, fornecedores, consumidores ou reguladores. Isso reduz ambiguidades e possíveis conflitos.

Promover a inovação: Padrões bem desenvolvidos podem promover a inovação, fornecendo uma base sólida para o desenvolvimento de novas tecnologias, produtos e processos. Eles podem facilitar a compatibilidade entre diferentes sistemas e permitir a introdução mais rápida de novas ideias no mercado.

Assegurar a qualidade e segurança: Ao definir padrões de qualidade e segurança, a comissão ajuda a proteger os consumidores e outros usuários finais, garantindo que os produtos e serviços atendam a determinados critérios mínimos.

Promover a competitividade: Padrões comuns podem facilitar o comércio internacional, removendo barreiras técnicas e facilitando a entrada em novos mercados. Isso pode ajudar a aumentar a competitividade das empresas e economias envolvidas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Reduzir custos: Ao estabelecer padrões comuns, a comissão pode ajudar a reduzir os custos de produção, teste e conformidade, pois as empresas podem se concentrar em atender a um conjunto uniforme de requisitos.

Composição:
Farmacêutico
Médico
Enfermeiro
Diretor técnico
Diretor executivo
Farmacêutico RT

Cronograma de Atividade Anual

COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS												
Ações/Mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos - Levantamento de Necessidades												
Capacitação												
Revisões da padronização												
Avaliação de Indicadores												

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT

Proposta de Constituição (membros, finalidade)
Membros do SESMT
O SESMT em uma unidade da saúde deve ser composto por uma equipe multidisciplinar, com profissionais especializados em diferentes áreas para garantir a saúde e segurança dos colaboradores e pacientes. A composição pode incluir:
Engenheiro de Segurança do Trabalho - Responsável por identificar, avaliar e propor soluções para riscos relacionados ao ambiente de trabalho.

Assinado por 1 pessoa: ANILO CORVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Médico do Trabalho - Realiza exames médicos, avalia a saúde ocupacional dos colaboradores e orienta sobre doenças relacionadas ao trabalho.

Enfermeiro do Trabalho - Coordena ações de saúde ocupacional, realiza triagens e participa de programas de promoção da saúde.

Técnico de Segurança do Trabalho - Implementa normas de segurança e treina os colaboradores sobre práticas seguras.

Fisioterapeuta (opcional) - Atua na prevenção de lesões e na reabilitação de trabalhadores, promovendo ergonomia.

Psicólogo do Trabalho (opcional) - Apoia a saúde mental dos colaboradores, abordando questões de estresse e ambiente laboral.

Assistente Social (opcional) - Auxilia os colaboradores em questões sociais e de qualidade de vida que impactam o trabalho.

Finalidade do SESMT

A finalidade do SESMT em uma Unidade é garantir um ambiente seguro e saudável, promovendo a saúde dos trabalhadores e a segurança dos pacientes. As principais funções incluem:

Prevenção de Acidentes e Doenças;

Implementar medidas preventivas para evitar acidentes e doenças ocupacionais entre os colaboradores;

Avaliação de Riscos;

Identificar, avaliar e monitorar riscos no ambiente da Unidade, considerando a exposição a agentes químicos, físicos e biológicos;

Capacitação e Treinamento;

Promover treinamentos regulares sobre segurança no trabalho e saúde ocupacional para todos os colaboradores;

Promoção da Saúde;

Desenvolver e implementar programas de promoção da saúde e qualidade de vida no ambiente de trabalho;

Atendimento Médico e Enfermagem;

Realizar atendimentos de saúde ocupacional e encaminhamentos necessários para tratamento;

Elaboração de Normas e Procedimentos;

Criar e revisar normas de segurança e procedimentos operacionais para garantir a conformidade com legislações;

Integração com Outros Setores;

Trabalhar em conjunto com outras áreas da Unidade para promover uma cultura de segurança e saúde;

Relatórios e Indicadores de Saúde;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO DE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Elaborar relatórios sobre a saúde e segurança no trabalho e monitorar indicadores de desempenho;

Consultoria e Assessoria;

Prestar consultoria aos gestores sobre questões relacionadas à saúde e segurança do trabalho.

Proposta de Regimento da Interno

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO (SESMT)

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Este Regimento Interno estabelece e disciplina a estruturação e o funcionamento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).

Parágrafo único. As normas deste Regimento Interno estão pautadas no Regimento Interno da Unidade.

DA NATUREZA E OBJETIVOS

O SESMT da Unidade tem suas ações pautadas em quatro eixos fundamentais:

I. Vigilância e monitoramento em saúde do trabalhador;

II. Segurança do Trabalho;

III. Atenção em equipe multidisciplinar;

IV. Assessoramento em Saúde e Segurança do Trabalhador.

O SESMT poderá desenvolver ações relativas à temática Saúde e Segurança do Trabalhador em todas as unidades da Unidade.

O SESMT tem como atribuições:

a) Realização de exames periódicos e emissão de Atestados de Saúde Ocupacional (ASOs);

b) Oferta de suporte na investigação de acidentes de trabalho, a partir das Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT) emitidas por estas unidades;

c) Construção e apoio na implementação dos programas oficiais, como Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO);

d) Assessoria no acompanhamento e monitoramento das readaptações encaminhadas pela Diretoria Executiva de Perícia Médica e Saúde Ocupacional da Unidade;

e) Apoio no desenvolvimento de ações preventivas, em parceria com o NEP, SCIH e NQSP.

Configuram-se, ainda, como objetivos do SESMT:

I – Assessorar à Diretoria Executiva quanto à avaliação e ao monitoramento das condições de saúde dos colaboradores, em seus aspectos individuais e coletivos, bem como naqueles relativos à infraestrutura, condições, riscos e processos de trabalho;

II – Articular e promover ações que visem o cumprimento da legislação vigente em saúde e segurança do trabalhador;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

III – Sistematizar ações com vista à melhoria das condições de trabalho, à prevenção de doenças e à redução de riscos existentes no ambiente laboral;
IV – Realizar e estimular pesquisas, controle estatístico e estudos epidemiológicos baseados na incidência e prevalência das doenças laborais;
V – Favorecer a análise da etiologia dos acidentes de trabalho e outros afastamentos;
VI – Assessorar, juntamente com os núcleos descentralizados de saúde e segurança do trabalhador das unidades, as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes – CIPAs;
VII - Colaborar na elaboração de projetos de engenharia e arquitetura, relativos à temática de saúde e segurança do trabalhador.

DA COMPOSIÇÃO
Compreende a estrutura do SESMT:
a) Coordenação Geral;
b) Coordenação Adjunta;
c) Secretaria Administrativa;
d) Equipe Multiprofissional de Saúde e Segurança do Trabalhador

DAS ATRIBUIÇÕES
SEÇÃO I - DA COORDENAÇÃO GERAL
A Coordenação Geral do SESMT da Unidade deve ser exercida por colaborador nomeado pela Diretoria Executiva.

Compete a Coordenação Geral:
1- Planejar, organizar, dirigir e controlar os fluxos de processos, atividades e ações do setor;
2- Avaliar o cumprimento do plano de trabalho e metas;
3- Convocar e coordenar reuniões de equipe;
4- Articular ações realizadas do Núcleo com setores da rede pública e/ou privada;
5- Divulgar os indicadores de resultados das ações realizadas no SESMT;
6- Deliberar sobre os casos omissos neste Regimento, dentro dos limites da sua competência;
7- Apresentar à Diretoria Executiva, proposta de modificação deste regimento interno, diante da necessidade.

DA COORDENAÇÃO ADJUNTA
A Coordenação Adjunta do SESMT deve ser exercida por colaborador com experiência na área de Saúde e Segurança do Trabalhador, designado pela Diretoria Executiva.
Compete a Coordenação Adjunta do SESMT:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

1 - Substituir a Coordenação Geral do setor nos casos de faltas ou impedimentos eventuais;

2 - Exercer atividades paralelas à coordenação geral no sentido de auxiliar a gestão no alcance dos objetivos do setor.

DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR

São atribuições da Equipe Multiprofissional:

I – Medicina do Trabalho:

a) Elaborar e/ou coordenar e executar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO e seus desdobramentos técnicos e legais;

b) Realizar consultas de avaliação clínico-ocupacional e solicitar exames complementares e/ou avaliações com especialistas, caso necessário;

c) Diagnosticar, por meio de consultas e exames, os agravos profissionais que acometem os servidores, bem como direcionar os casos emergenciais;

d) Realizar exames ocupacionais periódicos, de retorno ao trabalho, mudança de função, demissão e aposentadoria, sempre acompanhados da emissão do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), em duas vias;

e) Coletar, consolidar e analisar dados estatísticos de absenteísmo, perfil de morbimortalidade relacionados às doenças ocupacionais e acidentes de trabalho dos servidores, acompanhados de relatórios estatísticos e proposição de medidas de controle;

f) Desenvolver planos/programas em níveis da prevenção, promoção e reabilitação;

g) Realizar visitas aos locais de trabalho e acompanhamento de atividades, identificando as inadequações e fatores de risco à saúde dos trabalhadores;

h) Acompanhar a emissão das CATs (Comunicação de Acidente de Trabalho) nas ocorrências de acidentes de trabalho e/ou doenças ocupacionais, com ou sem afastamento do trabalhador, nas unidades de competência do setor, de acordo com exposto no Art 6º;

i) Participar do processo de readaptação funcional do servidor, quando da restrição laboral, junto à unidade de lotação do mesmo, e quando acionado pela SPMSO do Estado;

j) Encaminhar os servidores atendidos, quando necessário, para avaliação da Perícia Médica Oficial do Estado;

k) Notificar as doenças profissionais e as produzidas em virtude das condições especiais de trabalho;

l) Participar de reuniões, fóruns, grupos de trabalho, comissões, entre outros, para as quais for designado;

m) Exercer função de preceptoria de estágio em Medicina.

II - Enfermagem do Trabalho:

a) Exercer atividades relacionadas ao serviço de saúde e segurança do trabalhador, no campo da higiene e melhoria do trabalho;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

b) Elaborar e executar planos e programas de promoção e proteção à saúde dos servidores, propiciando articulações internas e externas;

c) Coordenar a equipe de enfermagem;

d) Realizar atendimento ao servidor;

e) Exercer função de preceptoria de estágio em Enfermagem;

f) Promover e realizar ações educativas;

g) Realizar levantamentos e estudos epidemiológicos, investigando os nexos causais;

h) Desenvolver ações específicas de enfermagem no atendimento ao servidor;

i) Participar de reuniões, fóruns, grupos de trabalho, comissões, entre outros, para as quais for designado.

III - Engenharia de Segurança do Trabalho:

a) Elaborar e executar projetos e sistemas para programas de segurança do trabalho, desenvolvendo estudos e estabelecendo métodos e técnicas, para prevenir acidentes de trabalhos e doenças profissionais;

b) Elaborar e propor medidas para a implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), conforme legislação em vigor;

c) Participar da elaboração e do planejamento para composição da CIPA conforme Norma Regulamentadora Específica Vigente;

d) Realizar campanhas que promovam a aplicação de dispositivos especiais de segurança, bem como Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Coletiva (EPC), determinando aspectos técnicos funcionais e demais características, para prevenir e minimizar a possibilidade de acidentes e doenças ocupacionais;

e) Emitir pareceres e laudos na condição de assistente técnico e divulgar documentos técnicos, como relatórios, mapas de risco e contratos, entre outros;

g) Realizar vistoria visando o cumprimento de disposições legais e regulamentares relacionadas à segurança e à medicina do trabalho;

h) Promover e realizar campanhas educativas sobre prevenção de acidentes;

i) Avaliar os níveis de insalubridade ou de periculosidade de tarefas ou operações ligadas à execução do trabalho;

j) Participar de reuniões, fóruns, grupos de trabalho, comissões, para as quais for designado;

k) Exercer função de preceptoria de estágio em Engenharia e Segurança do Trabalho e Técnico de Segurança do Trabalho.

IV - Psicologia

a) Realizar anamnese, para definição do perfil psicológico do trabalhador, suas necessidades e dificuldades;

b) Definir o tipo de procedimento terapêutico adequado a cada situação;

c) Realizar avaliação da saúde mental das equipes ou grupos de trabalho, quando demandado;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

d) Realizar atendimento individual psicoterápico com abordagem focal (psicoterapia de curta duração e de apoio) quando necessário, a fim de atender às necessidades e dificuldades do indivíduo e seu coletivo;

e) Realizar atendimentos em grupo com o objetivo de promover a interação, resolução de conflitos, revisão de posturas, integração e bem-estar das equipes de trabalho, entre outros;

f) Promover ações educativas, caracterizando um trabalho permanente ou continuado;

g) Participar de reuniões, fóruns, grupos de trabalho, comissões, entre outros, para os quais for designado;

h) Exercer função de preceptoria de estágio em Psicologia.

VI - Técnico de Enfermagem do Trabalho:

a) Participar do planejamento, programação e orientação das atividades de enfermagem do trabalho;

b) Participar do desenvolvimento e execução de programas de avaliação da saúde dos trabalhadores e controle das doenças relacionadas ao trabalho;

c) Colaborar na execução dos programas de saúde e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais;

e) Participar de programas educativos destinados ao processo de manutenção da saúde.

VII – Técnico de Segurança do Trabalho:

a) Elaborar e acompanhar as ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho;

b) Elaborar Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho – LTCAT;

c) Analisar, investigar e registrar, os acidentes de trabalho, inclusive os de trajeto;

d) Especificar Equipamentos de Proteção Individual e/ou Coletiva (EPI's / EPC's);

e) Ministrar capacitações de Segurança do Trabalho;

f) Atuar em conjunto com outros profissionais da Equipe de Vigilância e promoção da Saúde do Servidor;

g) Avaliar, o ambiente, o processo e as condições de trabalho;

h) Avaliar e atuar no sentido de minimizar os riscos relacionados à insalubridade, periculosidade e outros a que o servidor estiver exposto, conforme a legislação vigente;

i) Elaborar pareceres especializados na área de Segurança do Trabalho;

j) Participar de reuniões, fóruns, grupos de trabalho, comissões, para as quais for designado.

Parágrafo único: O quadro das especialidades que comporão o SESMT poderá sofrer alterações circunstanciais, desde que preservado o quadro mínimo proposto pela Norma Regulamentadora específica em vigor.

DO ATENDIMENTO

A rotina de atendimentos aos colaboradores da Unidade será estabelecida pela equipe do SESMT segundo regulamentação específica.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Os colaboradores que demandem intervenções de urgência ou emergência deverão ser encaminhados aos correspondentes serviços da rede de saúde local.

O fluxo de atendimentos para acesso do colaborador aos serviços assistenciais ofertados pelo SESMT dar-se-á por meio de uma das seguintes possibilidades:

Nos casos de Acidente de Trabalho, com CAT devidamente emitida, o colaborador deverá receber atendimento prioritário pela equipe do SESMT, de modo que seja redefinida a agenda de atendimentos.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

O presente Regimento Interno poderá ser alterado, parcial ou totalmente por meio de proposta expressa de qualquer um dos membros do SESMT, à Coordenação Geral, que submeterão a análise da Diretoria Executiva, podendo a critério submeter tais modificações.

Este regimento entrará em vigor a partir de sua publicação.

Cronograma de Atividade Anual

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho												
Ações/Mês	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros do SESMT	X											
Reuniões do SESMT	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação de Indicadores	X	X	X									
Treinamentos do SESMT				X	X			X	X			
Realização de reuniões intersetoriais		X			X			X			X	
Monitoramento e Avaliação de Indicadores				X	X	X	X	X	X	X	X	X

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

2.2 Organização dos Serviços de Hotelaria

Higiene e Limpeza

O Serviço de Limpeza da Unidade tem como finalidade manter o ambiente limpo e higienizado empregando técnicas de higiene corretas em conjunto com a utilização de produtos e equipamentos adequados, ou seja, consiste na limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis; remoção, redução ou destruição de micro-organismos patogênicos; controle de disseminação de contaminação biológica, química, entre outras ações, mediante aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo, nas superfícies das diversas áreas assistenciais das Unidades, o que inclui tetos, pisos, paredes/divisórias, portas, janelas, mobiliários, equipamentos, instalações sanitárias, grades de ar condicionado e/ou exaustor, mobiliários e camas, quando da saída dos pacientes e demais instalações.

Os procedimentos básicos de limpeza a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de infecção, em conformidade com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) que valida às normas a serem seguidas nos processos de higienização, visando à redução dos riscos de contaminação cruzada. Indicando inclusive, o tratamento de limpeza e principalmente os produtos que devem ser adotados na desinfecção, considerando a patologia do paciente que ocupou o leito.

Apresentação

O Serviço de Higienização tem como objetivo manter o ambiente limpo e higienizado empregando técnicas de Coordenação hospitalar corretas em conjunto com a utilização de produtos e equipamentos adequados.

Está diretamente subordinado ao Coordenador Administrativo, obedecendo sempre ao preconizado pelo instrumento maior desta instituição, o Regulamento das Unidades, proporcionando aos usuários, acompanhantes e colaboradores em geral, uma adequada assistência em serviços de limpeza e desinfecção.

Importância

O serviço de limpeza das Unidades tem grande importância no controle das infecções, preparando e mantendo o ambiente adequado à execução das atividades das Unidades, evitando infecções cruzadas e visando o bem-estar, conforto e segurança, tanto aos usuários quanto a equipe multiprofissional de saúde.

Objetivo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Manter o ambiente limpo e higienizado empregando técnicas de higiene hospitalar corretas em conjunto com a utilização de produtos e equipamentos adequados;
Orientar e atualizar os serviços envolvidos no processo de higienização das áreas hospitalares tanto nas limpezas concorrentes quanto nas limpezas terminais;
Uniformizar os procedimentos de sanificação das Unidades.

Manual de Higiene

O Manual de Higiene das Unidades tem a finalidade de prover a limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades reduzindo a contaminação por micro-organismos patogênicos; bem como, o controle de disseminação de contaminação biológica e química por meio do emprego de técnicas, conforme normas preconizadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Abaixo descrevemos de forma específica os procedimentos a serem realizados nos Serviços de Higiene das Unidades, sendo que esse manual é uma referência e deverá passar pela avaliação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar das Unidades.

Princípios básicos de limpeza

Os procedimentos de limpeza a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de infecção, tais como:
1 Habilitar os profissionais de limpeza para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas críticas, semicrítica e não crítica;
2 Identificar e/ou sinalizar corredores e áreas de grande circulação, durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;
3 Não utilizar anéis, pulseiras, alianças, brincos, relógios, e demais adornos, durante o desempenho das atividades de trabalho. Além de NÃO ser permitido também uso de cabelos soltos, maquiagem, esmaltes, unhas compridas;
4 Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive, quando realizados com a utilização de luvas;
Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para frente e de dentro para fora;
Realizar a coleta do lixo pelo menos 3 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;
Usar luvas, panos e baldes de cores padronizadas para cada procedimento;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Usar técnica de dois baldes, sendo um com água e solução de detergente neutro, vermelho, e outro com água limpa, azul, para enxágue;
Lavar os utensílios utilizados na limpeza (MOPs, panos de limpeza, escovas e baldes, etc) nos DML, ou sempre que utilizados em locais contaminados;
Utilizar na LIMPEZA somente produtos que possuam garantia de qualidade, bem como atender os requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente, registro no Ministério da Saúde e submetidos a prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Pré Hospitalar;
A limpeza deve ser iniciada sempre da área menos contaminada para a mais contaminada e nunca realizar movimentos de "vai e vem" e obedecendo aos seguintes sentidos;
Paredes: de cima para baixo;
Tetos: sentido unidirecional;
Pisos de sala e enfermaria: fundo para a porta;
Corredores e saguões, etc.: dentro para fora e de trás para frente.

Considerações importantes
Todos estes itens devem conter no carro funcional antes do início do trabalho do colaborador, para que não se perca de tempo de parar um procedimento por falta de material ou produto;
Na falta de alguns destes produtos/materiais a supervisora deve ser comunicada;
A água utilizada para limpeza deverá ser desprezada e trocada a cada área higienizada ou na presença de sujidade.

Armazenamento dos produtos
Todos os produtos utilizados devem ser armazenados em local seco, protegidos do calor e umidade. NUNCA deixar em contato com o chão, SEMPRE em prateleiras, armários, devidamente protegidos.
Manuseio dos produtos
SEMPRE manusear os produtos usando luvas de proteção para sua segurança, pois são produtos químicos que podem causar lesões na pele.

Diluições dos produtos
A maioria dos produtos usados na higienização são produtos que devem ser utilizados após serem diluídos. A informação de como deve ser diluído encontra-se no rótulo de cada produto.
A utilização de produtos, utensílios e equipamentos para limpeza e desinfecção devem atender as determinações da CCIH, as recomendações dos órgãos públicos de saúde e as especificidades apresentadas pelos fabricantes. Na seleção de produtos de limpeza de superfícies deverão ser considerados:

Assinado por 1 pessoa: JOANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Quanto às 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;
Segurança na manipulação e uso de produtos de limpeza.
Quanto ao tipo de germicida:
Tipo de agente químico e concentração;
Tempo de contato para ação;
Influência da 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
Necessidade de retirar resíduos do desinfetante, após utilização.

Equipamentos de proteção a serem utilizados
Equipamentos de Proteção Individual (EPI): tem por finalidade a proteção do indivíduo durante a realização de determinadas tarefas. É composto de óculos, luva grossa de borracha de cano longo, botas de borracha, avental impermeável, máscara, gorro descartável, capa de chuva, cintos de segurança para janelas, vidros e outros.

Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC): tem por finalidade a proteção coletiva durante a realização de determinadas tarefas. São compostos de placas de sinalização, cones, fitas zebradas e outros.

Definições dos tipos de limpeza
As definições dos tipos de limpeza, tem por objetivo padronizar a periodicidade de limpeza terminal e concorrente para área crítica e semicrítica.

Definição de limpeza concorrente:
É o processo de limpeza diária de todas as áreas das Unidades objetivando a manutenção e a reposição dos materiais de consumo diário (papel toalha, sabonete líquido, papel higiênico, sacos para lixo, etc.) proporcionando ambiente limpo e agradável. Em condições especiais, este tipo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

de limpeza pode ser realizado mais de uma vez por dia e em áreas críticas devem ser realizadas duas vezes ao dia ou mais.

Definição de Limpeza terminal

É o processo de limpeza abrangendo todas as áreas das Unidades objetivando a redução da sujidade e consequentemente da carga microbiana, reduzindo a possibilidade de contaminação ambiental. É realizado periodicamente ou conforme protocolo CCIH, envolvendo teto, paredes, mobiliários (camas, colchões), equipamentos, piso, janelas, vidros, portas, grades ar-condicionado, luminárias.

Limpeza Intermediária

É a limpeza realizada em locais de alta rotatividade como UPAs, UBS, Pronto Socorro e Ambulatórios, limitando-se à limpeza de pisos, banheiros e recolhimento de lixo e deve ser realizada nos três períodos do dia (manhã, tarde e noite) e conforme necessidade.

Limpeza Imediata

É a limpeza que deve ser realizada na presença de matéria orgânica. Ex.: sangue, fezes, urina, secreções de ferida, etc.

Obrigações e Responsabilidades

Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme legislação vigente e o plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e demais exigências legais nos termos da Resolução CONAMA nº 358 de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências e a RDC nº 222 de 28 de março de 2018, que dispõe sobre o regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;

O procedimento de recolhimento de resíduos deve sempre contemplar as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento, transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo as Normas da ABNT e legislação regente;

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deve ser elaborado pela unidade geradora, 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 Resolução CONAMA nº 358 de 29 de abril de 2005 e RDC nº 222 de 28 de março de 2018;

Consideram-se os conceitos a seguir, cuja simbologia e identificação dos locais de geração de resíduo e correspondente fluxo é de responsabilidade.

Horário de coleta:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O recolhimento do lixo é realizado de acordo com os horários estabelecidos pelas Unidades e realizado de forma a evitar o cruzamento de fluxo com outras atividades, tais como transporte de alimentos ou roupas limpas.

Implantação de Fluxos

A UPA desempenha um papel fundamental na rede de atenção às urgências e emergências, oferecendo atendimento intermediário entre as Unidades Básicas de Saúde e os hospitais. A UPA tem a função de estabilizar pacientes, garantindo um atendimento rápido e eficiente, reduzindo a sobrecarga nos hospitais e diminuindo filas nos serviços de urgência hospitalar.

A implantação da UPA, com as atividades assistenciais previstas e as ações de saúde detalhadas, garantirá um atendimento qualificado, seguro e eficiente à população, de acordo com as normativas vigentes e as melhores práticas assistenciais. A estrutura e a organização da UPA visam proporcionar agilidade, humanização e segurança no cuidado prestado.

O Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH) reconhece que a organização dos fluxos de circulação é fundamental para promover uma assistência de qualidade e eficiência. Por isso, propõe a implantação dos fluxos e rotinas já adotados pela instituição, com o objetivo de disciplinar o trânsito de profissionais, fornecedores, visitantes, alunos e orientar adequadamente os usuários que buscam atendimento. Além disso, será feito o registro de ingresso de pessoas devidamente identificadas com crachás e/ou etiquetas.

Compreendendo as particularidades da Unidade, essas medidas serão ajustadas para melhor atender às demandas da população, garantindo que o gerenciamento realizado pelo INDSH otimize os processos e promova um atendimento seguro e organizado.

Fluxos operacionais compreendendo circulação dos usuários em atendimento, em espera, em áreas restritas, externas e internas

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 50, as circulações (fluxos) externas e internas dos Estabelecimentos Assistências à Saúde, correspondem aos seus acessos, estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050, acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos.

Os acessos nas Unidades estão relacionados diretamente com a circulação de sua população usuária e de materiais, devendo se restringir ao máximo os números desses acessos, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais.

Assinado por 1 pessoa: PAULO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Entretanto os acessos de pessoas (pacientes, funcionários, alunos e público), devem possibilitar que os portadores de deficiência possam adentrar ao prédio sem a ajuda de terceiros.
Caracterizando os tipos de pessoas e materiais que acessam (entram e saem) da Unidade de Saúde, podemos elencar:
Paciente externo ambulante ou transportado e acompanhante;
Paciente em observação;
Colaborador, representante comercial, fornecedor e prestador de serviço, outros; e
Alunos (quando autorizado pelo Contratante);
Suprimentos e resíduos;
Cadáver, responsável legal e demais procedimentos relacionados.

A proposta para circulação dentro da Unidade, até a definição conjunta entre a equipe da Unidade e o Contratante, seguirá o fluxo operacional padrão abaixo:

Área Interna
Paciente Externo: constituído pelo fluxo de pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência). A circulação destes pacientes pela Unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento (salas de atendimento, salas de espera, sala de observação, sala de medicação, sutura, curativo, etc.), evitando sua passagem pelas áreas de circulação reservadas aos colaboradores e pacientes em isolamento, sempre portando de identificação (etiqueta e/ou crachá) cedida no acesso à Unidade.

Paciente Interno (até 24 horas): constituídos pelo fluxo de pacientes em regime de observação, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminham aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

Acompanhantes: São constituídos pelos fluxos de familiares e/ou responsáveis dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na Unidade, inclusive na fase de observação, quando se tratar de crianças e idosos ou por solicitação médica e/ou equipe multiprofissional. A circulação destes pela Unidade deve ser restrita e com a identificação (etiqueta e/ou crachá).

Visitantes: São constituídos de indivíduos que demandam a Unidade para visitar os pacientes em observação (quando autorizados) ou em função de atividades administrativas, compras e serviços terceirizados.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança interna.

Colaboradores: São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da Unidade. A circulação deles pode ser restrita às áreas em que atuam ou, em alguns casos, ser permitida.

Áreas Restritas

São os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos, como por exemplo a CME, isolamentos e sala de emergência (sala vermelha). Somente os profissionais podem circular livremente por estas áreas com equipamentos de proteção individual específicos.

Precauções e Isolamento

Poderão ser utilizados os seguintes tipos de isolamento: precauções de gotícula e contato, em leito de isolamento.

Obs.: Os procedimentos que podem gerar aerossóis devem ser realizados preferencialmente em uma área de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA (*High Efficiency Particulate Arrestance*). Na ausência desse tipo de área, deve-se colocar o paciente em uma sala com portas fechadas (com janelas abertas) e restringir o número de profissionais durante estes procedimentos. Além disso, deve-se orientar a obrigatoriedade do uso da máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3µ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3) pelos profissionais de saúde.

Precauções de Gotícula e Contato em Coorte

Em caso de um novo aumento do número de casos, se a Unidade não possuir leitos de isolamento disponíveis em número suficiente para atendimento de todos os casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus ou qualquer outro que possa ocorrer, deve ser estabelecida a acomodação em coorte, ou seja, separar em uma mesma enfermaria ou área os pacientes com infectados.

É fundamental que seja mantida uma distância mínima de 1 metro entre os leitos dos pacientes. Deve haver uma preocupação de se restringir ao máximo o número de acessos a esta área, inclusive visitantes, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

pessoas, evitando-se o tráfego indesejado e o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados. Os profissionais de saúde que atuam na assistência direta aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus devem ser organizados para trabalharem somente na área de precauções, não devendo circular para outras áreas de assistência (coorte de profissionais).

OUTRAS ORIENTAÇÕES

Os serviços de saúde devem manter um registro de todas as pessoas que prestaram assistência direta ou entraram nos leitos de isolamento ou na área de assistência desses pacientes.

A observação ou área de isolamento deve permanecer com a porta fechada ter a entrada sinalizada com alerta referindo precauções para gotícula e contato, a fim de evitar a passagem de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais do serviço de saúde. O acesso deve ser restrito aos profissionais envolvidos na assistência direta ao paciente. O leito de observação também deve estar sinalizado quanto às medidas de precaução a serem adotadas: padrão, gotículas e contato ou aerossóis (em condições específicas).

Imediatamente antes da entrada do isolamento devem ser disponibilizadas:

Condições para higiene das mãos: dispensador de preparação alcoólica (gel ou solução a 70%), lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual;

EPI apropriado, conforme estabelecido pelo Serviço de Controle de Infecção da Unidade;

Mobiliário para guarda de EPI.

Os serviços de saúde devem elaborar, disponibilizar de forma escrita e manter disponíveis, normas e rotinas dos procedimentos envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus ou outros vírus ou ´patologias com risco de contaminação, tais como: fluxo dos pacientes dentro do serviço de saúde, procedimentos de colocação e retirada de EPI, procedimentos de remoção e processamento de roupas/artigos e produtos utilizados na assistência, rotinas de limpeza e desinfecção de superfícies, rotinas para remoção dos resíduos, entre outros.

Os profissionais envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados e infecção pelo novo coronavírus devem ser capacitados quanto às medidas de prevenção que devem ser adotadas;

Deve ser restringida a entrada de acompanhantes/ visitantes com doença respiratória aguda;

Deve ser restringida a atuação de profissionais da saúde com doença respiratória aguda;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Pacientes e visitantes devem ser orientados a minimizar o risco de transmissão da doença, adotando ações já descritas neste documento;
Sempre que possível, equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de doenças infecto contagiosas devem ser de uso exclusivo, como no caso de estetoscópios, esfigmomanômetro e termômetros. Caso não seja possível o seu uso exclusivo, todos os produtos utilizados nestes pacientes devem ser limpos e desinfetados ou esterilizados antes de serem utilizados em outros pacientes;
Os pacientes devem ser orientados a não compartilhar pratos, copos, talheres, toalhas, roupas de cama ou outros itens com outras pessoas.

Duração das Precauções e Isolamento
Até que haja informações disponíveis sobre a disseminação viral após a confirmação do diagnóstico clínico, transferência do paciente ou confirmação melhora clínica, a descontinuação das precauções e isolamento deve ser determinada caso a caso, e se necessário em conjunto com as autoridades de saúde locais, estaduais e federais.

Os fatores que devem ser considerados incluem: presença de sintomas relacionados à infecção pelo novo coronavírus, data em que os sintomas foram resolvidos, outras condições que exigiriam precauções específicas (por exemplo, tuberculose), outras informações laboratoriais que refletem o estado clínico, alternativas ao isolamento em Unidades de Saúde, como a possibilidade de recuperação segura em casa.

Fluxo de Atendimento – Isolamento
Ao admitir o paciente é responsabilidade do enfermeiro:
Receber o paciente cordialmente, identificando-se;
Verificar pulseira de identificação, caso não tenha, providenciar imediatamente junto a recepção;
Encaminhar o paciente para o leito;
Organizar o prontuário do paciente, seguindo a ordem padrão;
Orientar o paciente sobre as rotinas enquanto estiver na Unidade;
Fornecer o cartão de acompanhante nos casos previstos: idosos acima de 60 anos (Lei nº 10.741/2003) e crianças e adolescentes menores de 18 anos (Lei nº 18.063/1993);
Constar na evolução de enfermagem que o paciente tem acompanhante;
Fazer evolução de chegada do paciente na observação e prescrever sempre que houver nova conduta;
Após a realização do Histórico de Enfermagem ou Evolução de chegada, fazer a Prescrição de Enfermagem;
Seguindo o Histórico ou Evolução de chegada, deve ser elencar os diagnósticos de enfermagem;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Solicitar preenchimento do formulário "Controle de pertences na admissão na observação";
Ao admitir o paciente na observação é responsabilidade do técnico de enfermagem:
Receber cordialmente o paciente e familiar;
Verificar pulseira de identificação do paciente;
Verificar os dados antropométricos;
Acompanhar, auxiliar e/ou conduzir o paciente até o leito;
Orientar quanto ao ambiente (campainha, banheiro, cama, enxoval);
Acompanhar, auxiliar e/ou conduzir o paciente ao banho, se houver necessidade;
Transcrever a Prescrição de Enfermagem no impresso "Cuidados de Enfermagem";
Executar as prescrições médicas e de enfermagem;
Realizar registro no impresso "Observações complementares de Enfermagem" contendo: hora que chegou na observação, local de procedência, condições de chegada, motivo da ida para a observação, sinais vitais, assinar e carimbar.

Rotinas de alta da Unidade
A rotina de alta da Unidade é iniciada a partir da prescrição médica no prontuário do paciente.
Neste caso o enfermeiro deve:
Fazer as orientações necessárias (uso de medicamentos, curativos etc.) e realizar os devidos encaminhamentos;
Entregar para o paciente os papéis de alta (cartão de alta, sumário de alta e orientações).
Certificar-se de que o paciente recebeu do médico demais documentos, como prescrição médica e atestado médico;
Entregar os exames que o paciente trouxe de casa;
Efetuar a alta no sistema informatizado;
Providenciar um membro da equipe de enfermagem ou maqueiro para acompanhar o paciente até a saída da Unidade, caso não esteja com familiar;
O prontuário deve ser organizado na ordem estabelecida pela instituição para encaminhamento ao setor de Faturamento;
Solicitar que o técnico ou auxiliar de enfermagem retire as roupas de cama, materiais e equipamentos do leito;
Solicitar à equipe de higienização que realize a limpeza no leito e/ou sala (isolamento).

Movimentação do Paciente
Transferência para Unidades de Referência
Orientar o paciente e acompanhante sobre a transferência;
Solicitar para que o paciente vista sua roupa pessoal, quando possível ou auxiliá-lo;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Solicitar transporte no sistema informatizado. Caso não haja disponibilidade, deve ser solicitada a ambulância da emergência, designando um membro da equipe de enfermagem para acompanhar, sempre que necessário;
Reunir o relatório de transferência, exames do paciente e demais documentos necessários;
Reunir os pertences do paciente;
O profissional que acompanhar deverá passar o plantão, entregar os pertences e o relatório de transferência no local de destino;
No retorno, o profissional deverá trazer as roupas e/ou lençóis da Unidade;
Registrar no sistema informatizado Alta/ Transferência para outra Unidade de Saúde;
Retirar as roupas de cama e materiais do leito;
Solicitar à equipe de higienização que realize a limpeza na sala e/ou leito.

Orientações pós-óbito
Durante os cuidados com o cadáver, só devem estar presentes no ambiente, os profissionais necessários (todos com EPI);
Todos os profissionais que tiverem contato com o cadáver, devem usar: gorro, óculos de proteção ou protetor facial, máscara N95, calçados fechados, avental de manga longa e luvas;
Os tubos, drenos e cateteres devem ser removidos do corpo, tendo cuidado especial com a remoção de cateteres intravenosos, outros dispositivos cortantes e do tubo endotraqueal;
Descartar imediatamente os resíduos perfuro cortantes em recipientes rígidos, à prova de perfuração e vazamento, e com o símbolo de resíduo infectante;
Recomendado desinfetar e tapar/bloquear os orifícios de drenagem de feridas e punção de cateter com gaze e micropore.

Orientações para preparação do corpo
Seguir o protocolo de preparo de corpo, após embalar o paciente no lençol, seguido pelo invólucro plástico de polietileno e na sequência colocar no interior do saco plástico com zíper, na orientação de fechamento dos pés para cabeça;
Desinfetar a superfície externa do saco (álcool a 70º ou solução clorada a 0,5 a 1%);
Identificar adequadamente o corpo conforme protocolo institucional fixando a identificação sobre a parte superior do zíper com esparadrapo na extremidade superior e inferior. Escrever o nome no saco e registro na parte externa do saco com zíper com caneta de tinta permanente no canto superior direito do saco plástico;
Usar luvas descartáveis nitrílicas ao manusear o saco de acondicionamento do cadáver;
A maca de transporte de cadáveres deve ser utilizada apenas para esse fim e ser de fácil limpeza e desinfeção;
Após remover os EPI, sempre proceder à higienização das mãos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Encaminhamento ao Morgue

Após a preparação do corpo, o mesmo deve ser encaminhado para o Morgue;

O transporte do corpo do local de óbito será realizado pela equipe de enfermagem;

Entrega do Corpo

A portaria deve verificar se o serviço funerário apresenta a "Autorização de retirada da Declaração de Óbito e o corpo" e os EPIs necessários para o transporte (gorro, óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica, avental de manga longa e luvas). Caso não apresente o documento acima ou os EPIs necessários para transporte não será permitido a entrada na instituição;

No momento da entrega do corpo será verificado se os procedimentos do serviço funerário estão de acordo com as normas vigentes. Devendo ser entregue para a instituição a "Autorização de retirada da Declaração de Óbito e o corpo". Havendo um desacordo, o corpo não será liberado;

A colocação do corpo na urna funerária é de responsabilidade do serviço funerário;

Reforçamos que o serviço funerário deverá seguir as regras da legislação vigente e que todos os profissionais que atuam no transporte, guarda do corpo e colocação do corpo no caixão também devem adotar as medidas de precaução como: gorro, óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica, avental de manga longa e luvas.

Áreas Externas

Tipos de serviços ao usuário que requer estacionamento da Unidade:

Paciente externo transportado (paciente de emergência), que chega parte de automóvel ou ambulância – somente na área de urgência e emergência para embarque e desembarque

Entrega de insumos: combustível, mantimentos, medicamentos, etc.;

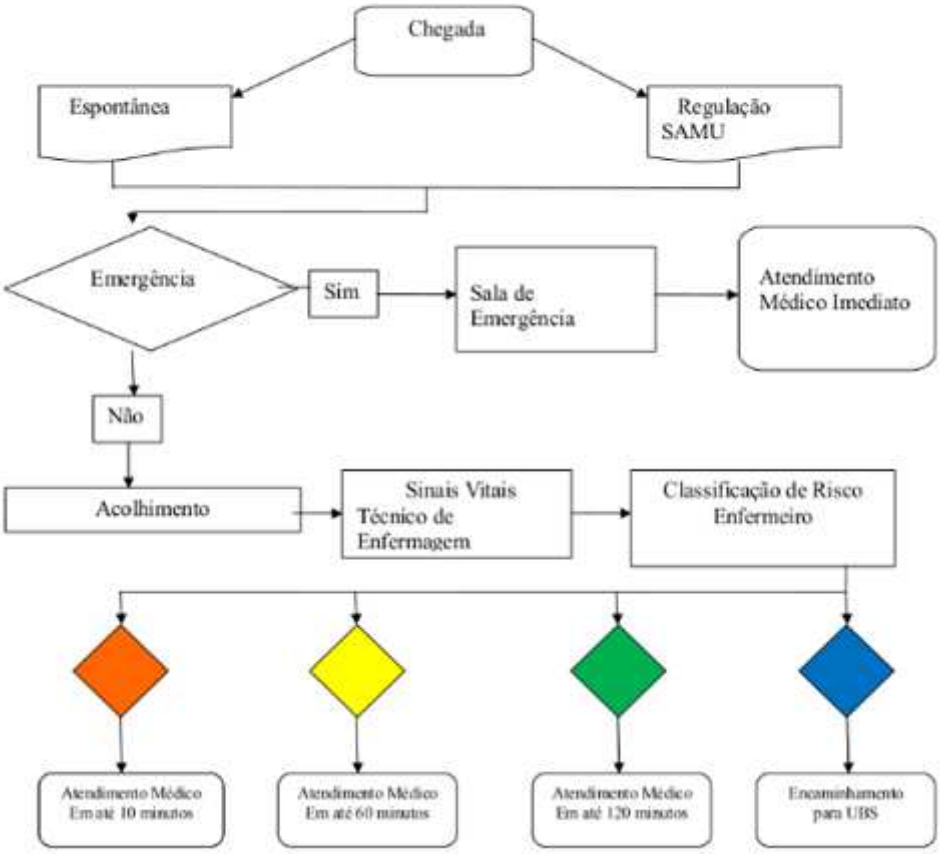
Remoção de cadáveres;

Remoção de resíduos;

Abastecimento de gases medicinais.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

FLUXOGRAMA - RECEPÇÃO



Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

Fluxo para materiais esterilizados

A Central de Materiais Esterilizados – CME *desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de saúde seguros e eficazes, sendo* um setor de apoio técnico dentro das unidades de saúde destinada a coleta, limpeza, inspeção, manutenção, desinfecção, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição de instrumentais, equipamentos e materiais cirúrgico. Para garantir a segurança do paciente e a qualidade dos serviços, a CME deve aderir a uma série de normas e regulamentações rigorosas estabelecidas por várias autoridades governamentais e profissionais.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Brasil estabelece várias normas e regulamentações para garantir a segurança e eficácia das operações dentro das Centrais de Material e Esterilização (CMEs). As mais importantes incluem:

RDC nº. 307, de 2002, considera a CME uma unidade de apoio técnico, que tem como finalidade o fornecimento de materiais médico-hospitalares adequadamente processados, proporcionando,

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

assim, condições para o atendimento direto e a assistência à saúde dos indivíduos enfermos e sadios.

RDC nº. 50, de 2002, a prestação de serviço de apoio técnico desta Unidade, tem as seguintes atividades.

RDC N° 156, de 2006, dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos, e dá outras providências.

RDC nº 15, de 2012 – boas práticas para o processamento de artigos e a RE nº 05/2006 – Lista de Artigos Proibidos de Reprocessamento.

Coleta de material contaminado nas áreas:
Coletar o material contaminado nas áreas assistenciais;
Conferir e anotar a quantidade e espécie do material coletado;
Transportar o material através do carro de transporte adequado.

Área de Lavagem e Descontaminação:
Descontaminar e separar o material;
Realizar inspeção inicial do material;
Proceder a limpeza do material.

Área de Preparo:
Realizar inspeção detalhada de materiais;
Realizar a manutenção de materiais;
Realizar o preparo de materiais.

Área de Esterilização:
Executar o processo de esterilização químico e/ou físico, conforme instrução do fabricante;
Observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento dos equipamentos;
Fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados;
Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso através de manutenção preventiva e corretiva.

Área de Armazenagem:
Estocar o material esterilizado, garantindo rastreabilidade;
Garantir o armazenamento adequado do material nos arsenais satélite e central;
Garantir os controles preconizados nos arsenais satélite e central.

Distribuição de Materiais:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Proceder com a distribuição do material de acordo com o pedido de cada área;
Distribuir material através do carro de transporte adequado.

Processos Desenvolvidos
Limpeza: A limpeza consiste na remoção da sujidade visível – orgânica e inorgânica – mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático em artigos e superfícies. Se um artigo não for adequadamente limpo, isto dificultará os processos de desinfecção e de esterilização.

Opções de equipamentos de lavagem de materiais
As limpezas automatizadas, realizadas através das "lavadoras termodesinfectadoras" que utilizam jatos de água quente e fria, realizando enxágue e drenagem automatizada, a maioria, com o auxílio dos detergentes enzimáticos, possui a vantagem de garantir um padrão de limpeza e enxágue dos artigos processados em série, diminuem a exposição dos profissionais aos riscos ocupacionais de origem biológica, que podem ser decorrentes dos acidentes com materiais perfuro- cortantes.
As lavadoras ultrassônicas, que removem as sujidades das superfícies dos artigos pelo processo de cavitação, são outro tipo de lavadora para complementar a limpeza dos artigos com lumens.

Descontaminação: É o processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfícies.
Desinfecção: A desinfecção é o processo de eliminação e destruição de microrganismos, patogênicos ou não em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos e objetos inanimados, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, chamados de desinfetantes ou germicidas, capazes de destruir esses agentes em um intervalo de tempo operacional de 10 a 30 min.
Alguns princípios químicos ativos desinfetantes têm ação esporicida, porém o tempo de contato preconizado para a desinfecção não garante a eliminação de todo os esporos.
São usados os seguintes princípios ativos permitidos como desinfetantes pelo Ministério da Saúde: aldeídos, compostos fenólicos, ácido peracético.

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

Esterilização: É o processo de destruição de todos os microrganismos, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. Um artigo é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

menor do que 1:1.000.000. Nos estabelecimentos de saúde, os métodos de esterilização disponíveis para processamento de artigos no seu dia a dia são o calor, sob a forma úmida e seca, e os agentes químicos sob a forma líquida, gasosa e plasma.

Processos Físicos

Calor Seco: Este processo realizado pelo calor seco é realizado em estufas elétricas. De acordo com Moura (1990), "a estufa, da forma como é utilizada nas instituições brasileiras, não se mostra confiável, uma vez que, em seu interior, encontram–se temperaturas diferentes das registradas no termômetro. O centro da câmara apresenta "pontos frios", nos quais a autora constatou, por meio de testes biológicos, a presença de formas esporuladas.

Dessa maneira, é necessário manter espaço suficiente entre os artigos e, no caso do processamento de instrumental cirúrgico, no máximo, em torno de 30 peças. Contudo, a SOBECC recomenda abolir o uso da esterilização por calor seco." (Práticas Recomendadas- SOBECC Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 4ª edição – 2007, pág. 78).

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

Autoclave Pré-Vácuo: Por meio da bomba de vácuo contida no equipamento, podendo ter um, três ou cinco ciclos pulsáteis, o ar é removido dos pacotes e da câmara interna, permitindo uma dispersão e penetração uniforme e mais rápida do vapor em todos os pacotes que contém a respectiva carga. Após a esterilização, a bomba a vácuo faz a sucção do vapor e da umidade interna da carga, tornando a secagem mais rápida e completando o ciclo. Os materiais submetidos à esterilização a vapor são liberados após checklist feito pelo auxiliar de enfermagem da área.

Processos Químicos e Físicos- Químicos: Esterilizantes químicos cujos princípios ativos são autorizados pela Portaria nº. 930/92 do Ministério da Saúde são: aldeídos, ácido peracético e outros, desde que atendam a legislação específica. O Peróxido de hidrogênio (na forma gás

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

plasma) e o óxido de etileno são processos físico-químicos gasosos automatizados em baixa temperatura.

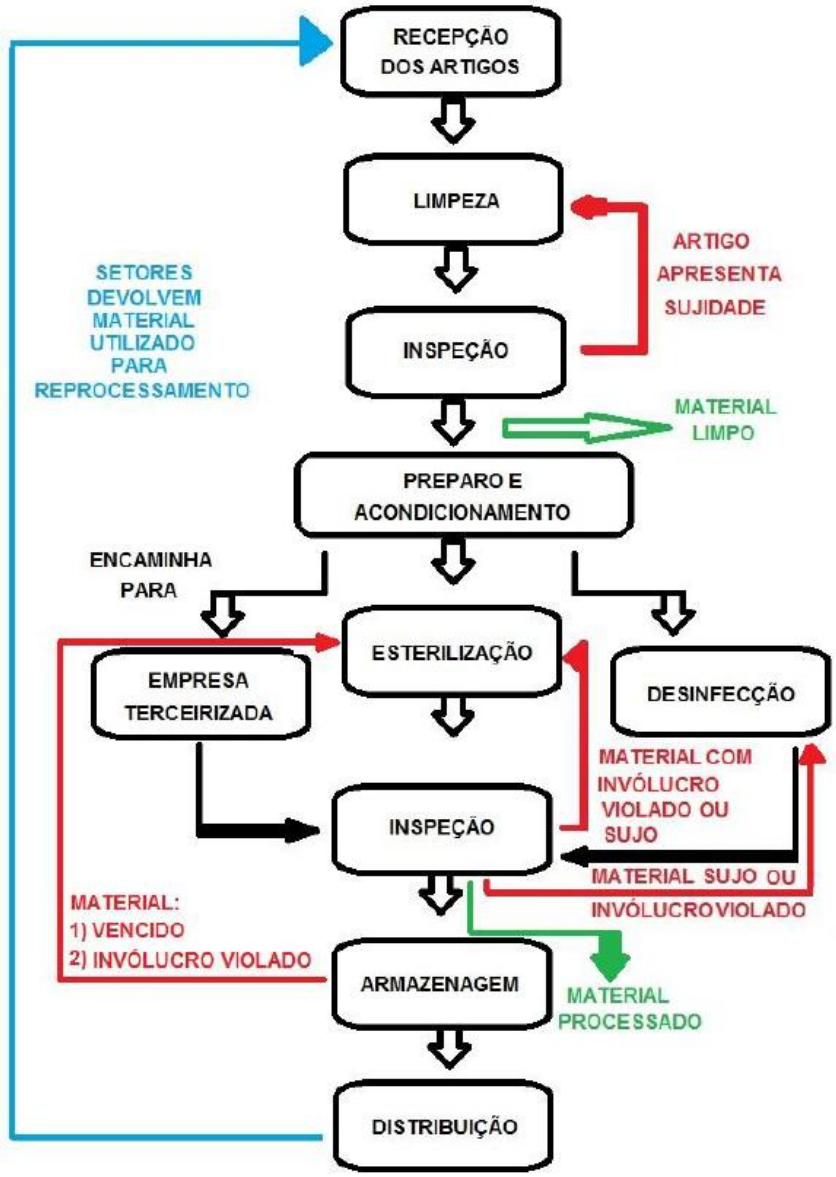
Validação dos Processos de Esterilização de Artigos: A validação é o procedimento documentado para a obtenção de registro e interpretação de resultados desejados para o estabelecimento de um processo, que deve consistentemente fornecer produtos, cumprindo especificações predeterminadas.
A validação da esterilização precisa confirmar que a letalidade do ciclo seja suficiente para garantir uma probabilidade de sobrevida microbiana não superior a 10º.

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

Testes Biológicos: Os testes biológicos são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.
Fluxo/Ciclo de CME
O fluxo de uma CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa, conforme figuras abaixo. Além disso, os acessos de pessoas devem se restringir aos profissionais da área.

Fluxograma Central de Material Esterilizado:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Recepção de Materiais:

Recebimento de instrumentos e equipamentos médicos sujos após o uso.

Inspeção Inicial:

Verificação visual dos materiais para identificar danos ou sujidade.

Descontaminação:

Remoção de resíduos orgânicos e sujidade inicial dos materiais.

Limpeza:

Lavagem manual ou em máquinas de lavar especializadas para remover sujidade persistente.

Inspeção de Limpeza:

Verificação visual para garantir que os materiais estejam limpos antes da esterilização.

Preparação para Esterilização:

Embalagem dos materiais em embalagens esterilizáveis apropriadas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Esterilização:

Processo de esterilização usando métodos como autoclave, óxido de etileno, ou outros métodos validados.

Monitoramento da Esterilização:

Verificação da eficácia do processo de esterilização através de indicadores químicos ou biológicos.

Armazenamento:

Armazenamento adequado dos materiais esterilizados em áreas designadas.

Distribuição:

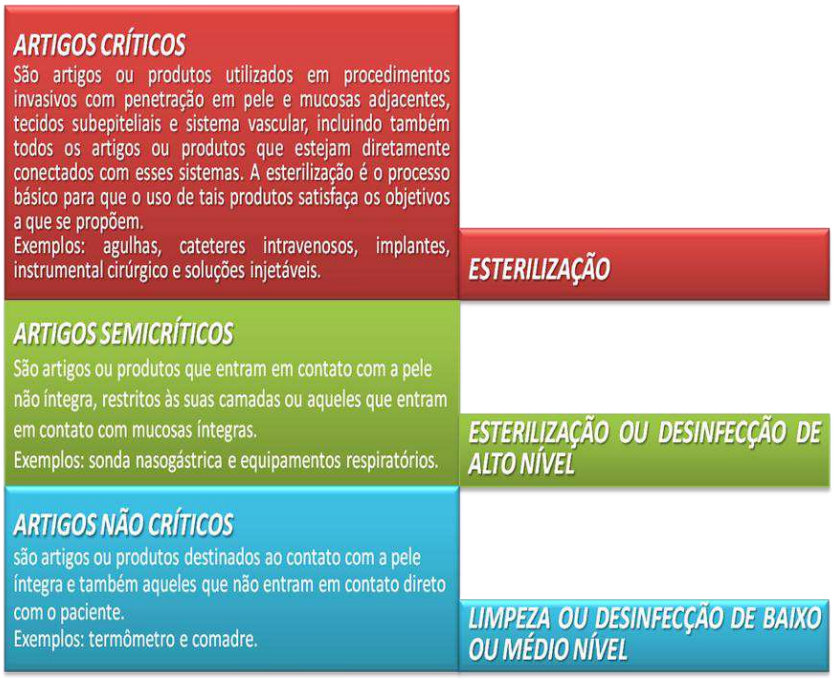
Distribuição dos materiais esterilizados para os departamentos ou áreas relevantes conforme necessário.





Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org



Fluxo unidirecional de roupas esterilizadas

O serviço de processamento de roupas – SPR é responsável pelo abastecimento da roupa em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada para a Unidade de Saúde. Este serviço será terceirizado na parte de processamento (lavagem externa), sendo o armazenamento e distribuição tratados como serviço próprio.

Competências:

Recolher toda a roupa servida na Unidade de Saúde;

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

Utilizar técnicas e produtos adequados;

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

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

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

Manter o local em perfeita ordem e fazer com que os colaboradores utilizem os equipamentos e dispositivos de proteção;

Fazer manutenção preventiva de instalações e equipamentos;

Levantar, mensalmente, uma estatística discriminada do movimento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A contratação especializada para a etapa de processamento da roupa obedecerá a um processo formal em que serão avaliados, entre outros, os seguintes aspectos:
Critério Legal: Levantar toda situação documental da empresa;
Critério Técnico: avaliar o portifólio da empresa;
Critério de Avaliação: definir requisitos de avaliação inicial e periódica do serviço.

Em todas as etapas do Serviço de Processamento de Roupas (própria e terceira) será observada a metodologia ora apresentada.

Procedimento Operacional Padrão:

A operacionalização da lavanderia abrange todo o circuito da roupa, desde a sua utilização nas diversas unidades, passando pela coleta da roupa suja nessas unidades, até sua redistribuição após o devido processamento.
É política da Unidade de Saúde a garantia da qualidade dos serviços, portanto, ainda que o processamento seja terceirizado, considera-se necessária a disponibilização de POP's padronizados para toda a equipe e observância dos seguintes critérios técnicos:
O processamento de roupas deve seguir um fluxo direcionado da sala de recebimento da roupa suja para a sala de processamento da roupa limpa.
A unidade de processamento de roupas de serviços de saúde deve possuir normas e rotinas padronizadas e atualizadas de todas as atividades desenvolvidas, que devem estar registradas e acessíveis aos profissionais envolvidos. Essas atividades referem-se:
As etapas do processamento das roupas desde a coleta da roupa suja até a distribuição da roupa limpa após o processamento;
O uso dos produtos saneantes; a limpeza e desinfecção dos ambientes, dos equipamentos, dos carrinhos e dos veículos de transporte e do reservatório de água; o uso dos equipamentos de proteção individual;
O manejo de resíduos e os procedimentos a serem adotados diante de acidentes de trabalho.
É proibida a quantificação por contagem da roupa suja.
A roupa limpa deve ser transportada separadamente da roupa suja.
O transporte interno e externo de roupas de serviços de saúde deve ser realizado, respectivamente, em carrinho e veículo exclusivos para esta atividade.
Quaisquer objetos, incluindo os perfurocortantes, ou peças anatômicas eventualmente encontradas junto com as roupas encaminhadas para a unidade de processamento de roupas devem ser segregados, acondicionados e encaminhadas para destinação adequada.
O acondicionamento deve ser feito em recipiente rígido, resistente à punctura e perfuração, com capacidade de contenção de líquidos e tampa vedante.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O recipiente deve possuir rótulo contendo identificação do material e área de origem.
Sacos de tecido utilizados para transporte da roupa suja devem ser submetidos ao mesmo processo de lavagem da roupa antes de serem reutilizados.
Os sacos descartáveis utilizados para transporte da roupas suja não podem ser reaproveitados, devendo ser descartados conforme regulamentação vigente.
As fórmulas de lavagem serão estabelecidas seguindo orientações técnicas do produto, onde serão observados os seguintes critérios:
Tipo de operação: enxágue, ensaboamento, acidulação
Tempo em minutos
Água: Nível, temperatura e ph
Dosagem: Quantidade de sabão / detergente
Fórmulas de Lavagem:
Roupa com sujidade leve
Roupa com sujidade moderada
Roupa com sujidade pesada
Lavagem de cobertores

Fluxo unidirecional para roupas
O Serviço de Processamento das Roupas – SPR – da Unidade de Saúde será terceirizado e internamente haverá apenas os colaboradores de apoio para recebimento, distribuição, coleta, pesagem, controle e entrega obedecendo os fluxos e processos previamente definidos.

Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o Setor de Processamento de Roupas/Lavanderia é considerada uma área de apoio que tem como finalidade coletar, separar, lavar, secar, classificar, reparar, distribuir e armazenar roupas em condições de uso, higiene, qualidade e conservação aos setores pertinentes, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência.

Os enxovais utilizados nas Unidades incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, roupas de pacientes e colaboradores, dentre outros.
O Processamento de Roupas é de fundamental importância, pois envolve os seguintes aspectos:
Controle das infecções;
Conforto e segurança do paciente.

Os processos abaixo serão observados internamente, quando pertinente e mediante visita técnica periódica no Serviço terceirizado.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Atividades Realizadas pelo Serviço de Processamento de Roupas

O processamento da roupa dos serviços de saúde abrange as seguintes atividades:

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

Recepção de Roupas:

Os clientes entregam as roupas sujas para serem processadas.

Classificação:

As roupas são separadas por tipo (por exemplo, roupas delicadas, roupas normais, roupas de cama) e por necessidades especiais (por exemplo, manchas específicas, reparos necessários).

Pré-lavagem:

Roupas com manchas difíceis ou sujeira pesada são pré-tratadas para remover essas manchas antes da lavagem principal.

Lavagem:

As roupas são lavadas em máquinas de lavar industriais usando detergentes e produtos químicos apropriados.

Secagem:

Após a lavagem, as roupas são secas em secadoras industriais até que estejam completamente secas.

Dobragem e Embalagem:

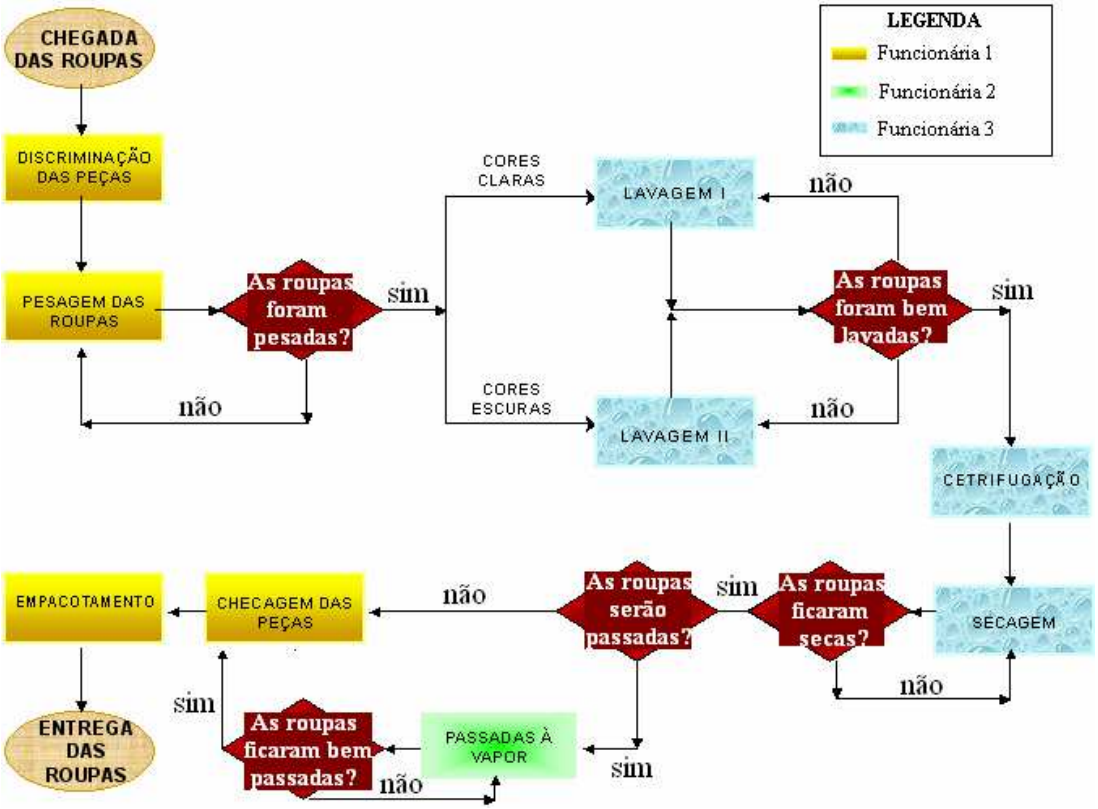
As roupas são dobradas de acordo com o tipo e tamanho e, em seguida, embaladas adequadamente para entrega aos clientes.

Entrega:

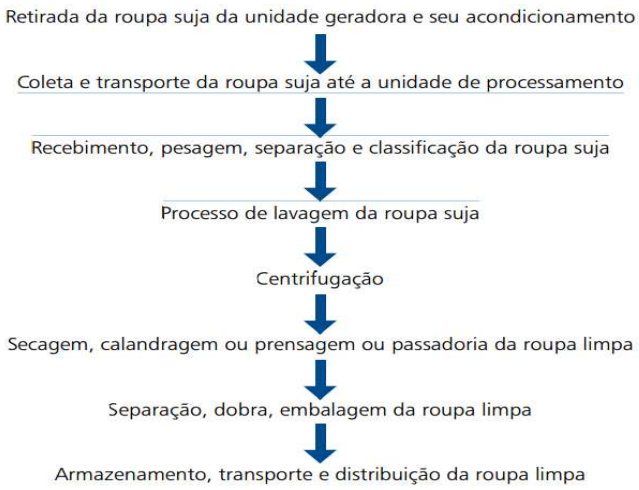
As roupas limpas e embaladas são entregues de volta aos clientes.

Fluxograma do serviço de Processamento da Roupa:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Processamento Geral das Roupas



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

Acondicionamento e Remoção da Roupa Suja da Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

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

Os hampers são de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos para evitar destinos errados de ambos;

A retirada da roupa suja da unidade geradora (onde foram utilizadas), deve seguir o cuidado de não ter fluxo cruzado com outras áreas, como SND, e realizar este transporte em carro apropriado, observando as precauções padrão independentemente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes.

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

O funcionário que realiza a coleta e o transporte da roupa suja deve estar devidamente paramentado com todos os EPI indicados pelo SESMT para tal atividade.

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. Deverá ser coletada em carro apropriado, conforme legislação.

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

Obs.: Caso o carro de coleta das Unidades não possua tampa, deve-se observar o fechamento adequado dos sacos plásticos, e respeitar a capacidade dos carros de coleta rigorosamente.

Processamento da Roupa na Área Suja (Pesagem, Separação e Classificação):
Ao considerar a terceirização da lavanderia, é essencial avaliar não apenas o custo imediato, mas também os benefícios em longo prazo, como redução de encargos trabalhistas, eliminação de custos com manutenção de equipamentos e otimização do espaço físico da unidade. A terceirização pode proporcionar mais eficiência e liberar recursos para áreas centrais da operação, além de garantir um controle de qualidade contínuo, dependendo do contrato e do nível de serviço oferecido. Além do volume de enxovais, outros fatores, como a demanda por higienização específica ou normas de saúde, também devem ser considerados.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

As roupas serão pesadas quando coletadas pelo serviço terceirizado e realizado controle diário, que no primeiro dia útil do mês subsequente será encaminhado ao setor de contratos para a verificação e encaminhamento ao financeiro para a solicitação da nota fiscal e devidas providências.
Pelo volume de enxovais utilizados na unidade faremos uma avaliação do custo-benefício, mas a princípio a melhor opção é lavanderia terceirizada.

No Serviço Terceirizado
Na área suja da Lavanderia, a roupa é classificada por sujidade e pesada antes de iniciar o processo de lavagem.
O trabalhador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

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

• Separação e Classificação: Na separação das roupas sujas, será realizada a classificação segundo o grau de sujidade, tipo de tecido e cor.

Processo de Lavagem (Umectação, Pré-lavagem, Alvejamento, Acidulação, Amaciamento):
O processo de Lavagem consiste na eliminação da sujeira, deixando-a com aspecto agradável e sem odores, além do nível bacteriológico reduzido ao mínimo. A roupa é desinfetada durante esta etapa, tornando-se livre de patógenos vegetativos, mas não se torna estéril.
A roupa é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem, é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa. A descontaminação de qualquer tipo de roupa antes do processo de lavagem é desnecessária.

Processamento da Roupa na Área Limpa (Centrifugação, Secagem, Calandragem, Prensagem, Embalagem, Estoque e Armazenamento):
Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas, assim como realizar a inspeção do enxoval, e, caso seja notado sujidade, deverá ser classificado para novo processamento.

Após a etapa de secagem, alguns enxovais passam pela calandra e todos seguem para etapa de dobradura e acondicionamento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O manuseio da roupa limpa deve ocorrer somente quando necessário e com prévia lavagem das mãos.

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

Transporte e Distribuição da Roupa Limpa

A distribuição da roupa limpa é feita de acordo com as requisições solicitadas pelos setores. O transporte é realizado em carrinhos limpos, desinfetados e com tampa. No caso de existir carrinho com tampa, deverão ser acondicionados em sacos fechados, evitando o risco de contaminação da roupa antes de chegar aos locais de destino.

Particularidades:

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

Roupas provenientes de serviço de nutrição e dietética e panos para limpeza: Também não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dessas áreas, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral.

Esterilização das Roupas

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

Roupas que serão submetidas à esterilização não poderão ser submetidos à calandragem ou passadoria a ferro.

Responsabilidades da Equipe de Enfermagem com o Enxoval das Unidades

Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte. Isso evitará a contaminação do ambiente;

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

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

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

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

A manipulação das roupas contaminadas com excretas e fluidos corporais de pacientes, deve ser feito com o mínimo de agitação evitando a dispersãono ar, acondicioná-las em hampers, protegidas com lençol não contaminado até o recolhimento pela lavanderia (envolver toda a roupa do paciente no lençol do leito fazendo uma "trouxinha");

O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia, conforme fluxo definido nas Unidades;

O funcionário da lavanderia identifica os hampers com o objetivo de coletar dados estatísticos, bem como verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor;

Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar, devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente (solicitar sacos brancos leitosos ao SHL);

A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes em observação e regra de troca dos enxovais ou quando necessário;

A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais.

O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletadas nos setores da Unidade; é necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada área, para possibilitar o controle de estoque e deverá ser realizado inventário para avaliação da necessidade de reposição dos enxovais;

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

Distribuição de Enxovias

Higienização das mãos, antes e após o procedimento;

Usar os EPIs;

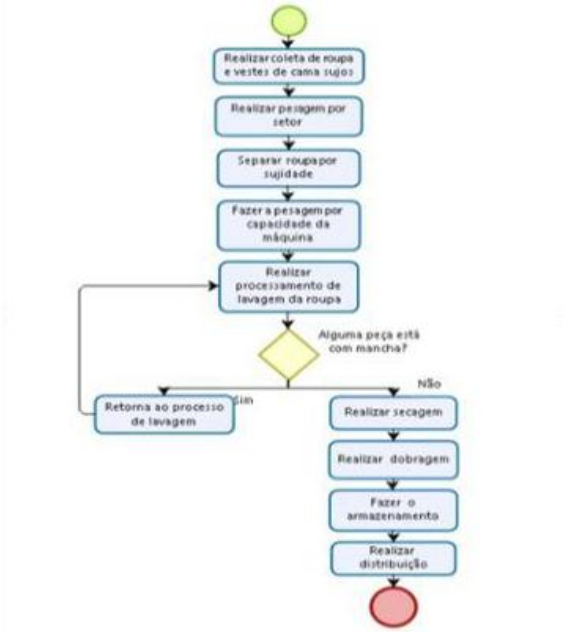
Abastecer o carro de distribuição de roupas devidamente identificado;

Realizar o transporte com o carro para abastecimento dos armários das rouparias.

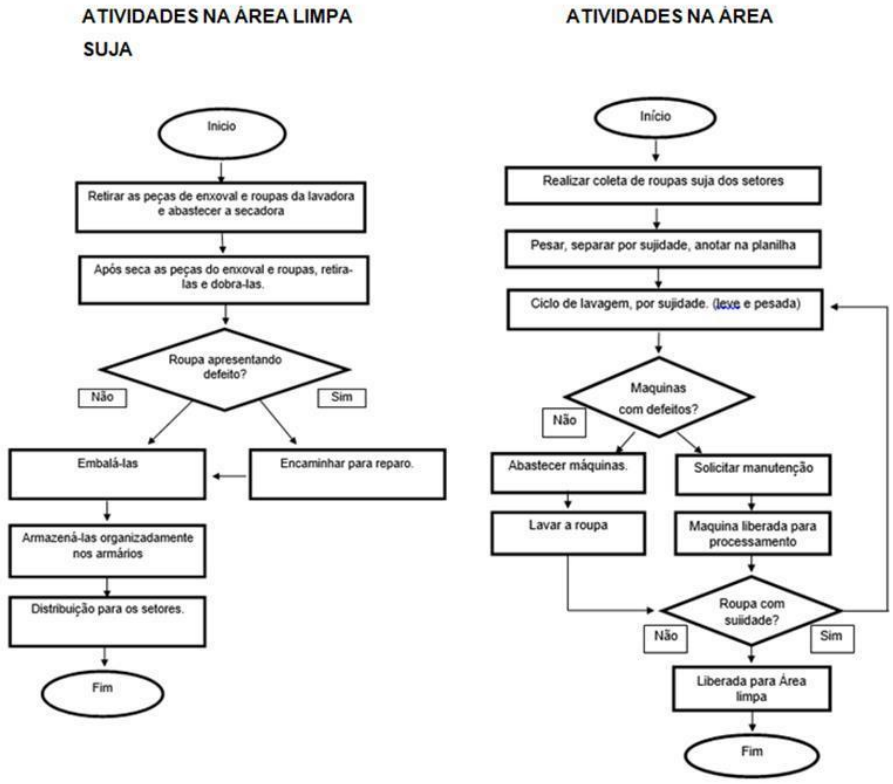
Registrar a quantidade de peças de enxoval deixada em cada área.

MACROPROCESSO

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



FLUXOGRAMA – SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE ROUPA



2.3 Organização da Assistência Farmacêutica

Proposta para o Funcionamento do Serviço de Farmácia

O serviço da Farmácia é um Setor instituído pela Direção Executiva da unidade, que tem por objetivo prover medicamentos, materiais hospitalares aos pacientes, de forma segura e ágil,

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

bem como, prestar assistência técnica e administrativa à equipe multiprofissional dos diversos setores.

O setor da Farmácia é responsável pelo conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto a nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional.

A Farmácia é responsável direto por controlar a entrada, o armazenamento, a validade e a saída dos medicamentos e materiais.

O Farmacêutico assessora a equipe interdisciplinar, na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso racional de medicamentos dentro da instituição. Deve supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos na Unidade e contribuir para seu desenvolvimento e realizar o acompanhamento farmacoterapêutico através da farmácia clínica.

A Farmácia funcionará 24 horas e seu quadro de pessoal conta com profissionais, de nível médio e nível superior que se revezam no período de 24 horas.

A metodologia utilizada na sistemática de dispensação de medicamentos será por meio de Dose Unitária.

O método para fármacos controlados seguirá a legislação aplicável da ANVISA.

O Serviço de Farmácia conta com regimento próprio, conforme modelo abaixo, adotado pelo INDSH nas unidades que administra. Esse modelo contempla as exigências do edital apresentando a composição de seus membros, organização horária, metodologia utilizada no sistema de dose unitária; métodos de controle sobre fármacos controlados, entre outras.

REGIMENTO DA FARMÁCIA

Da finalidade

O Setor de Farmácia tem como finalidade prover medicamentos, materiais hospitalares aos pacientes, de forma segura e ágil, bem como, prestar assistência técnica e administrativa à equipe multiprofissional dos diversos setores.

Da organização

O Setor de Farmácia responde diretamente ao Diretor Executivo da Unidade e terá no seu quadro funcional: Coordenador de Farmácia, Farmacêutico e Auxiliar de Farmácia.

Da competência

Compete ao Setor de Farmácia:

Receber, armazenar, distribuir e controlar o estoque de medicamentos e correlatos;

Unitarizar medicamentos;

Realizar a distribuição dos medicamentos através do Sistema de Dose Unitária, para todos os pacientes em regime de observação;

Confeccionar kits para o preparo de medicamentos injetáveis;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Atualizar a lista de padronização de medicamentos;
Validar fornecedores de medicamentos;
Desenvolver projetos e trabalhos que visem melhorar o atendimento do setor;
Realizar a Farmacovigilância através da avaliação das prescrições médicas;
Orientar equipe médica e de enfermagem nas dúvidas relacionadas a medicamentos;
Registrar e controlar medicamentos estabelecidos pela Portaria 344/98.
Fiscalizar e controlar a entrada, o armazenamento, a validade e a saída dos medicamentos, sempre priorizando a otimização dos gastos.
Manter o contínuo abastecimento de medicamentos necessários e capazes de atender à demanda.
Estabelecer sistema de controle dos medicamentos a fim de evitar e controlar problemas e dificuldades de estoque, para garantir quantidade e qualidade no abastecimento.
Do pessoal e seus requisitos
O Setor de Farmácia é composto pelos seguintes cargos:
Coordenador (RT);
Farmacêutico;
Técnico em Farmácia;
Auxiliar de Farmácia.
São requisitos para o Coordenador (RT):
Formação superior em Farmácia;
Registro junto ao Conselho Regional de Farmácia (CRF);
Liderança;
Dinamismo.
São requisitos para o Farmacêutico:
Formação superior em Farmácia;
Registro junto ao Conselho Regional de Farmácia (CRF);
Liderança;
Dinamismo.
São requisitos para Técnico em Farmácia:
Formação Técnica em Farmácia;
Registro junto ao Conselho Regional de Farmácia (CRF);
Organização, Iniciativa e liderança.
Conhecimentos da rotina e organização de farmácia hospitalar.
São requisitos para o Auxiliar de Farmácia:
Formação de nível médio (2º grau);
Liderança;
Organização;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Conhecimentos básicos da rotina de farmácia hospitalar.

Do pessoal e suas atribuições
São atribuições do Coordenador:
Supervisionar o pessoal da Farmácia;
Elaborar escala de plantão;
Cadastrar novos medicamentos no sistema de estoque;
Elaborar mapas mensais de consumo de medicamentos controlados;
Elaborar mapas mensais de consumo de produtos controlados pela Polícia Federal;
Representar a Farmácia em reuniões;
Participar de visitas técnicas que visem à validação de fornecedores;
Participar do processo de revisão de padronização de medicamentos;
Elaborar lista de padronização de medicamentos;
Apoiar tecnicamente diversos setores da Unidade;
Elaborar projetos que representem melhora no serviço prestado;
Assumir responsabilidade técnica junto ao Conselho Regional de Farmácia;
Assumir responsabilidade técnica junto a Vigilância Sanitária;
Participar da Comissão de Padronização de Medicamentos.
São atribuições do Farmacêutico:
Auxiliar na supervisão do pessoal da Farmácia;
Auxiliar na elaboração da escala de plantão;
Cadastrar novos medicamentos no sistema de estoque;
Elaborar mapas mensais de consumo de medicamentos controlados;
Elaborar mapas mensais de consumo de produtos controlados pela Polícia Federal;
Participar de visitas técnicas que visem à validação de fornecedores;
Participar do processo de revisão de padronização de medicamentos;
Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico através da farmácia clínica;
Participar das visitas multiprofissionais para cumprimento de metas do plano terapêutico;
Apoiar tecnicamente diversos setores da Unidade;
Assumir corresponsabilidade técnica junto ao Conselho Regional de Farmácia;
Assumir corresponsabilidade técnica junto a Vigilância Sanitária.
São atribuições do Técnico em Farmácia:
Auxiliar na supervisão do pessoal da Farmácia;
Auxiliar na elaboração da escala de plantão;
Cadastrar novos medicamentos no sistema de estoque;
Receber materiais e medicamentos;
Dispensar materiais e medicamentos;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Arquivamento de prescrições médicas e solicitações de insumos;
Aferição de controle de temperatura ambiente e geladeira;
Atender balcão;
Atender ligações internas.
São atribuições do Auxiliar de Farmácia:
Receber materiais e medicamentos;
Dispensar materiais e medicamentos;
Entregar materiais e medicamentos às unidades requisitantes;
Arquivamento de prescrições médicas e solicitações de insumos;
Controlar medicamentos psicofármacos;
Aferição de controle de temperatura ambiente e geladeira;
Atender balcão;
Atender ligações internas.

Das disposições gerais
Os casos omissos neste regimento, serão resolvidos pelo Farmacêutico Responsável, em concordância com a Diretoria Executiva da Unidade.
Todos os profissionais receberão no ato de sua admissão um manual de orientação, quanto ao regime disciplinar da Unidade, o qual deverá ser cumprido em sua integridade, sendo o profissional que deixar de cumpri-lo, sujeito a sansões, conforme legislação vigente.
Este regimento entrará em vigor após a devida aprovação pelo Coordenador de Setor e Diretoria Executiva da Unidade.

Implantação de dose Unitária na Unidade:

A área de medicamentos na organização de saúde é vital para o seu sucesso, seja do ponto de vista assistencial, seja do ponto de vista econômico. Sob o ponto de visto técnico, parâmetros físicos, químicos e biológicos devem ser avaliados quanto à eficácia. Do ponto de vista ético, o profissional de saúde (médico ou farmacêutico) é o responsável pela indicação adequada e correta.
Visando à melhoria das condições de vida, medicamentos de qualidade são atualmente instrumentos essenciais para a saúde. A padronização pelo princípio ativo básico, com valor terapêutico comprovado por meio de critérios de qualidade para a habilitação de laboratórios fornecedores, é o que se preconiza.
Com a aprovação da Lei 9787/99, referente aos medicamentos genéricos, começa a crescer o interesse de todos por estas drogas de menor custo. É claro que os genéricos reduzem os custos na cadeia de produção.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Assim, a área da saúde começou a conviver com uma nova situação, em que o médico prescreve um medicamento e o farmacêutico entrega "outro", mas com o mesmo princípio ativo, com bioequivalência, com validação da ANVISA e amplo apoio da sociedade.

Se convênios e hospitais privados passaram a aceitar bem esta prática, não há por que a área pública não ter ampla adesão a este novo processo.

A orientação primeira é que a Unidade deva atender à prescrição médica, dispensando os medicamentos conforme a solicitação do médico e as normas do Regimento Interno de Padronização de Medicamentos, primando pela qualidade e satisfação dos usuários; mas esta situação está em franca alteração, seja pela necessidade de controle de custos do Sistema Único de Saúde, seja pelos apelos da sociedade por mais racionalização na área pública.

É claro que a Unidade deseja fornecer ao paciente o que o médico prescreveu e assim será feito, uma vez que o médico passará cada vez a prescrever de acordo com o que a direção dos serviços de saúde pondera como o melhor nossa atualidade.

Entretanto, é necessário destacar que, neste novo modelo, a responsabilidade sempre será da O.S., que deve trabalhar em conjunto com o médico e em respeito à legislação vigente. Algumas considerações legais são as constantes na norma Anvisa.gov.br/hotsite cidadão e hotsite genéricos, de 04/05/2001, que determina:

"A prescrição com a denominação genérica do medicamento é obrigatória somente no serviço público (SUS). Nos demais casos, ficará a critério do profissional responsável, podendo ser realizada sob nome genérico e/ou comercial";

"O profissional (médico) poderá restringir a substituição do medicamento de referência pelo genérico (intercambialidade). Todavia, esta orientação deverá ser escrita de próprio punho, de forma clara e legível";

"Já nos serviços privados de saúde, a prescrição fica a critério do médico responsável, podendo ser realizada sob nome genérico ou comercial, devendo, no entanto, ressaltar as restrições à intercambialidade, quando necessário. Neste caso, a restrição deverá ser efetuada pelo prescritor, de próprio punho, de forma clara, legível e inequívoca";

"...será permitido ao farmacêutico a substituição do medicamento prescrito, exclusivamente, pelo genérico correspondente e, neste caso, deve apor seu carimbo, constando seu nome, inscrição no CR, datar e assinar. Todavia, as restrições expressas pelo prescritor, de próprio punho, deverão ser observadas";

"A substituição de medicamentos é permitida somente entre o medicamento genérico e o de referência, baseada na relação de medicamentos genéricos aprovados pela ANVISA".

O Sistema de Dispensação de Medicamentos pode ser por Dose Coletiva, Dose Individualizada e Dose Unitária. A Dose Coletiva se caracteriza por presença de estoques nas enfermarias. Sua principal crítica se refere ao fato de a reposição dos setores ser feita para períodos superiores a um dia (em geral uma semana), e não se considera a quantidade utilizada para cada paciente,

Assinado por 1 pessoa: CARLOS CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

gerando maior tempo de atendimento, maior descontrole sobre o uso de medicamentos, aumento do custo do paciente e perda de capital investido na aquisição.

A Dose Individualizada se caracteriza por não ter estoques de medicamentos nos setores, a dispensação é feita com base nas necessidades, e as quantidades dispensadas atendem a um período de 24 horas. Podemos ter a Dose Individualizada Direta, em que a prescrição médica é um instrumento para requisitar medicamentos na farmácia (cópia ou via carbonada); ou a Dose Individualizada Indireta, em que a prescrição é transcrita para uma requisição que servirá de documento de solicitação dos medicamentos.

O Sistema de Dispensação Dose Unitária tem por Características:

Não há sub-estoques de medicamentos;

A prescrição médica serve como documento para requisição;

A dispensação atende às necessidades individuais de pacientes por um período de 24 horas;

Os medicamentos entregues são separados por horário de administração, já fracionados na dosagem a ser administrada.

O fluxo da dose unitária é o seguinte: o médico prescreve, através do centralizador que está interligado à farmácia, cai uma segunda via da prescrição médica, o farmacêutico realiza a análise técnica da prescrição, o auxiliar de farmácia separa os medicamentos, prepara a embalagem, lança estoques, confere os medicamentos e envia à unidade; então a enfermagem confere o recebido com a prescrição médica e administra a medicação; fechando o ciclo, o médico dá alta, transferência ou atesta o óbito, quando então a enfermagem fará as devoluções e a farmácia procederá ao estorno na conta corrente do paciente.

Algumas vantagens da Dose Unitária:

Possibilita a Farmacovigilância (participação ativa do farmacêutico na conduta terapêutica adotada pelo médico);

Libera o tempo da enfermagem;

Diminui as prescrições verbais;

Racionaliza espaço e mobiliário nos postos de enfermagem;

Possibilita maior segurança (menor risco de contaminação), higiene, eficiência e qualidade no atendimento;

Permite uma dispensação mais ordenada e proporciona facilidade na padronização de medicamentos;

Racionaliza o tempo dispensado com a administração de medicamentos;

Reduz custos, pois propicia maior controle e organização do estoque (perdas, desvios, vencimentos, devoluções, estoques intermediários etc.);

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-000
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Permite uma melhor visualização do estoque, já que ele fica disposto sob a forma de nomes genéricos;
Diminui as chances de troca na administração, de erros de medicação e de prescrição, aumentando a qualidade da Unidade;
Proporciona dosagens medicamentosas mais precisas.
Embora a Dose Unitária exija maior área de farmácia, maiores quadros de pessoal na farmácia e investimento inicial maior (seladoras, copiadora, scanner, sistema, treinamentos etc.), suas vantagens compensam em função de menor tempo de atendimento do paciente, da racionalização no uso de medicamentos, na otimização do capital investido na aquisição, na maior interação da equipe multiprofissional, na segurança e na qualidade para o paciente e na menor evasão de receitas.
Suas vantagens poderão ser ampliadas se for implantada concomitantemente com um sistema eletrônico de código de barras, que elimina a codificação e a digitação, evita trocas nas baixas, controla lotes e validades, torna o processo exato e apresenta saldos em tempo real (o único problema ainda é a necessidade de etiquetação e o custo de implantação).
O sistema eletrônico de código de barras propicia, ainda, maior facilidade para gerenciar, maior agilidade para processar compras, maior confiabilidade nos resultados totais, possibilidade de inter/extrapolação de dados, diminuição do tempo gasto nos processos (aproveitando este tempo no gerenciamento) e diminuição dos custos de pedir, de adquirir e de estocagem, além de proporcionar um melhor monitoramento na utilização dos produtos, com consequente melhoria dos serviços ao paciente.

As Condições Indispensáveis para o Sistema de Dose Unitária são:
Existência de comissão de padronização de medicamentos;
Estabelecimento de fluxos de serviços;
Padronização de horários de distribuição e administração de doses;
Acondicionamento dos medicamentos unitarizados e identificação das doses;
Informatização do processo.

As Etapas de Implantação são as seguintes:
Levantamento sobre a estrutura da Unidade, da farmácia e das unidades de enfermagem;
Estudo da área física da farmácia, para alteração do seu *layout* caso seja necessário;
Reuniões preliminares com supervisores de enfermagem, chefias médicas e demais profissionais envolvidos, visando à exposição e discussão das rotinas necessárias para a implantação do sistema;
Treinamento do pessoal de farmácia e enfermagem;
Execução da relação padronizada de medicamentos;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Aquisição de equipamentos, sistemas, impressos, etc.

Por fim, podemos definir um Sistema de Distribuição por Dose Unitária como um sistema ordenado de distribuição de medicamentos, que visa atender o paciente enviando-lhe o medicamento certo, na hora certa, seguindo sempre uma prescrição médica, e por um período estipulado em 24 horas.

Para melhor operacionalização do Setor de Farmácia, o INDSH disponibiliza para A UNIDADE o modelo abaixo do manual de fornecedor, que tem por objetivo normatizar o processo de aquisição de materiais e medicamentos junto aos seus fornecedores.

Método de Controle de Fármacos Controlados

Dispensação de medicamentos controlados pela Portaria 344/98

Para a dispensação destes medicamentos prescritos manualmente, é necessária a apresentação e retenção de receita médica, que deverá ser registrada posteriormente no livro de psicotrópicos.

Já para a dispensação eletrônica, não se faz necessária à apresentação da receita, pois é automaticamente registrada no livro eletrônico.

Conferência

Para todo medicamento deverá ser realizada conferência cega, ou seja, processo onde se confronta as informações da nota fiscal do fornecedor com as informações da embalagem primária do medicamento, antes de ser lançado no sistema de gestão hospitalar.

Dispensação

Conferir a prescrição médica, se possui nome do paciente, número de atendimento, assinatura e carimbo do prescritor, data, nome do medicamento, concentração, posologia.

Caso um dos itens acima descrito estiver incompleto, comunicar ao médico para as devidas correções.

Armazenamento

Os produtos controlados devem ser devidamente armazenados em um armário chave, sendo está de poder do farmacêutico. Já os produtos termolábeis devem ser armazenados em geladeira contendo controle de temperatura adequada.

Rastreabilidade

Para garantir a segurança do paciente, deverá ser implantado o processo de rastreabilidade dos medicamentos, que consiste em acompanhar o histórico de lotes de medicamentos, data de validade, profissionais envolvidos e pacientes.

Setores Relacionados:

Farmácia, Enfermagem, Corpo Clínico, Gerência de Logística, Compras, Faturamento, Serviço Social.

Funcionamento Perante Os Órgãos Sanitários:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Solicitação De Medicamentos Não Padronizados

Uso do médico

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: _____ Peso: _____
Medicamento solicitado (nome genérico/comercial): _____
Forma farmacêutica: _____ Dosagem: _____
Posologia diária
Justificativa (incluir o motivo da escolha do medicamento e da preferência em relação a outros medicamentos já padronizados):

_____/_____/_____
Médico solicitante Data

Uso da Farmácia/Setor de compras
Existe medicamento padronizado com atividade terapêutica equivalente? Qual?
_____

Qual o custo desse medicamento?
_____

Quantidade a ser adquirida? _____ Fornecedores: _____

Observações:
_____
_____

_____/_____/_____
Farmacêutica Coordenador adm. Data

Uso da diretoria Aprovado? Sim (_____) Não (_____)

_____ _____/_____/_____
Diretor Executivo Data

O farmacêutico tem como obrigação controlar e manter em dia os documentos necessários para funcionamento da unidade, conforme legislação.

Medicamentos não padronizados na instituição:

O médico possui a opção de realizar a prescrição de medicamentos que não são padronizados na instituição. O médico realizará o preenchimento do formulário de solicitação de medicamento extra padrão, explanando a justificativa para a qual deve-se adquirir o medicamento. O farmacêutico avaliará a necessidade de compra e posteriormente entrega para a avaliação da diretoria técnica médica. Logo depois será enviada para o setor de compras. Em caso de padronização ou de padronização de materiais e medicamentos será discutido na reunião mensal da Comissão de farmácia e terapêutica, que acontecerá mensalmente. Assim, será avaliada pela equipe farmacêutica, médica, suprimentos e demais membros.

Segue Abaixo Alguns Modelos de Organização dos Formulários que poderão ser Utilizados na Farmácia da Unidade:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Solicitação De Inclusão/Exclusão De Itens Da Padronização

Inclusão (_____) Exclusão (_____)

Uso do médico
Nome genérico:
_____

Nome comercial: _____-
_____

Forma farmacêutica: _____Concentração: _____ Via de adm.: _____

Justificativa de
inclusão/exclusão_____

Há equivalente similar ou da mesma classe terapêutica padronizado? Quais?

Justificar a superioridade terapêutica do item solicitado em relação à estes (somente para
inclusão)._____

Atualmente como é realizado o tratamento/procedimento sem o medicamento solicitado?
_____

Este medicamento substituirá outro padronizado? Não (___) .Sim (___) Qual?

A falta do medicamento solicitado impede a realização do tratamento/procedimento?
Sim (____) . Não (___)

O medicamento é utilizado em emergências? Sim (___). Não (___)

O medicamento é requerido por algum protocolo clínico adotado na instituição?
Sim (___) .Não (___) Qual?
_____

Referências bibliográficas?
_____

Médico/Assinatura: _____

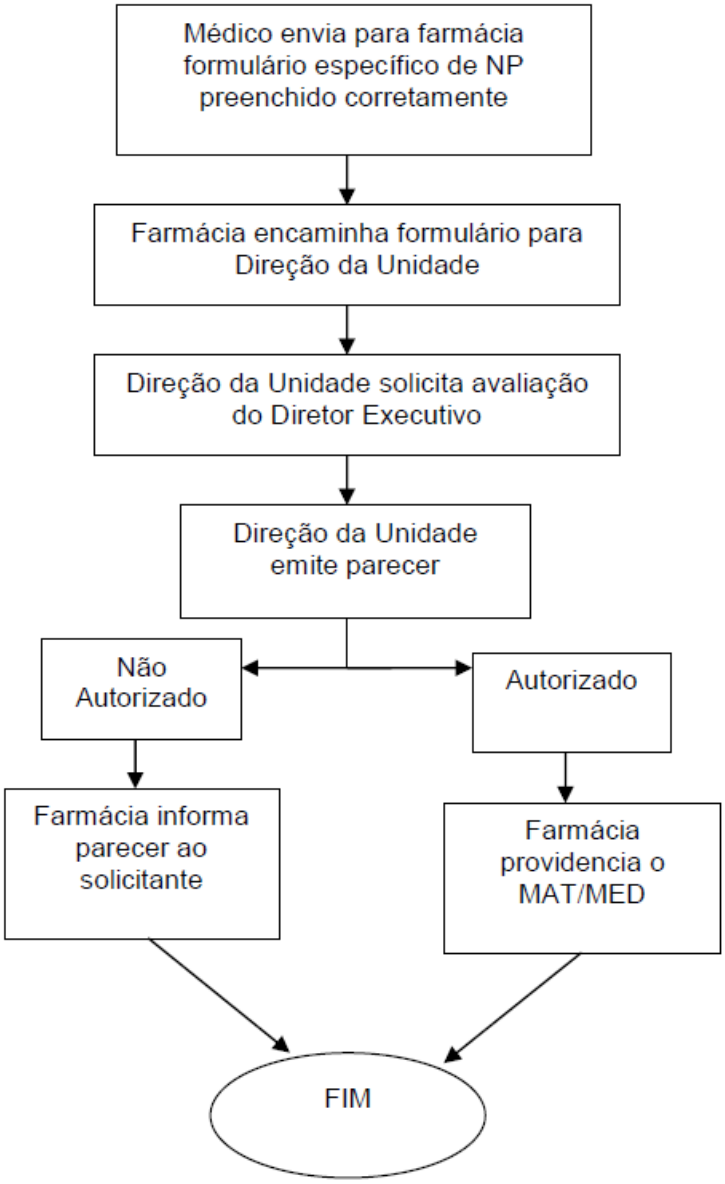
CRM/Carimbo:

Data: ___/___/____

Fluxograma medicamento não padronizado

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org



Utilização de Prescrição Eletrônica

Proposta de Gestão da Informação, com Especificação para Implantação de Sistema de Informação e Prontuário Eletrônico

O INDSH adotará um Sistema de Gestão Hospitalar – SGH, que irá permitir em tempo real tanto a administração local, como o gestor, total integração com os dados estatísticos, financeiros, custos e de produção da Unidade.
Dentre os benefícios que a solução SGH permite temos:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas dos Hospitais;
Permitir a criação de indicadores;
Oferecer dados estratégicos para análise;
Trocar de informações de forma colaborativa de nível federal com municipal facilitando assim a adoção de projetos de melhorias comuns para os hospitais envolvidos no projeto.
O INDSH será responsável pela prestação de serviços de implantação e suporte técnico do SGH, e a disponibilização de login e senhas para o ente público, bem como a manutenção corretiva e preventiva de todos os ativos de informática utilizados para operacionalização do SGH e automação de escritório, incluindo o fornecimento de todo o material, a partir de projeto básico ou de levantamento de necessidades, conforme especificados abaixo:
Consultoria e Gestão do Projeto (Fases de Planejamento, Aquisição, Implantação e Suporte);
Implantação do SGH com todas as funcionalidades apresentadas neste documento;
Treinamento inicial e Operação Assistida durante toda a implantação.
Os serviços de suporte técnico no local objetivam garantir o funcionamento ininterrupto do sistema, para atendimento das necessidades descritas abaixo, sendo estes serviços solicitados por demanda, por meio de Ordem de Serviço:
Instalação, configuração e otimização do sistema;
Solicitação de criação e manutenção dos acessos dos usuários na rede da prefeitura para autenticação no sistema (logins);
Configuração ou alteração das permissões dos usuários autenticados pelo sistema;
Configuração dos equipamentos para operação com o sistema;
Configuração dos equipamentos no sistema;
Identificação e correção de problemas operacionais relativos ao sistema;
Avaliações, diagnósticos e proposições de melhorias do ambiente;
A empresa deverá prestar serviços de suporte técnico "on-site", em um prazo de até 2 (duas) horas, para atendimento e 12 horas para a solução do problema causador da chamada;
A Contratada deve disponibilizar suporte de atendimento através de uma Central de Atendimento, composta por atendentes, analistas de negócios e analistas de manutenção, sendo o fluxo de atendimento efetuado em até 02 (dois) níveis;
A empresa deverá prestar serviço de atendimento de suporte telefônico ou local, em regime 24hs x 7dias x 365 dias.
O treinamento deve ser realizado em turmas de no máximo 20 (vinte) pessoas, dependendo de cada caso e a critério da Contratante. Este treinamento deverá ser executado nas dependências da Unidade na qual o SGH está sendo implantado ou, a critério da Contratante, realizado em outro local. Caso necessário, a Contratada deverá providenciar o material de apoio necessário (projetor, computadores para os alunos, etc.).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Em conjunto com a implantação, a Contratada deverá fornecer o serviço de Operação Assistida "on site". Entende-se, por Operação Assistida "on site", o serviço, a ser executado nas dependências da Unidade de Saúde Referenciada e por tempo determinado, de operação, manutenção e suporte de sistemas computacionais. A contratada deve disponibilizar técnicos e operadores treinados que atuarão na supervisão da implantação do SGH, orientando localmente os usuários na utilização dos sistemas.

O serviço de operação assistida "on site" compreende as tarefas de:

Acompanhamento das mensagens do sistema, solução dos problemas apontados e/ou acionamento das equipes de suporte sempre que houver algum alarme do sistema;

Definição e implementação de rotinas do ambiente assistido;

Monitoramento e testes de campo remoto de acesso e stress;

Treinamento e capacitação continuada no uso do SGH;

Detecção de problemas de desempenho do sistema;

Checagem e homologação dos dados;

Checagem e manutenção dos acessos à rede da prefeitura (logins).

O SGH ofertado pode possuir mais recursos e módulos que os abaixo detalhados. Esses recursos e módulos adicionais ofertados devem ser instalados, conforme planejamento, sem ônus adicionais para a Contratante.

Módulos

Pacientes

Ambulatório

Administrativo

Assistencial

Prescrição Médica

Controles do Paciente

Outros Módulos

Colaborador

Configuração

Indicadores

A implantação do SGH deve levar em consideração os seguintes aspectos:

Levantar e analisar as plantas da Unidade (rede e energia elétrica) Premissa: obtenção prévia das plantas:

Definir os postos de trabalho conforme fluxo de trabalho dos hospitais

Levantar as quantidades necessárias de pontos de rede, energia elétrica, computadores e impressoras.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Apresentar o sistema SGH no auditório para a Unidade com participação dos representantes da Unidade, como diretores, SAME, médicos, enfermagem, farmácia, e demais áreas, para apresentação do plano de implantação, cadastros necessários ao sistema e breve apresentação do sistema a ser implantado.
Definir os processos e alinhar com a Unidade para implantação do sistema:
Definir uma sala na Unidade para a implantação (treinamento, cadastros, ...);
Definir os colaboradores da Unidade que participarão da implantação realizando inicialmente os cadastros;
Reverificar a infraestrutura de rede, energia, computadores, impressoras e leitores de código de barras para os postos do SGH. Avisar necessidades de infra e hardware para aquisição.
Apresentar o sistema na Unidade para atividades de carga de cadastros, definição de infraestrutura, identificação dos facilitadores e cronograma para implantação dos módulos:
Cadastrar os colaboradores: pessoas, servidores, importação dos usuários do AD, definição dos perfis (robô);
Levantar e cadastrar as unidades funcionais e centro de custo;
Levantar e cadastrar as salas;
Cadastrar as especialidades e equipes;
Cadastrar os consultórios;
Cadastrar as grades dos médicos;
Solicitar range de Ips fixos para a Unidade;
Cadastrar e configurar computadores e browsers;
Configurar os computadores e browsers;
Configurar impressoras;
Configurar parâmetros do sistema;
Complementação dos cadastros da Unidade.

Treinar usuários nos módulos a serem implantados:
Verificar as grades de treinamento com a Unidade;
Cadastrar impressoras do treinamento em HM e PROD;
Copiar os dados de HM para PROD liberando o ambiente de HM para o treinamento;
Treinar equipe TI local (Atendimento PS, Suporte, Ambulatório);
Treinar atendentes do Registro (Atendimento PS);
Treinar atendentes da recepção (ambulatório);
Treinar atendentes do SAME (Ambulatório);
Treinar colaboradores do RH (Suporte, cadastros e manutenção dos colaboradores);
Treinar colaboradores da enfermagem (Ambulatório - Movimentação).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Validar os cadastros básicos: carga dos cadastros básicos, atribuição dos perfis, usuários importados:

Parametrizar o ambiente com os dados da Unidade (endereço, CNES, logo, turnos, ...)

Conferir os cadastros dos colaboradores e profissionais e completar o que falta e correções;

Conferir os cadastros dos computadores e impressoras completando o que falta e correções;

Cadastrar impressoras;

Conferir os cadastros das salas completando o que falta e correções;

Conferir os cadastros dos ambulatórios e completar o que falta e correções;

Conferir os cadastros das grades de consultas, completar o que falta e correções.

Validar a infraestrutura e checagem dos equipamentos, micros, impressoras e softwares necessários para implantação do sistema:

Validar a infraestrutura e checagem dos equipamentos, micros, impressoras, leitores de códigos de barras e softwares necessários para implantação do sistema;

Verificar nomenclatura e sinalização da Unidade para as salas.

Alinhar os colaboradores da Unidade com os processos para utilização do sistema SGH:

Divulgação da implantação do sistema SGH na unidade;

Instruir atendentes do PS (check-in) na utilização do SGH no cadastro dos pacientes, geração da FA;

Instruir atendentes do checkout na utilização do SGH para atualização de status das FAs de pacientes que não foram atendidos (evasão, óbito, ...);

Alinhar o processo de solicitação com a Unidade e instruir usuários;

Instruir atendentes do SAME na utilização do SGH para o cadastro de pacientes e impressão de documentos e pulseira;

Instruir enfermeiros na utilização do SGH para a movimentação de pacientes e utilização do Censo;

Instruir ATAS e atendentes na utilização do SGH para a marcação de consultas e controle de agendas dos médicos dos ambulatórios.

Revisar e alinhar com a Unidade a implantação do sistema SGH e atividades previstas para acompanhamento:

Reunir com a Unidade para revisar e alinhar implantação e atividades previstas para acompanhamento;

Resolver pendências e/ou dúvidas para implantação do sistema;

Comunicar os colaboradores da Unidade da implantação do sistema e da necessidade de utilização por todos (formalização da Unidade).

Implantar e acompanhar a implantação do sistema orientando quem não pode ser treinado -

Realizar implantação assistida da UPA (dia, noite e fim de semana):

Definir parâmetro de entrada manual dos prontuários;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Definir o número de prontuário inicial para o sistema;
Avisar a Unidade de inserir o DV nos prontuários físicos;
Realizar levantamento e preenchimento da tabela com os dados para cadastro dos pacientes para o dia da virada.

Características do Serviço de Farmácia

1. **Estrutura Física**:
   - Área destinada ao armazenamento de medicamentos, insumos e dispositivos médicos, com controle de temperatura, umidade e organização funcional.
   - Local exclusivo para a dispensação de medicamentos, garantindo privacidade e orientações claras aos pacientes e profissionais.
   - Equipamentos adequados, como geladeiras para produtos termolábeis, armários seguros para medicamentos controlados e sistemas de ventilação.

2. **Gestão de Medicamentos**:
   - Controle específico do estoque, incluindo rastreabilidade, validade e disponibilidade de medicamentos.
   - Seleção de medicamentos baseada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e nas diretrizes da rede municipal de saúde.
   - Implementação de ferramentas tecnológicas para gestão informatizada de estoque, perdas e desperdícios.

3. **Segurança no Uso de Medicamentos**:
   - Orientação adequada a profissionais e pacientes sobre doses, interações e efeitos adversos.
   - Protocolos para administração segura de medicamentos, alinhados às metas de segurança do paciente.

4. **Capacitação Profissional**:
   - Treinamento contínuo para farmacêuticos e técnicos de farmácia sobre práticas seguras e atualizações regulamentares.

Estratégias de Implementação de Ações Voltadas à Qualidade

1. **Planejamento Inicial**:
   - Levantamento das necessidades de medicamentos e insumos com base no perfil epidemiológico da população atendida pela UPA.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Elaboração de manuais operacionais para padronizar fluxos de trabalho.

2. **Gestão do Ciclo do Medicamento**:
   - **Aquisição**: Processo transparente e eficiente de compra, garantindo medicamentos de qualidade, seguros e eficazes.
   - **Armazenamento**: Cumprimento das normas da Anvisa para conservação de medicamentos, conforme RDC nº 44/2009.
   - **Dispensação**: Organização dos medicamentos por classe terapêutica, promovendo eficiência e segurança no atendimento.

3. **Automatização de Processos**:
   - Implantação de softwares de gestão farmacêutica para:
     - Controle de estoque em tempo real.
     - Identificação de medicamentos próximos à validade.
     - Geração automática de relatórios de consumo e solicitação de pedido.

4. **Auditorias e Indicadores de Qualidade**:
   - Realização de auditorias periódicas para verificar a conformidade com os protocolos e padrões de qualidade.
   - Monitoramento de indicadores como:
     - Taxa de erros na dispensação.
     - Índice de medicamentos vencidos.
     - Tempo médio de dispensação por paciente.

5. **Educação e Conscientização**:
   - Campanhas para conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância do uso racional de medicamentos.
   - Orientação à população sobre o uso correto de medicamentos, redução de riscos de automedicação e resistência antimicrobiana.

6. **Articulação com a Rede de Atenção à Saúde**:
   - Estabelecimento de fluxos de comunicação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais para garantir a continuidade do fornecimento de medicamentos.
   - Compartilhamento de informações sobre medicamentos padronizados e protocolos terapêuticos.

Resultados Esperados

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Qualidade e Segurança no Atendimento**: Redução de erros relacionados a medicamentos e maior adesão às práticas seguras.
- **Otimização de Recursos**: Redução de desperdícios e melhor gerenciamento do estoque.
- **Satisfação dos Usuários e Profissionais**: Atendimento ágil e seguro, com maior disponibilidade de medicamentos.
- **Integração com a Rede de Saúde**: Continuidade no cuidado farmacêutico, promovendo melhores avanços clínicos.

A organização eficiente do serviço de farmácia contribui diretamente para a qualidade do atendimento, a segurança do paciente e a sustentabilidade das ações de saúde.

Assistência Farmacêutica na dispensação de medicamentos

A assistência farmacêutica desempenha um papel fundamental na garantia de cuidados de saúde eficientes e seguros em uma Unidade Hospitalar.
A seguir, detalhamos os aspectos que compõem a organização e gestão deste serviço:

1. Organização Específica do Serviço de Farmácia

O serviço de farmácia é estruturado para atender tanto à dispensação de medicamentos aos pacientes quanto ao abastecimento interno, garantindo o suporte necessário para os atendimentos de urgência e emergência. Uma farmácia deve estar equipada com infraestrutura adequada para armazenar medicamentos de forma segura e em conformidade com as normas da Anvisa, além de contar com profissionais específicos.

- **Ponto de dispensação de medicamentos**: Deve operar de forma organizada e acessível, garantindo que os medicamentos prescritos estejam disponíveis para o paciente no menor tempo possível.
- **Atendimento integrado à rede**: Uma farmácia deve estar alinhada às especificidades da Rede de Atenção à Saúde (RAS) local, promovendo uma conexão ágil com outros pontos de assistência, como Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

2. Farmácia para dispensação e abastecimento do serviço

O fornecimento interno de medicamentos e materiais para atendimentos na UPA é essencial para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

- **Garantia de disponibilidade**: A farmácia deve manter um estoque suficiente e atualizado de medicamentos e insumos necessários para procedimentos de urgência e emergência.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Equipe treinada**: A farmácia deve ser composta por farmacêuticos e auxiliares de farmácia em número adequado, capacitados para atender a demanda de forma eficiente e segura.
- **Processos integrados**: Deve haver protocolos claros para requisitar, armazenar e distribuir medicamentos e materiais entre os diferentes setores da UPA.

3. Farmácia de dispensação aos usuários

Além do atendimento interno, a farmácia da UPA é responsável por dispensar medicamentos aos pacientes de alta ou externos, garantindo a continuidade do tratamento fora do ambiente hospitalar.

- **Tratamentos domiciliares**: A farmácia fornecerá medicamentos para finalizar os tratamentos prescritos, garantindo a continuidade dos cuidados em casa.
- **Uso contínuo**: Nos casos de medicamentos de uso contínuo, a farmácia deve disponibilizar quantidade suficiente para 10 dias de tratamento, orientando o paciente a buscar o acompanhamento na unidade básica de referência.
- **Funcionamento ininterrupto**: O serviço de dispensação deve estar disponível 24 horas por dia, garantindo que os pacientes recebam os medicamentos de forma ágil e segura.
- **Educação ao paciente**: Os profissionais da farmácia devem orientar os pacientes sobre o uso correto dos medicamentos, prevenindo erros e promovendo adesão ao tratamento.

Resultados Esperados

- **Eficiência operacional**: Organização e distribuição adequadas, diminuindo atrasos e desperdícios.
- **Segurança no cuidado**: Controle específico dos estoques e qualificação profissional, garantindo o uso correto e seguro dos medicamentos.
- **Continuidade do tratamento**: A dispensação orientada e completa para tratamentos domiciliares garante a eficácia dos cuidados iniciados na UPA.
- **Integração com a rede**: Encaminhamento ágil e informações claras fortalecem a articulação com outras unidades da RAS.

A assistência farmacêutica bem-organizada em uma UPA é essencial para garantir um atendimento de qualidade, eficiente e centrado no paciente, contribuindo para melhores estudos clínicos e para a otimização dos recursos de saúde pública.

Logística de suprimentos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares

A responsabilidade da padronização de medicamentos e materiais médico hospitalares é responsabilidade da Comissão de Farmácia e Terapêutica já descrita neste projeto.

A Comissão tem como objetivo recomendar a implantação de políticas de utilização de medicamentos e materiais hospitalares considerando sua avaliação, seleção e emprego terapêutico na UNIDADE, promovendo a adoção dos mesmos critérios científicos, nos quais se baseia a própria produção e controle por órgãos oficiais e por parte dos profissionais de saúde que venham a fazer uso dos mesmos.

Também deve recomendar a implantação dos programas de reciclagem e atualização em temas relacionados com a terapêutica, utilização e seleção de medicamentos e materiais médico-hospitalares.

Terá como objetivos auxiliar na implantação de políticas de utilização de medicamentos e materiais médico-hospitalar, além de avaliar as solicitações de medicamentos e materiais, levando em consideração os critérios de eficiência, relação custo/benefício, e outros fatores envolvidos na utilização dos mesmos, previamente pesquisados e estudados pelos solicitantes e contribuir na a implantação dos programas de reciclagem e atualização em temas relacionados com a terapêutica, utilização e seleção de materiais.

A relação de medicamentos / materiais padronizados primária a ser inserida na Unidade será (Essa relação poderá e deverá ser modificada conforme a necessidade da unidade):

Medicamentos	Unid	Via adm
Acetazolamida 250mg comprimido	Comp	Vo/sng
Acetilcisteina 100mg/ml solucao injetavel ampola 3 ml	Amp	Im
Aciclovir 250mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Acido acetilsalicilico 100mg comprimido	Comp	Vo/sng
Acido ascorbico 200mg/ml solucao oral frasco 20 ml	Fr	Vo/sng
Acido ascorbico 500mg/5 ml solucao injetavel ampola 5ml	Amp	Im/iv
Acido folico 5mg comprimido	Comp	Vo/sng
Acido tranexamico 50mg/ml solucao injetavel ampola 5ml	Amp	Im/iv
Acido valproico 250mg comprimido	Comp	Vo/sng
Acido valproico 250mg/5ml solucao oral frasco 100ml	Fr	Vo/sng
Acidos graxos essenciais frasco 100 ml	Fr	Topico
Adenosina 3mg/ml solucao injetavel ampola 2ml	Amp	Iv
Agua esteril para injecao ampola 10ml	Amp	Iv

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Agua esteril para injecao bolsa 1000ml	Und	Iv
Agua esteril para injecao bolsa 100ml	Und	Iv
Agua esteril para injecao bolsa 500ml	Und	Iv
Albendazol 400mg comprimido	Comp	Vo/sng
Albendazol 40mg/ml suspensao oral frasco 10ml	Fr	Vo/sng
Albumina humana 20% 20mg/ml solucao injetavel frasco 20ml	Fr	Iv
Alfentanila 0,544mg/ml solucao injetavel ampola 5ml	Amp	Iv
Ambroxol 15mg/5ml xarope pediatrico frasco 120ml	Fr	Vo/sng
Ambroxol 30mg/5ml xarope adulto frasco 120ml	Fr	Vo/sng
Amicacina 100mg/2ml solucao injetavel ampola 2ml	Amp	Im/iv
Amicacina 500mg/2ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Amido hidroxidoetilico+cloreto de sodio 500 ml solucao injet		Vo/sng
Aminofilina 200mg comprimido	Comp	Vo/sng
Aminofilina 24mg/ml solucao injetavel ampola 10ml	Amp	Iv
Amiodarona 200mg comprimido	Comp	Vo/sng
Amiodarona 50mg/ml solucao injetavel ampola 3ml	Amp	Iv
Amitriptilina 25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Ampicilina 500mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Anfotericina b 50mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Anlodipino 5mg comprimido	Comp	Vo/sng
Atenolol 25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Atropina 0,25mg/ml solucao injetavel ampola 1ml	Amp	Sc/im/iv
Atropina 0,5% solucao oftalmica frasco 5ml	Fr	Topico
Azatioprina 50mg comprimido	Comp	Vo/sng
Azitromicina 500mg comprimido	Comp	Vo/sng
Bamifilina 300 mg comprimido	Comp	Vo/sng
Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 ui po liofilizado		Im/iv
Benzilpenicilina potassica 5.000.000 ui po liofilizado		Im/iv
Betametasona diprop 5mg+fosf dissod betametaz ampola 2 ml	Amp	Im
Bromoprida 4mg/ml solucao oral frasco 20ml	Fr	Vo/sng
Bromoprida 5mg/ ml solucao injetavel ampola 2ml	Amp	Im/iv
Budesonida 0,25mg/ ml suspensao para nebulizacao frasco 2ml	Fr	Inalação
Bupivacaina 0,5% 5mg/ ml+glicose 80mg/ml sol injet amp 4ml		
Captopril 25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Carbamazepina 100 mg/5ml suspensao oral frasco 100ml	Fr	Vo/sng

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Carbamazepina 200mg comprimido	Comp	Vo/sng
Carvao ativado po envelope 30 gr		Vo/sng
Carvedilol 6,25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Cefalexina 250mg/5ml solucao oral frasco 60ml	Fr	Vo/sng
Cefalexina 500mg capsula		Vo/sng
Cefalotina 1g po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Cefazolina 1g po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Cefepima 1g po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Ceftazidima 1g po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Ceftriaxona 1g po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Cetamina 50mg/ml solucao injetavel ampola 2ml	Amp	Im/iv
Cetamina 50mg/ml solucao injetavel frasco-ampola 10ml	Fr	Im/iv
Cetilperidino 25mg/ ml frasco 250 ml	Fr	Oral/bucal
Cetoconazol 20mg/g creme topico bisnaga 30g		Topico
Cetoprofeno 100mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Ciclofosfamida 1000mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Ciclofosfamida 50 mg dragea		Vo/sng
Ciclopentolato 1% sol oftamica frasco 5 ml	Fr	Topico
Cilostazol 100mg comprimido	Comp	Vo/sng
Ciprofloxacino 0,35% pomada oftalmica 3,5 g		Topico
Ciprofloxacino 2mg/ml solucao injetavel bolsa 100ml	Und	Iv
Ciprofloxacino 3mg/ml+dexametasona 1mg/ml solucao oftalmica		Topico
Ciprofloxacino 500mg comprimido	Comp	Vo/sng
Cisatracurio 10mg/5ml solucao injetavel ampola 5ml	Amp	Iv
Claritromicina 500mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Clindamicina 300mg/2ml solucao injetavel ampola 2ml	Amp	Im/iv
Clindamicina 600 mg/4ml solucao injetavel ampola 4ml	Amp	Im/iv
Clonazepam 2,5mg/ml solucao oral frasco 20ml	Fr	Vo/sng
Clonidina 0,100mg comprimido	Comp	Vo/sng
Clopidogrel 75mg comprimido	Comp	Vo/sng
Clorexedina 0,12% solucao colutoria frasco 250ml	Fr	Oral/bucal
Clorpromazina 25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Clorpromazina 25mg/5ml solucao injetavel ampola 5 ml	Amp	Im
Colagenase 0,6 ui/gr bisnaga 30 gr	Und	Topico
Deltametrina 0,02% solucao topica frasco 100 ml	Fr	Topico

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Desmopressina solucao frasco 2,5 ml - spray nasal	Fr	Topico
Dexametasona 4mg comprimido	Comp	Vo/sng
Dexametasona 4mg/ml solucao injetavel ampola 2,5 ml	Amp	Im/iv
Dexclorfeniramina 2mg comprimido	Comp	Vo/sng
Diazepan 5mg comprimido	Comp	Vo/sng
Diazepan 5mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Digoxina 0,25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Dimenidrato 30mg+piridoxina 50mg+glicose 1g+frutose 1g 10 ml		Iv
Dimenindrato 100mg comprimido	Comp	Vo/sng
Dipirona 500 mg/ml solucao oral frasco gotejador 20 ml	Fr	Vo/sng
Dipirona 500mg comprimido	Comp	Vo/sng
Dipirona 500mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Dobutamina 250mg/ml solucao injetavel ampola 20 ml	Amp	Iv
Domperidona 1mg/ml suspensao oral frasco 100 ml	Fr	Vo/sng
Dopamina 5mg/ml solucao injetavel 10 ml		Iv
Droperidol 2,5 mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Im/iv
Efedrina 50mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Im/iv
Enoxaparina 20mg/0,2ml sol injet seringa pre-envasada	Und	Sc
Enoxaparina 40mg/0,4ml sol injetavel seringa pre-envasada	Und	Sc
Enoxaparina 60mg/0,6 ml sol injetavel seringa pre-envasada	Und	Sc
Epinefrina 1mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Sc/im
Ergometrina 0,2mg/ml 1 ml	Amp	Im
Escopolamina 10mg/ml solucao oral frasco 20 ml	Fr	Vo/sng
Escopolamina 20mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Sc/im/iv
Espironolactona 100mg comprimido	Comp	Vo/sng
Espironolactona 25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Estreptoquinase 1.500.000 ui		Iv
Etomidato 2 mg/ml solucao injetavel ampola 10 ml	Amp	Iv
Fenilefrina 10% solucao oftalmica frasco 5 ml	Fr	Topico
Fenitoina 100mg comprimido	Comp	Vo/sng
Fenitoina 100mg/5ml solucao oral frasco 100 ml	Fr	Vo/sng
Fenitoina 50mg/ml solucao injetavel ampola 5 ml	Amp	Im/iv
Fenobarbital 100mg comprimido	Comp	Vo/sng
Fenobarbital 100mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Fenobarbital 4% 40mg/ml solucao oral frasco 20 ml	Fr	Vo/sng

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Fenoterol 5mg/ml solucao para inalacao frasco 20 ml	Fr	Vo/inalação
Fentanila 0,05mg/ml solucao injetavel ampola 10 ml	Amp	Im/iv
Fentanila 0,05mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Fitomenadiona 10mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Sc/im
Fluconazol 150mg capsula	Cps	Vo
Fluconazol 2mg/ml solucao injetavel bolsa 100 ml	Und	Iv
Fludrocortisona 0,1 mg comprimido	Comp	Vo/sng
Flumazenil 0,5mg/ml solucao injetavel ampola 5 ml	Amp	Iv
Fluorisceina 10mg/ml solucao oftalmica frasco 3 ml	Fr	Topico
Fluoxetina 20mg capsula	Cps	Vo/sng
Fosfato sodio monofasico+fosf dibasico 130ml+canula lubrific	Und	Retal
Furosemida 10mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Furosemida 40mg	Comp	Vo/sng
Gatifloxacino 3% solucao oftalmica frasco 5 ml	Fr	Topico
Gel hidratante com alginato de calcio e sodio 85 g	Und	Topico
Gentamicina 80 mg/2 ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Glibenclamida 5mg comprimido	Comp	Vo/sng
Glicerina supositorio (infantil)	Und	Retal
Gluconato de calcio 10% (100mg/ ml) sol injet ampola 10 ml	Amp	Iv
Haloperidol 1mg comprimido	Comp	Vo/sng
Haloperidol 2mg/ml solucao oral frasco 20 ml	Fr	Vo/sng
Haloperidol 5mg comprimido	Comp	Vo/sng
Haloperidol 5mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Im/iv
Heparina 5000 ui/ml solucao injetavel frasco 5 ml	Fr	Iv
Hidralazina 50mg dragea		Vo/sng
Hidrato de cloral 20% solucao oral frasco 100 ml	Fr	Vo/sng
Hidroclorotiazida 25mg comprimido	Comp	Vo/sng
Hidrocortisona 100mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Hidrocortisona 500mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Hidroxido de aluminio 62mg/ ml suspensao oral frasco 240 ml	Fr	Vo/sng
Hidroxido de ferro 100mg/5 ml solucao injetavel ampola 5 ml	Amp	Iv
Hipromelose 2% seringa 2 ml	Und	Topico
Imipenem 500mg+cilastatina 500mg po liofilizado frasco ampol	Fr	Iv
Imunoglobulina antitetanica ampola 2 ml	Amp	Im
Imunoglobulina humana anti-rh 300mcg/2 ml sol injet amp 2ml	Amp	Im

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Insulina nph humana 100 ui/ml solucao injetavel frasco ampol	Fr	Sc
Insulina regular humana 100ui/ml solucao injetavel frasc amp	Fr	Sc
Ipratropio 0,25mg/ml solucao para inalacao frasco 20 ml	Fr	Inalação
Isoflurano solucao inalatoria frasco 100 ml	Fr	Inalação
Isossorbida (mononitrato) 20 mg comprimido	Comp	Vo/sng
Isossorbida 10mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Iv
Isoxsuprina 5mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Iv
Lactulose 667mg/ml xarope frasco 120 ml	Fr	Vo/sng
Levobupivacaina 0,5% s/ epinefrina sol injet frasco 20 ml	Fr	
Levobupivacaina 0,5%+epinefrina 5mcg/ml sol injet 20 ml	Fr	
Levobupivacaina isobarica 5 mg/ml ampola 4 ml	Amp	
Lidocaina 2% + epinefrina solucao injetavel tubete 1,8 ml		
Lidocaina 10% spray topico frasco 50 ml	Fr	Topico
Lidocaina 2% solucao injetavel tubete 1,8 ml		
Lidocaina 2% geleia topica bisnaga 30g		Topico
Lidocaina 2% solucao injetavel frasco-ampola 20 ml	Fr	Sc/im/iv
Lidocaina 2%+epinefrina 0,005mg/ml sol injet frasco amp 20ml	Fr	
Losartana 50mg comprimido	Comp	Vo/sng
Meropenem 500mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Metformina 500mg comprimido	Comp	Vo/sng
Metilcelulose 2% sol oftalmica frasco 30 ml	Fr	Topico
Metildopa 250mg	Comp	Vo/sng
Metilprednisolona 500 mg frasco ampola	Fa	Im
Metoclopramida 10mg comprimido	Comp	Vo/sng
Metoclopramida 4mg/ml solucao oral frasco 10 ml	Fr	Vo/sng
Metoclopramida 5mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Metoprolol 5mg/5 ml sol injetavel	Fr	Iv
Metronidazol + nistatina creme vaginal bisnaga 50 mg	Und	Topico
Metronidazol 400mg comprimido	Comp	Vo/sng
Metronidazol 5mg/ml solucao injetavel bolsa 100 ml	Und	Iv
Midazolam 15mg comprimido	Comp	Vo/sng
Midazolam 5mg/ml solucao injetavel ampola 10 ml	Amp	Im/iv
Midazolam 5mg/ml solucao injetavel ampola 3 ml	Amp	Im/iv
Minoxidil 10 mg comprimido	Comp	Vo/sng
Misoprostol 100 mcg comprimido	Comp	Vo/sng

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Mitomicina c 5 mg frasco ampola	Fa	
Morfina 0,2mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Sc/im/iv
Morfina 10 mg comprimido	Comp	Vo/sng
Morfina 1mg/ml solucao injetavel ampola 2ml	Amp	Sc/im/iv
Naloxona 0,4mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Sc/im/iv
Neostigmina 0,5mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Sc/im/iv
Nifedipino 10mg comprimido	Comp	Vo/sng
Nifedipino retard 20 mg comprimido	Comp	Vo/sng
Nimesulida 50mg/ ml solucao oral frasco 15 ml	Fr	Vo/sng
Nimodipino 30mg comprimido	Comp	Vo/sng
Nistatina + oxido de zinco pomada	Und	Topico
Nistatina 100.000ui/ml suspensao oral frasco 50 ml	Fr	Vo/sng
Nitrofurasona 2mg/g bisnaga 30g	Und	Topico
Nitroglicerina 5mg/ml ampola 10 ml	Amp	Iv
Nitroprussiato de sodio 25mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Iv
Norepinefrina 8mg/ml solucao injetavel ampola 4 ml	Amp	Iv
Oleo mineral frasco 100 ml	Fr	Vo/sng
Omeprazol 20mg capsula		Vo/sng
Omeprazol 40mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Ondasetrona 2mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Iv
Oxacilina 500mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Oxitocina 5ui/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Iv
Palmitato de retinol+colecalcefirol+oxido de zinco pomada	Und	Topico
Papaina gel 10% bisnaga	Und	Topico
Paracetamol 200mg/ml solucao oral frasco 15 ml	Fr	Vo/sng
Paracetamol 500mg comprimido	Comp	Vo/sng
Permanganato de potassio 100 mg topico comprimido	Comp	Vo/sng
Petidina 100 mg solucao injetavel ampola de 2 ml	Amp	Iv
Pilocarpina 4% solucao oftalmica frasco 10 ml	Fr	Topico
Piperacilina 4g+tazobactam 0,5g po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Poliestirenosulfonato de calcio 30g envelope	Und	Vo/retal
Polimixina b 500.000 ui frasco	Fr	Iv
Prednisona 20mg	Comp	Vo/sng
Prednisona 5mg	Comp	Vo/sng
Prometazina 25 mg comprimido	Comp	Vo/sng

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Prometazina 50mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Propofol 10mg/ml emulsao injetavel frasco-ampola 20 ml	Fr	Iv
Propranolol 40mg comprimido	Comp	Vo/sng
Protamina 1000ui/ml solucao injetavel ampola 5 ml	Amp	Iv
Proximetacaina 5mg/ml solucao oftalmica frasco 5 ml	Fr	Topico
Ranitidina 150mg comprimido	Comp	Vo/sng
Ranitidina 25mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Retinol + associacoes 3,5 g (vitamina a + associacoes)	Und	Topico
Rocuronio 10mg/ml solucao injetavel frasco ampola 5 ml	Fa	Iv
Sevoflurano solucao inalatoria frasco 250 ml	Fr	Inalação
Simeticona 75mg/ml solucao oral frasco 10 ml	Fr	Vo/sng
Sinvastatina 10mg	Comp	Vo/sng
Solucao acida polieletrolitica dialise 3,5 meq/l 5 lt	Und	
Solucao acida polieletrolitica dialise ca 2,5meq/l 5 lt	Und	
Solucao cloreto de sodio 20% injetavel ampola 10 ml	Amp	
Solucao de bicarbonato de sodio 8,4% polieletrol dialise 5 lt	Und	
Solucao de bicarbonato de sodio 8,4% sol injet ampola 10 ml	Amp	Sc/iv
Solucao de bicarbonato de sodio 8,4% sol injet bolsa 250 ml	Und	Iv
Solucao de cloreto de potassio 10% injetavel ampola 10 ml	Amp	Iv
Solucao de cloreto de potassio 19,1% injetavel ampola 10 ml	Amp	Iv
Solucao de cloreto de sodio 0,9% injetavel ampola 10 ml	Amp	Iv
Solucao de cloreto de sodio 0,9% injetavel bolsa 100 ml	Und	Iv
Solucao de cloreto de sodio 0,9% injetavel bolsa 1000 ml	Und	Iv
Solucao de cloreto de sodio 0,9% injetavel bolsa 250 ml	Und	Iv
Solucao de cloreto de sodio 0,9% injetavel bolsa 500 ml	Und	Iv
Solucao de cloreto de sodio 10% injetavel ampola 10 ml	Amp	Iv
Solucao de dialise peritonial 1,5 % bolsa 2,5 lt+equipo em y	Und	-
Solucao de dialise peritonial 2,5% bolsa 2,5 lt+equipo em y	Und	-
Solucao de dialise peritonial 4,25% bolsa 2,5 lt+equipo em y	Und	-
Solução de glicose 10% bolsa 500 ml	Und	Iv
Solucao de glicose 10% injetavel bolsa 250 ml	Und	Iv
Solucao de glicose 25% ampola 10 ml	Amp	Iv
Solucao de glicose 5% injetavel bolsa 100 ml	Und	Iv
Solucao de glicose 5% injetavel bolsa 250 ml	Und	Iv
Solucao de glicose 5% injetavel bolsa 500 ml	Und	Iv

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Solucao de glicose 50% injetavel ampola 10 ml	Amp	Iv
Solucao de manitol 20% injetavel bolsa 250 ml	Und	Iv
Solucão de ringer com lactato injetavel bolsa 500 ml	Und	Iv
Solucao de ringer simples injetavel bolsa 500 ml	Und	Iv
Solucao salina balanceada bolsa 500 ml	Und	
Succinilcolina 100 mg solucao injetavel frasco ampola 5 ml	Fa	Iv
Sufentanila 50 mcg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Im/iv
Sufentanila 5mcg/ ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Sulfadiazina de prata 1% creme topico bisnaga 50g	Und	Topico
Sulfadiazina de prata 1% creme topico pote 400g	Und	Topico
Sulfametoxazol 200mg+trimetropima 40mg/5ml sol oral 100ml	Fr	Vo/sng
Sulfametoxazol 400mg + trimetropima 80mg comprimido	Comp	Vo/sng
Sulfametoxazol 400mg+trimetropima 80mg ampola 5 ml	Amp	
Sulfato de magnesio 1 mcg/ ml solucao injetavel ampola 10ml	Amp	Im/iv
Sulfato ferroso 125mg/ml solucao oral frasco 30 ml	Fr	Vo/sng
Teicoplanina 400mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Tenoxicam 20mg comprimido	Comp	Vo/sng
Tenoxicam 20mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Im/iv
Terbutalina 0,05mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Sc/iv
Tetracaina 10 mg/ml+fenilefrina 1mg/ml+ac borico sol oftal	Und	Topico
Tiamina 100mg solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Iv
Tiocolchicosideo 4 mg solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Tiopental 1g po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Tobramicina + dexametasona solucao oftalmica frasco	Fr	Topico
Tobramicina 0,3% solucao oftalmica frasco 5 ml	Fr	Topico
Tramadol 50mg comprimido	Comp	Vo/sng
Tramadol 50mg/ml solucao injetavel ampola 1 ml	Amp	Im/iv
Tramadol 50mg/ml solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im/iv
Tropicamida 1% solucao oftalmica frasco 5ml	Fr	Topico
Vancomicina 500mg po liofilizado frasco ampola	Fa	Iv
Varfarina 5mg comprimido	Comp	Vo/sng
Vitamina a+d frasco 10 ml	Fr	Vo/sng
Vitamina do complexo b comprimido	Comp	Vo/sng
Vitamina do complexo b solucao injetavel ampola 2 ml	Amp	Im
Basilixmabe 20 mg	Amp	Transplante

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Imunoglobulina (coelho) antitimócitos 25 mg	Amp	Transplante
Micofenolato de sodio 180 mg	Comp	Transplante
Micofenolato de sodio 360 mg	Comp	Transplante
Tacrolimus 1 mg	Comp	Transplante
Tacrolimus 5 mg	Comp	Transplante

Material	Unidade
Abaixador língua espátula de madeira. Descartável	Pct
Absorvente feminino em abas	Pct
Agulha de puncao de fistula arterio-venosa 16g	Unidade
Agulha de puncao de fistula arterio-venosa 17g	Unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 13 x 4.5. Estéril	Unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 20 x 5.5. Estéril.	Unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 25 x 7.0. Estéril.	Unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 25 x 8.0. Estéril	Unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 30 x 8.0. Estéril	Unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 40 x 12.0 estéril	Unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 17g x 3.1/2 polegadas	Unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 18g x 3.1/2 polegadas	Unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 22g x 3.1/2 polegadas	Unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 25 g. 3.1/2 polegadas	Unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 27g x 3.1/2 polegadas	Unidade
Algodão hidrófilo rolo com 500 gramas	Unidade
Algodao hidrofilo, em bolas, pacote com 100 gramas	Unidade
Almotolia em plástico rígido âmbar. 500 ml bico reto longo	Unidade
Almotolia em plástico rígido transparente 500 ml bico reto longo	Unidade
Aparelho de tricotomia descartável	Unidade
Atadura tipo algodão ortopédico. 10cm x 1.0m	Unidade
Atadura tipo algodão ortopédico. 12cm x 1.0m	Unidade
Atadura tipo algodão ortopédico. 15cm x 1.0m	Unidade
Atadura tipo algodão ortopédico. 20cm x 1.0m	Unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 06cm x 4.5m	Unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 08cm x 4.5m	Unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 10cm x 4.5m	Unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 12cm x 4.5m	Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Atadura tipo crepom. Medindo 15cm x 4.5m	Unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 20cm x 4.5m	Unidade
Atadura tipo gessada rápida. Medindo 10cm x 3m	Unidade
Atadura tipo gessada rápida. Medindo 12cm x 3m	Unidade
Atadura tipo gessada rápida. Medindo 15cm x 3m	Unidade
Atadura tipo gessada rápida. Medindo 20cm x 3m	Unidade
Avental descartável em não tecido	Unidade
Bisturi descartável p/ microcirurgia incisão corneana 15º	Unidade
Bisturi descartável p/ microcirurgia incisão corneana 2.7mm	Unidade
Bisturi descartável p/ microcirurgia incisão corneana 5.2mm	Unidade
Bolsa de colostomia adulto peça única drenavel	Unidade
Bolsa de colostomia descartável 30mm	Unidade
Bolsa de colostomia descartável 50mm	Unidade
Bolsa de colostomia infantil peça única drenavel	Unidade
Bolsa de colostomia para neonatologia	Unidade
Cadarço sarjado achatado branco 12mm x 10m	Unidade
Cal sodada em granulos alta capacidade de absorcão de co2	Unidade
Cânula de guedel. Nº 4	Unidade
Cânula de guedel. Nº 5	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 00	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 01	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 02	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 03	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 04	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 05	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 06	Unidade
Cânula de traqueostomia metálica. Nº 07	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 2.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 2.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 3.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 3.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 4.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 4.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 5.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 5.5	Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 6.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 6.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 7.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 7.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 8.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 8.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável com cuff nº 9.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 3.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 3.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 4.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 4.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 5.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 5.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 6.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 6.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 7.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 7.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 8.0	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 8.5	Unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 9.0	Unidade
Canula p/ aspiração de medula ossea c/ empunhadora ergonomica	Unidade
Cânula para biópsia de tecidos moles, de guilhotina, com disparo semi-automático,tamanho 16g x 150mm	Unidade
Cânula para biópsia de tecidos moles, de guilhotina, com disparo semi-automático,tamanho 18g x 200mm	Unidade
Capa descartável para proteção de equipamento de laparoscopia	Unidade
Capa para colchão anti - escaras tipo caixa de ovo	Unidade
Carga para grampeador linear cortante tlc 75mm (azul- tecido nomal)	Unidade
Cateter curto periferico nº 14	Unidade
Cateter curto periferico nº 16	Unidade
Cateter curto periferico nº 18	Unidade
Cateter curto periferico nº 20	Unidade
Cateter curto periferico nº 22	Unidade
Cateter curto periferico nº 24	Unidade
Cateter duplo lumen para hemodiálise curvo 11,5fr x 15cm	Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Cateter duplo lumen para hemodiálise curvo 11,5fr x 20cm	Unidade
Cateter duplo lumen para hemodiálise reto 11,5fr x 15cm	Unidade
Cateter duplo lumen para hemodiálise reto 11,5fr x 20cm	Unidade
Cateter para diálise peritoneal com 1 cuff 30cm	Unidade
Cateter para diálise peritoneal com 1 cuff 42cm	Unidade
Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 09fr x 31cm	Unidade
Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 12fr x 37cm	Unidade
Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 42cm	Unidade
Cateter para embolectomia arterial com cuff nº 4.0	Unidade
Cateter para embolectomia arterial com cuff nº 5.0	Unidade
Cateter para embolectomia arterial com cuff nº 7.0	Unidade
Cateter para oxigênio tipo óculos.	Unidade
Cateter para punção venosa central. Nº 16	Unidade
Cateter para punção venosa central. Nº 19	Unidade
Cateter para punção venosa central. Nº 22	Unidade
Cateter triplo lumen, para hemodiálise curvo 12fr x 20 cm	Unidade
Cateter triplo lumen, para hemodiálise reto 12fr x 20 cm	Unidade
Cateter umbilical numero 3.5	Unidade
Cera para osso - envelope com 2.5 gramas	Unidade
Clamp para bolsa de colostomia. Descartável. Plástico	Unidade
Clamp umbilical tipo pinça tamanho único	Unidade
Colar cervical philadelphia tamanho g	Unidade
Colar cervical philadelphia tamanho m	Unidade
Colar cervical philadelphia tamanho p	Unidade
Colchão anti - escaras tipo caixa de ovo	Unidade
Coletor de material perfurocortante. Capacidade 13 litros	Unidade
Coletor de material perfurocortante. Capacidade 7 litros	Unidade
Coletor de urina 24h retangular 2000ml	Unidade
Coletor de urina estéril 50ml	Unidade
Coletor de urina infantil unissex	Unidade
Coletor de urina não estéril 50ml	Unidade
Coletor de urina para uso em incontinência nº 04	Unidade
Coletor de urina para uso em incontinência nº 05	Unidade
Coletor de urina para uso em incontinência nº 06	Unidade
Coletor de urina sistema aberto com barbante 2000ml	Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Coletor de urina. Sistema aberto frasco de 1200ml	Unidade
Coletor de urina. Sistema fechado estéril bolsa de 2000ml	Unidade
Compressa cirúrgica. Campo operatório. Não descartável 45cm x 50cm	Unidade
Compressa de gaze aberta tipo queijo 91 cm x 91 m	Unidade
Compressa de gaze hidrófila esterilizada 7.5cm x 7.5cm pacote com 10 unidades.	Unidade
Compressa de gaze hidrófila não estéril. 7.5cm x 7.5cm pacote com 500 unidades.	Unidade
Curativo de carboximetilcelulose sódica 10cm x 10cm	Unidade
Curativo de carboximetilcelulose sódica 15cm x 15cm	Unidade
Curativo de filme transparente de poliuretano 10cm x 12cm	Unidade
Curativo de filme transparente de poliuretano 6cm x 9cm	Unidade
Curativo de filme transparente de poliuretano 7cm x 8.5cm	Unidade
Curativo de filme transparente de poliuretano 8.5cm x 10.5cm	Unidade
Curativo de hidrocolóide sem borda 10cm x 10cm	Unidade
Curativo de hidrocolóide sem borda 20cm x 20cm	Unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f10	Unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f5	Unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f6	Unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f7	Unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f7 - uso único	Unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo f8	Unidade
Dispositivo de circuncisão descartável plastibell -1.2cm	Unidade
Dispositivo de circuncisão descartável plastibell -1.5cm	Unidade
Dispositivo de circuncisão descartável plastibell -1.7cm	Unidade
Dosador oral 10ml com tampa	Unidade
Dosador oral 3ml com tampa	Unidade
Dosador oral 5ml com tampa	Unidade
Dreno de kher n° 10 3.5mm	Unidade
Dreno de kher n° 12 4.0mm	Unidade
Dreno de kher n° 14 4.5mm	Unidade
Dreno de kher n° 16 5.5mm	Unidade
Dreno de kher n° 18 6.0mm	Unidade
Dreno de penrose nº 01	Unidade
Dreno de penrose nº 02	Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Dreno de penrose nº 03	Unidade
Dreno de penrose nº 04	Unidade
Dreno de sucção estéril 3.2mm x 1.8 sist. Fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp - 500ml	Unidade
Dreno de sucção estéril 4.8mm x 1.16 sist. Fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp - 500ml	Unidade
Dreno de sucção estéril 6.4mm x 1.16 sist. Fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp - 500ml	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 12	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 14	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 16	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 18	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 20	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 22	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 24	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 26	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 28	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 30	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 32	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 34	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 36	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 38	Unidade
Dreno tubular toráxico nº 40	Unidade
Eletrodo de monitor cardíaco adulto	Unidade
Eletrodo de monitor cardíaco infantil	Unidade
Eletrodo de monitor cardíaco reddot neonatal	Unidade
Eletrodo temporario bipolar p/ marcapasso	Unidade
Equipo macrogotas com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral para bomba de infusão - brasino k102	Unidade
Equipo macrogotas com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral para bomba de infusão - hartmann	Unidade
Equipo macrogotas p/ bomba de infusão celm	Unidade
Equipo macrogotas para infusão de soluções fotossensíveis com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral	Unidade
Equipo microgotas com pinça rolete e injetor em y	Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Equipo microgotas. Câmara graduada de capacidade igual ou acima de 150 ml e injetor lateral	Unidade
Equipo para administração de dietas enterais com câmara de gotejamento flexível	Unidade
Equipo para medida de pressão venosa central com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral	Unidade
Equipo para transfusão sangüínea	Unidade
Escova dupla face para anti-sepsia das mãos e ante-braços, com pvpi	Unidade
Escova dupla face para anti-sepsia das mãos e ante-braços, sem pvpi	Unidade
Esfigmomanômetro adulto	Unidade
Esfigmomanômetro infantil	Unidade
Esparadrapo impermeável 10cm x 4,5m	Unidade
Estetoscopio tipo duo sonic - adulto	Unidade
Estetoscopio tipo duo sonic - pediatrico	Unidade
Extensão st para bomba de seringa 60 cm	Unidade
Faixa smarch não estéril tam. 08cm	Unidade
Faixa smarch não estéril tam. 10cm	Unidade
Faixa smarch não estéril tam. 12cm	Unidade
Faixa smarch não estéril tam. 15cm	Unidade
Filtro com barreira total a bacteria e a virus	Unidade
Filtro de ar para incubadora vision 2186	Unidade
Fio cirurgico algodão branco (fita) diam. O comp. 0,35 x 80cm	Unidade
Fio cirurgico algodão torcido azul diam. 0/0 sem agulha	Unidade
Fio cirurgico algodão torcido azul diam. 2/0 sem agulha	Unidade
Fio cirurgico algodão torcido azul diam. 3/0 sem agulha	Unidade
Fio cirurgico catgut cromado 1/0 70cm ag.1/2 círc romba 90mm	Unidade
Fio cirurgico catgut cromado 1/0 75cm ag.1/2 círc robusta 40mm	Unidade
Fio cirurgico catgut cromado 2/0 comp. 70cm agulha 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico catgut cromado 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 círc	Unidade
Fio cirurgico catgut cromado 4/0 comp. 75cm agulha 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico catgut cromado diam. 0 comp. 70 c / ag 1/2 circ	Unidade
Fio cirurgico catgut cromado diam. 1 comp. 70 c / ag 1/2 circ	Unidade
Fio cirurgico catgut simples 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 círc	Unidade
Fio cirurgico catgut simples 4/0 comp. 75cm agulha 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico catgut simples laçado 2/0 comp. 150cm 1/2 círc	Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Fio cirurgico linho 0/0 comp. 75cm agulha 3/8 círc	Unidade
Fio cirurgico linho 2/0 comp. 70cm agulha 3/8 círc	Unidade
Fio cirurgico linho 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 círc	Unidade
Fio cirurgico monosyn* incolor 3/0 comp. 70cm agulha 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico monosyn* incolor 4/0 comp. 45cm ag 3/8 triang	Unidade
Fio cirurgico monosyn* incolor 4/0 comp. 70cm agulha 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico monosyn* incolor 5/0 comp. 45cm ag. 3/8 triang	Unidade
Fio cirurgico monosyn* incolor 5/0 comp. 70cm agulha 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico nylon monofilamentar preto diam. 10/0 comp. 30 c/ ag 3/8 círculo espátula 6,2 mm	Unidade
Fio cirurgico nylon preto 0/0 comp. 45cm agulha 3/8 triang.	Unidade
Fio cirurgico nylon preto 2/0 comp. 45cm agulha 3/8 círc triang	Unidade
Fio cirurgico nylon preto 3/0 comp. 45cm agulha 3/8 circ triang	Unidade
Fio cirurgico nylon preto 4/0 comp. 45cm agulha 3/8 circ triang	Unidade
Fio cirurgico nylon preto 5/0 comp. 45cm agulha 3/8 círc triang	Unidade
Fio cirurgico nylon preto 6/0 comp. 45cm agulha 1/2 círc triang	Unidade
Fio cirurgico nylon preto 8/0 comp. 30cm agulha 1/4 círc	Unidade
Fio cirurgico polipropileno azul diam. 10/0 comp. 30cm com 2xag reta espátula 16mm	Unidade
Fio cirurgico premicron* poliester verde 5/0 75cm ag.1/2 cir	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 0/0 comp. 75cm agulha 1/2 circ	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 2/0 comp. 50 ag 3/8 círcular	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 2/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 círc.	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 3/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 4/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 círc.	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 5/0 comp. 75cm 2xag. 1/2 círc.	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 6/0 comp. 75cm 2xag. 3/8 círc	Unidade
Fio cirurgico premilene* azul 7/0 comp. 60cm 2xag. 3/8 círc	Unidade
Fio cirurgico safil quinck* incolor 4/0 70cm ag. 1/2 círc	Unidade
Fio cirurgico safil violeta 4/0 ag 15mm 1/2 triang 45cm	Unidade
Fio cirurgico safil* incolor 4/0 45cm ag. 3/8 círc triang	Unidade
Fio cirurgico safil* incolor 5/0 45cm ag. 3/8 círc. Triang.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 0 70cm ag. 3/8 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 0/0 90cm ag. 1/2 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 1 90cm ag. 1/2 círc. Cil.	Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Fio cirurgico safil* violeta 2/0 70cm ag. 1/2 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 2/0 70cm ag. 1/2 círc. Triang.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 2/0 70cm ag. 3/8 círc. Triang.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 3/0 70cm ag. 1/2 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 5/0 70cm ag. 1/2 círc. Retang.	Unidade
Fio cirurgico safil* violeta 6/0 45cm ag. 1/4 círc. Esp.	Unidade
Fio cirurgico seda preta 0/0 75cm ag. 3/8 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico seda preta 2/0 comp. 70cm ag. 3/8 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico seda preta 3/0 comp. 45cm ag. 1/2 círc. Triang.	Unidade
Fio cirurgico seda preta 3/0 comp. 75cm ag. 3/8 circ. Cil.	Unidade
Fio cirurgico seda preta 4/0 comp. 45cm ag. 3/8 círc. Cil.	Unidade
Fio cirurgico seda preta diam. 1/0 comp. 10x75cm sem agulha	Unidade
Fio cirurgico seda preta diam. 2/0 comp. 10x75cm sem agulha	Unidade
Fio cirurgico synthofil* poliéster verde 1/0 75cm ag. 1/2 triang.	Unidade
Fio cirurgico synthofil* poliéster verde 2/0 75cm ag 1/2 triang.	Unidade
Fio cirurgico vicryl incolor diam. 7/0 comp. 45cm com 2xag 3/8 círculo espátula 65mm,	Unidade
Fio de aço diam. 0, c/ ag. 26mm 1/2 circulo cilindrica	Unidade
Fio de aço diam. 2, sem agulha, 3 x 60cm	Unidade
Fio de aço diam. 5 ccs (8)fios, c/ ag. 48mm 1/2 triang. 45cm	Unidade
Fio monocryl incolor 4/0 comp. 45 cm ag. 3/8 triang. 16mm	Unidade
Fio pds ii violeta diam. 6/0 comp. 70 cm ag. 1/2 cilind.	Unidade
Fio prolene azul 2 comp 50cm ag. 3/8 triangular 75mm	Unidade
Fita adesiva hospitalar branca. 19mm x 50m	Unidade
Fita microporosa 1,2cm x 10m	Unidade
Fita microporosa 10cm x 10m	Unidade
Fita microporosa 2,5cm x 10m	Unidade
Fita microporosa 5cm x 10m	Unidade
Fralda descartável adulto tamanho g	Unidade
Fralda descartável adulto tamanho m	Unidade
Fralda descartável adulto tamanho p	Unidade
Fralda descartável infantil tamanho g	Unidade
Fralda descartável infantil tamanho m	Unidade
Fralda descartável infantil tamanho p	Unidade
Frasco p/ dieta enteral transparente, capacidade 300ml	Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Frasco p/ dieta enteral transparente, capacidade 500ml	Unidade
Grampeador circular curvo 33mm (verde)	Unidade
Grampeador linear cortante tlc 75mm (c/ carga azul- tecido nomal)	Unidade
Haste flexível em polipropileno. Com algodão hidrófilo nas extremidades	Caixa
Hemostático absorvível aproximadamente 5,5cm x 7,5cm	Unidade
Infusor 2 vias com clamp	Unidade
Infusor neo 2 vias com clamp	Unidade
Isolador condutor de pressão para hemodiálise	Unidade
Kit cateter para nefrostomia em silicone, 5ml 4,0mm, n°12fr	Unidade
Kit cesarea com pga	Kit
Kit de gastrostomia percutânea 20fr x 3,5cm	Unidade
Kit para anestesia epidural em aço inoxidável. Calibre 16g	Kit
Kit para anestesia epidural em aço inoxidável. Calibre 18g	Kit
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 11	Caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 15	Caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 20	Caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 22	Caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 23	Caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável nº 24	Caixa
Lanterna clinica em metal	Unidade
Lençol descartável. Em papel	Unidade
Linha arterial 8mm com catabolhas para hemodiálise	Unidade
Linha venosa 8mm com catabolhas para hemodiálise	Unidade
Luva cirúrgica estéril nº 6.0	Par
Luva cirúrgica estéril nº 6.5	Par
Luva cirúrgica estéril nº 7.0	Par
Luva cirúrgica estéril nº 7.5	Par
Luva cirúrgica estéril nº 8.0	Par
Luva cirúrgica estéril nº 8.5	Par
Luva de procedimento em plástico	Par
Luva de procedimento. Tamanho grande	Caixa
Luva de procedimento. Tamanho médio	Caixa
Luva de procedimento. Tamanho pequeno	Caixa
Luva de vinil transparente, tamanho p	Caixa
Madeira plastica c/ adaptador ao seio p/ retirada de leite	Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Malha tubular em tecido 08cm x 15m	Unidade
Malha tubular em tecido 10cm x 15m	Unidade
Malha tubular em tecido 12cm x 15m	Unidade
Malha tubular em tecido 15cm x 15m	Unidade
Malha tubular em tecido 20cm x 15m	Unidade
Manta térmica para o controle de temperatura	Unidade
Máscara cirúrgica. Descartável pct. C/ 100 und	Pct
Máscara descartável específica para isolamento	Unidade
Perfurador de membrana amniótica	Unidade
Protetor de cateter do tipo luer - lock	Unidade
Protetor ocular para fototerapia tam. G	Unidade
Protetor ocular para fototerapia tam. M	Unidade
Protetor ocular para fototerapia tam. P	Unidade
Pulseira identificação paciente adulto na cor branca.	Unidade
Pulseira identificação paciente infantil na cor branca.	Unidade
Pulseira identificação paciente recém nascido na cor branca.	Unidade
Saco para óbito tamhanho grande 0.90cm x 2.10m	Unidade
Saco para óbito tamhanho médio 0.60cm x 1.50m	Unidade
Saco para óbito tamhanho neo 0.30cm x 0.60cm	Unidade
Saco para óbito tamhanho pequeno 0.50cm x 1.00m	Unidade
Sapatilha descartável pacote c/ 100 und	Pct
Scalp nº 19.	Unidade
Scalp nº 21	Unidade
Scalp nº 23	Unidade
Scalp nº 25.	Unidade
Scalp nº 27	Unidade
Seringa descartável 10ml	Unidade
Seringa descartável 1ml	Unidade
Seringa descartável 20ml	Unidade
Seringa descartável 3ml	Unidade
Seringa descartável 5ml	Unidade
Seringa descartável 60 ml	Unidade
Serra de gigle. Em aço inoxidável. Com 50 cm para cirurgia ortopédica. Com excelente corte.	Unidade
Sistema para drenagem mediastina de 2000ml	Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sistema para drenagem mediastina de 500ml	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 06	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 08	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 10	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 12	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 14	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 16	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 18	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 20	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 22	Unidade
Sonda folley 2 vias com cuff nº 24	Unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 16	Unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 18	Unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 20	Unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 22	Unidade
Sonda folley 3 vias com cuff nº 24	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 02	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 04	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 06	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 08	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 10	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 12	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 14	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 16	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 18	Unidade
Sonda nasogástrica longa. Tipo levine. Nº 20	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 04	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 06	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 07	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 08	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 10	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 12	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 14	Unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 16	Unidade
Sonda para nutrição enteral com fio guia 08fr	Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sonda para nutrição enteral com fio guia 10fr	Unidade
Sonda para nutrição enteral com fio guia 12fr	Unidade
Sonda uretral nº 02	Unidade
Sonda uretral nº 04	Unidade
Sonda uretral nº 06	Unidade
Sonda uretral nº 08	Unidade
Sonda uretral nº 10	Unidade
Sonda uretral nº 12	Unidade
Sonda uretral nº 14	Unidade
Sonda uretral nº 16	Unidade
Sonda uretral nº 20	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 12mm x 180mm	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 12mm x 250mm	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 16mm x 180mm	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 16mm x 250mm	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 19mm x 180mm	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 19mm x 250mm	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 26mm x 180mm	Unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 26mm x 250mm	Unidade
Tampa para recirculação	Unidade
Termômetro clinico analogico	Unidade
Termômetro clinico digital	Unidade
Termometro digital com alarme maxima e minima	Unidade
Tira reagente para teste de glicemia caixa com 50 unidades	Caixa
Torneira descartável de três vias	Unidade
Touca cirúrgica descartável pacote c/ 100 und	Pct
Tubo de silicone nº 204 pacote com 15 metros	Pct
Tubo endotraqueal sem cuff nº 2.5	Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Tubo endotraqueal sem cuff nº 4.0	Unidade
Tubo endotraqueal sem cuff nº 4.5	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 4.0	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 4.5	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 5.0	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 5.5	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 6.0	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 6.5	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 7.0	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 7.5	Unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 8.0	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 3.0	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 3.5	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 4.0	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 4.5	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 5.0	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 5.5	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 6.0	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 6.5	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 7.0	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 7.5	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 8.0	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 8.5	Unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 9.0	Unidade
Tubo endotraqueal duplo lúmen (robert shaw), nº 37	Unidade
Tubo endotraqueal sem cuff nº 3.0	Unidade
Tubo endotraqueal sem cuff nº 3.5	Unidade
Vessel loop - cadarço vascular (1x406mm) envelope com 2 und	Unidade

Protocolo de dispensação de medicamentos, incluindo mecanismo de registro das dispensações, rastreabilidade de lote e validade das medicações por paciente

O protocolo de dispensação de medicamentos em um ambiente hospitalar é fundamental para garantir que os pacientes recebam os medicamentos corretos, na dose apropriada, no momento certo e de forma segura. Isso envolve uma série de procedimentos e controles para assegurar a

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

rastreabilidade dos medicamentos, a verificação da validade dos produtos e a documentação adequada das dispensações. Aqui estão alguns elementos essenciais desse protocolo:

1. Registro das Dispensações

Identificação do paciente: Antes de dispensar qualquer medicamento, é crucial verificar a identidade do paciente usando métodos de dupla verificação, como nome completo e data de nascimento.

Prescrição e ordem médica: A dispensação deve estar de acordo com a prescrição médica válida para o paciente.

Registro detalhado: Cada dispensação deve ser registrada em um sistema eletrônico ou manual. O registro deve incluir o nome do medicamento, dose, via de administração, horário da dispensação, nome do farmacêutico ou profissional responsável pela dispensação, e qualquer informação relevante (como ajustes de dose).

Conferência: Assegurar que a dispensação foi conferida por um profissional habilitado para garantir a precisão e a conformidade com a prescrição médica.

2. Rastreabilidade de Lote e Validade

Identificação do lote: Cada medicamento deve ser identificado pelo número de lote, que permite rastrear sua origem, fabricante e outras informações importantes em caso de necessidade de recall ou investigação de eventos adversos.

Data de validade: É essencial verificar a data de validade do medicamento antes da dispensação. Medicamentos vencidos não devem ser dispensados aos pacientes.

Armazenamento correto: Os medicamentos devem ser armazenados de acordo com as condições recomendadas pelo fabricante, incluindo temperatura e umidade, para garantir a manutenção da eficácia e segurança até o momento da dispensação.

3. Mecanismos de Controle e Segurança

Verificação cruzada: Implementação de sistemas de verificação dupla para reduzir erros de dispensação.

Auditorias regulares: Realização de auditorias periódicas para revisar os processos de dispensação, garantir conformidade com os padrões e identificar áreas de melhoria.

Treinamento contínuo: Educação e treinamento regulares para todos os profissionais envolvidos na dispensação de medicamentos, enfatizando a importância da precisão e segurança.

4. Documentação e Comunicação

Comunicação interdisciplinar: Compartilhamento de informações sobre a dispensação de medicamentos entre membros da equipe de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e farmacêuticos.

Registros precisos: Manutenção de registros detalhados de todas as dispensações, incluindo quaisquer problemas ou discrepâncias que ocorreram durante o processo.

5. Segurança do Paciente

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Monitoramento de eventos adversos: Vigilância ativa para identificar e relatar eventos adversos relacionados à dispensação de medicamentos.

Política de descarte seguro: Disposição adequada de medicamentos não utilizados ou vencidos para evitar riscos de reutilização inadvertida.

Implementar e seguir rigorosamente um protocolo de dispensação de medicamentos é essencial para garantir a segurança e eficácia do tratamento dos pacientes. A rastreabilidade de lotes e validade, juntamente com registros precisos e sistemas de controle, são pilares fundamentais para alcançar esses objetivos em qualquer instituição de saúde.

Protocolo de dispensação de medicamentos sujeitos ao controle especial

O protocolo de dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial é ainda mais rigoroso devido à natureza desses medicamentos, que têm potencial para abuso, dependência ou efeitos adversos graves se não forem utilizados corretamente. Esses medicamentos incluem substâncias controladas, como opioides, sedativos, estimulantes e certos medicamentos psicotrópicos. Aqui estão os principais elementos de um protocolo eficaz para a dispensação desses medicamentos em um ambiente hospitalar:

1. Identificação e Verificação do Paciente

Identificação do paciente: Verificar a identidade do paciente usando métodos de dupla verificação, como nome completo, data de nascimento e, quando aplicável, número do prontuário hospitalar.

Prescrição médica válida: Garantir que haja uma prescrição médica válida e atualizada para o medicamento controlado específico que está sendo dispensado.

2. Registro Detalhado

Registro completo: Registrar todas as dispensações em um sistema eletrônico ou manual, incluindo nome do medicamento, dose, via de administração, horário da dispensação, nome do prescritor, nome do farmacêutico responsável e qualquer informação adicional relevante (como motivo da administração).

Conferência: Assegurar que a dispensação seja conferida por um farmacêutico ou profissional treinado para garantir a precisão e a conformidade com a prescrição médica.

3. Segurança e Controle de Estoque

Armazenamento seguro: Manter os medicamentos controlados em áreas seguras e de acesso restrito, de acordo com as regulamentações locais e institucionais.

Controle de estoque: Implementar controles rigorosos para monitorar a quantidade de medicamentos disponíveis, evitando desvios ou uso não autorizado.

Auditorias regulares: Realizar auditorias periódicas para verificar o estoque e revisar os registros de dispensação, garantindo conformidade com os padrões e regulamentações.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

4. Educação e Treinamento

Treinamento contínuo: Fornecer educação e treinamento regulares para todos os profissionais envolvidos na dispensação de medicamentos controlados, enfatizando a importância da precisão, segurança e conformidade legal.

Atualização sobre regulamentações: Manter a equipe informada sobre as regulamentações locais e institucionais relacionadas à dispensação de medicamentos controlados.

5. Monitoramento e Segurança do Paciente

Monitoramento de uso: Vigiar de perto o uso de medicamentos controlados pelos pacientes, observando sinais de uso indevido, dependência ou eventos adversos.

Comunicação interdisciplinar: Fomentar a comunicação entre membros da equipe de saúde para compartilhar informações sobre a dispensação e uso de medicamentos controlados, especialmente em casos de pacientes com histórico de uso problemático.

6. Descarte e Documentação

Descarte seguro: Implementar políticas e procedimentos para o descarte seguro de medicamentos controlados não utilizados ou vencidos, conforme as regulamentações aplicáveis.

Documentação precisa: Manter registros detalhados de todas as dispensações e descartes de medicamentos controlados, incluindo qualquer incidente ou problema identificado durante o processo.

Implementar um protocolo robusto para a dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial não apenas garante a segurança dos pacientes, mas também ajuda a cumprir com as exigências legais e regulatórias relevantes. É essencial que todas as etapas sejam seguidas rigorosamente para mitigar riscos associados ao uso desses medicamentos dentro do ambiente hospitalar.

Protocolo de dispensação de medicamentos potencialmente perigosos

Objetivo

Estabelecer sistemática para alertar os profissionais de saúde sobre medicamentos de alto risco, de modo a aumentar a segurança na utilização desses medicamentos.

Apresentação

A instituição selecionou um grupo de 22 medicamentos elencados como Alta Vigilância, os quais devem ser utilizados com maior cuidado, pois tem potencial de causar risco aos pacientes de ocorrer falha em seu processo de utilização. Barreiras foram implementadas objetivando aumentar a segurança na utilização desses medicamentos, como a cor de uma etiqueta diferenciada amarela e vermelha como padrão de identificação dos medicamentos de Alta Vigilância, abrangendo as etiquetas de código de barras, bins, prateleiras utilizadas no processo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CAVALLO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

de armazenamento. Está disponível no SA interact a relação desses medicamentos com orientações sobre diluição, estabilidade, conservação velocidade de infusão, riscos e monitoramento.

Os medicamentos da tabela abaixo são considerados de alta vigilância. Por essa razão, serão identificados com etiqueta vermelha (para diferenciar dos demais) com objetivo de alertar a equipe multiprofissional.

Siglas e Abreviações

MAV: Medicamentos de Alta Vigilância.

CP- Comprimido

EV- Endovenoso

IM- Intramuscular

IN- Inalatório

SC- Subcutâneo

VO- Via oral

Descrição do Manual

Lista de Medicamentos de Alta Vigilância – Riscos e Monitoramento

MEDICAMENTOS	RISCOS	MONITORAMENTO
ADENOSINA 6mg/ml INJ (ADENOCARD®)	Taquicardia , Arritmia	Monitorar pressão sanguínea, frequência cardíaca (a cada 15 ou 30 segundos, durante diversos minutos), eletrocardiograma (durante a administração do medicamento)
AMIODARONA 50mg/ml – 3 ml INJ	Bradicardia, hipotensão, depressão respiratória e cardíaca graves.	Fazer assistência cardíaca e respiratória, com monitoramento de ECG por vários dias após a administração; em caso de bradicardia, com terapia crônica e bradicardia não responsiva à atropina, agonistas beta adrenérgicos podem ser úteis, devendo-se considerar a inserção de marca passo temporário; em caso de hipotensão, fazer uso de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

		SSI infusão endovenosa 10-20mL/Kg, e se a hipotensão persistir, fazer uso de dopamina infusão endovenosa 5-0mcg/kg/min ou Norepinefrina – em adultos – 0,5- 1mcg/min, crianças – 0,1 mcg/kg/min, titular até resposta desejada; em caso de taquicardia ventricular do tipo Torsades de Pointes, administrar sulfato de magnésio, em adultos – 2g via endovenosa direta em 1-2 minutos, caso ocorra nova taquicardia repetir 2g via endovenosa direta e iniciar infusão endovenosa 0,5-1g/hora, e em crianças – 25-50mg/kg infusão endovenosa 10mg/mL em 5-15 minutos
CLORETO DE POTÁSSIO 10% - 10 ml INJ	Arritmia cardíaca Parada cardíaca e morte súbita	Risco de morte instantânea se o mesmo for administrado de forma direta sem diluição previa. Após diluição administrar de forma lenta.
CLORETO DE SÓDIO 10% - 10 ml INJ	Arritmia cardíaca Parada cardíaca	Monitorar laboratorialmente os eletrólitos do paciente risco de choque cardiovascular.
DOBUTAMINA 250 mg/20 ml INJ (DOBUTREX®)	Aumento dos batimentos cardíacos Hipertensão	Monitorar a frequência e o ritmo cardíaco, a pressão arterial e a velocidade de infusão.
DOPAMINA 50mg 10ml INJ (DOPACRIS®)	Angina do peito, arritmia hipotensão.	Monitorar a pressão sanguínea, volume urinário e demais parâmetros cardiorrespiratórios.
		Inclui inicialmente a assistência respiratória e manutenção dos sinais vitais, como em todas as emergências clínicas. O tratamento

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

DIAZEPAN 10mg/2ml	Hipotensão, bradicardia, alteração da função hepática, diminuição da frequência respiratória, apneia, convulsões.	continua com medidas sintomáticas e de suporte; no caso de hipotensão, medidas posturais podem reverter, mas pode também ser necessário utilizar fluidos Intravenosos e vasopressores, assim como a manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico; na hiperexcitabilidade paradoxal não é indicado o uso de barbitúricos porque pode exacerbar o quadro ou prolongar e intensificar o quadro de depressão respiratória; na crise de abstinência o indicado é utilizar doses decrescentes de benzodiazepínicos de curta duração; O antídoto para a intoxicação benzodiazepínica é o flumazenil: antagonista específico.
EPINEFRINA 1mg/ml INJ (ADREN®)	Taquicardia, Edema pulmonar.	Monitorar pressão arterial e frequência cardíaca.
ENOXAPARINA 20MG – 40MG – INJ (CLEXANE®)	Risco de sangramento	Antes de administrar o medicamento verificar se o paciente não tem nenhum distúrbio hemorrágico. Durante a aplicação manter o paciente deitado.
ETOMIDATO 20mg/10ml INJ	Apneia Depressão respiratória	Equipamento de reanimação disponível quando for utilizado. Monitorar frequência respiratória e pressão arterial.
FENTANILA, CITRATO 78,5mg (2ml – 10ml) INJ (FENTANEST)	Depressão respiratória	Monitorar frequência cardíaca, pressão arterial, status respiratório e cardiovascular.
MEDICAMENTOS	RISCOS	MONITORAMENTO

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

GLICOSE 50 % - 10 ml INJ	Tromboflebite e necrose do tecido quando ocorrer extravasamento da solução.	Monitorar níveis glicêmicos. Suspender a administração de glicose e controlar as funções vitais.
HEPARINA 0,25 e 5 ml EV/SC	Hemorragia grave	Antes de administrar o medicamento verificar se o paciente não tem nenhum distúrbio hemorrágico, risco de sangramento. Devido a curta duração da ação da Enoxaparina e Heparina, o tratamento da toxicidade, após doses terapêuticas, é geralmente a redução da dose ou suspensão do fármaco. Em caso de hemorragia significativa, fazer transfusão de sangue ou plasma.
INSULINA REGULAR / NPH INJ (HUMULIN)	Taquicardia Hipoglicemia	Monitorar níveis glicêmicos.
MIDAZOLAM 15MG/3ML – 50MG/10ML INJ (DORMONID®)	Depressão respiratória	Monitorar frequência respiratória, pressão arterial. Em caso de coma ou depressão respiratória, fazer desobstrução respiratória e instituição de ventilação assistida ou controlada; Antídoto específico Flumazenil: dose inicial 0,1-0,2mg via endovenosa direta em 1 5-30 segundos, repetir se necessário até o máximo de 1 mg.
MORFINA 0,1MG/2ML - 2MG/ML – 10MG/2ML INJ (DIMORF)	Depressão respiratória, hipotensão.	Monitorar frequência respiratória, frequência cardíaca e pressão arterial.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

NITROPRUSSIATO DE SODIO 50MG INJ (NIPRIDE)	Hipotensão Espasmo muscular	Quando administrado por tempo prolongado maior que 72 horas, risco de acúmulo de tiocianeto, monitorar níveis séricos desse metabólito que leva a acidose.
NORADRENALINA 4mg/ml INJ	Hemorragias cerebrais, hipertensão nefrotoxicidade.	Monitorar a pressão sanguínea a cada 2 minutos a partir do início da administração até que a pressão sanguínea almejada seja obtida, e em seguida a cada cinco minutos se a administração for contínua. A velocidade do fluxo deve ser acompanhada e o paciente assistido durante a administração.
NALBUFINA 10mg/ml INJ (NUBAIN)	Depressão respiratória Taquicardia	Durante e após a aplicação do medicamento, manter o paciente deitado por alguns minutos para evitar tonturas em decorrência da queda de pressão arterial.
PROPOFOL 10 mg/ml – 20 ml INJ (PROPOVAN)	Convulsões apnéia Bradicardia Depressão respiratória Edema pulmonar	Monitorar pressão arterial, frequência respiratória e frequência cardíaca.
ROCURÔNIO, BROMETO 50MG INJ (ROCURON®)	Paralisia da musculatura Respiratória	Monitorar a transmissão neuromuscular.
SULFATO DE MAGNÉSIO 50%	Hipotensão Depressão respiratória	Monitorar pressão arterial, frequência respiratória e frequência cardíaca.
TRAMADOL 50mg/ml 100mg/2ml INJ (TRAMAL)	Taquicardia	Monitorar os pacientes que fazem uso com a varfarina e medicamentos serotoninérgico (dolantina, amitriptilina, levodopa e fluoxetina).
VARFARINA 5MG VO (MAREVAN, COUMADIN)	Dispneia, hipertensão grave,	Monitorar pressão arterial e frequência respiratória. Antes de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

	hipotensão, sangramento. Obs: administrar com prudência em pacientes com insuficiência renal e hepática.	administrar o medicamento verificar se o paciente não tem nenhum distúrbio hemorrágico, risco de sangramento. O antídoto específico é a Fitomenadiona (vitamina K).

Formas de Identificação

Etiqueta Vermelha





Etiqueta Amarela - Controlados



Intervenções/ Ações

Prescrição Médica

Todas as informações devem estar legíveis, claras e completas em cada MAV prescrito.

Armazenamento

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O local de guarda deve ser identificado com etiqueta de cor vermelha. Os MAV's dispensados a pacientes devem ser guardados em local específico para esta finalidade, gavetas com tranca. O acesso a esses medicamentos deve ser restrito.

Dispensação

A dispensação dos MAV's é realizada em uma fita separada dos demais medicamentos para diferenciá-los;

Utilizar sistema de código de barras/prescrição e oferecer dupla checagem para prevenção de erros durante a dispensação;

Realizar a dupla checagem pelo farmacêutico na análise de prescrição e pelos auxiliares ou farmacêutico na separação e embalagem.

Realizar dupla checagem pela enfermagem em pontos mais suscetíveis a erros na cadeia de utilização de medicamentos e nos usuários de risco. Por exemplo: a programação de bombas de infusão para a administração de MAV, com o propósito de detectar erros de velocidade de infusão, a verificação da dose em crianças e idosos, no uso de insulina, entre outros, uma vez que é menor a probabilidade de duas pessoas diferentes se equivocarem ao verificar o mesmo processo;

Identificar as bombas com etiqueta de cor vermelha.

Preparo e Administração

A equipe de enfermagem deve seguir os 5 certos no preparo e na administração de todos os medicamentos Realizar a dupla checagem por dois profissionais na administração de medicamentos de alta vigilância

Deverão permanecer nas unidades apenas os MAV's que sejam absolutamente necessários à assistência ao paciente.

Referências bibliográficas

Boletim ISMP, Brasil. Medicamentos Potencialmente Perigosos. Set 2015, vol.4 nº3.

Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, 2013.

Fluxo Operacional de Materiais Médicos, Hospitalares e Medicamentos

1. OBJETIVOS

Uniformizar o fluxo de utilização de materiais médico-hospitalares, medicamentos e suas quantidades, com a finalidade de suprir a demanda de atendimentos na Unidade;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Regulamentar o fluxo para organização e reposição dos materiais médico-hospitalares e medicamentos utilizados na Unidade;

2. APLICAÇÃO

Todas as áreas da Unidade;

3. ENTRADA

Solicitação de materiais médico-hospitalares e medicamentos à farmácia central e satélite.

4. PRODUTOS

Fornecimento de materiais médico-hospitalares e medicamentos.

5. INDICADORES

Número de materiais médico-hospitalares solicitados /mês;

Número de materiais médico-hospitalares utilizados/mês.

6. INFORMAÇÕES GERAIS

A padronização de materiais consiste na incorporação de um determinado produto à lista de artigos passíveis de serem comprados para disponibilização em caso de prescrição, dispensação e utilização;

Padronizar é estabelecer idênticos padrões de peso, medidas e formato para os materiais de modo que não existem muitas variações entre eles, simplificando as descrições com o objetivo de reduzir a multiplicidade de materiais que são empregados para o mesmo fim.

Pela padronização, adquire-se a certeza de não haver confusão entre os tipos de materiais que se assemelham, sem se equiparem, ficando, portanto, distintamente classificados pela própria especificação.

7. A PADRONIZAÇÃO TEM COMO OBJETIVO:

Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;

Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;

Permitir a compra em grandes lotes;

Otimizar o trabalho do Setor de Compras;

Diminuir os custos de estocagem;

Reduzir a quantidade de itens estocados;

Adquirir materiais com maior rapidez;

Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicação;

Obter maior qualidade e uniformidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

8. DESCRIÇÃO DO FLUXO

A administração de materiais deve conciliar esses interesses tão diversos. Para tanto, utiliza técnicas cujas funções estão abaixo:

Normalização: Responsável por responder à pergunta: o quê? (comprar, armazenar e distribuir). É composto das funções de normalização, que vai selecionar, padronizar e especificar os materiais, e de classificação/codificação de materiais.

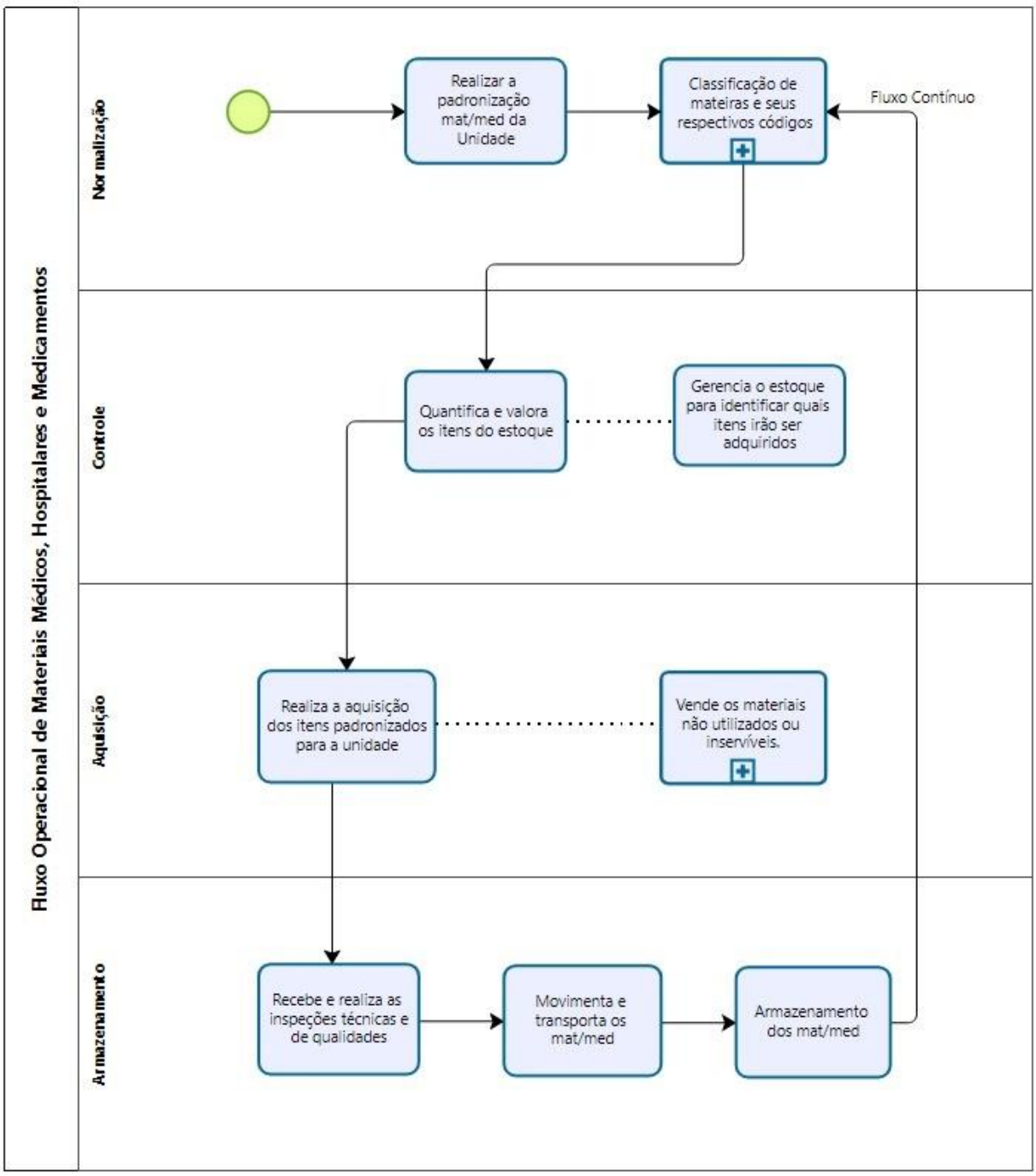
Controle: Deve responder às questões: quando e quanto? Suas funções são gestão e valoração de estoques.

Aquisição: Possui duas funções – a aquisição, que responde pela compra dos materiais, e a alienação, que cuida da venda de materiais não utilizados ou inservíveis.

Armazenamento: Responsável pelo recebimento de materiais, armazenamento e distribuição. Nesse subsistema há as funções de armazenamento, movimentação e transporte de materiais e o controle de qualidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

9. FLUXO



REMUME na UPA – Uso Racional e Qualificado de Medicamentos

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) é um instrumento fundamental para garantir o acesso seguro e eficiente aos medicamentos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sua adoção na UPA contribui para a padronização da assistência farmacêutica, assegurando que os medicamentos utilizados estejam alinhados com as necessidades clínicas mais prevalentes, protocolos assistenciais e diretrizes municipais de saúde.

A utilização do REMUME na UPA permite:
Organização da prescrição e dispensação de medicamentos, de forma segura e baseada em evidências;
Otimização do estoque e das compras públicas, evitando faltas e desperdícios;
Fortalecimento da atenção farmacêutica, com foco no uso racional de medicamentos;
Apoio à gestão clínica e às equipes multiprofissionais, promovendo resolutividade e continuidade do cuidado.

Ao associar o REMUME ao cotidiano da UPA, o município promove uma política de saúde mais efetiva, segura e sustentável, garantindo à população o acesso aos medicamentos essenciais no momento em que mais precisa: na urgência e emergência.

2.4 Organização dos Serviços Assistenciais

Modelo de Gestão da Assistência na UPA

A seguir, apresentamos o Modelo de Gestão da Assistência adotado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), demonstrando como a estrutura assistencial agrega valor ao atendimento emergencial e sua interface com a sociedade.

Explicação do Modelo de Gestão da Assistência na UPA:

- **SUS + OS** – Parceria entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Organização Social (OS) para otimizar a gestão e a eficiência da UPA.
- **Acesso** – A UPA como a principal porta de entrada para pacientes em situação de urgência, garantindo atendimento adequado e compatível com os recursos existentes.
- **Assistência** – Implementação de linhas de cuidado e modalidades assistenciais voltadas à urgência e emergência, priorizando a qualidade e segurança do paciente.
- **Alta/Saída** – Garantia de transição adequada do paciente para outros níveis de atendimento, conforme sua necessidade clínica.
- **Gestão e Infraestrutura** – Administração dos recursos, processos gerenciais e logísticos essenciais ao funcionamento contínuo da UPA.
- **Entrega de Valor à Sociedade** – Garantia de um atendimento eficaz, reduzindo a morbimortalidade e promovendo um retorno seguro do paciente à comunidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A UPA está inserida na Diretoria de Urgência da Secretaria de Saúde, sendo sua gestão acompanhada pela Gerência de Urgências para garantir o cumprimento das metas estabelecidas no Plano Operativo.

Premissas do Modelo de Gestão da Assistência na UPA:

1. **O Paciente no Centro do Atendimento**
   - Atendimento humanizado e resolutivo, priorizando qualidade e eficácia.
   - Compromisso com a melhoria contínua e eficiência assistencial.
2. **Transparência na Utilização de Recursos**
   - Gestão financeira eficiente, garantindo aplicação responsável dos recursos.
   - Controle social e auditoria permanente dos gastos.
3. **Adequação Técnica e Legal**
   - Cumprimento das normativas vigentes que regulamentam o funcionamento da UPA.
4. **Alinhamento com a Política Nacional de Atenção às Urgências**
   - Atendimento universal, equitativo e integral.
   - Acolhimento humanizado com classificação de risco.
   - Monitoramento e avaliação da qualidade assistencial.
5. **Segurança do Paciente**
   - Implantação de protocolos de segurança.
   - Envolvimento de pacientes e familiares na cultura de segurança.
6. **Humanização da Assistência**
   - Valoração da equipe multiprofissional e do paciente.
   - Estabelecimento de vínculos solidários e corresponsabilidade.
7. **Respeito aos Direitos e Deveres do Paciente**
   - Atendimento adequado, respeitoso e transparente.
   - Equipe capacitada e disponibilidade de informações sobre o quadro clínico.
8. **Excelência na Gestão**
   - Adoção de boas práticas assistenciais e gerenciais.
   - Busca constante pela inovação e aprimoramento do atendimento.

Posicionamento da UPA na Rede de Urgência e Emergência

A UPA 24h é um serviço de atenção intermediária entre a Atenção Básica e a Rede Hospitalar, desempenhando papel essencial na estabilização de pacientes e na continuidade do cuidado. Entre suas funções, destacam-se:

- Acolhimento e atendimento emergencial conforme a classificação de risco.
- Integração com o SAMU 192, hospitais e demais serviços da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Prestador de suporte para estabilização clínica e diagnóstico inicial.
- Retaguarda para a Atenção Básica e encaminhamento de casos mais complexos.
- Manutenção de observação clínica por até 24 horas, conforme necessidade do paciente.
- Garantia de fluxo organizado para referenciamento e contra-referenciamento de pacientes.
- Adoção de protocolos assistenciais e gestão eficiente dos recursos.

A UPA desempenha um papel estratégico no atendimento às urgências e emergências, assegurando atendimento ágil, seguro e de qualidade para a população, contribuindo para a eficiência do sistema de saúde público.

Protocolos Assistenciais

1. Acolhimento e Triagem

Objetivo: Garantir um acolhimento humanizado e eficiente, priorizando as necessidades dos pacientes.

Procedimento:

Recepcionar o paciente na portaria e solicitar documentos necessários (RG, CPF, carteirinha do SUS).

Realizar o rastreamento inicial com um profissional capacitado, avaliando reclamações e urgências.

Classificar o paciente conforme a gravidade da situação (uso de classificação de risco, como a Escala de Manchester).

Orientar sobre os próximos passos do atendimento e tempo estimado de espera.

2. Realização de Exames

Objectivo: Garantir a execução adequada e segura dos exames solicitados.

Procedimento:

Verifique se o paciente está devidamente identificado (uso de pulseiras de identificação).

Confirmar os exames solicitados e os preparos necessários (jejum, suspensão de medicamentos, etc.).

Orientar o paciente sobre o procedimento do exame, esclarecendo dúvidas.

Mantenha um ambiente tranquilo e respeitoso durante a realização dos exames.

3. Comunicação de Resultados

Objetivo: Garantir uma comunicação clara e eficiente dos resultados dos exames.

Procedimento:

Os resultados dos exames devem ser disponibilizados de forma acessível, com explicações claras sobre cada resultado.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Em casos de resultados críticos, a equipe de saúde deve entrar em contato com o médico responsável e o paciente/familiares imediatamente.

Oferecer suporte psicológico, se necessário, para os pacientes que recebem resultados alarmantes.

4. Encaminhamentos e Referências

Objetivo: Facilitar o acesso a outros serviços de saúde, quando necessário.

Procedimento:

Após a avaliação médica, caso necessário, realize encaminhamentos para consultas especializadas ou outros serviços.

Acompanhamento do paciente após o encaminhamento, verificando se houve agendamento e comparação.

Descrição da Organização da Urgência e Emergência

A organização das atividades assistenciais da UPA é crucial para garantir que o atendimento seja eficaz, rápido, humanizado e de qualidade, especialmente considerando a natureza emergencial e de urgência dos serviços prestados. Uma boa organização das atividades assistenciais contribui para a resolução rápida dos casos e a segurança do paciente, ao mesmo tempo em que melhora a eficiência do fluxo de trabalho da equipe de saúde.

Abaixo descrevemos como essas atividades serão organizadas na UPA, com foco nas diferentes etapas do atendimento, no fluxo de trabalho e na coordenação entre as equipes:

1. Acolhimento e Triagem Inicial

O acolhimento é a primeira etapa do atendimento e tem o objetivo de acolher o paciente de forma humanizada e inicial, fornecendo informações sobre o processo de atendimento e, se necessário, fazendo uma triagem clínica para identificar a gravidade da condição.

Atividades:

Recepção do paciente: O paciente é recebido pela equipe de acolhimento (podendo ser composta por recepcionistas ou técnicos de enfermagem) que coleta informações básicas (dados pessoais, motivo da procura pela UPA, histórico breve).

Orientação inicial: O paciente é orientado sobre o funcionamento da UPA, o que esperar do atendimento e o tempo estimado de espera (com base na classificação de risco).

Classificação de risco (triagem): Um profissional de saúde, geralmente um enfermeiro, realiza a triagem, que classifica o paciente conforme a gravidade do quadro. Pacientes com quadros mais graves (como risco de vida) são priorizados.

Classificação de risco (exemplo de protocolo: Protocolo de Manchester):

Vermelho: Atendimento imediato (casos críticos).

Laranja: Urgente, deve ser atendido em menos de 10 minutos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Amarelo: Urgência, mas sem risco iminente de vida.

Verde: Não urgente, pode aguardar.

Azul: Não urgente, atendimento em até 24h.

Encaminhamento para o local adequado: Com base na triagem, o paciente é encaminhado para a área de atendimento correspondente (ex: consultório médico, sala de emergência, atendimento pediátrico, entre outros).

2. Atendimento Médico

Após a triagem, os pacientes classificados com maior gravidade devem ser atendidos imediatamente pelos médicos, enquanto os casos menos graves serão atendidos conforme a ordem da triagem. O atendimento médico envolve a avaliação clínica, diagnóstico e tratamento inicial.

Atividades:

Anamnese e exame físico: O médico realiza uma entrevista clínica para entender o histórico de saúde do paciente e os sintomas atuais. O exame físico é realizado para identificar sinais e sintomas que possam indicar a gravidade do quadro.

Solicitação de exames: Dependendo da avaliação clínica, o médico pode solicitar exames laboratoriais ou de imagem para complementar o diagnóstico. Esses exames podem ser realizados dentro da UPA ou em outras unidades de saúde, caso necessário.

Tratamento de emergência: Caso o paciente apresente um quadro de urgência ou emergência, o médico realiza o tratamento imediato, como administração de medicamentos, procedimentos de primeiros socorros, entre outros.

Encaminhamentos: Se o quadro exigir internação, o médico faz o encaminhamento para hospitais ou unidades de referência, registrando todas as informações no prontuário do paciente.

Alta ou acompanhamento: Quando o paciente não necessitar de internação, o médico pode fornecer alta ou agendar acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS), ou mesmo um retorno à UPA, caso o quadro de saúde requeira monitoramento.

3. Atendimento de Enfermagem

A enfermagem é parte essencial do atendimento na UPA, pois os enfermeiros são responsáveis por diversos cuidados fundamentais tanto na triagem quanto no acompanhamento do paciente durante o tratamento.

Atividades:

Cuidados de enfermagem imediatos: Os enfermeiros realizam procedimentos como administração de medicamentos, medição de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, oxigenação), coletas de exames, curativos e acompanhamento da evolução do paciente.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Monitoramento contínuo: O enfermeiro monitora pacientes que estão em observação na UPA, especialmente aqueles com quadro clínico que pode evoluir. Isso inclui a verificação regular dos sinais vitais e a observação de sinais de agravamento.
Assistência ao paciente e familiares: A equipe de enfermagem também presta apoio psicossocial, fornecendo informações sobre o diagnóstico e o tratamento, além de orientações sobre cuidados pós-alta.

4. Exames Complementares (Laboratório e Imagem)
A realização de exames complementares na UPA é uma parte importante do processo diagnóstico, especialmente para pacientes que chegam com sintomas inespecíficos ou com condições que necessitam de confirmação diagnóstica rápida.
Atividades:
Coleta de exames laboratoriais: Quando necessário, os enfermeiros ou técnicos de enfermagem coletam exames laboratoriais (ex: hemograma, glicemia, exames de urina). A equipe médica solicita os exames com base na necessidade do caso clínico.
Exames de imagem (raios-x, ultrassom, entre outros): A UPA deve contar com uma sala de exames de imagem, onde serão realizados exames de radiografia, ultrassonografia ou outros exames complementares de diagnóstico.
Integração com outros serviços: Quando a UPA não possui infraestrutura para determinados exames, pode haver a necessidade de encaminhamento para outros serviços ou a utilização de exames de referência.

5. Observação e Monitoramento de Pacientes
Pacientes com quadros clínicos menos graves, mas que necessitam de observação (por exemplo, pacientes com dor abdominal intensa, quadro febril ou desidratação), são encaminhados para a área de observação.
Atividades:
Observação clínica: Durante o período de observação, os enfermeiros monitoram os sinais vitais do paciente, administram medicamentos conforme prescrição médica e realizam a reavaliação periódica para verificar a evolução do quadro clínico.
Acompanhamento médico: O médico realiza reavaliações periódicas para verificar a evolução do paciente. Se necessário, o paciente pode ser liberado ou encaminhado para internação.

6. Alta e Encaminhamento
A alta é concedida aos pacientes que não necessitam de internação ou tratamento contínuo, mas que precisam de acompanhamento posterior.
Atividades:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Orientações pós-alta: O paciente recebe orientações detalhadas sobre cuidados pós-atendimento, como medicação, dietas, atividades físicas e sinais de alerta para procurar atendimento médico em caso de piora do quadro.

Encaminhamentos para a UBS ou outros serviços: Quando o paciente precisa de acompanhamento contínuo, como no caso de doenças crônicas ou tratamentos ambulatoriais, o médico ou enfermeiro faz o encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima ou para outros serviços especializados (ex: consultas com especialistas, acompanhamento em centros de reabilitação, etc.).

Encaminhamento para internação: Se o quadro clínico do paciente exigir internação, o médico faz o encaminhamento para hospitais da rede de referência.

7. Acompanhamento e Monitoramento da Qualidade

A qualidade do atendimento deve ser monitorada constantemente para identificar oportunidades de melhorias e garantir que os padrões de atendimento sejam atendidos.

Atividades:

Auditorias e monitoramento de indicadores: Realização de auditorias regulares de qualidade para avaliar aspectos como tempo de espera, eficácia do tratamento, satisfação do paciente e cumprimento dos protocolos clínicos.

Treinamento contínuo da equipe: Programas de capacitação para todos os profissionais de saúde da UPA, com foco em boas práticas de atendimento, atualização dos protocolos clínicos e humanização do cuidado.

Satisfação do paciente: Realização de pesquisas de satisfação com os pacientes atendidos, com o objetivo de identificar áreas que necessitam de melhorias no processo assistencial.

A organização das atividades assistenciais deve ser estruturada de forma eficiente e coordenada, com foco em agilidade no atendimento, qualidade no cuidado e segurança do paciente. A integração entre as diversas áreas da UPA (acolhimento, triagem, atendimento médico, enfermagem, exames, observação e alta) é essencial para garantir que os pacientes sejam atendidos de acordo com a gravidade de seus casos, evitando longos tempos de espera e reduzindo riscos de complicações. Além disso, o monitoramento constante da qualidade dos serviços e o treinamento contínuo das equipes são fundamentais para a melhoria contínua do atendimento na unidade.

A estrutura de chefia/ liderança e número de pessoas por categoria profissional, assim como o tipo de vínculo com a Unidade estão descritos na planilha e RH em anexo.

<u>Ações / Atividades de Acolhimento e Classificação de Risco e Tempo de Espera</u>

O acolhimento, a classificação de risco e o tempo de espera são componentes essenciais no processo de atendimento em uma UPA. Esses elementos são fundamentais para garantir que os

Assinado por 2 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

pacientes recebam o atendimento adequado de forma ágil e eficaz, de acordo com a gravidade de seus sintomas, respeitando as prioridades clínicas e otimizando o fluxo de atendimento.

Abaixo um detalhamento das ações e atividades que serão implementadas para melhorar o acolhimento, a classificação de risco e o tempo de espera na Unidade:

1. Acolhimento na Unidade

O acolhimento é o primeiro contato do paciente com a unidade de saúde e deve ser realizado de forma humanizada, eficaz e rápida, sem preconceitos, discriminação ou julgamento. Ele tem como objetivo não apenas ouvir o paciente, mas também avaliar de forma preliminar suas necessidades para iniciar o processo de atendimento.

Ações /Atividades de Acolhimento:

Triagem inicial e abordagem acolhedora: A equipe de acolhimento, que pode ser composta por profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem) ou equipe de apoio, deve garantir um atendimento inicial respeitoso, acolhedor e eficiente, demonstrando empatia e escuta ativa, garantindo que o paciente se sinta seguro e respeitado.

Identificação de necessidades imediatas: A primeira ação do acolhimento é identificar se o paciente possui necessidades imediatas, como dor intensa, dificuldade respiratória ou quadro clínico que requeira atenção urgente. Nesse momento, também é importante coletar informações básicas (identificação, histórico de saúde, sintomas principais) para direcionar o atendimento.

Explicação do fluxo de atendimento: Informar o paciente sobre o processo de atendimento e o tempo de espera, esclarecendo como funciona a classificação de risco e o que ele pode esperar durante a sua permanência na UPA. Isso reduz a ansiedade do paciente e melhora sua experiência no processo.

Orientações e conforto: Garantir que o paciente esteja confortável enquanto aguarda, oferecendo acesso a água, bancos, e explicações claras sobre o tempo de espera. A transparência na comunicação do tempo de espera é fundamental para reduzir frustrações.

Identificação de vulnerabilidades: No momento do acolhimento, a equipe deve identificar se o paciente apresenta alguma condição que exija um acompanhamento especial, como gestantes, idosos, crianças ou pacientes com comorbidades, para priorizar essas necessidades no atendimento.

2. Classificação de Risco (Triagem de Manchester ou Similar)

A classificação de risco é um processo fundamental para organizar o fluxo de atendimento de acordo com a gravidade dos casos. O objetivo é garantir que pacientes mais graves ou com risco de agravamento sejam atendidos imediatamente, enquanto casos menos urgentes aguardam conforme a ordem de chegada.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Ações/Atividades na Classificação de Risco:

Implementação de Protocolo de Classificação de Risco: A UPA deve adotar um protocolo de classificação de risco, como o Protocolo de Manchester, que classifica os pacientes em categorias baseadas na gravidade do quadro clínico e no risco de vida. Os pacientes são classificados em diferentes cores, geralmente variando de vermelho (atendimento imediato) a verde (atendimento menos urgente).

Triagem realizada por profissionais qualificados: A classificação de risco deve ser realizada por enfermeiros treinados, com a supervisão de médicos, quando necessário. O enfermeiro realiza a triagem através de perguntas padronizadas, observações clínicas e, em alguns casos, exames rápidos para avaliar a gravidade dos sintomas do paciente.

Priorização de pacientes críticos: Pacientes classificados com risco vermelho ou laranja devem ser atendidos imediatamente, independentemente de sua posição na fila, para evitar que sua condição se agrave. Já pacientes classificados como verde ou azul podem aguardar mais tempo, mas devem ser monitorados para qualquer alteração no quadro.

Uso de ferramentas informatizadas: Quando disponível, o uso de sistemas informatizados de triagem pode ser uma ferramenta eficiente para garantir a classificação rápida e precisa dos pacientes, além de registrar automaticamente a gravidade do caso e facilitar a comunicação com a equipe médica.

Reavaliação durante o tempo de espera: A triagem inicial não é definitiva. Durante o tempo de espera, a equipe de saúde devem reavaliar os pacientes, especialmente os classificados como menos urgentes, para garantir que o quadro clínico não tenha se agravado. Isso pode ser feito por meio de uma triagem secundária ou reavaliação periódica.

3. Gestão do Tempo de Espera

O tempo de espera é uma das principais fontes de insatisfação para os pacientes em serviços de emergência, como as UPAs. Gerenciar adequadamente esse tempo é crucial para garantir um atendimento de qualidade, sem comprometer a segurança do paciente.

Ações/Atividades para Gerenciamento do Tempo de Espera:

Comunicação clara e constante com o paciente: O paciente deve ser informado constantemente sobre o tempo estimado de espera, principalmente quando houver mudanças ou atrasos no processo. A transparência e a comunicação eficaz ajudam a reduzir a ansiedade e frustrações dos pacientes.

Monitoramento contínuo da fila de espera: Utilizar sistemas de gestão de fluxo que permitem a visualização em tempo real de todos os pacientes em espera, com suas classificações de risco e tempo de atendimento estimado. Isso permite que os profissionais façam ajustes, caso necessário, e priorizem casos mais urgentes.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Otimização dos processos internos: Para reduzir o tempo de espera, a UPA deve garantir que os processos sejam eficientes, com tempos de resposta rápidos para exames, diagnósticos e tratamentos. A redução de gargalos no atendimento (como a espera por exames ou internações) pode ser alcançada com melhor coordenação entre os setores da UPA.

Atendimento prioritário para casos graves: Pacientes classificados como vermelhos e laranjas devem ser atendidos imediatamente, independentemente da fila de espera. A priorização dos casos mais graves deve ser garantida a todo momento, com sistemas de apoio para evitar que pacientes com risco de vida aguardem desnecessariamente.

Tecnologia para redução de tempo de espera: Investir em sistemas de prontuário eletrônico, telemedicina, monitoramento remoto e outras tecnologias pode reduzir o tempo de espera para diagnósticos e consultas, permitindo que médicos e enfermeiros agilizem os processos sem comprometer a qualidade do atendimento.

Fluxos eficientes para pacientes com quadros menos graves: Para pacientes classificados como verde ou azul, a implementação de processos que otimizem o atendimento, como consultas rápidas com médicos ou disponibilização de medicamentos para tratamento ambulatorial, pode ajudar a reduzir o tempo de espera.

4. Ações de Melhoria Contínua e Acompanhamento

Avaliação e Monitoramento do Desempenho: Avaliar constantemente o tempo de espera médio, a efetividade da triagem e a satisfação do paciente com o atendimento, por meio de indicadores de desempenho, pesquisas de satisfação e auditorias internas. Esses dados ajudam a identificar falhas nos processos e promover melhorias contínuas.

Treinamento contínuo das equipes de triagem e acolhimento: Realizar treinamentos regulares para os profissionais responsáveis pela triagem e acolhimento, com ênfase na humanização, na eficiência dos processos e no uso adequado do protocolo de classificação de risco.

Feedback com a equipe: A realização de reuniões periódicas com a equipe para discutir o desempenho em relação ao tempo de espera e à classificação de risco pode proporcionar insights valiosos e ajudar a melhorar a eficiência e a qualidade do atendimento.

A gestão do acolhimento, da classificação de risco e do tempo de espera na UPA é crucial para garantir um atendimento eficiente, seguro e de qualidade. Com uma estratégia de triagem bem implementada, uma comunicação clara com os pacientes e processos operacionais ágeis, é possível melhorar a experiência do paciente, reduzir os riscos e otimizar o uso dos recursos disponíveis, resultando em uma unidade de pronto atendimento mais eficiente e focada na qualidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Instrução com indicação das formas de acolhimento, portaria, segurança, recepção, enfermagem, serviço social e apoio psicossocial aos usuários e familiares

O acolhimento é uma etapa essencial para garantir que os usuários e familiares se sintam bem recebidos e amparados ao buscarem atendimento na Unidade, dessa forma o atendimento é realizado com o objetivo de oferecer um atendimento humanizado, organizado e eficiente desde a entrada na unidade até o término dos procedimentos. Com isso, visamos oferecer um ambiente seguro, respeitoso e acolhedor, onde cada pessoa tenha suas necessidades e dúvidas atendidas desde o primeiro contato com a unidade.

O acolhimento e o atendimento humanizado são pilares fundamentais para a garantia de qualidade nos serviços prestados nas unidades de saúde. Este manual tem como objetivo orientar equipes de portaria, segurança, recepção, enfermagem, serviço social e apoio psicossocial, assegurando que todas as práticas sejam controladas aos princípios do SUS, promovendo respeito, empatia, segurança e bem-estar aos usuários e seus familiares.

Ao seguir as diretrizes deste manual, a Unidade busca criar um ambiente acolhedor e resolutivo, capaz de atender às necessidades físicas, emocionais e sociais dos usuários, enquanto fortalece os vínculos com a população.

Este manual reforça o compromisso da Unidade em oferecer atendimento de excelência, centrado no usuário e na humanização do cuidado. A colaboração entre as diferentes áreas é essencial para criar um ambiente seguro, acolhedor e resolutivo, capaz de atender às demandas da população com respeito, eficiência e empatia.

A seguir estão descritas as principais diretrizes para o acolhimento em cada área de atendimento.

1. Acolhimento

O acolhimento representa o primeiro contato do usuário com a unidade de saúde, sendo essencial para estabelecer confiança e oferecer suporte inicial.

Diretrizes Gerais:

Receber os usuários com cordialidade, escuta respeitosa, ativa e empatia, desde o primeiro contato, independentemente da situação.

Oferecer informações claras sobre os serviços disponíveis e como acessá-los.

Priorizar casos urgentes com base na triagem realizada.

Valorizar a singularidade de cada usuário, respeitando suas crenças, culturas e necessidades específicas.

Identificação das necessidades imediatas, respeitando diferenças culturais, sociais e emocionais.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Boas Práticas no Acolhimento:

Disponibilizar sinalização clara e acessível em toda a unidade para facilitar a orientação dos usuários.

Manter um ambiente limpo, confortável e organizado na área de espera.

Estabelecer uma equipe de acolhimento treinada para lidar com situações de estresse ou conflito.

Oferta de um ambiente seguro e acolhedor, priorizando o conforto do paciente.

2. Portaria e Controle de Acesso

A equipe da portaria é responsável por controlar o acesso e garantir um ambiente organizado e seguro, sendo a primeira impressão para os usuários e familiares. As formas de acolhimento incluem:

Recepção Humanizada: Cumprimento de forma cordial e amistosa, demonstrando empatia e respeito.

Orientação Inicial: Direcionar os usuários para os setores corretos, como recepção ou áreas específicas, de forma clara e objetiva.

Segurança e Organização: Controlar o acesso, respeitando a privacidade e os direitos dos pacientes e visitantes.

Atenção Especial: identificar pessoas com dificuldades de locomoção ou em situações de vulnerabilidade e oferecer auxílio imediato.

Funções:

identificar e registrar a entrada de visitantes, pacientes e fornecedores.

Oferecer orientações iniciais sobre locais de atendimento e horários de funcionamento.

Garantir que apenas pessoas autorizadas tenham acesso às áreas restritas.

Estabelecer fluxos claros de entrada e saída, oferecendo informações acessíveis sobre horários, regras e procedimentos.

Protocolos de Segurança:

Estabelecer um sistema de identificação para visitantes e acompanhantes.

Atuar em parceria com a equipe de segurança para prevenir incidentes.

Promover um atendimento cortês e profissional, especialmente em emergências.

Monitorização contínua das áreas para garantir a tranquilidade do ambiente.

3. Segurança

A equipe de segurança desempenha um papel essencial na manutenção de um ambiente seguro e acolhedor, ela deve ser proativa e humanizada, garantindo proteção e um ambiente seguro e

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

acolhedor, com foco no bem-estar dos usuários e familiares sem comprometer o bem-estar dos usuários.

Presença Acessível: Estar disponível para responder dúvidas e oferecer suporte em situações de necessidade.

Trato Respeitoso: Abordar os usuários de forma educada e respeitosa, sempre buscando situações de minimização de estresse.

Mediação de Conflitos: Atuar de forma discreta e eficaz em situações de conflito, promovendo o diálogo e a resolução de conflito.

Garantia de Segurança: Oferecer um ambiente tranquilo, protegendo os usuários de quaisquer riscos ou comportamentos inadequados.

Atribuições:

Monitorar áreas internas e externas para prevenir riscos e garantir a integridade física de todos.

Gerenciar situações de conflito ou emergências, minimizando impactos.

Auxiliar no controle de acesso em horários restritos ou em áreas de alta sensibilidade.

Recomendações:

Treinar a equipe em abordagens humanizadas, respeitando os direitos dos usuários.

Estabelecer rotinas de ronda para verificar instalações e prevenir ocorrências.

Garantir que a equipe de segurança seja treinada para abordar pacientes e familiares com cordialidade e respeito.

4. Recepção

A recepção é o ponto de partida para o atendimento administrativo, devendo ser ágil e eficiente no acolhimento inicial, sendo responsável pelo cadastro e direcionamento dos usuários.

Atenção e Escuta Ativa: Receber os pacientes e familiares com paciência, ouvindo suas demandas de forma cuidadosa.

Orientação Personalizada: Fornecer informações claras sobre procedimentos, horários, locais de atendimento e documentações possíveis.

Apoio Humanizado: identificar situações de emergência ou fragilidade emocional e acionar os setores adequados para suporte.

Agilidade: Garantir que os processos de cadastro e encaminhamento sejam realizados de forma eficiente e sem demora excessiva.

Responsabilidades:

Registrar dados completos dos pacientes e encaminhá-los aos setores jurídicos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Organizar o fluxo de atendimento, priorizando as emergências e atendimento ao idoso, crianças, gestantes e casos preferenciais.
Garantir que os usuários sejam informados sobre o tempo estimado de espera e os procedimentos necessários.
Treinamento da equipe de recepção para atender com empatia, cordialidade e paciência.
Disponibilização de informações claras e definidas sobre o funcionamento da unidade.
Implantação de filas preferenciais para grupos prioritários, como idosos, gestantes e pessoas com deficiência.

Melhorias no Atendimento:
Implementar sistemas informatizados para agilizar o registro e a comunicação entre setores.
Manter uma postura amigável e prestativa, mesmo em momentos de alta demanda.

Estruturação do Ambiente
Espaços confortáveis e acessíveis para espera e atendimento.
Uso de comunicação visual clara para orientar os pacientes.
Disponibilização de materiais informativos em linguagem simples e inclusiva.

5. Enfermagem
A equipe de enfermagem desempenha um papel essencial na assistência direta ao paciente, garantindo cuidado técnico e humanizado.
Empatia e Comunicação Clara: Receber os pacientes e familiares com atenção, explicando procedimentos e ouvindo suas preocupações.
Avaliação Inicial: Realizar a triagem e identificar as necessidades imediatas, oferecendo apoio clínico e emocional.
Orientação sobre Cuidados: Fornecer informações planejadas sobre medicamentos, exames e procedimentos realizados na unidade.
Apoio aos Familiares: Informar sobre o estado de saúde dos pacientes e orientar quanto aos horários e regras de visitação.

Atividades-Chave:
Realizar a triagem com base na classificação de risco, garantindo priorização de atendimentos urgentes e casos mais graves.
Oferecer orientações claras e acessíveis sobre medicamentos, procedimentos e cuidados domiciliares.
Prestar cuidados básicos e avançados, conforme a gravidade do caso.
Estabelecer uma relação de confiança, explicando os procedimentos de forma clara e acessível.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Garantir a continuidade do cuidado com monitoramento constante do estado clínico dos pacientes.

Práticas de Qualidade:
Participe de treinamentos contínuos para atualização técnica.
Documente todas as intervenções realizadas para garantir a continuidade do cuidado.

6. Salas de Atendimento
Nas salas de atendimento, o Alojamento é realizado por profissionais de saúde, que estão preparadas para explicar cada procedimento, responder a dúvidas e proporcionar um ambiente de respeito e empatia. Médicos, técnicos e demais profissionais seguem protocolos de atendimento humanizado, focados na segurança, conforto e bem-estar dos usuários e seus familiares.
Garantia de um ambiente seguro e preparado para atender o usuário com conforto e privacidade.
Disponibilização de informações claras sobre os procedimentos a serem realizados, permitindo que o paciente e seus familiares compreendam o processo de atendimento.
Orientação sobre o tempo estimado de espera e instruções pós-atendimento, para garantia de continuidade e segurança no cuidado.

7. Serviço Social
O serviço social é responsável por oferecer suporte a usuários e familiares em situações de vulnerabilidade, promovendo acesso a direitos e serviços disponíveis.

Atividades:
identificar necessidades sociais e elaborar estratégias de intervenção adequadas.
Facilitar o acesso a benefícios sociais e encaminhamentos para a rede de assistência.
Oferecer suporte emocional e orientações sobre os direitos do usuário.
Atendimento integral às questões socioeconômicas e culturais que podem impactar o acesso e continuidade do cuidado.
Orientação e encaminhamento para programas e redes de apoio social.
Apoio em situações de vulnerabilidade, como violência doméstica ou falta de recursos básicos.

Exemplos de Ações:
Acompanhamento de famílias em situações de desamparo.
Promoção de campanhas de informação sobre direitos sociais.

8. Apoio Psicossocial

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O apoio psicossocial é fundamental para lidar com as dimensões emocionais e psicológicas dos usuários e têm como objetivo principal prestar assistência emocional aos usuários e familiares.

Atribuições:
Realizar atendimentos individuais ou em grupo para suporte emocional.
Oferecer intervenções em situações de crise, como diagnósticos graves ou perdas.
Encaminhar usuários para serviços de saúde mental, quando necessário.
Disponibilização de suporte emocional durante o atendimento.
Realização de intervenções psicológicas breves em momentos de crise.
Criação de grupos de apoio para familiares de pacientes em tratamento prolongado.
Criar espaços acolhedores para conversas privadas.
Capacitar uma equipe para identificar sinais de sofrimento emocional nos usuários.

Estratégias:
Apoio Emocional: Oferece suporte em momentos de crise, acolhendo dúvidas e medos de usuários e familiares.
Mediação de Demandas: Orientar sobre direitos, acesso a benefícios e serviços externos necessários para o cuidado contínuo do paciente.
Intervenção em Situações de Vulnerabilidade: identificar e encaminhar casos de violência, abandono ou negligência para as redes de proteção social.
Grupos de Apoio: Organizar grupos para troca de experiências entre familiares, oferecendo suporte mútuo e fortalecimento emocional.

9. Indicadores de Qualidade
Para garantir a melhoria contínua, é necessário monitorar indicadores de desempenho:
Tempo médio de espera no atendimento inicial.
Índice de satisfação dos usuários e familiares (pesquisas de opinião).
Número de ocorrências ou conflitos registrados.
Efetividade dos encaminhamentos realizados pelo serviço social e apoio psicossocial.
Redução de reclamações relacionadas ao atendimento.
Melhora na percepção de acolhimento e humanização por meio das pesquisas periódicas.

10. Reuniões Periódicas
As equipes envolvidas devem realizar reuniões mensais para discutir práticas, compartilhar desafios e implementar melhorias nos serviços oferecidos.

11. Treinamento e Capacitação

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Promover capacitações regulares para os profissionais sobre humanização do atendimento.
Sensibilizar a equipe para a importância da empatia e escuta ativa.
Realizar simulações práticas para lidar com situações de conflito ou estresse.

12. Monitoramento e Avaliação
Reuniões periódicas para revisão dos processos de acolhimento e atendimento.
Implantação de caixas de sugestões e canais de ouvidoria para ouvir os usuários.
Auditorias internas para avaliar o cumprimento das práticas descritas neste manual.

Cada setor da unidade hospitalar tem um papel único, mas interdependente, na construção de um ambiente acolhedor, seguro e humanizado para os usuários e seus familiares.
Essas instruções de acolhimento buscam proporcionar uma experiência positiva, segura e acolhedora, facilitando a comunicação e garantindo que cada usuário e familiar se sinta respeitado e protegido durante sua jornada de atendimento na Unidade, reforçando o compromisso do INDSH com a qualidade no atendimento e o bem-estar de todos os usuários e familiares.

Informação ao Usuário

Como irá estruturar a Informação aos usuários (pacientes e familiares) acerca do processo de atenção, especialmente os lugares onde se efetuará a informação; horários e frequência da informação.

A estruturação da informação aos usuários (pacientes e familiares) em uma UPA deve ser clara, acessível e eficaz, garantindo que os direitos dos pacientes sejam respeitados e que a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes seja transparente. A seguir, detalhamos os aspectos que devem ser considerados tanto em relação à informação prévia quanto durante o processo de atenção:

1. Informação Prévia (Antes do Atendimento)
A informação deve ser fornecida de maneira clara e em tempo hábil, preferencialmente já no momento do acolhimento ou na chegada ao serviço.
Consentimento Informado:
Disponibilidade: O consentimento informado deve ser apresentado ao paciente e/ou familiar de forma acessível, explicando as informações sobre os tratamentos e procedimentos que poderão ser realizados.
Formas de Apresentação: Utilizar linguagem simples, folhetos informativos, sinais e avisos visíveis nos principais pontos de entrada da UPA, como recepção, triagem, e salas de espera.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Explicação e Esclarecimento: Profissionais de saúde devem garantir que o paciente compreenda as informações. Isso pode incluir uma explicação verbal de quem está atendendo e a possibilidade de tirar dúvidas.

Aspectos a serem incluídos no consentimento informado:

Natureza e finalidade dos procedimentos: Explicar claramente os tratamentos, exames ou intervenções que podem ser realizados.

Benefícios, riscos e alternativas: Informar sobre os benefícios, possíveis riscos e alternativas ao tratamento.

Confidencialidade: Esclarecer a política de proteção de dados pessoais do paciente.

Direitos do paciente: Incluir informações sobre o direito do paciente de recusar qualquer tratamento ou intervenção, se desejado.

Quadros informativos:

Cartazes ou painéis informativos na recepção com informações sobre os direitos dos pacientes, a importância do consentimento informado e a estrutura de atendimento da UPA.

2. Informação Durante o Processo de Atenção (Atendimento em Curso)

Durante o atendimento, é fundamental que os pacientes e seus familiares recebam informações contínuas e claras sobre o andamento do processo. Isso inclui o esclarecimento sobre o que está acontecendo, estimativas de tempo e orientações sobre os próximos passos.

Classificação de Risco (Acolhimento):

Visibilidade e clareza: Informações sobre o processo de classificação de risco devem ser claras e acessíveis. Um painel informativo visível pode explicar o que é a classificação de risco, como ela é feita e os critérios utilizados.

Transparência sobre a triagem: O paciente deve ser informado sobre sua classificação e os critérios de priorização, sem comprometer a privacidade de outros pacientes.

Tempo Médio de Espera:

Informação contínua: O paciente e os familiares devem ser informados sobre o tempo médio de espera para o atendimento ou para a realização de exames. Isso pode ser feito por meio de sinalização digital, painéis informativos ou através de atendentes, especialmente em áreas de grande circulação, como salas de espera.

Estimativas de tempo atualizadas: Se possível, fornecer estimativas de tempo para cada etapa do atendimento (triagem, consulta, exames, alta).

Contatos para Reclamações e Sugestões:

Facilidade de acesso: Colocar em locais visíveis (como recepção e salas de espera) os contatos para reclamações, sugestões ou elogios. Isso pode incluir números de telefone, e-mails, formulários de feedback ou QR codes para acessar plataformas digitais.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Formulários acessíveis: Garantir que os pacientes e familiares possam facilmente acessar um formulário de sugestão ou reclamação, seja físico ou digital. A presença de uma caixa de sugestões na UPA também é uma boa prática.

Direitos dos Pacientes Durante o Atendimento:

Esclarecimento contínuo: Durante o atendimento, os profissionais de saúde devem comunicar aos pacientes os seus direitos, incluindo o direito de ser informado sobre o andamento do atendimento, o direito de recusar tratamentos e o direito à privacidade e confidencialidade.

Informações sobre o Processamento de Exames e Resultados:

Transparência: Quando forem realizados exames, o paciente deve ser informado sobre o tempo estimado para o retorno dos resultados e o processo de acompanhamento.

Apoio contínuo: Os familiares também devem ser orientados sobre como e quando poderão acompanhar os resultados, caso o paciente esteja incapaz de fazê-lo por conta própria.

3. Ambientes e Meios de Comunicação

A forma como a informação é transmitida também é crucial. A UPA deve ter ambientes e meios adequados para garantir que os pacientes e seus familiares recebam informações claras e em tempo hábil.

Painéis Informativos e Cartazes:

Disponibilizar cartazes e painéis em locais de fácil acesso, como na recepção e nas salas de espera, com informações sobre o funcionamento da UPA, horários, o processo de acolhimento, a classificação de risco e contatos de emergência.

Sistemas de Informação Visuais e Digitais:

Utilizar telas digitais ou quadros de avisos para exibir informações sobre o tempo de espera e orientações gerais.

Equipe Treinada:

Os profissionais da UPA (enfermeiros, médicos, recepcionistas) devem ser bem treinados para fornecer informações claras aos pacientes e familiares e para responder a dúvidas sobre o processo de atenção.

4. Feedback e Melhoria Contínua

A informação também deve incluir canais para que os pacientes e familiares possam expressar suas opiniões sobre o atendimento. O feedback deve ser incentivado e tratado com seriedade para melhorar a qualidade dos serviços.

Mecanismos de Avaliação: Disponibilizar formulários ou plataformas digitais onde os usuários possam avaliar o atendimento.

Follow-up das Reclamações: Garantir que as reclamações e sugestões sejam respondidas de maneira adequada e que os pacientes tenham acompanhamento caso necessário.

A estruturação da informação aos usuários nas UPAs deve ser feita de forma proativa, garantindo que o paciente e seus familiares sejam informados desde o início do processo de atendimento

Assinado por 2 pessoas: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

até o seu término. A comunicação deve ser clara, acessível e contínua, respeitando os direitos do paciente e promovendo a transparência, conforto e confiança durante todo o atendimento.

Padronização do Atendimento ao Usuário

OBJETIVO

Padronizar normas e rotinas inerentes ao fluxo de visitação e acompanhamento dos pacientes internos, na óptica do Serviço de Controle de Infecção hospitalar.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Protocolo de Higienização das Mãos.

SETORES RELACIONADOS

UPA 24h.

DEFINIÇÕES E SIGLAS

IT: Instrução de Trabalho;

HM: Higienização das mãos;

UPA: Unidade de Pronto Atendimento;

DESCRIÇÃO

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Documento de identificação com foto atualizada;

Sistema informatizado (Micromed);

Computador;

Etiquetadora;

Etiqueta de identificação

RESPONSAVEL

Recepcionista

Solicitar documento de identificação com foto atualizado do acompanhante;

Realizar o cadastro do acompanhante no Sistema Micromed;

Imprimir etiqueta de identificação e solicitar que o acompanhante cole na roupa em local visível;

Liberar a entrada do mesmo.

Equipe de Enfermagem

Recepcionar o acompanhante;

Explicar e orientar sobre as normas e rotinas do setor.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INTRODUÇÃO

As visitas hospitalares propiciam bem-estar aos enfermos e hospitalizados, podendo diminuir a ansiedade e medos provocados pela situação vulnerável de sua saúde. Vale ressaltar que alguns grupos prioritários possuem direito ao acompanhante garantido por lei. Conforme a Lei nº 11.108/2005, toda gestante em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato possui direito ao acompanhante durante todo atendimento hospitalar em rede pública ou privada. Assim como também idosos, acima de 60 anos de idade (Lei nº 10.741/2003) crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos (Lei nº 8.069/1990) pacientes com deficiência e/ou outras necessidades especiais (Lei nº 13.146/2015) e pacientes em tratamento oncológico (Lei nº 14.238/2021).

AÇÃO

Orientações gerais aos visitantes e acompanhantes

É permitida a entrada de 01 acompanhante, podendo haver revezamento;

Os visitantes devem ter 12 anos de idade ou mais;

As visitas serão permitidas apenas em casos específicos e com a autorização da equipe de enfermagem;

Visitas à pacientes em cuidados paliativos serão permitidas a entrada de um familiar, podendo haver revezamento;

A Unidade não se responsabiliza por objetos de valor, e pertences pessoais trazidos por visitantes e deixados no local;

Orienta-se que para permanecer como acompanhante pessoa não apresente doenças crônicas ou agudas;

O acompanhante é de livre escolha do próprio paciente, exceto para crianças/ adolescentes e pessoas sem domínio das suas faculdades mentais;

Não visitar pacientes em outros leitos, acompanhar somente o seu familiar e evitar circular pelas dependências da Unidade;

Todos os acompanhantes devem realizar a higiene das mãos antes de tocar o paciente, leito e equipamentos próximos ao leito;

É proibido fumar nas dependências da Unidade (Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996);

Não é permitido o uso de drogas lícitas e ilícitas nas dependências da Unidade;

Não será permitida entrada do visitante ou acompanhante que apresentem sinais, comportamentais, de estarem sob efeito do uso de drogas lícitas e/ou ilícitas;

Não é permitido deixar a criança, adolescente, pessoa com deficiência e idosos sozinhos na enfermaria, sem a presença de seu respectivo acompanhante;

Não é permitido manter contato de foro íntimo (inerentes a situações de namoros) como carícias, beijos e outros com pacientes, outros acompanhantes e profissionais da instituição, nas dependências da Unidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Lavagem das mãos

Todas as pessoas devem higienizar as mãos, antes e depois de manter contato com o paciente. Pode ser com água e sabão ou álcool 70%. Essa é a principal maneira de prevenir a infecção relacionada à assistência à saúde. Não hesite em questionar o profissional que está lhe atendendo se ele realizou esse procedimento conforme a técnica correta.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

Realiza ações de vigilância junto aos pacientes, acompanhantes, visitantes e profissionais da saúde com o objetivo de controlar as infecções hospitalares. Essa atividade é obrigatória de acordo com a portaria nº 2.616/1998, do Ministério da Saúde;

Os pacientes que realizam procedimentos cirúrgicos nesta instituição poderão receber uma ligação telefônica do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) após a alta médica;

O objetivo é saber como foi a recuperação do procedimento cirúrgico em casa. Após a coleta dessas informações, será realizado um registro no prontuário eletrônico do paciente e, dependendo do caso, o paciente receberá orientação pelo SCIH.

Isolamento

Atenção às placas de precauções nas portas dos leitos de isolamento. Elas identificam que o paciente tem risco de transmissão de micro-organismos (bactérias) e mostram os cuidados necessários para evitar a contaminação;

As precauções estabelecidas devem ser seguidas por todas as pessoas que têm contato com o paciente, sem exceção.

RISCOS E TOMADA DE DECISÕES

Liberar acompanhante fora do horário preconizado

Solicitar ao enfermeiro que esteja realizando um termo de autorização para troca de acompanhante fora do horário determinado pela instituição.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 1. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. xx p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Carta5.pdf. Acesso em: 27 de dez de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde,2007.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf. Acesso em: 27 de dez de 2023;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Normalização. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 1ª ed., 1ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.268 p., il. – (Cadernos Humaniza SUS; v. 3). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 27 de dez de 2023;

BRASIL. Portaria Nº 1.820, de13 de agosto de 2009 - Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde;

BRASIL. Portaria Nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005 - Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8069.htm. Acesso em: 27 de dez de 2023.

<u>Plano de Ações para a Qualidade na Recepção e Atendimento ao Paciente</u>

A UPA desempenha um papel crucial na assistência à saúde, sendo muitas vezes a primeira linha de contato para pacientes em situações de urgência e emergência. O atendimento de qualidade começa na recepção, um ponto estratégico para garantir que os usuários recebam cuidados eficazes e humanizados. Abaixo descrevemos as características e estratégias para implementar ações voltadas à qualidade do atendimento no serviço de recepção do paciente.

Características das Ações de Qualidade

Humanização no Atendimento:

Recepção calorosa e acolhedora para garantir que os pacientes e seus acompanhantes se sintam respeitados e compreendidos.

Capacitação dos profissionais da recepção para que realizem uma escuta ativa, entendendo as necessidades e condições do paciente.

Classificação de Risco (Acolhimento com Classificação de Risco - ACR):

Implantação de protocolos de triagem baseados na Política Nacional de Humanização (PNH), priorizando casos mais graves de forma ágil e segura.

Treinamento contínuo da equipe para aplicar a classificação de risco com assertividade.

Fluxo Organizado:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Identificação clara e objetiva dos fluxos de atendimento, com sinalizações que auxiliam na orientação dos pacientes dentro da unidade.

Uso de ferramentas tecnológicas para gerenciar as filas de espera e comunicar informações relevantes de forma transparente.

Ambiente Confortável e Acessível:

Espaço físico planejado para oferecer conforto e acessibilidade, atendendo às normas de segurança e promovendo bem-estar.

Disponibilidade de materiais educativos e informativos sobre os serviços da UPA e orientações gerais de saúde.

Comunicação Eficiente:

Implementação de canais de comunicação direta entre recepção e equipe médica/enfermagem, otimizando o fluxo de informações.

Oferta de suporte multilíngue ou intérprete, quando necessário, para atender a diversidade de usuários.

Estratégias para Implantação

Capacitação da Equipe de Recepção:

Realizar treinamentos regulares sobre ética, empatia, técnicas de comunicação e manejo de conflitos.

Oferecer workshops sobre políticas de saúde, incluindo humanização e classificação de risco.

Implantação de Sistemas Tecnológicos:

Adotar um sistema eletrônico integrado que registra as informações dos pacientes desde a entrada até o atendimento final.

Implementar painéis eletrônicos para informar a ordem de atendimento e tempo estimado de espera.

Acompanhamento de Indicadores de Qualidade:

Monitora indicadores como tempo médio de espera, nível de satisfação do paciente e número de reclamações.

Realizar auditorias periódicas para identificar gargalos no processo de recepção.

Plano de Atendimento Prioritário:

Garantir atendimento prioritário a grupos vulneráveis, como idosos, gestantes, crianças e pessoas com deficiência.

Estabelecer áreas específicas para acomodar pacientes em condições críticas enquanto aguardam atendimento.

Criação de um Protocolo de Atendimento de Crises:

Definir estratégias para lidar com situações de alta demanda ou emergências coletivas.

Treinar uma equipe para agir com calma e eficiência em cenários de crise.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Exemplo de Ações e Atividades

Ação	Descrição	Frequência
Treinamento da equipe de recepção	Cursos sobre acolhimento humanizado e classificação de risco.	Mensal
Revisão de fluxos e processos	Análise e melhoria contínua dos processos de recepção.	Trimestral
Pesquisa de satisfação do paciente	Aplicação de questionários para avaliar a experiência do usuário.	Contínua
Auditoria de qualidade	Verificação do cumprimento de protocolos e padrões de atendimento.	Semestral
Campanhas de sensibilização	Ações para conscientizar a equipe e os pacientes sobre o direito à saúde e humanização.	Anual

Benefícios Esperados

Redução no tempo de espera e aumento da eficiência no atendimento.

Maior satisfação dos pacientes e confiança na unidade de saúde.

Melhoria da integração entre os diferentes setores da Unidade de Pronto Atendimento.

Criação de um ambiente mais seguro e acolhedor, promovendo um cuidado mais humanizado.

O sucesso na recepção é um dos pilares para garantir um atendimento de excelência na UPA, estabelecendo uma base sólida para toda a jornada do paciente.

Organização dos Serviços de Ações de Vigilância em Saúde e Notificação de Doenças Compulsórias

A Unidade de Pronto Atendimento, devido sua relevância como ponto estratégico de atenção central no sistema de saúde, desempenha papel crucial no monitoramento e notificação de agravos e doenças de notificação compulsória. Essas ações fortalecem a Vigilância em Saúde, permitindo respostas mais rápidas e eficientes na prevenção e controle de doenças, além de garantir a qualidade e segurança do cuidado prestado.

Características das Ações de Vigilância em Saúde

Monitoramento Epidemiológico:

Identificação precoce de doenças transmissíveis e graves.

Vigilância ativa de surtos e emergências em saúde pública.

Notificação de Doenças Obrigatórias:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Registro imediato de agravos, em conformidade com a Portaria nº 204/2016 do Ministério da Saúde, que estabelece a lista nacional de doenças de notificação compulsória.
Envio sistemático das notificações às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

Articulação com a Rede de Atenção à Saúde:
Integração com outras unidades de saúde e serviços de vigilância para garantir a continuidade das ações de controle e tratamento.

Capacitação Contínua da Equipe:
Educação permanente para os profissionais de saúde, garantindo a atualização sobre protocolos de notificação e manejo clínico.

Estratégias de Implementação das Ações de Vigilância em Saúde
Estruturação da Área de Vigilância em Saúde na Unidade:
Designação de um profissional ou equipe especificamente responsável pelas ações de vigilância e notificações.
Disponibilização de infraestrutura tecnológica, como informática com acesso ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Protocolos Operacionais Padronizados (POP):
Criação e disseminação de protocolos que detalham os fluxos de identificação, registro e notificação.
Atualização constante dos POPs para acompanhar as mudanças nas normativas nacionais.

Uso de Ferramentas Digitais:
Implantação de sistemas eletrônicos integrados com a rede de saúde para registro em tempo real das notificações.
Capacitação dos profissionais para o uso eficiente dessas plataformas.

Capacitação e Educação Permanente:
Realização de treinamentos regulares para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre:
Identificação clínica de doenças de notificação compulsória.
Preenchimento correto das fichas de notificação.
Sensibilização sobre a importância da notificação para a saúde pública.

Fluxo de Informação Ágil e Seguro:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Estabelecimento de um canal direto com as Vigilâncias Epidemiológicas e Sanitárias Municipais.
Garantia de confidencialidade e segurança das informações dos pacientes.

Monitoramento e Avaliação das Ações:
Indicadores de desempenho para avaliar a eficiência e completar as notificações.
Auditorias regulares para identificar e corrigir falhas no processo.

Resultados Esperados
Fortalecimento do Controle Epidemiológico:
Detecção precoce de surtos e agravos, possibilitando ações rápidas de controle.

Melhoria da Qualidade do Cuidado:
Ações integradas que ampliam a segurança do paciente e a eficiência do atendimento.

Articulação com as Redes de Atenção:
Integração efetiva com os níveis de atenção primária e terciária, promovendo continuidade no cuidado.

Contribuição para Políticas Públicas de Saúde:
Dados precisos e tempestivos para subsidiar ações e estratégias governamentais de prevenção e controle.
Com essas estratégias, a UPA se posicionará como um ponto crucial no fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde, contribuindo de maneira significativa para a segurança e qualidade do atendimento e para o bem-estar da comunidade atendida.

Referência e Contrarreferência

PLANO DE IMPLANTAÇÃO
A presente proposta se refere ao desenho de articulação da contrarreferência com a atenção básica e Hospitais da Rede.

Lista de Abreviaturas e Siglas
APS – Atenção Primária à Saúde
CID – Classificação Internacional de Doença
PSF – Programa Saúde da Família
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS – Sistema Único de Saúde

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

RAS - Regulação de Assistência à Saúde

NIR – Núcleo Interno de Regulação

Rede de Saúde

Sistemas organizados em diferentes níveis de atenção, como a Regulação de Assistência à Saúde (RAS), necessitam de um efetivo sistema de referência e contrarreferência para viabilizar seus fluxos entre as diversas esferas que os compõem. Nas RASs, esse sistema é parte constitutiva de um componente estruturante das redes, denominado "sistema logístico". Sabe-se que o sistema logístico, ancorado na tecnologia da informação, garante uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas, permitindo um processo dinâmico de referência e contrarreferência ao longo dos pontos. A contrarreferência configura-se pelo retorno do usuário da média ou alta complexidade para outro de menor complexidade, ou seja, quando a continuidade do tratamento necessite de menos recursos tecnológicos e terapêuticos.

Para garantir a eficiência da regulação, os instrumentos para a referência e a contrarreferência têm sido ampliados com base na evolução tecnológica. Destaca-se a introdução de registros de saúde eletrônicos. Ainda assim, se faz necessário a qualidade da informação clínica dentro do processo, evitando custos desnecessários e otimizando os recursos existentes.

Também a troca de informações durante o processo de alta e outros tipos de contrarreferência é fundamental para a continuidade da atenção ao usuário pela Atenção Primária de saúde – APS, Especializada/ Diagnóstico.

A referência e contrarreferência são requisitos fundamentais e estão intimamente ligados às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência, para isso é necessário que se crie uma estratégia de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade, fazendo com que o usuário seja acompanhado em seu histórico de saúde e tratamentos anteriormente realizados.

Referência

Está relacionada ao encaminhamento do usuário para atendimento em níveis de especialização mais complexos (centros de especialidades, diagnóstico e hospitais).

Contrarreferência

O encaminhamento para o menor grau de complexidade (atenção primária de saúde), seguindo nas unidades de saúde para a continuidade do cuidado, assim como, o acompanhamento da evolução ou da terapêutica do quadro clínico do usuário.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Para o efetivo funcionamento do sistema de referência e contrarreferência é importante a existência de registros e comunicação assertiva por parte dos equipamentos de saúde. Neste quesito o INDSH mantém uma estreita relação com a Rede de saúde, contribuindo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS, contribuindo assim na qualidade da assistência oferecida ao usuário.

Responsabilidades

Centros Regionais de Saúde, Secretarias Municipais e Lideranças de todas as esferas da rede de cuidados.

Resultado Esperado com a proposta

Melhor aproveitamento de cada estrutura do sistema, evitando desperdícios, articulando entre todas as esferas para entregar uma assistência assertiva com correta transição de cuidados entre os hospitais terciários, secundários e rede primária.

Recursos para a implantação

A proposta ideal é que os sistemas de gestão de atendimento, especificamente de prontuário eletrônico, se comuniquem, porém, nem sempre, o mesmo sistema esta disponível em todos os níveis de atenção e uma das razões é o alto custo de implantação e manutenção.

Diante disso, havendo a integração dos sistemas a comunicação e o compartilhamento dos dados é imediato, do contrário, é necessário que a articulação entre os envolvidos seja mais ativa e eficaz através de outros meios de comunicação (mensagens, telefone, e-mail).

Para o desenvolvimento das ações apresentadas, é fundamental o envolvimento e integração dos profissionais através de um plano continuado de treinamento e comunicação.

Plano de contingência para falta de recursos de comunicação.

Riscos do projeto:

Falta de gerenciamento dos resultados assistenciais dos pacientes;

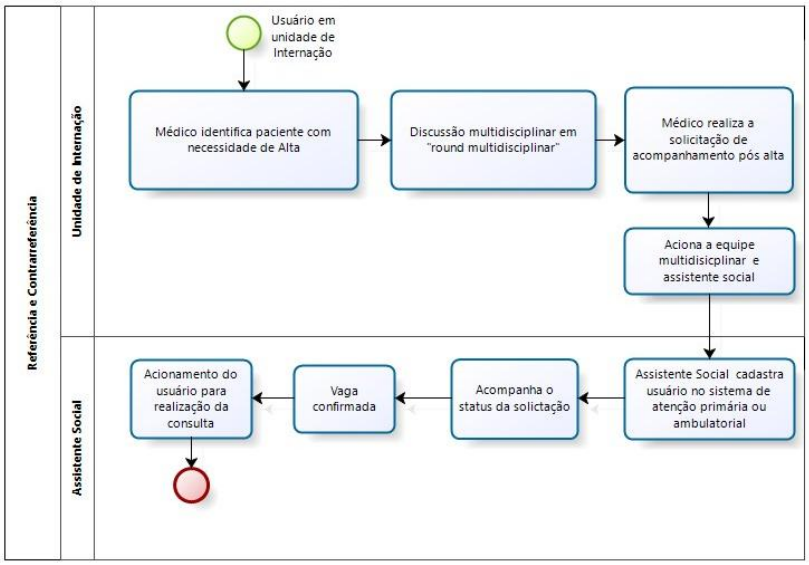
Quebra das contratualizações realizadas em todos os níveis da rede;

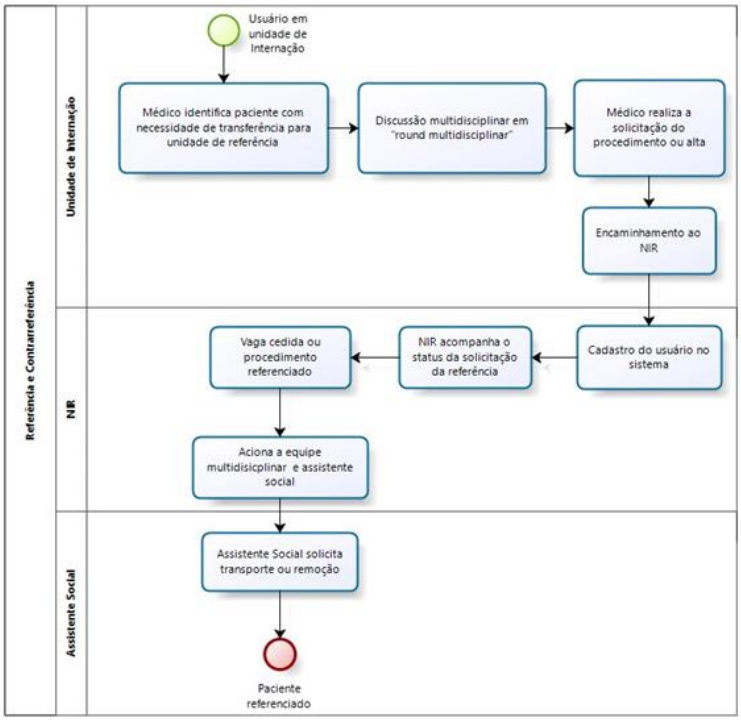
Falha de meios de comunicação, ausência de plano de contingência para comunicação;

Quebra da contratualização do transporte e remoções.

Fluxos de Funcionamento

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E





Referências

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Organização Pan- Americana da Saúde, 2011.

Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.

Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002.

Cronograma de Implantação

Ação	Responsável	Prazo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Definição do modelo de gerenciamento para contra referência	Todas as lideranças	30 dias após início da gestão da Unidade
Nomeação de Comissão de Trabalho	SES Regional	30 dias após início da gestão da Unidade
Validação dos critérios para encaminhamento dos pacientes da atenção de maior complexidade para menor complexidade	Comissão de Trabalho	30 dias após início da gestão da Unidade
Implantação e/ ou validação do prontuário eletrônico	Comissão de Trabalho	30 dias após início da gestão da Unidade
Implantação dos critérios de contra referência conciliados ao plano e projeto terapêutico como forma de sinalização precoce e desenho do plano de alta para encaminhamento.	Comissão de Trabalho	30 dias após início da gestão da Unidade
Implantação de processo de auditoria clínica por amostragem, realizada em conjunto com toda a rede para verificar assertividade do processo	Comissão de Trabalho	30 dias após início da gestão da Unidade
Implantar e definir responsabilidade pelo NIR	Direção Hospitalar	15 dias do início da gestão hospitalar
Pactuar os fluxos definidos durante o trabalho com a regulação regional (conforme padrão estadual)	Responsável pelo NIR	15 dias do início do funcionamento do NIR
Definir canais de contato entre os profissionais envolvidos e divulgar para todos	Lideranças Regionais	30 dias após início da gestão da Unidade

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Definir modelo de reunião periódica para a avaliação dos resultados	Comissão de Trabalho	30 dias a partir da instalação do fluxo de funcionamento

Núcleo Interno de Regulação (Referência e Contrarreferência)

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) em uma Unidade de Pronto Atendimento é uma estrutura responsável por coordenar e regular o fluxo de pacientes dentro da unidade. O principal objetivo do NIR é garantir que os pacientes recebam atendimento de forma rápida, eficiente e adequada à gravidade de sua condição médica.

As principais funções do NIR incluem:

Triagem de Pacientes: Avaliação inicial dos pacientes que chegam à UPA para determinar a gravidade de sua condição e a ordem de prioridade de atendimento.

Classificação de Risco: Atribuição de uma classificação de risco a cada paciente com base na gravidade de sua condição médica. Isso ajuda a priorizar o atendimento aos pacientes mais urgentes.

Distribuição de Recursos: Alocação de recursos, como leitos, equipamentos e pessoal médico, de acordo com a demanda e a gravidade dos casos.

Monitoramento do Fluxo de Pacientes: Acompanhamento em tempo real do fluxo de pacientes na UPA para identificar possíveis gargalos e tomar medidas para otimizar o atendimento.

Comunicação com Outras Unidades de Saúde: Coordenação com outras unidades de saúde, como hospitais e centros de saúde, para transferência de pacientes quando necessário e garantir uma continuidade adequada do cuidado.

Registro e Documentação: Manutenção de registros precisos de todos os pacientes atendidos na UPA, incluindo informações sobre triagem, diagnóstico, tratamento e encaminhamentos.

Em resumo, o Núcleo Interno de Regulação desempenha um papel crucial na organização e no funcionamento eficiente de uma Unidade de Pronto Atendimento, garantindo que os pacientes recebam o atendimento necessário de acordo com a gravidade de sua condição médica.

Na Unidade de Pronto Atendimento, a transferência e a contrarreferência são processos essenciais para garantir uma continuidade adequada do cuidado ao paciente. Aqui está uma explicação de cada um:

Transferência: A transferência de pacientes na UPA ocorre quando um paciente precisa de cuidados médicos que não podem ser totalmente fornecidos na UPA e, portanto, precisa ser encaminhado para outro centro de saúde, como um hospital. Isso pode ser necessário se o paciente precisar de cuidados especializados, internação hospitalar, cirurgia ou qualquer outro tratamento que não esteja disponível na UPA.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Contrarreferência: A contrarreferência é o processo pelo qual a UPA envia informações relevantes sobre o paciente e seu atendimento para o centro de saúde para onde o paciente está sendo transferido. Isso inclui registros médicos, resultados de exames, diagnósticos preliminares, medicamentos administrados e outras informações pertinentes ao cuidado do paciente. A contrarreferência é fundamental para garantir uma transição suave e contínua do cuidado, permitindo que a equipe médica no novo local de atendimento tenha todas as informações necessárias para continuar o tratamento do paciente de forma eficaz.

Esses processos são essenciais para garantir a segurança e o bem-estar do paciente durante toda a sua jornada de atendimento, desde a chegada na UPA até a transferência para outro centro de saúde, se necessário. A comunicação eficaz e a troca de informações precisas entre as equipes médicas são fundamentais para o sucesso desses processos.

O alinhamento da referência e contrarreferência da Unidade de Pronto Atendimento com a Secretaria de Saúde do município é crucial para garantir uma coordenação eficaz do cuidado ao paciente e uma gestão adequada dos recursos de saúde. Aqui estão algumas maneiras pelas quais esse alinhamento pode ser alcançado:

Protocolos e Diretrizes Compartilhados: A UPA e a Secretaria de Saúde podem desenvolver e implementar protocolos e diretrizes compartilhados para referência e contrarreferência de pacientes. Isso inclui estabelecer critérios claros para transferência de pacientes para hospitais ou outros centros de saúde e definir os procedimentos para troca de informações entre as instituições.

Comunicação Regular: É essencial que haja canais de comunicação abertos e regulares entre a UPA e a Secretaria de Saúde. Isso pode incluir reuniões periódicas, comunicação por e-mail ou telefone e a designação de pontos de contato específicos em ambas as instituições para lidar com questões relacionadas à referência e contrarreferência.

Sistemas de Informação Integrados: A implementação de sistemas de informação de saúde integrados pode facilitar o compartilhamento de informações entre a UPA e a Secretaria de Saúde. Isso permite uma troca rápida e precisa de dados, incluindo registros médicos, resultados de exames e informações sobre a disponibilidade de leitos em hospitais.

Monitoramento e Avaliação: A UPA e a Secretaria de Saúde devem estabelecer mecanismos para monitorar e avaliar o processo de referência e contrarreferência. Isso pode incluir a análise de indicadores de desempenho, como o tempo médio de espera para transferência de pacientes e a proporção de contrarreferências completas e precisas.

Educação e Treinamento: Fornecer educação e treinamento adequados para a equipe da UPA e da Secretaria de Saúde sobre os procedimentos de referência e contrarreferência é fundamental para garantir que todos os envolvidos estejam familiarizados com os protocolos e diretrizes estabelecidos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Ao alinhar a referência e contrarreferência da UPA com a Secretaria de Saúde do município, é possível garantir uma prestação de cuidados de saúde mais integrada, eficiente e centrada no paciente, promovendo uma melhor coordenação entre os diferentes níveis do sistema de saúde.

Referência e Contrarreferência dos Pacientes em Observação com Relatório de Alta e Transferência em Consonância com as Redes de Atenção à Saúde do Município

As Unidades de Pronto Atendimento, devido à sua alta demanda e capacidade de suporte intermediário entre a Atenção Básica e a Rede Hospitalar, desempenham um papel fundamental no fluxo de referência e contrarreferência dos pacientes. O estabelecimento de mecanismos eficientes é crucial para garantir a continuidade do cuidado e o alinhamento com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) municipais. Com essas estratégias, a UPA desempenhará um papel central na articulação da assistência em saúde, fortalecendo o sistema e promovendo melhores resultados para os pacientes atendidos.

Características das Ações de Referência e Contrarreferência

Sistema de Comunicação Integrado:

Uso de sistemas eletrônicos de gestão para registrar, organizar e comunicar informações de referência e contrarreferência.

Interconexão com os sistemas municipais de saúde para permitir acesso rápido ao histórico do paciente e facilitar o encaminhamento.

Relatórios Clínicos Padronizados:

Elaboração de relatórios completos de alta e transferência, incluindo histórico clínico, intervenções realizadas, exames e medicamentos administrados.

Uso de protocolos padrão para garantir uniformidade e esclarecer as informações fornecidas.

Critérios de Encaminhamento:

Estabelecimento de critérios claros para definir os casos que serão selecionados de transferência para unidades hospitalares ou de acompanhamento na Atenção Básica.

Garantia de que apenas os pacientes com necessidades específicas sejam designados, evitando sobrecarga nos níveis secundários e terciários.

Rede de Articulação Interinstitucional:

Criação de canais diretos com as unidades hospitalares e postos de saúde para facilitar o diálogo sobre os pacientes transferidos ou referenciados.

Participação em reuniões periódicas com a progressão da RAS para avaliar o fluxo e propor melhorias.

Estratégias de Implementação

Treinamento das Equipes:

Capacitar médicos, enfermeiros e administrativos sobre os protocolos de referência e contrarreferência.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Atualizar os profissionais em relação às normativas da Secretaria Municipal de Saúde e às particularidades das redes de atenção locais.

Criação de Protocolos Operacionais:

Padronizar as etapas do processo de transferência e alta, detalhando as responsabilidades de cada setor envolvido.

Implantar formulários digitais para coleta e envio de informações do paciente.

Monitoramento do Fluxo de Pacientes:

Acompanhamento contínuo dos pacientes referenciados para unidades externas, verificando a conclusão do atendimento.

Avaliação mensal dos dados de fluxo para identificar falhas e gargalos.

Integração Tecnológica:

Implementar softwares de interoperabilidade com o Sistema Único de Saúde (SUS) e plataformas locais, como o e-SUS e Regulação Municipal.

Uso de telemedicina para facilitar consultas e discussão de casos clínicos, reduzindo transferências desnecessárias.

Etapas no Fluxo de Referência e Contrarreferência

Identificação do Caso:

O médico responsável avalia a necessidade de transferência ou continuidade do atendimento em outra unidade.

Registro das condições clínicas e justificativas para o encaminhamento.

Preenchimento do Relatório de Alta ou Transferência:

Detalhamento dos procedimentos realizados na UPA, condições de estabilização e medicamentos administrados.

Inclusão de exames, diagnósticos e informações relevantes ao atendimento continuado.

Contato com a Unidade de Destino:

Ligação direta ou envio de comunicação eletrônica para a unidade que o paciente receberá.

Confirmação da disponibilidade de vaga ou agenda, quando necessário.

Transporte do Paciente:

Organização de ambulância equipada para pacientes em estado crítico ou com mobilidade reduzida.

Envio de um acompanhante técnico de saúde, se a gravidade do caso exigido.

Acompanhamento do Caso:

Acompanhamento pela equipe da UPA, em conjunto com a Atenção Básica, para garantir a continuidade do cuidado e adesão ao tratamento.

Benefícios da Implementação

Melhoria na continuidade do cuidado: Garantia de que os pacientes recebam o acompanhamento necessário em todas as etapas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Redução de retrabalho e internações desnecessárias: Otimização do uso de recursos de saúde por meio de encaminhamentos adequados.

Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde: Melhor articulação entre os serviços de saúde, redução dos tempos de espera e duplicidade de atendimentos.

Aumento da satisfação dos pacientes: Experiência mais fluida e eficiente para os usuários do SUS.

Plano / Projeto para Implantação do Sistema de Contrarreferência à Atenção Primária

Da Finalidade

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é um serviço que possibilita o monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de atendimento e sua movimentação interna e externa, até a alta. Atua na disponibilização de consultas ambulatoriais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

O NIR segue critérios pré-estabelecidos para o atendimento de pacientes e tem relações intra-hospitares e extra-hospitalares para casos externos, envolvendo o contra referenciamento de pacientes. Tem como função realizar a gestão do cuidado assistencial por intermédio de ações que buscam ordenar e facilitar o acesso às ações e serviços definidos pela clínica.

O NIR está ligado hierarquicamente a Gerência Assistencial, e a Diretoria Assistencial.

O NIR terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas da Unidade e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis: Portaria MS Nº 2, de 28 de setembro de 2017, Portaria MS Nº 312, de 02 de maio de 2002, Portaria MS Nº 529, de 1º de abril de 2013, Portaria MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, e Portaria MS Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.

A contrarreferência na atenção primária é um processo que visa garantir a continuidade do cuidado do paciente após a realização de uma consulta ou atendimento em um serviço de saúde. Ela se refere ao retorno das informações do especialista ou da unidade de saúde secundária para o profissional da atenção primária, permitindo que o médico de família ou equipe de saúde tenha acesso aos dados e possa dar seguimento adequado ao tratamento do paciente.

Elementos da Contrarreferência

Comunicação Clara: Relatórios que descrevam diagnósticos, tratamentos e recomendações, garantindo que o profissional da atenção primária entenda as orientações.

Histórico do Paciente: Informações relevantes sobre a condição do paciente, histórico clínico e intervenções realizadas.

Orientações de Seguimento: Diretrizes sobre o que deve ser monitorado, próximos passos e possíveis intervenções.

Encaminhamentos e Responsabilidades:

Indicação de quem deve continuar o acompanhamento e quais ações precisam ser tomadas.

Importância da Contrarreferência

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Integração da Assistência: Facilita a comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, promovendo um cuidado integrado.
Melhoria da Qualidade do Atendimento: Garante que o paciente receba acompanhamento contínuo e que as intervenções sejam baseadas em informações atualizadas.
Promoção da Responsabilidade Compartilhada: Estabelece um elo entre os profissionais de saúde, onde cada um é responsável pelo seguimento do paciente.

Das Competências
Compete ao Núcleo Interno de Regulação (NIR):
Promover a comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional e Centrais de Regulação, organizando as matrizes de agendamento de acordo com as diversas especialidades solicitadas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) da Secretaria Estadual de Saúde (SES);
Gerenciar de forma contínua a oferta dos atendimentos multiprofissionais, consultas e procedimentos eletivos nas diversas especialidades;
Participar da construção dos fluxos e protocolos de regulação do acesso, SADT e ambulatório;
Supervisionar a execução dos fluxos e protocolos de regulação do acesso;
Monitorar o Tempo de Espera para agendamento de consultas e exames com possíveis inconsistências e suas causas;
Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores setoriais, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;
Subsidiar discussões, internas como externas, que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil dos serviços, considerando o perfil de atendimentos solicitados pela RAS;

Da Composição
O Núcleo Interno de Regulação (NIR), preferencialmente, terá composição multiprofissional, contando, de acordo com o perfil e porte da Unidade, com a seguinte equipe operacional:
I. Coordenador NIR;
II. Médico regulador;
III. Enfermeiro Regulador;
IV. Técnico em Enfermagem;
V. Auxiliar Administrativo;
O Núcleo Interno de Regulação (NIR) poderá contar ainda com outras categorias profissionais, desde que seja aprovada pela Diretoria Executiva.

Das Atribuições
Ao Coordenador do NIR:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Conhecer a legislação vigente sobre a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS);
Cumprir e fazer cumprir o Modelo de Gestão por Processos;
Orientar a equipe e acompanhar as atividades de gestão da lista de espera cirúrgica;
Participar dos processos de organização dos fluxos para paciente cirúrgico;
Disponibilizar as ofertas de vagas para consultas, exames e procedimentos para o gestor do SUS;
Solicitar atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e da Programação Pactuada e Integrada – PPI ao Gestor Estadual do SUS no que se refere a Unidade;
Representar o NIR em suas relações internas e externas;
Auxiliar em atividades de auditoria ou demandas e/ou documentos oriundos de órgãos de controle, referentes à regulação de leitos ou à conduta dos profissionais que compõem o NIR;
Reunir documentos oficiais do NIR (atas de reuniões, instruções de trabalho, agendas de atendimentos, ofícios etc.) sempre que houver solicitação da gestão, auditoria ou de órgão externo;
Solicitar parecer de outros profissionais ou chefias quando o grupo identificar a necessidade;
Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados através do instrumento formal de contratualização;
Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do SUS;
Elaborar, em conjunto com demais membros do núcleo, instruções de trabalho, fluxos de atendimento, normas e rotinas, referente aos processos de trabalho do NIR;
Articular, junto com a Gerência Assistencial, a promoção de capacitações, fomentando a Educação Permanente dos profissionais do NIR;
Elaborar relatórios das atividades NIR;
Sugerir melhorias no processo de trabalho para otimização das atividades do NIR;
Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser cumpridos pela equipe do NIR;
Indicar os novos membros do Núcleo Interno de Regulação quando houver afastamento ou desligamento de algum membro, bem como quando houver necessidade de ampliação da equipe;
Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR;
Conhecer e utilizar os sistemas internos; e externos.

Aos Assistentes Administrativos do NIR incumbe:
Conhecer e utilizar os sistemas internos e externos;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Atender ao público interno e externo;
Contribuir na gestão do banco de pacientes cirúrgicos;
Organização e acionamento para e cirurgia dos pacientes egressos da unidade;
Solicitar materiais de consumo para manutenção das atividades do setor;
Participar da construção e implementação dos fluxos e protocolos relacionados aos processos de trabalho do NIR;
Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NIR.
Comunicar a Coordenação NIR quaisquer entraves no processo de regulação dentro da instituição;
Dar apoio aos demais serviços, relacionados com a função.

Do Funcionamento
O NIR terá funcionamento das 7 às 19, de segunda a sexta-feira.
O processo de regulação ocorrerá via Sistema SER (Sistema de Regulação padronizado pela secretaria) e via telefone institucional (whatsapp institucional).

Das Disposições Finais
A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência das atividades do Núcleo Interno de Regulação - NIR, a equipe de governança proporcionará a infraestrutura necessária para o desenvolvimento dos trabalhos.
O Núcleo Interno de Regulação, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.
No caso da saída de qualquer membro do NIR deverá haver indicação de novo membro pela equipe do NIR que deverá encaminhar para a Diretoria Assistencial para aceite e posteriormente ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, que faz a gestão das Comissões Hospitalares que despachará com a Diretoria Executiva.
Os membros poderão requerer, a qualquer tempo, que os chefes das unidades assistenciais solicitem o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas para solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.
Os casos omissos referentes à matéria do Núcleo Interno de Regulação serão resolvidos pelo próprio núcleo, em conjunto com a Diretoria Assistencial e Executiva da unidade.
Este regimento entrará em vigor após publicação da Portaria Interna.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Proposta para o Serviço Social - Atenção aos Usuários e seus Familiares

Este documento tem como objetivo sistematizar e orientar os procedimentos realizados pelos Assistentes Sociais, além de contribuir para a padronização de relatórios e formulários, nortear ações e promover reflexões sobre a prática profissional.

Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
A esse respeito, visando orientar a categoria profissional, o Conjunto CFESS/CRESS aprovou a elaboração de Resolução "definindo que o exercício de terapias não são atribuições do assistente social" (Relatório do 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS, 2008);
Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O serviço social enquanto é uma profissão regulamentada pela lei No 8.662, DE 7 DE JUNHO DE 1993. O Serviço Social tem como objetivo prestar assistência social aos usuários e desenvolver um trabalho social seguindo os princípios técnicos e éticos da profissão.

APRESENTAÇÃO DE INSTRUÇÕES DE TRABALHO E ATENÇÃO AO USUÁRIO E FAMILIAR

IDOSO

No que se refere a defesa do público idoso o serviço social atua em sintonia da LEI. Número 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003. Que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Art. 1o É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Realizamos o acolhimento social dos idoso, de familiares ou acompanhante, quando ocorre quebra de direitos orientamos enquanto as medidas cabíveis a serem tomadas, em casos de violência sexual orientar responsável legal ou acompanhante e fazer boletim de ocorrência na DECCI, se não for caso de violência sexual ou agressão encaminhar Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoais e Autoprovocadas preenchida pelo profissional que verificou a violência para o Comissão da Mulher, das Famílias e do Idoso e ou DECCI.

INDÍGENA

Os direitos dos indígenas estão embasados na LEI Nº 6.001, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1973.Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Art. 1º Esta Lei regula a situação jurídica dos índios ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmoniosamente, à comunhão nacional.

As intervenções sociais para esse público são realizadas em parceria com a CASAI, instituição responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados à Rede de Serviços do SUS, para realização de ações complementares da atenção básica e de atenção especializada, estendendo essa atenção aos acompanhantes.

FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS E AUTOPROVOCADAS

A notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas contra menores de idade, idoso, mulheres, negros, indígenas, pessoas com deficiência, a população LGBTQIA+ é realizada quando se tem uma suspeita de ruptura de direito, a notificação é realizada pelo profissional que realiza o atendimento conforme indicação do Ministério da Saúde.

Portaria GM/SM nº 104, de 25 de janeiro de 2011.

Art. 7º A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os artes. 7º e 8º, da Lei no 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Assim também como traz em seu texto a cartilha do Ministério da saúde e da Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde de 2017 em seu texto. (2017, p 11).

"Todos (as) profissionais de saúde devem notificar. A notificação é compulsória em conformidade com a legislação. Ela não se restringe a uma ou outra categoria profissional. O ideal é que o (a) profissional que fez o atendimento também faça a notificação. Todavia, a equipe ou o serviço de saúde tem autonomia para definir qual profissional preencherá a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, de acordo com o contexto de cada caso."

A Notificação não pode ser vista somente com uma denúncia, mas sim como uma ferramenta de viabilização de direitos, o acolhimento do paciente, ou seja, da pessoa que está em situação de violência, tem que ser realizado com privacidade e respeito, o acolhimento tem que ocorrer em um local seguro e privativo, com total discrição da equipe, promovendo assim a integridade física, social e emocional da vítima.

Segundo a cartilha do Ministério da saúde e da Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde de 2017 em seu texto. (2017, p 13).

"A postura acolhedora e resolutiva precisa ser uma prática de todos (as) os (as) profissionais que entram em contato com as pessoas que são atendidas pelo serviço de saúde, incluindo a equipe de recepção, segurança e equipe multiprofissional – (médico (a), enfermeiro (a), psicólogo (a), assistente social, fisioterapeuta, dentista, fonoaudiólogo (a), agente de saúde, entre outros"

O objetivo de registrar a Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoais e Autoprovocadas junto ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e demais instituições governamentais, tem como intuito da atenção e proteção às pessoas em situação de violência.

ACOLHIMENTO E ACOMPANHANTES AOS PACIENTES

O serviço social realiza o acolhimento por meio da ficha social, verificando se o paciente é menor de idade, pessoa com deficiência, possui mobilidade reduzida, tem idade igual ou superior a 60 anos e/ou apresenta alguma comorbidade. A autorização para a presença de um acompanhante é avaliada em conjunto com a equipe assistencial (médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social).

O atendimento em unidades de saúde pode gerar insegurança e ansiedade nos pacientes, especialmente diante da necessidade de procedimentos médicos e avaliações. A presença de um familiar ou pessoa de confiança é fundamental para proporcionar conforto emocional, fortalecimento do vínculo e melhor adesão ao tratamento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Nos casos em que a presença de um acompanhante é necessária, a decisão é tomada pela equipe multiprofissional (médica, de enfermagem, serviço social e psicologia), sendo a comunicação ao familiar realizada pelo serviço social.

De acordo com Resseguier (2003), culturas antigas reconheciam que, sem o apoio de uma comunidade atenta, o processo de cura era prejudicado. Assim, cercavam o doente de cuidados e atenção, criando um ambiente favorável à sua recuperação.

Dessa forma, a presença do acompanhante se torna essencial, pois representa a rede de apoio ao paciente durante sua permanência na unidade. Conforme a Cartilha do Ministério da Saúde – Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), "O acompanhante é o representante da rede social da pessoa atendida, garantindo apoio e segurança ao paciente durante seu atendimento nos serviços de saúde."

O acolhimento humanizado, com a possibilidade de acompanhamento, demonstra cuidado e preocupação com os pacientes. Para garantir que esse momento seja benéfico e harmonioso, algumas normas e rotinas devem ser seguidas, respeitando as diretrizes da unidade e os direitos previstos na lei. Quem tem direito a um acompanhante previsto em Lei:

PACIENTE NÃO IDENTIFICADO

A proposta para o paciente não identificado será através de–buscas por documentações e/ou documentos que possam ser utilizados para identificação, caso não possua aguardamos o período de 72h para o comparecimento de familiares ou referências que estão buscando por pessoas desaparecidas. Após esse período é realizada a solicitação o via ofício do papiloscopista para a realização do exame papiloscópico.

O objetivo desse fluxo é garantir a correta identificação do paciente sem registro geral a fim de reduzir a ocorrência de incidentes adversos, garantindo o processo de atendimento seguro, facilitando a identificação do mesmo e a localização quando possível de seus familiares.

ACOMPANHAMENTO PÓS ÓBITO

Levando em consideração o impacto da perda e a fragilidade dos familiares ou responsáveis dos pacientes que foram a óbito na unidade, o serviço social oferece o acolhimento acompanhado de uma escuta qualificada realizada com os familiares e responsáveis, contando com o suporte da psicologia, verificando as características emocionais e sociais e assim agindo com cautela de acordo com as características de cada familiar ou responsável, bem como a orientação sobre os procedimentos fúnebres.

O serviço social tem o papel de acolher, realizar escuta qualificada e orientar familiares sobre procedimentos fúnebres, bem como as orientações dos benefícios e direitos sociais.

O Serviço Social oferece um espaço que contempla acolhimento, escuta e trabalho dos sentimentos despertados. Dentre eles destacam-se: a negação da morte. Além disso, o

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

profissional encarrega-se de identificar o familiar com condições de encaminhar os trâmites legais para o sepultamento e para realização da parte burocrática do óbito. (PARKES, 1998, p. 87).

No conjunto multiprofissional o (a) assistente social tem sua participação nesse processo, o papel desse profissional requer desenvolvimento e conhecimentos técnicos, pois o mesmo vai prestar assistência aos familiares e responsáveis não somente no que se refere aos procedimentos fúnebres, mas também nas orientações dos benefícios e direitos sociais.

Realizar em conjunto com o médico, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social o apoio necessário para o enfrentamento da questão e, principalmente, esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (DPVAT) bem como informações sobre sepultamento gratuito, translado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos;. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p.28).

Prestando assistência aos familiares/responsáveis de pacientes que chegaram a óbito orientando-os quanto aos procedimentos legais e os direitos pertinentes, bem como orientá-los quanto aos procedimentos fúnebres, tais como acionar o cartório, a funerária ou SOS Funeral, serviço funerário gratuito oferecido pela Secretaria Municipal de Assistência Social para famílias com vulnerabilidade social.

Obedecendo a nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 e seguindo as orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Corona vírus (sars-cov-2). O Termo de Orientação Quanto ao Procedimento Funeral – COVID-19, será elaborado para os casos confirmados ou suspeita por COVID, conforme Orientações Para Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de Infecção pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2).

PACIENTE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA / PACIENTE SEM ACOMPANHANTE

Quando o paciente se encontra em situação de rua será realizada entrevista social com objetivo de coletar informações, porém, muitos manifestam desejo por vontade própria ou por questões clínicas de não verbalizar. O serviço social realiza busca ativa junto ao CADSUS, e demais instituições de acolhimento institucionais, buscando identificar como está o vínculo com os familiares e se o usuário apresenta interesse em estabelecer algum contato com familiar.

Nas ocorrências em que o usuário manifesta o desejo de não ter contato com a família ou que não tenha como refazer vínculos familiares, é realizado contato com a rede de acolhimento do município e estado. "No caso da proteção social especial à população em situação de rua, serão priorizados os serviços que possibilitem a organização de um novo projeto de vida, visando criar

Assinado por 1 pessoa: JOANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

condições para adquirirem referências na sociedade brasileira, enquanto sujeitos de direito." (PNAS – Política Nacional de Assistência Social - 2004).

ATENDIMENTO INDIVUAL

A atuação do assistente social se dá, inicialmente, no sentido de acolher paciente, familiar e acompanhante. O acolhimento, é realizado através de escuta especializada, permite que o profissional conheça a circunstância socioeconômica do paciente, familiar e acompanhante.

DEMANDA NÃO PROGRAMADA

Para o serviço social a demanda não programada é caracterizada todo atendimento que não está nos fluxos e rotina que chega ao serviço social por iniciativa dos usuários ou recomendação da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, administrativo, segurança e etc.). São demandas que estão ligadas a vários fatores referente ao atendimento interno do hospital (normas, rotinas e fluxos), da rede de serviços de saúde, de recursos sociais, bem como, consolidam as expressões da questão social, demandando do profissional uma escuta qualificada, dispondo-se identificar e orientar a verdadeira necessidade do paciente, familiar ou acompanhante.

A ausência de determinadas normas ou a existência de outras que não atendem certas situações, causam demandas que podem ser encaminhadas ou identificadas de maneira equivocada como atribuições do assistente social. Os profissionais da equipe procuram elucidar ao emissor e conduzir o caso para o setor responsável.

VISITA MULTIPROFISSIONAL

A visita multiprofissional beira-leito dos profissionais participantes na assistência dos pacientes viabiliza o entrosamento da equipe em benefícios aos pacientes. No momento, médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e membros da comissão de controle de infecção hospitalar trocam informações referente ao atual estado clínico do paciente.

O serviço social colabora na resolução das demandas sociais, tanto apontado pela equipe multidisciplinar e pelos familiares.

Interação com outras áreas – equipe multiprofissional

Visita multiprofissional

Dimensionamento referencial para atendimento nas unidades de internação

Indicadores de Desempenho:

Número de Atendimento em Sala

Ausência de Documentação Pessoal de Usuários Internos

Tratamento Fora de Domicílio – TFD

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

TFD Clínica Integrada

TFD Triagem

Proposta para o Serviço de Psicologia - Atenção aos Usuários e seus Familiares

Os profissionais dessa área ocupacional atuam, principalmente, em atividades ligadas a saúde, serviços sociais e pessoais e educação. Podem trabalhar individualmente ou em equipes.

A atuação da equipe de psicologia não se refere apenas à atenção direta ao paciente, mas também a atenção que é dispensada à família e a equipe de saúde; dentro de sua atuação profissional. A atuação do psicólogo hospitalar promove mudanças, atividades curativas e de prevenção, diminui o sofrimento que a hospitalização e a doença causam ao paciente.

Os diagnósticos de cada caso são feitos a partir da representação que o paciente tem da doença e em particular da sua doença, e que envolve os aspectos de sua formação cultural, social e individual.

A equipe de psicologia deve estar alerta, principalmente, para a maneira como o paciente reage frente ao diagnóstico de sua doença, como a sua vida psíquica e sua vida social interfere na dinâmica subjetiva, e como se estabelecem as relações psicológicas entre o paciente, a família e a equipe de saúde.

A psicologia clínica é um conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as várias correntes da psicologia oferecem para prestar uma assistência de maior qualidade aos pacientes hospitalizados. O psicólogo clínico é o profissional que detém esses saberes e técnicas para aplicá-los de forma sistemática e coordenada, sempre com o intuito de melhorar a assistência integral do usuário.

O trabalho do psicólogo clínico é especificamente direcionado ao restabelecimento do estado de saúde do paciente ou ao controle dos sintomas que comprometem o seu bem-estar.

A equipe de psicologia clínica da Unidade tem ainda sua atuação nas funções:

Avaliar comportamentos e aspectos psíquicos;

Observar pessoas e situações;

Dar devolutiva, avaliar pessoas, situações e problemas;

Escolher o instrumento de avaliação;

Aplicar instrumentos e métodos de avaliação;

Mensurar resultados de instrumentos de avaliação;

Analisar resultados de instrumentos de avaliação;

Avaliar sinais e sintomas funcionais, avaliar sinais e sintomas psíquicos;

Prover suporte emocional, propiciar criação de vínculo paciente-terapeuta, interpretar conflitos e questões individuais e coletivas;

Promover desenvolvimento das relações interpessoais;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Mediar conflitos;

Facilitar grupos;

Selecionar instrumentos de intervenção psicoterapêutica;

Orientar grupos, indivíduos e instituições: Propor intervenções, esclarecer as repercussões psicológicas decorrentes do encarceramento;

Orientar mudança de comportamento, aconselhar pessoas, grupos e famílias, orientar sobre programas de saúde pública, auxiliar na formulação de políticas públicas, realizar encaminhamentos;

Acompanhar indivíduos, grupos e instituições: Realizar acompanhamento psicoterapêutico;

Acompanhar impactos de intervenções;

Acompanhar a evolução da intervenção;

Acompanhar a evolução do caso;

Acompanhar resultados de projetos, realizar visitas domiciliares e institucionais;

Educar indivíduos, grupos e instituições: Ministrar cursos e palestras;

Participar ativamente das avaliações juntamente com a equipe multiprofissional.

A psicologia no contexto clínico atua para a melhor integração, e compreensão das diferentes práticas teóricas, minimiza os espaços entre as diversidades dos saberes; e lapida o cuidado à saúde e a prevenção de doenças.

Assim, é possível estabelecer as condições adequadas de atendimento aos pacientes, familiares e melhor desempenho das equipes de saúde nas Unidades.

Interação com outras áreas – equipe multiprofissional:

Participação da visita multiprofissional.

Indicadores:

Número de atendimento realizados.

Proposição de projetos assistenciais e sociais (relacionamento com a atenção primária, comunidades, campanhas educativas para o usuário, etc)

Temos o prazer de apresentar uma proposta abrangente de projetos assistenciais e sociais voltados à saúde da população local. Esse conjunto de ações tem como objetivo fortalecer o vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade, promovendo um atendimento humanizado, acessível e focado em prevenção e bem-estar.

Projetos Assistenciais e de Educação em Saúde

Os projetos de caráter assistencial são desenvolvidos para atender às necessidades específicas da população local, com foco na prevenção e na educação em saúde. A ideia é que os moradores

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

possam usufruir de um atendimento de qualidade, além de orientações preventivas para promover hábitos saudáveis e a prevenção de doenças. As ações educativas incluem campanhas de conscientização sobre doenças crônicas, saúde mental, nutrição e cuidados preventivos, realizadas tanto em unidades de saúde quanto em escolas, praças e outros pontos estratégicos da cidade.

Parcerias e Ações com a Comunidade

As iniciativas também englobam projetos que aproximam os serviços de saúde da vida cotidiana da população. Serão realizadas parcerias com escolas, instituições e empresas para promover eventos de saúde comunitária e encontros educativos que abordem temas essenciais para o bem-estar. Além disso, a proposta visa o fortalecimento da rede de apoio social, oferecendo um suporte acolhedor e humanizado para pacientes e familiares.

Projetos para Grupos Específicos e Populações Vulneráveis

Reconhecendo a importância de atender às necessidades de todos os segmentos, os projetos contemplam programas específicos para jovens, idosos, pessoas com doenças crônicas e outras populações vulneráveis. Tais programas de grupos de apoio, orientação em autocuidado, campanhas de prevenção e atividades que visam a melhoria da qualidade de vida desses grupos.

Impacto e Benefícios

O impacto esperado desses projetos na região é significativo. Além de melhorar a saúde e a qualidade de vida da população, eles visam a redução de problemas de saúde evitáveis, o aumento da conscientização sobre cuidados preventivos e a construção de um ambiente de acolhimento e cuidado. O fortalecimento da relação com a comunidade permitirá que o serviço de saúde não seja apenas um local de tratamento, mas também um centro de referência em prevenção, orientação e suporte.

Projeto "Saúde na Comunidade"

Objetivo: Aproximar a Unidade da população local, oferecendo uma extensão dos serviços de saúde básicos e preventivos aos bairros e locais de difícil acesso, promovendo uma relação de confiança e proximidade com os moradores.

Ações:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Realização de eventos bimestrais em pontos estratégicos da região, com atendimentos para aferição de pressão arterial, glicemia, orientação de saúde e palestras sobre cuidados preventivos.

Parceiras com escolas e centros comunitários para fomentar o engajamento da população.

Disponibilização de profissionais para dúvidas e fornecimento de materiais educativos.

Público-alvo: Comunidade em geral, com foco em bairros periféricos.

Campanha Educativa "Saúde para Todos"

Objetivo: Ampliar o conhecimento sobre a importância dos cuidados preventivos e do uso consciente dos serviços de saúde oferecidos pelo município.

Ações:

Desenvolvimento de campanhas de conscientização sobre a utilização de serviços de emergência, incentivo à prevenção e cuidados em saúde, e orientações sobre o funcionamento dos atendimentos na Unidade.

Distribuição de folhetos e materiais digitais nas redes sociais e canais de comunicação da Prefeitura, com linguagem acessível e materiais visuais.

Realização de palestras em instituições educacionais e espaços públicos, promovendo a importância de hábitos saudáveis.

Público-alvo: Todos os usuários dos serviços de saúde, incluindo pacientes, familiares e cuidadores.

Projeto "Jovem Saudável"

Objetivo: Incentivar a saúde preventiva e a conscientização entre jovens e adolescentes sobre temas essenciais como alimentação saudável, prática de atividades físicas, e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Ações:

Parcerias com escolas para ministrar workshops e palestras interativas com médicos, nutricionistas e educadores físicos.

Distribuição de materiais informativos sobre saúde sexual, alimentação, e prevenção do uso de substâncias nocivas.

Realização de encontros anuais que promovem a prática de atividades esportivas e culturais.

Público-alvo: Adolescentes e jovens adultos, com ênfase nas redes escolares.

4. Projeto "Cuidar e Prevenir" para Pacientes Crônicos

Objetivo: Melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas (hipertensão, diabetes, doenças respiratórias) por meio de acompanhamento e atividades educativas para manejo e prevenção de complicações.

Ações:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Realização de grupos de apoio, encontros mensais e consultas periódicas para acompanhar e orientar os pacientes.
Palestras e oficinas de autocuidado e alimentação saudável, com a presença de nutricionistas e fisioterapeutas.
Distribuição de kits informativos e de autocuidados (medidores de pressão, glicosímetros, etc.), com apoio de parceiros e patrocinadores.
Público-alvo: Pacientes com doenças crônicas e familiares.

Programa "Acolhe"

Objetivo: Promover o acolhimento humanizado e o fortalecimento do vínculo com os pacientes e familiares, oferecendo suporte psicológico e emocional no ambiente da Unidade.
Ações:
Capacitação da equipe para aprimorar o atendimento humanizado, priorizando a comunicação eficaz e o cuidado integral ao paciente.
Criação de espaços de apoio emocional e psicológico para pacientes e familiares que necessitam de suporte.
Programação de encontros de escuta ativa, com profissionais especializados, para identificar e atender as necessidades emocionais dos pacientes.
Público-alvo: Pacientes da UPA e seus familiares.
6. Campanha "Doe Vida"
Objetivo: Incentivar a doação de sangue e a conscientização sobre a doação de órgãos, promover campanhas regulares e ações de sensibilização.
Ações:
Realização de campanhas trimestrais de doação de sangue em parceria com bancos de sangue e hospitais regionais.
Produção de conteúdos educativos sobre a importância da doação de órgãos, com depoimentos de famílias e pacientes beneficiados.
Sensibilização e cadastro de doadores, incentivando a população a realizar ações regulares.
Público-alvo: Comunidade em geral.

2.5 Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Saúde

O INDSH apresenta o modelo de PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde), que será desenvolvido na Unidade, conforme a RDC da Anvisa nº 222 de 28/03/2010; a Resolução do CONAMA Nº 358 de 29/04/2005.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Segundo a NBR 10004 (2004), resíduos sólidos são classificados como resíduos nos estados sólido e semissólido, que resultam de atividades de origem industrial, doméstica, comercial, agrícola, serviços de varrição e hospitalar, logo conclui-se que os resíduos hospitalares são classificados como resíduos sólidos. Estes têm uma tratativa específica e demandam ser gerenciados.

O gerenciamento dos resíduos hospitalares constitui-se de um conjunto de procedimentos de gestão, planejado e implementado a partir de uma base legal, técnica e científica, com o objetivo de proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e de forma eficiente, visando à proteção humana, a preservação do meio ambiente, dos recursos naturais e da saúde pública. As etapas do gerenciamento dos resíduos hospitalares, conforme a Resolução Anvisa RDC nº 222/2018 são: identificação, segregação, acondicionamento, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta e transporte externo, tratamento e destino de acordo com a legislação.

Identificação

Conforme a Resolução Anvisa RDC nº 222/2018, a identificação deve ser feita nos locais de acondicionamento, coleta, transporte e armazenamento. Esta identificação deve ser em local de fácil visualização e com simbologia conforme a NBR 7500 da ABNT2. No Quadro 1, a simbologia de identificação dos cinco grupos de resíduos é explicada.

Quadro 1 Identificação dos resíduos de serviço de saúde



Segregação

Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, estado físico e riscos envolvidos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Conforme a Resolução CONAMA nº 358/2005:

É obrigatória a segregação dos resíduos na fonte e no momento da geração, de acordo com suas características, para fins de redução do volume dos resíduos a serem tratados e dispostos, garantindo a proteção da saúde e do meio ambiente.

A segregação é uma etapa de grande relevância para que o gerenciamento seja eficaz. Ter embalagens e locais específicos, sendo eles identificados em todos os locais geradores para cada tipo de resíduo, proporciona êxito à segregação. O processo de segregação, conforme a Resolução Anvisa RDC nº 222/2018, consiste em acondicionar cada grupo de resíduo em um local previamente determinado, isso porque cada um tem características que necessitam de cuidados específicos. Conforme a Resolução Anvisa RDC nº 222/2018 e a Resolução CONAMA nº 358/2005, os resíduos do serviço de saúde são classificados considerando grupos de risco, onde cada um destes exige cuidados específicos. A segregação deve ser feita considerando estes cinco grupos, quais sejam:

Grupo A: são os resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção. O grupo A tem cinco subdivisões. São elas: A1: culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre; dentre outros;

A2: carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica;

A3: peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiares;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A4: kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados; filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares; sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons; dentre outros;

A5: órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.

Grupo B: são os resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, em razão de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Enquadram-se neste grupo os produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; antirretrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344 (1998) 4 e suas atualizações; resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfetantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes; efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores); efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas; e demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

Grupo C: são quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do CNEN6 e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista. Enquadram-se neste grupo os rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratórios de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a Resolução CNEN-6.05.

Grupo D: são os resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Enquadram-se neste grupo papéis de uso sanitário e fraldas, peças descartáveis de vestuário, restos alimentares de paciente, materiais utilizados em antissepsia, equipo de soro e outros similares não classificados como A1; sobras de alimentos e do preparo de alimentos; restos alimentares de refeitório;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

resíduos provenientes das áreas administrativas; resíduos de varrição, flores, podas e jardins; resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.

Grupo E: são os materiais perfurocortantes ou escarificantes. Enquadram-se neste grupo as lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

Acondicionamento
Consiste no ato de acondicionar os resíduos segregados, em sacos, recipientes, que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura.

Conforme a Resolução Anvisa nº 222/2018:

Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2008 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Os resíduos do Grupo A4 devem ser acondicionados em sacos plásticos brancos leitosos, resistentes e identificados com a simbologia infectante de acordo com a NBR 7500 da ABNT.

Devem ser utilizados sacos de capacidade que respeite as exigências previstas na NBR 9191 da ABNT8. Estes sacos plásticos devem ser acondicionados em lixeiras de material lavável, identificadas com a mesma simbologia presente nos sacos plásticos anteriormente mencionados. Todas as lixeiras devem ter pedal e tampa, cantos arredondados e serem resistentes ao tombamento.



Figura – Modelo de recipiente para acondicionamento de resíduo do grupo A4.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Os resíduos do Grupo D podem ser acondicionados em sacos de lixo. Os sacos devem ser de capacidade que obedeça às especificações da NBR 9191 e devem respeitar o limite de peso de cada saco. As lixeiras que acondicionam os resíduos do grupo D devem ter pedal e tampa, cantos arredondados e serem resistentes ao tombamento. Tanto os sacos plásticos quanto as lixeiras devem atender à demanda diária.



Figura – Modelo de recipiente para acondicionamento de resíduo do grupo D.

Os resíduos do Grupo E devem ser acondicionados em recipientes rígidos, impermeáveis, resistentes à punctura, ruptura e vazamento; devem ser identificados com o símbolo de substância infectante constante na NBR 7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenhos e contornos pretos acrescidos da inscrição: "Resíduo Perfurocortante". Tais recipientes devem atender à capacidade diária dos resíduos gerados, respeitando o limite de peso de cada saco.



Figura - Modelo de recipiente para acondicionamento de resíduo do grupo E.

Os resíduos do Grupo B devem ser acondicionados em embalagens plásticas, constituídas de plástico resistente. Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes individualizados de material compatível com o líquido, resistentes, rígidos e com tampa rosqueada e vedante. Os resíduos gerados devem ser devidamente identificados por meio do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Figura - Modelo de recipiente para acondicionamento de resíduo do grupo B

Transporte Interno

Esta etapa, conforme consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. Para o transporte interno, alguns cuidados devem ser seguidos e merecem destaque: um deles é que o profissional da saúde responsável pelo transporte deve estar paramentado com os equipamentos de proteção individual adequados, conforme definição do SESMT.

Conforme a Resolução Anvisa nº 222/2018, os recipientes para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos, de acordo com o PGRSS.

Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Como exemplo, os resíduos do Grupo A4 proveniente de cirurgias podem ser direcionados do local de origem, nos recipientes nos quais são segregados, para o local de armazenamento temporário logo após a sua geração. Em seguida são descartados em locais próprios os quais possuem sacos brancos, leitosos, com a simbologia de resíduo infectante, para resíduos sólidos. Para resíduos A4 líquidos, os mesmos devem ser armazenados em embalagens rígidas e com rosca e devem seguir fluxo de recolhimento, conforme definido em PGRSS.



Figura – Modelo de carrinho utilizado para transporte interno

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Armazenamento Temporário

Conforme a Resolução Anvisa nº 222/2018, o armazenamento temporário consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

O armazenamento temporário pode ser feito em carrinhos ou contendedores, um para cada grupo de resíduos, em quantidade suficiente para atender à demanda diária. O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo seja pequena.

Seguindo as orientações da Resolução RDC Anvisa nº 665/2022, é importante que o local destinado para o armazenamento temporário possua pisos e paredes laváveis e lisas de cor branca, pontos de iluminação artificial e telas de proteção contra insetos nos ralos e janela, bem como inclinação adequada para escoamento de água.

Armazenamento Externo

Conforme a Resolução RDC Anvisa nº 222/2018, consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. Nesta etapa, os resíduos gerados devem ficar em um local, geralmente uma sala, onde cada resíduo deve ter um local específico para serem armazenados em contendedores.

O local do armazenamento deve ser de fácil acesso para recolhimento externo, ter uso exclusivo para armazenar os resíduos e oferecer segurança aos mesmos até que seja realizada a coleta para a destinação final.

É de extrema importância que no local de armazenamento externo a saída de escoamento da água seja ligada a rede coletora de esgoto, conforme determinação da estação de tratamento de água do Estado, o que permite a limpeza e desinfecção do local de armazenamento. Conforme a Resolução RDC Anvisa 665/2022, caso a região onde o estabelecimento assistencial de saúde estiver localizado tenha rede pública de coleta e tratamento de esgoto, todo o esgoto resultante desse pode ser lançado nessa rede sem qualquer tratamento. Não havendo rede de coleta e tratamento, todo esgoto terá que receber tratamento antes de ser lançado em rios, lagos, etc., seguido normas locais para descarte.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Coleta e Transporte Externo*

Esta etapa consiste na remoção dos resíduos hospitalares do local de armazenamento externo até a unidade de tratamento ou disposição final. É comum que os resíduos dos Grupos A4, D e E sejam recolhidos pelo órgão responsável pela limpeza pública do município. Deve ser feito em veículo específico para resíduos hospitalares e a periodicidade da coleta deve ser suficiente para transportar todos os resíduos.

É comum também que a coleta dos resíduos dos Grupos A4 líquido e B seja feita por empresa contratada que se responsabilize pela incineração e destino. Após coleta dos resíduos deve ser realizada a higienização do local de armazenamento externo. A coleta e transporte externo dos resíduos hospitalares devem estar conforme as normas NBR 12810 e NBR 14652 da ABNT.



Segundo a Resolução RDC Anvisa nº 222/2018, devem ser utilizadas técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade do meio ambiente.

Tratamento*

Segundo a Resolução CONAMA nº 358/2005, o Sistema de tratamento de resíduos de serviços de saúde é conjunto de unidades, processos e procedimentos que alteram as características físicas, físico-químicas, químicas ou biológicas dos resíduos, podendo promover a sua descaracterização, visando à minimização do risco à saúde pública, a preservação da qualidade do meio ambiente, a segurança e a saúde do trabalhador.

Os produtos que necessitam de tratamento prévio são realizados processos de inativação para então serem descartados. O tipo de tratamento para inativação depende do tipo de produto a ser descartado. Há várias formas de se proceder ao tratamento por desinfecção química ou térmica. Segundo a ANVISA, as tecnologias alternativas de tratamento de resíduos de serviços de saúde, descritas a seguir, permitem um encaminhamento dos resíduos tratados para o

Assinado por 1 pessoa: JOAN LO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

circuito normal de resíduos sólidos urbanos, sem qualquer risco para a saúde pública. São elas: descontaminação com utilização de vapor em altas temperaturas (autoclavagem); tratamento com utilização de micro-ondas de baixa ou de alta frequência; e tratamento térmico por incineração.

Seguem algumas orientações referentes ao tratamento dos resíduos:

Grupo A
A1 - devem ser submetidos a tratamento em equipamentos que reduzam ou eliminem a carga microbiana compatível com nível III de inativação microbiana;
A2 - devem ser submetidos a tratamento em equipamentos que reduzam ou eliminem a carga microbiana compatível com nível III de inativação microbiana;
A3 - devem ser encaminhados para sepultamento ou tratamento. Se forem encaminhados para o sistema de tratamento, devem ser acondicionados em sacos vermelhos com a inscrição "Peças Anatômicas". O órgão ambiental competente nos Estados, Municípios e Distrito Federal pode aprovar outros processos alternativos de destinação;
A4 – podem ser dispostos sem tratamento prévio em local devidamente licenciado para disposição final de resíduo do serviço de saúde;
A5 - devem ser sempre submetidos à incineração, conforme ANVISA 305 (2002).

Grupo B: quando não forem conduzidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento ou disposição final específicos.

Grupo C: quando encaminhados a sala de decaimento, esta deve possuir paredes blindadas ou esses rejeitos radioativos devem estar acondicionados em recipientes individualizados com blindagem. O objetivo do armazenamento para decaimento é manter os radionuclídeos sob controle até que sua atividade atinja níveis que permitam liberá-lo como resíduo não radioativo. Qualquer tratamento de rejeitos radioativos está sujeito à aprovação da CNEN, em conformidade com normas específicas para cada tipo de instalação, conforme a CNEN NE-6.05 (1985)14.

Grupo D: os resíduos orgânicos, flores, resíduos de podas de árvore e jardinagem, sobras de alimento e de pré-preparo desses alimentos, restos alimentares de refeitórios e de outros que não tenham mantido contato com secreções, excreções ou outros fluidos corpóreos, podem ser encaminhados ao processo de compostagem.

Grupo E: os resíduos deste grupo devem ser submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou. Após o decaimento, passam a ser considerados resíduos dos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

categorias química, biológica ou radiológica e devem ter tratamento específico de acordo com a contaminação. Como exemplo pode-se citar os resíduos com contaminação biológica, que após o decaimento devem ser tratados como resíduos A1 e A4.

Destino "Final" de acordo com a legislação*
Conforme a Resolução CONAMA nº 358/2005 a destinação final é a prática de dispor os resíduos sólidos no solo previamente preparado para recebê-lo, de acordo com os critérios técnico-construtivos e operacionais adequados, em consonância com as exigências dos órgãos ambientais competentes. Segue a determinação da Resolução CONAMA nº 358/2005 referente à destinação final:

Grupo A: não podem ser reciclados, reutilizados ou reaproveitados, inclusive para alimentação animal;
A1 e A2: após tratamento, devem ser encaminhados para aterro sanitário licenciado ou local devidamente licenciado para destinação final de resíduos dos serviços de saúde;
A3: devem ser encaminhados para sepultamento em cemitério ou incinerados. Na impossibilidade da destinação citada, o órgão ambiental competente nos Estados, Municípios e Distrito Federal pode aprovar outros processos alternativos de destinação;
A4: podem ser encaminhados sem tratamento prévio para local devidamente licenciado para a disposição final de resíduos dos serviços de saúde. Fica a critério dos órgãos ambientais estaduais e municipais a exigência do tratamento prévio;
A5: devem ser submetidos a tratamento específico orientado pela ANVISA.

Grupo B: os resíduos deste grupo devem ter destinação final específicas. Os que estiverem no estado sólido e não forem tratados previamente, devem ser dispostos em Aterro de Resíduos Perigosos – Classe I. Os resíduos no estado líquido não devem ser encaminhados para disposição final em aterros.

Grupo C: devem seguir a determinação da CNEN.

Grupo D: quando não for passível a reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser encaminhados para aterro sanitário de resíduos sólidos urbanos, devidamente licenciado pelo órgão ambiental competente. Quando for passível de reutilização, recuperação ou reciclagem devem atender as normas legais de higienização e descontaminação.

Grupo E: devem ter tratamento específico de acordo com a contaminação química, biológica ou radiológica.

Assinado por 1 pessoa: DANILO GARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

**OBS: As fases de coleta e transporte externo, tratamento e destinação final serão feitas por contrato com empresas devidamente especializadas, aptas e regularizadas para a realização dos serviços, onde deverá ser realizada visita técnica por parte da UNIDADE e cobrança de recebimento de laudos técnicos para comprovação do processamento e destino dos resíduos.*

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Levantamento dos resíduos no setor de origem				
Classificação dos resíduos				
Padronização e implantação das lixeiras				
Identificação do acondicionamento temporário				
Definir o PGRSS e registrar na Anvisa local				
Treinamento da equipe da Unidade				
Treinamento equipe de limpeza				
Monitorar o PGRSS				

Sustentabilidade ambiental quanto ao descarte de resíduos

INTRODUÇÃO

Respeitando os princípios aplicados a todos os certames ligados a execução e que regem as licitações como demonstra o Art. 5º da Lei de Licitações e contratos, o Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano vem apresentar mediante esse documento de maneira clara e objetiva suas principais ações ligadas ao desenvolvimento e regularização ambiental de suas unidades de saúde administradas pensando sempre em torná-las cada vez mais conscientes de seus impactos ambientais e de sua importância para toda a sociedade além dos serviços de atenção a saúde prestados com a mesma excelência. Um dos pilares do INDSH é tornar sua atividade de saúde única destacando sempre que a saúde de um indivíduo está intrinsecamente ligada à saúde de outros seres vivos e do meio ambiente e por isso seu lema de respeito a vida em todas as suas formas rege todas as nossas atividades.

Cabe citar o dispositivo legal, Lei nº 14.133 de 2021:

5º Na aplicação desta Lei, serão observados os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da eficiência, do interesse público, da probidade administrativa, da igualdade, do planejamento, da transparência, da eficácia, da segregação de funções, da motivação, da vinculação ao edital, do julgamento objetivo, da segurança jurídica, da

Assinado por 1 pessoa: JOANNA CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

razoabilidade, da competitividade, da proporcionalidade, da celeridade, da economicidade e do desenvolvimento nacional sustentável.

OBJETIVO

Demonstrar diretamente nossas ações ligadas ao desenvolvimento de uma atividade hospitalar mais sustentável e de menor emissão de carbono.

Este documento demonstrar todas as principais diretrizes ambientais gerais a serem seguidas por todas as unidades administradas pelo Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH, independentemente do porte ou região a qual está inserida e também nortearam nosso trabalho dentro das unidades novas que ainda serão administradas pelo INDSH.

Desenvolvimento de atividades:

Criação de uma comissão de sustentabilidade:

Para o melhor desenvolvimento de nossas ações de cunho socioambiental dentro das unidades inicialmente em todas elas são requeridas através de seus gestores que seja criada uma comissão de sustentabilidade que irá juntamente com o apoio do Serviço de Inteligência Ambiental do INDSH criar e incentivar um ambiente de discussões aumentando ainda mais a eficiência das ações e apresentação de indicadores ambientais que deverão ser seguidas por todos.

Fazemos a sugestão que os membros da comissão sejam escolhidos de maneira representativa dos setores da unidade para que todos eles se integrem dentro dos preceitos da sustentabilidade e que assim seja mais viável e consistentes as nossas ações propostas

Sugerimos que a comissão deve ser composta com, no mínimo, 5 (cinco) participantes de setores distintos. Abaixo temos uma sugestão de escopo.

Número mínimo de Participantes	Setor
1	Serviço de Higiene e Limpeza – SHL
1	Núcleo de Educação Permanente – NEP
1	Comunicação
1	Centro de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH
1	Manutenção

Comitê do Clima e elaboração de inventário de Gases de Efeito Estufa

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A cada ano que se passa, para todos os seres vivos, ficam cada vez mais aparentes e sensitivas as transformações bruscas e em certos casos de magnitude elevada em toda a questão climática mundial através do aumento insustentável e descontrolado na concentração dos chamados gases de efeito estufa na atmosfera, principalmente advindos de atividades antrópicas de desenvolvimento e do seu descaso com tal problemática ambiental que envolve a todos no globo terrestre.

Reconhecendo nosso papel solidário e de extrema importância dentro das metas de redução na concentração de gases estabelecidas, o Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH já se preocupa com toda a questão climática mundial e é parceiro da Fundação Getúlio Vargas e de sua metodologia GHG Protocol a cerca de 10 anos na elaboração dos inventários de Gases de Efeito estufa de anualmente de todas as suas unidades administradas. Cabe citar que nossos inventários seguem o padrão Ouro que calcula todas as fontes existentes dentro das unidades e ainda passa por um processo rigoroso de verificação e auditoria externa por empresa contratada e licenciada para execução desse serviço.
Além desse trabalho de construção dos inventários são implementadas ações diretas de redução das emissões visando o atendimento a legislações ambientais vigentes e o combate direto ao desequilíbrio ambiental global causado por atividades antrópicas, como no aumento da eficiência energética, na conscientização de uso de combustíveis fosseis e também no uso de transportes mais sustentáveis.

Para aumentar a eficiência desse serviço as unidades devem criar, alheia a comissão de sustentabilidade, um comitê do clima que ficará responsável pelo repasse de todas as informações necessárias e pela execução das ações focadas na redução das emissões levantadas.

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde
De acordo com a legislação, o gerenciamento integrado dos RSS deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos, sendo o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde - PGRSS o passo inicial e obrigatório a todos os geradores e que, ao final de um processo completo de análise, se materializa nesse documento técnico que sintetiza todas essas informações, necessárias ao gerenciamento integrado, ao órgão ambiental e a transparência diante de toda a sociedade devendo ser produzido por todo gerador de RSS estabelecendo de maneira clara todas as ações e informações sobre a geração dos resíduos em todas as suas etapas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

RDC 222 / ANVISA Art. 5º Todo serviço gerador deve dispor de um Plano de Gerenciamento de RSS (PGRSS), observando as regulamentações federais, estaduais, municipais ou do Distrito Federal.

O INDSH se preocupa intensamente com a produção desse documento e faz anualmente uma revisão em todos os seus planos para que eles possam realmente apresentar a realidade da geração de RSS de cada uma de suas unidades respeitando sempre seu padrão de geração e todos os grupos e subgrupos envolvidos. Importante salientar que em caso de alterações estruturais, como ampliação de setores, ou qualquer tipo de alteração dentro do gerenciamento o plano deverá ser revisado imediatamente após a alteração realizada.

Regularização e Licenciamento Ambiental

O licenciamento ambiental e todas as etapas necessárias para a regularização das unidades perante a legislação vigente é um dos pilares de sustentabilidade dentro do INDSH sendo um instrumento imprescindível que é capaz de prever condições para que nossas unidades administradas, busquem eliminar ou mitigar danos ao meio ambiente e, ao mesmo tempo, garantir o desenvolvimento social e econômico do país.

Fazemos um levantamento dos principais documentos ambientais ligados ao planejamento e execução dos serviços de cada unidade e garantimos total apoio na elaboração de estudos ambientais pertinentes e no importante convívio com os órgãos ambientais competentes.

Treinamentos e educação ambiental

A educação ambiental é uma das ferramentas mais importantes e transformadoras dentro da gestão das unidades administradas pelo INDSH e só ela é realmente adequada para interferir na eficiência de todo o trabalho ambiental desenvolvido, sendo capaz inclusive de alterar percepções ultrapassadas de nossos colaboradores e até mesmo de nossos usuários em suas vidas pessoais alheias a instituição. Nossa ideia é tornar as unidades um centro de referência na capacitação e sensibilização de todos em diversos temas específicos de forma constante e conjunta.

Para isso, toda unidade administrada pelo INDSH deve possuir um cronograma de campanhas de cunho socioambiental para envolver funcionários, pacientes e comunidade sobre a importância da sustentabilidade ambiental e como cada um pode contribuir.

Deve-se realizar treinamentos para os colaboradores semestralmente sobre cada um dos tópicos abaixo:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Gerenciamento de resíduos: Englobar todas as etapas de manejo preconizadas pela RDC 222/2018 e a salientar a relevância que cada colaborador e setor, possui dentro do plano de gerenciamento de resíduos da unidade.
Consumo responsável de recursos hídricos: Elucidar as estatísticas de consumo da própria unidade e sensibilizar os colaboradores para que exerçam práticas comportamentais que auxiliem no consumo responsável.
Eficiência energética: Boas práticas para redução do consumo de energia elétrica.
Emissão de Gases do Efeito Estufa: Explicar o funcionamento prático do GHG Protocol e situar o rank da unidade dentro deste programa. Enfatizar que os colaboradores também contribuem nas emissões de GEE's da unidade.

Os tópicos acima são os mínimos a serem pontuados sobre educação ambiental dentro das unidades, entretanto, mais tópicos podem ser abordados de acordo com as demandas e especificidades de cada uma.

Para os usuários do sistema deve-se abordar, no mínimo, os tópicos sobre consumo responsável de recursos hídricos e eficiência energética. A informação deve ser disseminada por meio de palestras ou vídeos na recepção da unidade.

Projeto Guardião Azul
A iniciativa Guardião Azul é um projeto de cunho socioambiental e educativo desenvolvido pela equipe SIAmbiental e parceria com INDSH que teve sua primeira edição aplicada durante todo o ano de 2022/2023, sendo de adesão obrigatória por parte das instituições administradas pelo Instituto e direcionado a importante e inseparável relação entre um meio ambiente equilibrado e o desenvolvimento de uma vida saudável para todos.

O projeto criou uma metodologia dividida por níveis de certificação apresentando em seu interior diversos projetos e ações que certamente tornam as unidades membros do projeto cada vez mais conscientes e sustentáveis. Além de criar ações e métodos dentro das unidades que perpetuam essas ideias não só dentro das barreiras físicas das unidades, mas também nas residências e na vida pessoal de nossos colaboradores e usuários.

Cabe citar alguns projetos exigidos de todas as unidades membros em nosso primeiro nível de certificação:

Práticas relacionadas a questões climáticas:
Ser inventariantes de gases do efeito estufa (GHG Protocol)

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Ter metas de redução e/ou redução parcial do carbono equivalente emitido por sua atividade

Práticas relacionadas à biodiversidade:
Adesão ao projeto Mesa de Mãe.
Incluir a prática da compostagem de resíduos orgânicos.
Inserção de um espaço sensorial contendo plantas medicinais e típicas da região.

Práticas relacionadas a educação ambiental:
Ser agente receptor de pilhas, baterias e/ou lâmpadas.
Ser agente receptor de remédios vencidos.
Aderir ao uso de sabonetes biodegradáveis.

Prática relacionada a aquisição de materiais e descarte de resíduos:
Entregar inventário completo de resíduos segundo classes definidas na RDC 222 ANVISA.
Incorporação e incentivo a reciclagem.
Buscar e se associar a empresas igualmente preocupadas com o fiel cumprimento das legislações ambientais e práticas de segurança do trabalho.

Controle de Indicadores
Para controle de tudo que foi citado em nosso documento, o INDSH realiza o monitoramento de diversos indicadores que nos possibilitam averiguar de maneira criteriosa se tudo está realmente caminhando e todas as nossas ações estão sendo eficientes.
Controle do consumo de água na unidade através dos respectivos consumos
Análise da eficiência energética através de análises realizadas em todos os setores
Inventário completo e quantitativo da geração dos RSS por setor na unidade, incluindo por exemplo os resíduos orgânicos gerados diariamente:
Quantidade de treinamentos realizados e pessoal atendido;
Número de atendimentos mês;
Taxa de reciclagem apresentada.

Sistema de Logística Reversa
O Decreto nº 10.388, de 5 de junho de 2020, institui o Sistema de Logística Reversa para diversas cadeias de produtos e embalagens, estabelecendo diretrizes para a gestão adequada de resíduos sólidos, em conformidade com a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº 12.305/2010). O objetivo do decreto é reforçar a responsabilidade compartilhada pelo ciclo de vida dos produtos, incluindo fabricantes, importadores, distribuidores e comerciantes, garantindo a destinação ambientalmente correta dos resíduos gerados.

Assinado por 1 pessoa: JOAO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Para o INDSH e para as Unidades de Saúde geridas por ele, o cumprimento das diretrizes do Sistema de Logística Reversa é essencial para garantir a destinação adequada de materiais descartáveis, especialmente aqueles que possuem potencial risco ambiental e sanitário, como embalagens de medicamentos, produtos químicos e resíduos perfurocortantes.

1. Importância do Decreto nº 10.388/2020 para Unidades de Saúde

A aplicação do decreto em uma unidade hospitalar ou de saúde exige a adoção de práticas rigorosas para a segregação, armazenamento e destinação final dos resíduos gerados. Com isso, busca-se minimizar impactos ambientais, garantir a segurança dos profissionais e usuários do serviço de saúde e cumprir as exigências legais para um descarte sustentável.

O Sistema de Logística Reversa, conforme determinado pelo decreto, responsabiliza fabricantes, importadores, distribuidores e comerciantes pela implementação de um fluxo eficiente para a coleta e reaproveitamento dos resíduos pós-consumo. Para os serviços de saúde, isso significa que os fornecedores contratados devem demonstrar conformidade com as normas ambientais, incluindo a comprovação de destinação final adequada dos produtos utilizados.

2. Objetivos do Decreto nº 10.388/2020

O principal objetivo do decreto é ampliar a participação dos setores produtivos na gestão sustentável dos resíduos sólidos, garantindo que os produtos sejam descartados de maneira responsável e evitando danos ambientais. Para isso, a norma prevê:

Adoção de sistemas de coleta e destinação de embalagens pós-consumo para setores como indústria química, farmacêutica, alimentícia, de higiene e limpeza, entre outros.

Compromisso com a economia circular, promovendo a reutilização e reciclagem de materiais.

Redução do volume de resíduos descartados inadequadamente, minimizando os impactos ambientais e de saúde pública.

Criação de metas progressivas e mecanismos de controle para garantir que as empresas cumpram suas obrigações ambientais.

Comprovação de participação no Sistema de Logística Reversa por meio de certificações, relatórios ambientais ou adesão a programas de recolhimento de resíduos.

Garantia de destinação final adequada de produtos e embalagens, conforme a legislação vigente.

Responsabilidade na coleta de embalagens e resíduos pós-consumo, evitando o descarte inadequado no meio ambiente.

Adoção de práticas sustentáveis que promovam a economia circular e minimizem impactos ambientais.

Apresentação de plano de gerenciamento de resíduos, detalhando os procedimentos adotados para o descarte correto dos produtos fornecidos à unidade de saúde.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A exigência desses critérios no edital de licitação reforça a responsabilidade ambiental da unidade de saúde, assegurando que apenas fornecedores comprometidos com a sustentabilidade e a logística reversa sejam selecionados.

3. Principais Obrigações da Logística Reversa

O Decreto nº 10.388/2020 estabelece diretrizes específicas para que as empresas implementem estruturas eficazes de coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos. Entre as principais obrigações, destacam-se:

Implementação de sistemas de coleta para embalagens pós-consumo, promovendo a logística reversa em parceria com distribuidores e comerciantes.

Criação de pontos de coleta acessíveis à população, incentivando o descarte adequado.

Investimento em tecnologias sustentáveis para reciclagem e reaproveitamento de materiais.

Comprovação documental da destinação adequada dos resíduos, garantindo transparência e rastreabilidade do processo.

Campanhas educativas para consumidores, incentivando hábitos sustentáveis e a separação correta dos resíduos.

O decreto também reforça o papel dos governos estaduais e municipais na fiscalização do cumprimento das normas e no incentivo a programas que viabilizem a recuperação de materiais e a redução do impacto ambiental.

4. Impactos e Benefícios da Logística Reversa

A implementação efetiva da Logística Reversa, conforme previsto no Decreto nº 10.388/2020, gera impactos positivos em diversas áreas:

Meio Ambiente: Redução da poluição, reutilização de recursos naturais e preservação dos ecossistemas.

Redução do risco de contaminação ambiental, prevenindo impactos negativos no solo, na água e no ar.

Cumprimento das normas ambientais, evitando penalidades e sanções por descumprimento da legislação.

Saúde Pública: Diminuição de resíduos em aterros sanitários e descarte correto de produtos perigosos, reduzindo riscos de contaminação.

Maior segurança sanitária para profissionais de saúde, pacientes e população em geral.

Economia: Estímulo à reciclagem, geração de empregos na cadeia de reaproveitamento de resíduos e redução dos custos com destinação de lixo.

Promoção da economia circular, incentivando a reutilização e reciclagem de materiais.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Cumprimento Legal: Empresas e instituições que seguem as diretrizes evitam sanções ambientais e fortalecem sua imagem sustentável no mercado.
Diminuição do volume de resíduos descartados inadequadamente, promovendo um ambiente hospitalar mais sustentável.

No setor de unidades de saúde, a logística reversa é essencial para o gerenciamento correto de resíduos como embalagens de medicamentos, produtos químicos e materiais recicláveis. Dessa forma, hospitais e unidades de saúde devem garantir que seus fornecedores estejam regularizados e comprometidos com a destinação ambientalmente responsável dos resíduos.

5. Conclusão
O Decreto nº 10.388/2020 representa um avanço na gestão sustentável de resíduos no Brasil, garantindo que fabricantes, distribuidores e comerciantes assumam sua responsabilidade ambiental. A Logística Reversa é uma ferramenta fundamental para promover a reciclagem, reduzir impactos ambientais e incentivar práticas sustentáveis em diversos setores.
Para as instituições de saúde, a aplicação do decreto reforça a necessidade de uma gestão eficiente dos resíduos hospitalares e do compromisso com fornecedores que sigam as diretrizes ambientais. Dessa forma, a logística reversa contribui para um futuro mais sustentável, saudável e economicamente viável para toda a sociedade.

2.6 Plano de Manutenção Predial e de Equipamentos

Manutenção Predial

O objetivo da manutenção predial da Unidade de Pronto Atendimento é garantir que as instalações físicas da Unidade estejam em condições seguras e operacionais para oferecer um ambiente propício ao tratamento médico e ao bem-estar dos pacientes. Isso envolve uma série de atividades, como inspeções regulares, reparos, substituições de equipamentos, limpeza e gerenciamento de sistemas de utilidades, como eletricidade, água e sistemas de HVAC (aquecimento, ventilação e ar-condicionado). Além disso, a manutenção predial também está voltada para a conformidade com regulamentações de saúde e segurança, garantindo que o ambiente hospitalar cumpra com as normas e padrões estabelecidos para a segurança dos pacientes, funcionários e visitantes.
Embora as especificações exatas possam variar dependendo do local e das regulamentações locais, geralmente os serviços de manutenção predial em uma UPA seguem diretrizes padrão de segurança, higiene e funcionalidade.
Esses serviços podem incluir:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Manutenção Elétrica: Verificação regular dos sistemas elétricos, troca de lâmpadas, reparos em fiação elétrica, entre outros.

Manutenção Hidráulica: Inspeção e reparo de encanamentos, torneiras, válvulas, entre outros, para garantir o abastecimento adequado de água e a drenagem eficiente.

Manutenção de Ar-Condicionado e Ventilação: Limpeza e manutenção dos sistemas de ar-condicionado e ventilação para garantir a qualidade do ar dentro da UPA.

Manutenção de Estruturas e Instalações Físicas: Reparos em paredes, pisos, tetos, portas, janelas, entre outros elementos físicos do prédio.

Segurança Contra Incêndios: Verificação regular dos sistemas de detecção de incêndio, extintores de incêndio, saídas de emergência e outras medidas de segurança.

Limpeza e Higienização: Manutenção da limpeza e higienização de todas as áreas da UPA, incluindo salas de atendimento, banheiros, corredores, entre outros espaços.

Controle de Pragas: Inspeção e controle de pragas para garantir um ambiente seguro e higiênico para pacientes, visitantes e funcionários.

Estas são apenas algumas das áreas de manutenção predial que uma UPA pode exigir. É importante seguir as normas e regulamentações locais específicas para garantir que todas as instalações e equipamentos estejam em conformidade e funcionando adequadamente para atender às necessidades dos pacientes e da equipe médica.

Finalidades da Manutenção Predial:

Garantir o Funcionamento Adequado das Instalações: Assegurar que todas as áreas da UPA, incluindo salas de espera, consultórios médicos, salas de emergência, instalações sanitárias e outras áreas comuns, estejam em condições operacionais adequadas para atender às necessidades dos pacientes.

Segurança e Conforto dos Pacientes: Manter um ambiente seguro e confortável para os pacientes que buscam atendimento de emergência, incluindo a manutenção de sistemas elétricos, sistemas de ventilação, iluminação e segurança contra incêndios.

Conformidade com Normas de Saúde e Segurança: Assegurar que a UPA esteja em conformidade com as normas regulatórias e de segurança estabelecidas pelas autoridades de saúde, garantindo um ambiente que atenda aos padrões legais e de qualidade.

Prevenção de Infecções: Manter a limpeza e higiene adequadas em todas as áreas da UPA para prevenir a propagação de infecções entre os pacientes e funcionários.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Eficiência Operacional: Maximizar a eficiência dos recursos disponíveis na UPA, evitando falhas inesperadas que possam interromper ou atrasar o atendimento médico de emergência.

Bem-estar dos Funcionários: Criar um ambiente de trabalho seguro e confortável para os profissionais de saúde que trabalham na UPA, promovendo o bem-estar e a satisfação no trabalho.

Em suma, a manutenção predial em uma UPA visa garantir que o ambiente esteja pronto para fornecer atendimento médico de emergência de qualidade, de forma segura, eficiente e em conformidade com as regulamentações aplicáveis.

Equipe de Manutenção da UPA

Coordenador de Manutenção - Responsável pela supervisão geral das atividades de manutenção e garantia da conformidade com as normas de segurança.

Eletricista - Executa inspeções e reparações nos sistemas elétricos e de iluminação.

Encanador - Responsável pela manutenção da rede hidráulica, incluindo encanamentos, torneiras e sistemas de drenagem.

Técnico em Climatização - Realiza manutenção e limpeza dos sistemas de ar-condicionado e ventilação.

Pedreiro - Cuida da estrutura predial, realizando reparos em paredes, pisos, tetos e janelas.

Equipe de Limpeza - Mantém a higienização de todas as áreas da UPA.

Equipe de Controle de Pragas - Realiza inspeções e aplicação de medidas preventivas contra pragas.

Equipe de Segurança - Inspeciona os sistemas contra incêndio e realiza testes de equipamentos de emergência.

Engenheiro de Manutenção - Responsável pelas avaliações estruturais e planejamento de melhorias na infraestrutura.

Com esse cronograma e equipe bem estruturada, a UPA pode garantir a segurança, eficiência e conforto para pacientes e profissionais de saúde.

A manutenção predial em uma UPA é crucial para garantir a segurança e o bom funcionamento das instalações. Abaixo está um modelo básico de cronograma de manutenção preventiva para manutenção predial em uma UPA ou Pronto Socorro:

Tipo de Manutenção	Intervalo	Tarefas de Manutenção
Inspeção de Instalações Elétricas	Anual	Verificar o estado dos cabos elétricos, quadros de distribuição, disjuntores e fusíveis. Testar a eficiência do sistema de aterramento. Substituir lâmpadas e reatores defeituosos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Tipo de Manutenção	Intervalo	Tarefas de Manutenção
Manutenção de Sistemas Hidrossanitários	Semestral	Verificar vazamentos em torneiras, registros e válvulas. Limpar e desentupir ralos, sifões e calhas. Inspeção de caixas d'água e reservatórios. Testar o funcionamento de bombas d'água e sistemas de esgoto. Inspeção de sistemas de combate a incêndio (hidrantes, extintores, etc.).
Inspeção de Sistemas de Climatização	Trimestral	Limpeza dos filtros de ar-condicionado. Verificação do funcionamento dos equipamentos de climatização (ar-condicionado, ventiladores, etc.). Teste de temperatura e umidade.
Manutenção de Elevadores (quando houver)	Semestral	Inspeção e lubrificação de cabos e polias. Verificação de dispositivos de segurança (freios de emergência, limitadores de velocidade, etc.). Teste de funcionamento dos controles e botões de emergência.
Inspeção de Estruturas e Cobertura	Anual	Verificar a integridade estrutural de paredes, pilares e lajes. Inspeção de telhados quanto a vazamentos, danos e acúmulo de detritos.
Limpeza e Manutenção de Áreas Externas	Mensal	Limpeza de áreas externas, estacionamento e calçadas. Manutenção de jardins, poda de árvores e arbustos. Verificação de sistemas de iluminação externa.

Este é um modelo básico e genérico. Cada UPA pode ter necessidades específicas de manutenção predial, dependendo da idade das instalações, do clima local, do uso e do tipo de estrutura. Recomenda-se também consultar empresas especializadas em engenharia predial para um planejamento mais detalhado e adequado às necessidades específicas da UPA.

Engenharia Clínica – Manutenção e Equipamentos

O modelo de gestão de engenharia clínica a ser organizado será realizada por pessoal técnico habilitado e capacitado contratado pela Unidade em conjunto com uma empresa especializada em engenharia clínica que realizará a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, visando garantir os equipamentos permaneçam em condições de uso e de acordo com as normas vigentes de funcionamento. Este serviço estará subordinado à Coordenação Administrativa da Unidade.

As normas para os serviços de manutenção de equipamentos em uma UPA seguem padrões e regulamentações específicas estabelecidas pelos órgãos de saúde e agências reguladoras. Essas normas visam garantir a segurança dos pacientes, a eficiência dos serviços prestados e a durabilidade dos equipamentos médicos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Diretrizes aplicadas:

Manutenção Preventiva:

Programação regular de inspeção e manutenção dos equipamentos, conforme recomendações dos fabricantes e regulamentações governamentais.

Realização de testes de desempenho e calibração periódicos para garantir a precisão e confiabilidade dos equipamentos.

Registro detalhado de todas as atividades de manutenção preventiva realizadas, incluindo datas, procedimentos executados e resultados obtidos.

Manutenção Corretiva:

Implementação de um sistema de registro de falhas e relatórios de incidentes para identificar problemas com os equipamentos.

Procedimentos claros para relatar e resolver problemas de manutenção corretiva de forma oportuna e eficaz.

Treinamento adequado para a equipe técnica responsável pela manutenção, garantindo que eles estejam qualificados para diagnosticar e reparar problemas nos equipamentos.

Padrões de Segurança:

Conformidade com padrões de segurança estabelecidos para equipamentos médicos, incluindo requisitos de isolamento elétrico, proteção contra radiação e outros aspectos relevantes.

Inspeções regulares para garantir que os equipamentos atendam aos padrões de segurança e estejam em boas condições de funcionamento.

Gestão de Riscos:

Avaliação contínua dos riscos associados ao uso de equipamentos médicos e implementação de medidas para mitigar esses riscos.

Monitoramento da eficácia das medidas de controle de riscos e revisão periódica das políticas e procedimentos de manutenção em resposta a quaisquer problemas identificados.

Documentação e Registros:

Manutenção de registros detalhados de todos os equipamentos, incluindo informações de identificação, histórico de manutenção, resultados de testes e certificações de conformidade.

Documentação clara de todos os procedimentos de manutenção realizados, incluindo relatórios de serviço, certificados de conformidade e registros de treinamento da equipe técnica.

Normas dos Serviços de Manutenção de Equipamentos (Preventiva e Corretiva)

Compete a esta área a execução das manutenções preventivas e corretivas, e medidas que se façam necessária para maior conservação e operacionalidade dos recursos do estabelecimento, inventários de equipamentos médico-hospitalares, avaliação da consistência técnica e os custos das propostas oferecidas pelos prestadores de serviços, serviços técnicos programados de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

aferição e calibragem, realização de treinamento dos usuários/operadores, assessorar à direção na avaliação da obsolescência e/ou alienação dos equipamentos médico-hospitalares, emitindo parecer técnico, baseado em inspeção técnico-operacional, histórico de falhas, e etc., além de outras competências, de acordo com as normas técnicas a ABNT (Associação Brasileiras de Normas Técnicas), e a legislação vigente.

Prestar serviços de manutenção dos equipamentos que são utilizados para garantir o pleno desenvolvimento das atividades hospitalares, no intuito de atender as necessidades e segurança dos seus usuários e clientes;
Garantir que sejam realizadas todas as manutenções preventivas dos equipamentos de acordo com as normas técnicas e legislações vigentes;
Manter o cadastro dos fornecedores prestadores de serviços atualizados, seja com ou sem contrato;
Comunicar a retirada e ou a troca equipamentos das unidades diversas e preencher os impressos específicos de controle;
Estabelecer escala de trabalho (Plantonistas de Manutenção) para assegurar e manter atendimento 24 horas de manutenção, sendo 24h, 7 dias por semana;
Garantir que todas as manutenções preventivas e corretivas sejam executadas nos grupos de geradores de energia da Unidade, de forma a atender em caso de falta/falha do sistema de fornecimento de energia elétrica;
Realizar Manutenção preventiva de equipamentos médicos hospitalares, garantindo o funcionamento seguro dos equipamentos, reduzindo o índice de manutenções corretivas e atendendo as orientações dos fabricantes;
Realizar Testes de Performance/Calibração de equipamentos médicos hospitalares e analisar a conformidade de acordo com as especificações técnicas dos fabricantes;
Promover continuamente, treinamento em serviço;
Participar ativamente da CIPA e nos programas de incentivo à segurança no trabalho;
Elaborar e Implantar o Regimento da Unidade, Manuais e Rotinas.

Rotinas dos Serviços de Manutenção de Equipamentos (Preventiva e Corretiva)
Atender os serviços solicitados por ordem de serviços, através de métodos de trabalho que visam qualidade do serviço e economia do material aplicado, respeitando os parâmetros normativos das legislações e normas vigentes;
Realizar o acompanhamento dos serviços de manutenção, prestados por empresas terceirizadas, garantindo a qualidade e segurança;
Colaborar com as atividades realizadas por outros setores, através de orientações técnicas e execução dos serviços prestados a estes;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Acompanhar a qualidade dos serviços prestados, solicitando ao setor de treinamento a promoção de cursos específicos, sempre que necessário, para garantir a atualização técnica dos profissionais que compõem este departamento;
Elaboração de planilhas e relatórios demonstrativos de serviços executados;
Treinar pessoal técnico para manutenção e usuários na operação dos equipamentos;
Realizar Manutenção corretiva de equipamentos médicos hospitalares, em tempo hábil sem prejuízo na assistência ao paciente;
Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados por empresas externas, indicando, elaborando e controlando contratos de manutenção preventiva e corretiva;
Apresentar relatórios de produtividade de todos os aspectos envolvidos com a gerência e com a manutenção dos equipamentos eletromédicos – conhecidos como indicadores de qualidade e/ou produção;
Efetuar a avaliação da obsolescência, propondo a substituição de tecnologias que possam comprometer a qualidade e segurança do paciente e usuário;
Execução de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos, bem como a calibração e ajustes dos equipamentos de acordo com padrões técnicos reconhecidos;
Realizar treinamento para assistência e corpo médico quanto ao manuseio dos equipamentos;
Apresentar relatórios de produtividade e itens de controle;
Estabelecer critério de obsolescência emissão de relatórios dos equipamentos;
Estabelecer cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos médico hospitalares, refrigeração e predial;
Estabelecer critério de prioridade no atendimento as Manutenções Corretivas, visão sistêmica;
Gestão dos equipamentos em comodatos e próprios;
Criar e manter os históricos de intervenções dos equipamentos;
Cadastrar todos os equipamentos, indicando ano de aquisição, número de série, modelo e marca.
Estabelecer periodicidade de atualização com base em normas e legislação vigente;
Instalação dos equipamentos;
Descarte adequado dos equipamentos e periféricos;
Manter o controle das manutenções de todos os equipamentos terceiros, comodatos, e próprios para fácil acesso;
Controlar o acesso de entrada de equipamentos terceiros, seja para eventuais procedimentos médicos, e/ou demonstrações;
Gerenciamento de contratos referentes a fornecimento de materiais e prestação de serviços por terceiros;
Acompanhar e elaborar estudos de viabilidade e projetos que venham beneficiar o complexo;
Elaborar processos de contratação de operação, manutenção, reformas, aquisição e conservação de equipamentos;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

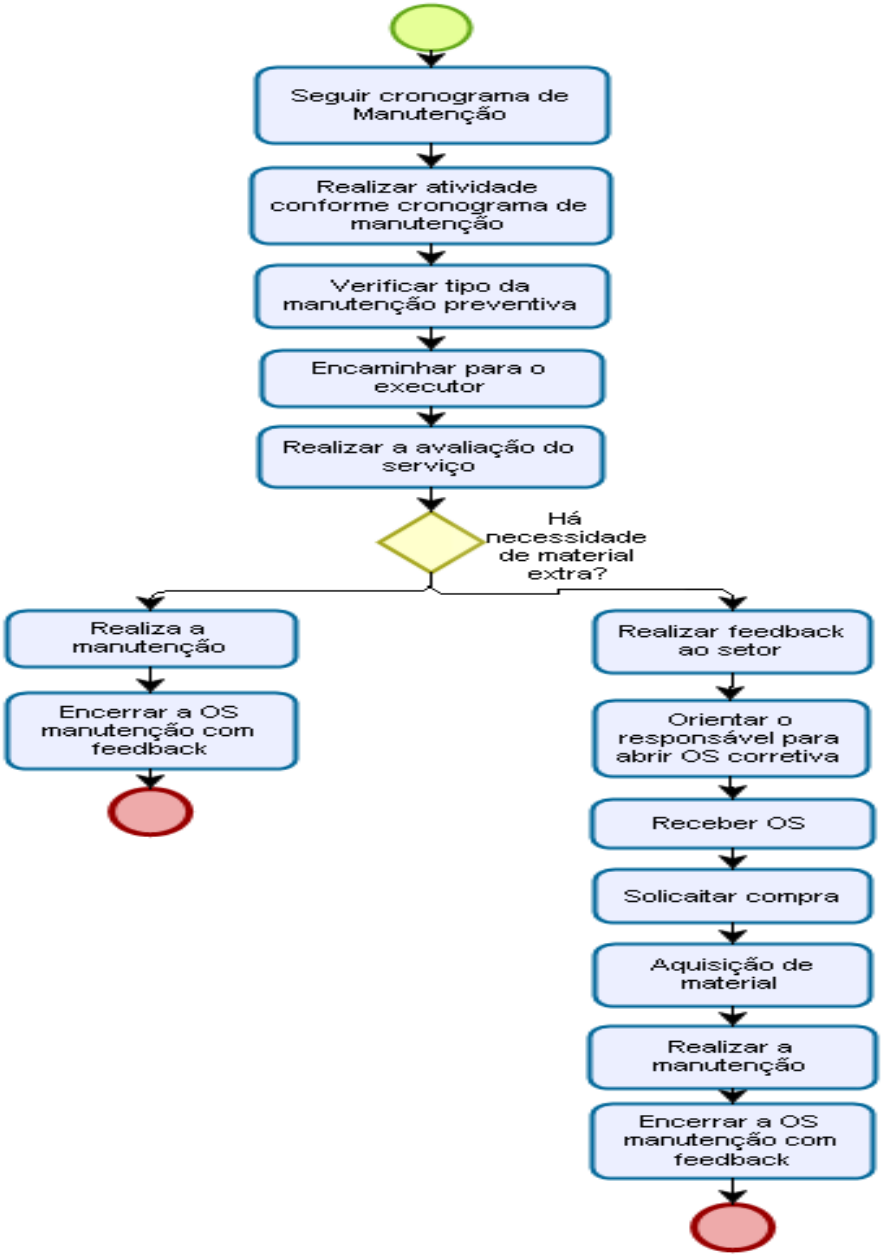
Gerenciar o parque de equipamentos médicos e manter a sua disponibilidade, garantindo a plena utilização.

Sugestão de modelo básico de cronograma de manutenção preventiva para a engenharia clínica em uma UPA. Este cronograma pode ser adaptado de acordo com as necessidades específicas da UPA e os equipamentos médicos presentes:

Equipamento	Intervalo de Manutenção Preventiva	Tarefas de Manutenção Preventiva
Desfibrilador	A cada 6 meses	Verificar a precisão do monitor eletrocardiográfico
Ventilador	Anualmente	Limpeza dos filtros de ar, verificação das conexões e calibração
Monitor Cardíaco	Semestralmente	Teste de verificação da precisão dos parâmetros e calibração
Bomba de Infusão	Trimestralmente	Verificação de funcionamento, substituição de baterias e calibração
Autoclave	Mensalmente	Limpeza e inspeção do interior, verificação dos selos de segurança
Raios-X	Semestralmente	Inspeção dos tubos de raios-X, calibração e verificação da qualidade da imagem
ECG	Anualmente	Calibração, verificação dos cabos e eletrodos
Incubadora	Semestralmente	Limpeza, verificação da temperatura e calibração dos sensores
Monitor de Sinais Vitais	Mensalmente	Verificação da pressão arterial, oximetria, temperatura e calibração dos parâmetros

Este é apenas um exemplo. Cada UPA terá diferentes necessidades e equipamentos específicos que requerem manutenção preventiva. Além disso, é importante consultar os manuais dos fabricantes para diretrizes específicas de manutenção preventiva para cada equipamento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



2.7 Projeto de Humanização e Sustentabilidade

O INDSH reafirma seu compromisso com a excelência na gestão hospitalar por meio de projetos voltados para a humanização do atendimento e a sustentabilidade ambiental. As iniciativas buscam melhorar o acolhimento aos pacientes, fortalecer o bem-estar dos colaboradores e reduzir os impactos ambientais nas unidades administradas.

Os projetos de humanização promovem um atendimento mais sensível e eficiente, enquanto as ações de sustentabilidade focam na otimização de recursos e na preservação ambiental. Como reconhecimento desse compromisso, os hospitais gerenciados pelo INDSH e a Sede Administrativa possuem o Selo Ouro do Programa Brasileiro GHG Protocol da FGV, certificação

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

concedida a instituições que realizam e divulgam anualmente seus inventários de emissão de Gases de Efeito Estufa (GEE).

A seguir, apresentamos essa e outras iniciativas que consolidam o INDSH como referência em gestão hospitalar mais humana, eficiente e sustentável.

Serviço humanizado de atendimento ao usuário e colaboradores

O Grupo de Trabalho de Humanização - GTH é um espaço coletivo voluntário, organizado e democrático, que se destina a empreender uma política institucional de humanização e sustentabilidade voltada para a atenção e gestão em saúde em benefício dos usuários e dos colaboradores. Advindos da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS n° 881, de 19/06/2001.

Composição do Grupo de Trabalho de Humanização

Os profissionais voluntários, independente da formação técnica, serão eleitos pelos componentes do Grupo para ocupação dos cargos abaixo, porém será fundamental a participação de representantes de todas as categorias de profissionais: médico, enfermagem, administrativo e apoio.

Formação	Perfil do Componente
Presidente	Profissional com formação na área da saúde e com perfil de liderança
Analista Administrativo	Profissional com formação na área da saúde e com perfil de liderança
Assistente Administrativo	Profissional com formação na área da saúde, organizado com domínio do pacote office
Enfermeira	Profissional com formação na área da saúde, organizado com domínio do pacote office
Psicóloga	Profissional com formação na área da saúde, organizado com domínio do pacote office
Nutricionista	Profissional com formação na área da saúde, organizado com domínio do pacote office
Assessor de Comunicação	Profissional com formação na área da saúde, organizado com domínio do pacote office
Terapeuta Ocupacional	Profissional com formação na área da saúde, organizado com domínio do pacote office
Fisioterapeuta	Profissional com formação na área da saúde, organizado com domínio do pacote office

Objetivo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Incorporar o conceito de Humanização preconizado pelo Ministério da Saúde e no cotidiano da Unidade Administrada, prestando atendimento resolutivo, com postura acolhedora, respeitosa considerando a integralidade do ser humano, autonomia e participação dos usuários e colaboradores como parte integrante do processo, bem como disseminar e promover a responsabilidade sustentável, mediante melhoria da comunicação e organização da gestão do trabalho.

Política de Humanização

O tema da Humanização das relações e dos processos de atenção e gestão em Saúde no SUS vem tomando vulto e importância estratégica para a garantia de direitos e para a melhoria qualidade do atendimento.

O INDSH baseado na Política Nacional de Humanização do SUS – Humaniza Sus prevê as seguintes práticas e dispositivos a serem incorporados nos processos normativos de trabalho:

Acolhimento e Classificação de Risco nas portas de entrada de urgência e emergência;

Visita Aberta e direito a acompanhante de livre escolha da gestante e parturiente Colegiados de cogestão nos serviços e sistemas de saúde;

Horizontalização e formação de Equipes de Referência para o cuidado em Unidades de produção de atenção hospitalar e urgência e emergência;

Valorização do trabalho e do trabalhador;

Cogestão da ambiência em saúde;

Carta de direitos dos usuários do SUS.

Essa incorporação representa um importante avanço para a qualificação da atenção e gestão no SUS. Ao mesmo tempo, ampliam e induzem uma expressiva demanda por qualificação de redes, sistemas e serviços de saúde estaduais e municipais, além de amplificar as demandas de colaboração técnica das diversas áreas do próprio Ministério da Saúde (MS).

Nesse contexto, a PNH propõe-se a reforçar e ampliar as possibilidades de atender a essa demanda, buscando qualificar novos quadros de apoiadores institucionais junto a estados e municípios, além de acompanhar e constituir processos de qualificação permanente dos apoiadores já formados, criando condições para uma maior capilarização da política no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Além disso, retomando os princípios da Tríplice Inclusão e da Transversalidade da PNH, os atores implicados com o Movimento HumanizaSUS e outros atores sociais precisam compor uma ampla e forte aliança nacional em torno da temática da Equidade, da Integralidade, do Acesso com qualidade e em tempo oportuno, do respeito e da inclusão das diversidades étnicas, culturais e de gênero, no sentido da concreta mudança dos modelos de atenção/clínica e de gestão, na direção de uma sensível mudança na percepção e na vivência das pessoas com o SUS.

Humanização como Política Transversal na Rede SUS

Assinado por 1 pessoa: DANILO ARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A Humanização vista não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica:

Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;

Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;

Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;

Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Diretrizes Institucionais de Humanização

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;

Promoção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;

Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;

Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;

Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;

Identificação das necessidades sociais de saúde;

Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;

Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Humanização do SUS nas Unidades

A troca e a construção de saberes;

O trabalho em rede com equipes multiprofissionais;

A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;

O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;

O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;

Construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Princípios Norteadores

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

O MODO INDSH DE FAZER GESTÃO: SUSTENTABILIDADE GESTÃO AMBIENTAL

O INDSH oferece projetos de sustentabilidade na área da saúde focada nas atividades hospitalares e seu impacto ambiental, tendo como premissa:
Cumprimento de normas e legislação ambiental;
Suporte jurídico às atividades hospitalares e seu impacto no meio ambiente;
Plano de ação para gestão de ações de sustentabilidade e responsabilidade social;
A elaboração voluntária de inventários de GEE.

O GEE é o primeiro passo para que uma organização contribua para o combate à mudança climática. A iniciativa recebeu, em 2014, o prêmio 'Boas Práticas de Sustentabilidade', da revista Healthcare Management e foi, em 2016, um dos finalistas do prêmio de Sustentabilidade da Associação Brasileira de Recursos Humanos – Sec. Pará.
Unidades do INDSH são certificadas pela FGV no combate à mudança climática e emissão de Gases de Efeito Estufa (GEE).



Os hospitais administrados pelo INDSH, além da Sede Administrativa, são certificados com o Selo Ouro do Programa Brasileiro *Greenhouse Gas Protocol* (GHG) da Fundação Getúlio Vargas, concedido a quem divulga, anualmente, inventários sobre emissão de Gases de Efeito Estufa (GEE).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Diretrizes Gerais para a Implementação da Política Nacional de Humanização (PNH)

Na Urgência e Emergência, nos Prontos-Socorros, Pronto-Atendimentos, Assistência Pré-Hospitalar e outros:

Demanda acolhida através de critérios de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;

Garantida a referência e contrarreferência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;

Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

Na Atenção Especializada:

Garantia de agenda extraordinária em função da análise de risco e das Necessidades do usuário;

Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede Assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contrarreferência;

Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação;

Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito.

Na Atenção Hospitalar

Neste âmbito, propomos dois níveis crescentes (B e A) de padrões para adesão à PNH:

Parâmetros para o Nível B

Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada Unidade de Saúde e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
Mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários;
Mecanismos de escuta para a população e trabalhadores;
Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contrarreferência.

Parâmetros para o Nível A
Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho implantado;
Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada Unidade de Saúde e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
Ouvidoria funcionando;
Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contrarreferência;
Conselho Gestor Local, com funcionamento adequado;
Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Ambulatório, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia);
Plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização, em implementação.
Cronograma de implantação

Grupo de Trabalho de Humanização												
Ações/ Mês	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Instituir o Grupo de Trabalho de Humanização	X											

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Oficina de capacitação da equipe		X										
Implantação de Instruções de Trabalho e Manual				X								
Difundir a cultura de Humanização em todo ambiente da Unidade				X								
Reuniões da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de indicadores de acompanhamento das ações desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho de Humanização		X	X									
Monitorar os indicadores das ações desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho de Humanização				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar levantamento para melhorias					X							
Implementação de projetos de melhoria						X	X	X	X	X	X	X

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Desenvolvimento de Projetos para Usuários e Colaboradores

Projetos com foco nos usuários

Capacitação de profissionais em relação ao Atendimento Humanizado

Objetivo: Possibilitar o tratamento baseado no diálogo atencioso, resolvendo os problemas e demandas do usuário através do diálogo e de forma acolhedora.

Estruturação da sinalização do ambiente hospitalar

Objetivo: Atender a diretriz de acolhimento, inserção de faixas coloridas e atualização de placas de sinalização afim de facilitar a orientação de pacientes e visitantes, além de melhorar o atendimento à população que circula na unidade.

Implantação do Voluntariado

Objetivo: Formalizar o trabalho voluntário desenvolvido na unidade e execução de tarefas destinadas a melhoria na qualidade dos pacientes em observação. Além de proporcionar uma melhor interação entre os usuários, elevando a autoestima e auxiliando nos processos referentes a transferências, internações e doença.

Implantação de Visitas Multidisciplinares nas Unidades de Pronto Atendimento

Objetivo: Atender a diretriz da UPA, fornecendo maior discussão sobre o estado de saúde com o paciente e seus familiares, tornando-o participativo dos processos tomados a respeito do seu tratamento.

Revitalização estrutural

Objetivo: Atender a diretriz de ambiência, visando proporcionar um espaço de acolhimento e tranquilidade aos pacientes em tratamento na unidade.

Projeto de Educação no Trânsito

Objetivo: Conscientizar pedestres, motociclistas e motoristas acerca dos riscos da condução e seu desenvolvimento no trânsito, por meio de palestras e ações externas.

Projeto Jardim Sensorial

Objetivo: Promover contato do usuário com a natureza durante o seu tratamento contribuindo com seu processo de tratamento.

Projeto de “Sala de Espera”

Objetivo: Promover palestras educativas na Recepção principal da UPA, tornando o processo de espera agradável e informativo aos usuários.

Desenvolvimento de Palestras Educativas em Saúde para público externo

Objetivo: Proporcionar maior aproximação da Unidade com a comunidade em geral promovendo palestras educativas em escolas, Universidades, UBS’s sobre práticas de saúde de acordo com a solicitação das instituições.

Projetos com foco nos colaboradores

Projetos de retenção de talentos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Objetivo: O projeto de retenção de talentos visa a criação do sentimento de pertencimento nos colaboradores bem como contribuir para a construção de um clima organizacional harmonioso e saudável, aumentando a satisfação deste colaborador. Para este fim, a instituição contará com os seguintes projetos: Projeto Desenvolvendo Aprendizes, Mais que Inclusão (PCD), Café com a Diretoria, Aniversariantes do Mês, Unidade Visita Você, Dia do Profissional, Fala Colaborador, UMA escuta e Projeto Qualidade de Vida.

Projeto Desenvolvendo Aprendizes

Objetivo: Desenvolver o aprendiz administrativo no que tange sua formação pessoal e profissional, com intuito de proporcionar ampliação de visão de mundo, além do aumento da bagagem cultural, visando absorver futuros colaboradores mais preparados e coesos com as competências organizacionais corporativas e/ou prepará-los para o mercado profissional externo. Para isso, acontecerá mensalmente encontros para discutir temas pertinentes à especificidade do cargo e faixa etária como por exemplo: marketing pessoal, trabalho em equipe, comunicação dentre outros. Esses temas são discutidos em forma de treinamento, rodas de conversas e dinâmicas de grupo.

Projeto Mais que Inclusão (PCD)

Objetivo: A ação é uma estratégia de inclusão, desenvolvimento pessoal e profissional, além de proporcionar um espaço de escuta de dificuldades e outras demandas. Sua importância é evidenciada pela necessidade de promover ainda mais a inclusão, desmistificar preconceitos e apoiar à superação de limitações e dificuldades, criando um ambiente seguro, confiável e transformador.

Projeto Café com a Diretoria

Objetivo: O projeto Café com a Diretoria é uma estratégia de aproximação entre o corpo de colaboradores e a diretoria, diminuindo a distância de hierarquia e aumentando a comunicação e vínculo entre os participantes. O projeto visa proporcionar a todos os colaboradores a oportunidade de aproximação com a diretoria, através de um diálogo descontraído, sinalizando as problemáticas da entidade, propondo sugestões de melhoria e a partir das demandas apontadas, realizar planos de ação às necessidades apresentadas.

Projeto Aniversariantes do Mês

Objetivo: Realizar encontros mensais para comemoração dos aniversários dos colaboradores (do mês vigente). A importância do projeto se dá pela promoção da valorização do colaborador, através do reconhecimento e comemoração de uma data importante, proporcionando um momento de descontração e distração da rotina por iniciativa da empresa. Investir no desenvolvimento de ações de reconhecimento e motivação do colaborador contribuem diretamente para a satisfação do mesmo e consequentemente, promove a retenção de talentos e a construção de um bom clima organizacional.

Projeto Unidade visita você

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Objetivo: Projeto voltado aos colaboradores afastados, seja por motivos de saúde ou licença maternidade. A ação será realizada de forma online, onde o RH junto a medicina do trabalho e o gestor do colaborador afastado entram em contato com o colaborador a fim de proporcionar um momento de escuta, descontração e alívio de possíveis sintomas de ansiedade, receios e dúvidas, além de evidenciar ao profissional que a empresa se importa e está à disposição.

Projeto Dia do Profissional

Objetivo: O Dia do Profissional é um projeto mensal que consiste na entrega de uma homenagem singela aos colaboradores no dia de sua profissão. O intuito é promover a valorização e reconhecimento do colaborador, gerando motivação e senso de pertencimento no mesmo.

Projeto Fala Colaborador

Objetivo: O Fala Colaborador é um projeto estratégico do setor de Recursos Humanos, sendo uma das principais ferramentas de comunicação com o colaborador. O projeto promove o desenvolvimento do vínculo entre colaborador e Recursos Humanos, possibilitando um canal aberto, transparente e de confiança entre as partes, reduzindo os muros burocráticos e aproximando-os da gestão de pessoas. Através deste projeto, o colaborador possui a oportunidade de expressar suas opiniões, sugestões de melhoria, possíveis reclamações e elogios para o hospital, possibilitando planos de ações de melhoria.

Projeto UMA Escuta

Objetivo: Oferecer acolhimento por meio de uma escuta humanizada, em resposta a uma demanda voluntária do colaborador ou encaminhada pelo gestor. O acolhimento é conduzido pela Psicóloga Organizacional durante o expediente de trabalho. No caso de identificação da necessidade de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico durante a escuta, o colaborador será encaminhado aos serviços de saúde apropriados por meio de um informativo fornecido, contendo informações sobre locais públicos que oferecem esse acompanhamento de forma gratuita.

Projeto Qualidade de Vida

Objetivo: O projeto Qualidade de Vida (PQV) é um conjunto de ações voltadas à promoção de hábitos saudáveis entre os colaboradores. Assim, é possível construir um ambiente de trabalho que valoriza e incentiva o bem-estar das pessoas, tornando-as protagonista. O projeto é uma iniciativa do RH com apoio da Medicina do Trabalho e demais setores que apoiem a promoção da saúde física e mental, além de equilíbrio no âmbito pessoal e trabalho. O projeto visa realizar semestralmente turmas, mediante inscrição prévia. Estes colaboradores participarão de ações semanais que visem a promoção da saúde física e mental. Para tanto, conta-se com o apoio dos profissionais residentes, estagiários, médico do trabalho e psicólogas do setor de Recursos Humanos.

Referências

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf. Acesso em: 27 de dez de 2023;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Normalização. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 1ª ed., 1ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.268 p., il. – (Cadernos Humaniza SUS; v. 3). Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 27 de dez de 2023;

BRASIL. Portaria Nº 1.820, de13 de agosto de 2009 - Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

Compromisso com a Sustentabilidade

Gestão Ambiental no INDSH

O INDSH mantém um setor de Gestão Ambiental estruturado, que adota um Manual de Boas Práticas Ambientais e segue nove princípios biocêntricos. A abordagem integrada garante que todas as ações locais sejam planejadas considerando seus impactos globais, alinhando-se às mais recentes descobertas científicas e às diretrizes do Painel Governamental de Controle do Clima da ONU.

Nove Princípios Biocêntricos do INDSH:

Praticar sempre a abordagem sistêmica.

Promover o uso racional dos recursos renováveis e não renováveis.

Incentivar o consumo consciente.

Gerenciar de forma eficiente todos os resíduos produzidos.

Monitorar e reduzir os impactos ambientais dos resíduos.

Estimular a busca contínua por novos conhecimentos.

Preservar e valorizar as riquezas naturais e culturais regionais.

Promover uma liderança inovadora e participativa.

Atuar como agente de educação ambiental, incentivando reflexões e mudanças de hábito.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Transição Energética e Sustentabilidade no INDSH

Registro Público de Emissão de GEE

Desde 2010, o INDSH publica anualmente um relatório sobre emissão e controle de Gases de Efeito Estufa (GEE). Todas as unidades administradas – incluindo a sede administrativa – são certificadas pelo FGVCes (Centro de Estudos de Sustentabilidade da Fundação Getúlio Vargas) com o Selo Ouro do Greenhouse Gas Protocol (GHG), garantindo auditoria independente e transparência no compromisso ambiental.

O Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH) é uma organização social de saúde responsável pela gestão de unidades públicas de saúde em diversas esferas governamentais. Em alinhamento com suas metas estratégicas, o INDSH prioriza a sustentabilidade e a responsabilidade ambiental, adotando iniciativas que reduzam impactos ambientais e promovam eficiência operacional.

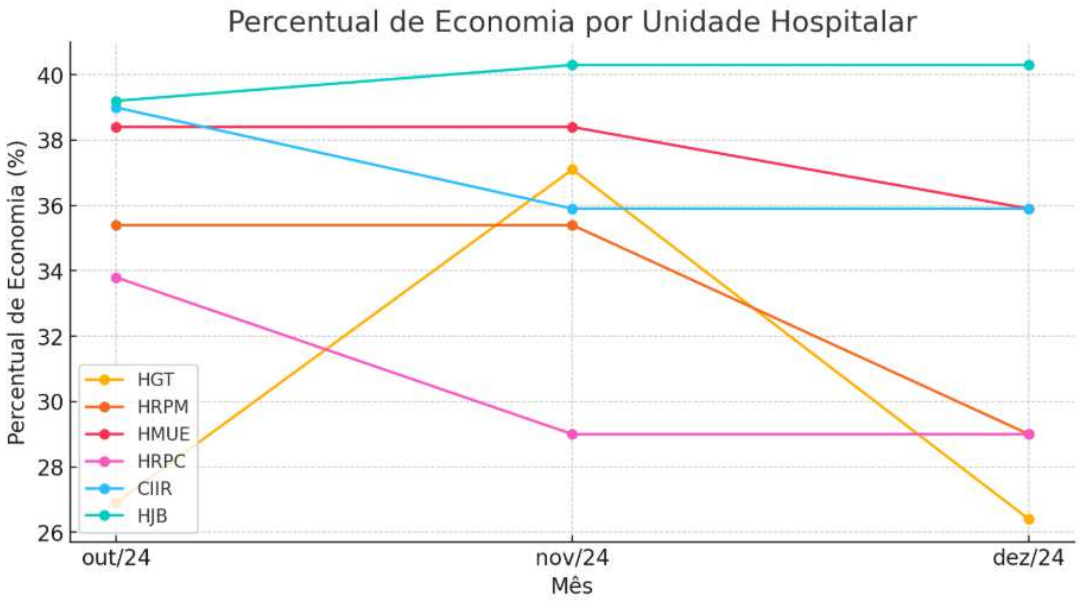
Uma das principais ações nesse sentido foi a migração das unidades hospitalares para o Mercado Livre de Energia, proporcionando benefícios ambientais e econômicos. A transição permitiu a utilização de energia limpa, que gera pouca ou nenhuma emissão de gases do efeito estufa, reduzindo significativamente os impactos ambientais em comparação com fontes fósseis, como carvão e petróleo.

Além da questão ambiental, essa mudança trouxe uma economia média de aproximadamente **35% nos custos de energia**, permitindo uma gestão mais eficiente dos recursos públicos. A liberdade para escolher fornecedores também possibilitou maior previsibilidade financeira e segurança energética para as unidades de saúde.

Outro fator relevante é que essas unidades possuem o Certificado de Energia Renovável emitido pela CEMIG, garantindo que o consumo energético dessas instituições é proveniente de fontes renováveis, reforçando o compromisso com a sustentabilidade e a redução da pegada de carbono.

O gráfico a seguir ilustra a economia percentual obtida por cada unidade hospitalar durante o período de análise:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Essa iniciativa reforça o compromisso do INDSH com a sustentabilidade e a melhoria contínua na gestão dos serviços de saúde, garantindo qualidade no atendimento à população sem comprometer o meio ambiente.

Certificação Internacional de Energia Renovável

Seis unidades de saúde administradas pelo INDSH aderiram a fontes de energia limpa e renovável, obtendo o certificado internacional Renewable Energy Certificate (I-REC). Esse reconhecimento atesta a origem da energia utilizada, também conhecida como Energia Verde, garantindo redução de mais de 30% nos custos energéticos e direcionando os recursos economizados para a melhoria da assistência aos pacientes.

Unidades certificadas:

Hospital Jean Bitar (Belém/PA);

Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (Ananindeua/PA);

Hospital Regional Público do Marajó (Breves/PA);

Hospital Regional Público dos Caetés (Capanema/PA);

Hospital Geral de Tailândia (Tailândia/PA);

Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação (Belém/PA);

Hospital São Vicente de Paulo (Campina Verde/MG) – Projeto implantado, aguardando certificação.

Além disso, essas unidades possuem o Certificado de Energia Renovável emitido pela CEMIG, atestando o compromisso com uma matriz energética sustentável.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Projeto Guardião Azul: Conscientização Socioambiental e Educativa

Lançado em 2022, o Guardião Azul é um projeto socioambiental que incentiva ações sustentáveis nas unidades de saúde administradas pelo INDSH.

🟢 Resultados da Primeira Fase (2022-2023):

✔ Implementação de 65 ações voltadas à sustentabilidade.

✔ Aprimoramento da gestão de resíduos e do consumo de recursos.

✔ Redução da emissão de Gases de Efeito Estufa (GEE) sem comprometer a qualidade dos serviços.

🔵 Segunda Fase (2024):

A expansão do projeto contempla 15 unidades, um crescimento de 35% em relação à fase anterior, e está alinhada à realização da COP 30, em Belém (PA). Todas as ações são acompanhadas pelo Serviço de Inteligência Ambiental (SIA), garantindo o cumprimento das metas ambientais.

O nome Guardião Azul remete à Terra e à urgência da proteção de seus biomas, consolidando o papel do INDSH como protagonista da sustentabilidade no setor de saúde.

O Projeto Guardião Azul é uma iniciativa de cunho socioambiental e educativo, desenvolvido pela equipe SIAmbiental em parceria com o INDSH. Criado com o objetivo de fortalecer a relação entre um meio ambiente equilibrado e o desenvolvimento de uma vida saudável para todos, o projeto teve sua primeira edição aplicada ao longo dos anos de 2022 e 2023.

Com adesão obrigatória para todas as instituições administradas pelo INDSH, o Guardião Azul busca promover a consciência ambiental, incentivando a sustentabilidade nas práticas institucionais e no cotidiano das unidades de saúde. O projeto reconhece que a qualidade do meio ambiente está diretamente ligada à qualidade de vida da população, reforçando a importância da preservação dos recursos naturais para a promoção da saúde.

Dentre as principais diretrizes do Guardião Azul, destacam-se:

Educação Ambiental: Ações de conscientização sobre o impacto das atividades humanas no meio ambiente e sua relação com a saúde pública.

Gestão Sustentável: Implementação de boas práticas para redução de desperdícios, otimização de recursos naturais e utilização eficiente da energia.

Incentivo à Reciclagem: Adoção de programas de coleta seletiva e reaproveitamento de materiais dentro das unidades de saúde.

Promoção de Ações Sustentáveis: Fomento a práticas e parcerias que visam à sustentabilidade e responsabilidade socioambiental.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Engajamento da Comunidade: Envolvimento de pacientes, colaboradores e comunidade no compromisso com a preservação ambiental.

Os hospitais administrados pelo INDSH, além da Sede Administrativa, são certificados com o Selo Ouro do Programa Brasileiro Greenhouse Gas Protocol (GHG) da Fundação Getúlio Vargas, concedido a quem divulga, anualmente, inventários sobre emissão de Gases de Efeito Estufa (GEE).

Ao longo da primeira edição, o Guardião Azul impactou positivamente as instituições administradas pelo INDSH, promovendo mudanças significativas nos processos internos e incentivando uma cultura de responsabilidade socioambiental.

Com base nos resultados alcançados, o projeto continuará sendo aprimorado e expandido, reforçando a missão de integrar sustentabilidade e saúde, garantindo um futuro mais consciente e equilibrado para todos.

Projetos de Sustentabilidade em Destaque

Destaque Nacional no 17º Seminário Hospitais Saudáveis (2024)

O Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação (CIIR) foi reconhecido no evento realizado no Rio de Janeiro, apresentando o projeto "Guardião Azul: Uma Ferramenta para Aplicar o ESG em Uma Unidade de Saúde da Região Amazônica".

Horta Hospitalar no Hospital Regional Público do Marajó (HRPM)

O projeto de Horta Hospitalar, implantado no HRPM (Breves/PA), conquistou o Prêmio Amigo do Meio Ambiente – PAMA, ficando entre os 15 melhores projetos apresentados no evento Hospitais Saudáveis. Essa iniciativa é vinculada à organização internacional Health Care Without Harm (Saúde Sem Dano).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CAVALCANTI OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Produção de Sabão Ecológico – CIIR (Belém/PA)

Em julho, o CIIR promoveu uma oficina de produção de sabão ecológico a partir do óleo de cozinha reutilizado. A ação foi conduzida pela Comissão de Sustentabilidade, incentivando boas práticas ambientais e a conscientização da comunidade.

Compromisso Contínuo com a Sustentabilidade

As iniciativas do INDSH refletem seu compromisso com a preservação do meio ambiente, a eficiência energética e a gestão sustentável de recursos. A busca por certificações, a implementação de projetos inovadores e a adesão a fontes renováveis consolidam a instituição como referência em humanização e sustentabilidade na saúde pública.

Cuidar do meio ambiente é cuidar da vida!

Proposição de outros serviços relacionados à UPA

Projetos Assistenciais e/ou sociais

Proposição de projetos assistenciais de saúde e/ou sociais

O INDSH implantará como modelo de projeto assistencial e/ou social um programa de educação em saúde voltado para a comunidade local. Este projeto poderia incluir uma série de atividades e iniciativas destinadas a promover a conscientização sobre temas de saúde relevantes, oferecendo informações e recursos para ajudar as pessoas a adotarem hábitos de vida mais saudáveis e a prevenir doenças.

Apresentamos abaixo um esboço de como esse projeto social poderia ser estruturado:

Palestras educativas: Organização de palestras periódicas ministradas por profissionais de saúde da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) sobre temas como prevenção de doenças, alimentação saudável, cuidados com a saúde mental, prevenção de acidentes, entre outros.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO COLLI FEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Oficinas práticas: Realização de oficinas práticas sobre tópicos específicos, como técnicas de primeiros socorros, exercícios físicos adequados, preparação de refeições saudáveis, controle do estresse, entre outros.

Campanhas de conscientização: Promoção de campanhas de conscientização sobre questões de saúde pública, como vacinação, combate ao tabagismo, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras.

Eventos comunitários: Organização de eventos comunitários, como feiras de saúde, onde os moradores podem receber avaliações de saúde gratuitas, consultas médicas básicas, orientações sobre programas governamentais de saúde, distribuição de materiais educativos, entre outros.

Parcerias com instituições locais: Estabelecimento de parcerias com escolas, igrejas, associações de moradores e outras instituições locais para ampliar o alcance das atividades educativas e maximizar o impacto do projeto na comunidade.

Monitoramento e avaliação: Implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação para acompanhar o progresso do projeto e avaliar sua eficácia em atingir os objetivos de educação em saúde e promoção da saúde na comunidade.

A partir do perfil da Unidade, avaliando as necessidades mais prementes do dia a dia, será possível implantar programas e campanhas que sejam complementares à gestão.

Essas ações devem ser estabelecidas a partir de contato com gestores públicos, com a própria população e a partir da sensibilidade do gestor da Unidade, para que essa complementaridade seja impactante, necessária e principalmente traga resultados concretos.

A proposta do INDSH é implantar pelo menos cinco ações permanentes, ligadas ao perfil epidemiológico da cidade.

Sem contar as ações obrigatórias do Calendário do Ministério da Saúde.

Portanto, mais importante que definir ações a priori, é identificar carências e conhecer profundamente a realidade local e as lacunas de saúde existentes.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

1 - SAÚDE DO HOMEM / SAÚDE DA MULHER

Introdução

No contexto de abordagem da linha de cuidado da saúde da mulher que contempla temas como pré-natal, puerpério e aleitamento materno, até planejamento reprodutivo, climatério e atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual. Assim como na saúde do homem que abrange cessação de tabagismo e abuso de álcool, prevenção de acidentes, prevenção de neoplasias, com ênfase ao câncer de próstata. Ambos salientam a importância de abordar as pessoas em momentos diferentes da vida sempre com foco na prevenção e detecção precoce de patologias mais frequentes nessa população.

Pensando nisso apresentamos o projeto da Saúde da Mulher e do Homem voltado para atendimento à população do município nos meses de outubro e novembro, respectivamente.
Serão oferecidos:

Atendimento ambulatorial: Enfermagem; Nutricionista; Ginecologia; Proctologia; Urologia; Clínica Médica

Procedimentos oferecidos: Palestras educativas em saúde para população e colaboradores; Coleta de Papanicolau; Realização de PSA; Ultrassonografia; Aferição de Pressão Arterial; Aferição de Glicemia

Objetivo

Implantar o ambulatório da Saúde da Mulher e Saúde do Homem nos meses das campanhas nacionais.

Realizar abordagem integral com humanização, solidariedade e cidadania.

Proporcionar para a população atendimento eficiente para avaliação, estimar riscos apresentados.

Profissionais: Enfermagem; Médicos; Serviço Social; nutricionista

Funcionamento:

Segunda a Sábado nos meses de outubro e novembro: 7-19h.

2 - CUIDAR FAZ BEM

Introdução

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a DCNT de maior relevância clínica e a maior causadora de eventos cardíacos agudos, como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). O estilo de vida de pessoas acometidas por HAS deve ser alvo de modificações de caráter não apenas curativo, mas principalmente, preventivo (RIBEIRO et al.).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior magnitude na atualidade. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial.

É um importante fator de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares. A alimentação saudável é importante na prevenção da obesidade e de muitas doenças, como a hipertensão arterial. O diabetes mellitus é considerado uma doença crônica de grande impacto na atualidade.

Com o propósito de reduzir os índices de morbimortalidade, o Ministério da Saúde adotou medidas para executar ações de melhoria de atendimento a pacientes com hipertensão e diabetes mellitus (SILVEIRA et al.).

A importância do DM e da HAS como problemas globais de saúde pública é hoje bem reconhecida internacionalmente. São doenças crônicas, pois se caracterizam por ser de longa duração e por ser incurável.

São responsáveis por complicações como o acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, doença renal crônico terminal, amputações de membros inferiores e cegueira, complicações que geram custos médicos e socioeconômicos elevados (CARVALHO).

O tratamento da DM e da HAS inclui orientação e educação em saúde, modificações no estilo de vida e, se necessário, o uso de medicamentos. As orientações são necessárias, tanto no que se refere ao tratamento medicamentoso quanto ao não medicamentoso.

A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da glicemia e da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento (ALMEIDA; GARBINATO; REGINA)

Metodologia da ação

A abordagem ao usuário é multiprofissional e interdisciplinar, na qual cada profissional realiza sua avaliação e posteriormente, em conjunto, são traçadas as metas e desenvolvidas as ações necessárias para a manutenção e/ou recuperação da saúde.

Será realizado palestras para comunidade e orientações pela equipe multidisciplinar, ações chamadas de "Dia D" além de palestras, será feito um trabalho junto com a equipe de "Pescaria dos Alimentos", onde cada participante "pesca" alimentos que contém um desenho de um alimento saudável ou não.

Após será discutido entre o grupo se esse alimento iria para uma cartolina vermelha (EVITAR O CONSUMO), amarela (CONSUMIR COM MODERAÇÃO) ou verde (PREFERIR O CONSUMO), assim

Assinado por 2 pessoas: DANILO CARVALHO OLIVEIRA e JOSE CARLOS RIZOLI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

construímos também cartazes com desenho desses alimentos. No final da reunião entregamos um folder com as imagens dos alimentos e os benefícios e/ou malefícios dos alimentos trabalhados nos grupos.

Todo esse processo será desdobrado para os demais programas como orientação em relação a amamentação, cuidado da saúde do idoso, da mulher do homem, entre outros.

Expectativa

Todo processo está voltado a educação em saúde, visando sempre melhoria da qualidade de vida e reduzir complicações evitáveis.

Custo do projeto

A proposta é utilizar os profissionais da unidade para orientações nas sus respectivas áreas, sendo emitido certificados pela direção para o colaborador, e todo processo ser divulgado na página do INDSH, forma de demonstrar o trabalho do colaborador para a demais unidades do INDSH.

Referência

RIBEIRO et al. Qualidade de vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Rio de Janeiro, v.39, n.105, p.432-439, 2015.

SILVEIRA et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. Caderno de Saúde Coletiva, v.21.

ALMEIDA, M.C., A.P.M. GARBINATO, L.R. A assistência farmacêutica no atendimento aos pacientes do hiperdia do ESF 18 e 19 da cidade de Dourados/MS. Interbio, Mato Grosso do Sul, v.6.

CARVALHO, C.G. Assistência de Enfermagem aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: educação em saúde no programa hiperdia. escientia, Minas Gerais, v.5.

3 - SORRISO SAUDÁVEL



Introdução

Promoção de saúde é uma área empolgante da interface entre saúde e sociedade. Atualmente, grande ênfase tem sido dada as estratégias voltadas para a melhoria das condições de saúde por meio de mudanças dos padrões e modos de vida da população.

Melhorar condições de saúde e reduzir as desigualdades em saúde implica, necessariamente, o envolvimento ativo de profissionais para prevenção e promoção de saúde bucal.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A maior parte da demanda ocorre com crianças de 5 a 12 anos proveniente de famílias de baixa condição socioeconômica (GONÇALVES 2017).

Metodologia da Ação

Levantamento dos atendimentos na unidade do público dessa faixa etária;

Organização de oficinas lúdicas e com linguagens claras tanto para as crianças como para os responsáveis.

Ter participação da equipe multidisciplinar para análise do contexto social e estruturar as melhores orientações.

Fazer o ESCOVÓDROMO para orientações com brincadeiras.

Expectativa

Maior adesão desse público no processo de higiene bucal, reduzindo assim extrações desnecessárias e prestando um trabalho de educação em saúde.

A proposta é utilizar os profissionais da unidade para orientações nas suas respectivas áreas, sendo emitido certificados pela direção para o colaborador, e todo processo ser divulgado na página do INDSH, forma de demonstrar o trabalho do colaborador para a demais unidades do INDSH.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde, 2012.

4 - CAMPANHA PARA REDUZIR SUBNOTIFICAÇÃO E CASOS DE DENGUE E ZIKA



Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Como será implantada - Ação preventiva desenvolvida pela Comissão de Controle e Infecção Hospitalar (CCIH) para disseminar informações sobre formas de se evitar a dengue, por meio de palestras na recepção e distribuição de material impresso.

Benefícios - Reduzir os casos da doença e aumentar as notificações, o que auxilia no planejamento e execução das políticas públicas de combate à doença.

5 - CAPACITAÇÃO DE PROFESSORES PARA PRIMEIROS SOCORROS NAS ESCOLAS DA COMUNIDADE



Como será Implantado - Treinamento oferecido para docentes em escolas municipais, estaduais e particulares, para que estes possam atuar em eventual situação de urgência no ambiente escolar, antes da chegada do paciente ao hospital.

Benefícios - Auxiliar em casos de traumas, ferimentos, deteriorações clínicas e outros eventos emergenciais, ocorridas com alunos e colaboradores.

6 - NATAL SOLIDÁRIO



Como será implantado - Com envolvimento voluntário de funcionários e comunidade, arrecadar brinquedos e alimentos, entregues a grupo de famílias carentes convidadas, após avaliação do Serviço Social e de Psicologia da Unidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Benefícios - Apoio a comunidades carentes e incentivo ao voluntariado.

7 - MINIPALESTRAS SOBRE HÁBITOS SAUDÁVEIS



Como será implantado – Abordagens a pacientes e acompanhantes na recepção da Unidade, com minipalestras de aproximadamente 15 minutos, ministradas diariamente por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas.

Benefícios - Conscientização sobre hábitos saudáveis e prevenção de doenças, atingindo dezenas de pessoas diariamente.

8 - PALESTRAS GRATUITAS VOLTADAS PARA ESTUDANTES, PROFISSIONAIS DA SAÚDE E COMUNIDADE



Como será implantado – Palestra gratuitas promovida por convidados do INDSH, em locais de acesso livre, com inscrições gratuitas, sobre temas ligados à gestão da área da Saúde. O ingresso será estipulado em alimentos não-perecíveis, que deverão ser encaminhados a entidades beneficentes do município.

Benefícios – Difusão de conhecimento e aproximação com a comunidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CAVALCANTI OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

2.8 Protocolos Aplicados para o Serviço de Urgência / Emergência

Proposta para o serviço de acolhimento e classificação de risco dos usuários na unidade

O acolhimento é uma estratégia essencial para melhorar a qualidade do atendimento em saúde, promovendo uma relação mais humanizada entre usuários e profissionais. Este documento propõe a implementação de um programa de acolhimento na Unidade, visando otimizar a experiência do usuário e garantir um atendimento mais eficiente.

Objetivos

Humanização do Atendimento: Proporcionar um ambiente acolhedor e empático.

Redução do Tempo de Espera: Melhorar a triagem e encaminhamento de casos.

Aumento da Satisfação do Usuário: Elevar a percepção dos usuários sobre os serviços oferecidos.

Metodologia

A) Capacitação da Equipe

Treinamentos: Realizar workshops e capacitações sobre acolhimento e comunicação empática.

Palestras: Convidar especialistas para falar sobre humanização no atendimento.

B) Estrutura Física

Espaço de Acolhimento: Criar uma área específica na Unidade para receber os usuários, com mobiliário confortável e ambiente amigável.

Sinalização Clara: Melhorar a sinalização para facilitar a orientação dos usuários.

C) Processo de Acolhimento

Recepção Inicial: Todos os usuários serão recebidos por uma equipe de acolhimento, que fará uma triagem inicial para identificar necessidades.

Escuta Ativa: Implementar técnicas de escuta para entender as queixas e expectativas dos usuários.

Encaminhamentos: Realizar encaminhamentos ágeis para os profissionais responsáveis, conforme a necessidade identificada.

D) Monitoramento e Avaliação

Questionários de Satisfação: Aplicar formulários para coletar feedback dos usuários sobre o atendimento.

Reuniões de Avaliação: Realizar reuniões periódicas com a equipe para discutir os resultados e melhorias necessárias.

Política e Premissas Básicas de Acesso

A Classificação de Risco integra a proposta de uma política de assistência eficaz das Unidades de Saúde administrados pelo INDSH. É um processo de gestão do risco clínico, atua como um dispositivo de intervenção e pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolos pré-estabelecidos, do grau de necessidade do usuário,

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada ao Serviço de Emergência.

Seguindo as premissas do SUS, o acolhimento é um dos principais conceitos-chaves na Política Nacional de Humanização no SUS – Humaniza SUS – PNH, e deve ser reconhecido na compreensão de legitimidade e singularidade da necessidade de saúde do cliente sustentando a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações assegurando, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. Assim, o usuário que procurar o serviço de urgência/emergência deverá ser acolhido pelos colaboradores da Unidade, portaria e/ou recepção e posteriormente ser encaminhado para classificação de risco.

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Agirá como um instrumento de humanização.
A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo.

Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/ doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações. A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

De acordo com o protocolo de Manchester, porém adaptado ao perfil de cada serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde, é executada por Enfermeiros de acordo com a resolução Nº 423/2012 do Conselho Federal de Enfermagem-COFEN, que integram o quadro funcional do Serviço, antecedendo o atendimento médico.

Esse método permite saber a gravidade do estado de saúde dos pacientes, seu potencial de risco, o grau de sofrimento, entre outras informações, tendo como base os seguintes critérios de classificação: Sinais de alerta (choque, palidez, cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação e intensidade da dor), queixa principal e sinais vitais.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

As emergências são priorizadas e direcionadas para sala própria.

A identificação da priorização do atendimento é feita por pulseira colorida autoadesiva, aplicada pelo Enfermeiro durante a avaliação na sala de Classificação de Risco. Eventuais atrasos no tempo de espera serão informados aos usuários pelo Enfermeiro. Reavaliações estão previstas, levando-se em conta que a classificação é dinâmica.

Missões do Acolhimento com Classificação de Risco

1 - Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência;

2 - Humanizar o atendimento;

3 - Garantir um atendimento rápido e efetivo.

Equipe

Equipe multiprofissional: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção e estagiários.

Atribuições da Equipe necessária para o ACCR:

Médicos Dos Consultórios De Classificação De Risco:

Acolher o usuário de forma responsável, escutando as suas queixas, os medos e expectativas;

Responsabilizar-se em responder de forma pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a possibilidade de ofertas do serviço;

Realizar o atendimento aos usuários vítimas de violência física e sexual, conforme protocolo da unidade em conjunto com o serviço social e a enfermagem;

Solicitar exames nos pedidos marcados pelas cores, conforme fluxo interno da unidade pactuado com o SADT, estando de acordo com a classificação do paciente, através do Protocolo Estadual de Classificação de Risco

Trabalhar sempre em equipe, buscando a integração de todos os profissionais de saúde;

Reavaliar os usuários das áreas verde e amarela, respeitando os tempos estabelecidos neste documento, objetivando uma assistência eficiente e resolutiva;

Redigir relatório médico para admissão de pacientes no SAD e para Central de Regulação com caligrafia legível, procurando resumir o quadro clínico de forma objetiva e que conste: o atual estado do paciente, a justificativa da solicitação e as condutas já adotadas. Se a permanência do paciente ultrapassar 24 h, deverá ser redigida um novo relatório para atualização do sistema de regulação; -Participar de reuniões e colegiado da unidade, estimulando o envolvimento dos demais colegas na gestão e do processo de trabalho.

Assinado por 1 pessoa: JOAO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Enfermeiro Da Sala De Classificação De Risco:

Acolher o usuário de forma responsável, escutando as suas queixas, os medos e expectativas;

Responsabilizar-se em responder de forma pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a possibilidade de ofertas do serviço;

Realizar o atendimento aos usuários vítimas de violência física e sexual, conforme protocolo da unidade em conjunto com o serviço social e o médico;

Classificar o risco do paciente com rapidez e eficiência, através de objetividade nas perguntas, observação aguçada, olhando e interagindo com o paciente, interessando-se pelo que ele traz;

Utilizar ficha de anamnese padronizada do Protocolo Estadual de Classificação de Risco com o objetivo de classificar o usuário em até 03 minutos, dando celeridade ao processo;

Após classificação do usuário, identificá-lo com a pulseira com a cor correspondente, bem como o seu acompanhante com uma pulseira de cor branca, não permitindo aglomerações de pessoas no espaço da emergência. Sugere-se a permissão de apenas 01 acompanhante por paciente, quais sejam: menores de 18 anos, maiores de 60 anos ou pacientes que se enquadram nos critérios de Atendimento Prioritário;

Identificar a ficha de classificação de risco com adesivo da cor correspondente (azul, verde, amarelo e vermelho);

Procurar relacionar-se de forma harmônica com seus colegas de trabalho e com toda a equipe do acolhimento;

Participar de reuniões e colegiado da unidade, estimulando o envolvimento dos demais colegas na gestão e do processo de trabalho.

Técnico De Enfermagem:

Atender ao usuário de forma cordial, acolhedora e educada,

Responsabilizar-se em responder de forma pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a possibilidade de ofertas do serviço;

Ficar na recepção para o acolhimento e identificação de possíveis situações de urgência, realizando os sinais vitais, observando o paciente e liberando-o para a sala de classificação de risco, quando julgar prioridade;

Encaminhar ao enfermeiro as informações obtidas para que este possa classificar o risco de acordo com o Protocolo de Classificação de Risco;

Procurar relacionar-se de forma harmônica com seus colegas de trabalho e com toda a equipe do acolhimento;

Participar de reuniões e colegiado da unidade, estimulando o envolvimento dos demais colegas na gestão e do processo de trabalho.

Assistente Social:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Informar e orientar o paciente, acompanhante e/ou responsável quanto à dinâmica de funcionamento e normas da unidade;
Praticar escuta responsável, qualificada e reflexiva em todos os atendimentos que realizar, acerca da demanda, necessidade do paciente ou familiar;
Atendimento psicossocial ao paciente e/ou acompanhante/visitante nas seguintes situações: diagnóstico e/ou prognóstico grave, conflito intrafamiliar, negligência da família quanto aos cuidados com o paciente, dificuldade em levar o paciente por ocasião de alta hospitalar, abandono e óbito. Solicitar e/ou intervir juntamente com a psicologia, caso necessário;
Contatar e referenciar o paciente pós-alta hospitalar ao Centro de Saúde, Equipe ESF de sua referência, articulando a continuidade da atenção na rede SUS;
Orientar e encaminhar o paciente/familiar ou responsável, quanto aos direitos sociais, previdenciários, Defensoria Pública e Direitos humanos;
Orientar os usuários quanto aos seus direitos previdenciários: auxílio-doença, perícia médica, procedimentos para solicitação de aposentadoria, LOAS, Bolsa Família, dentre outros;
Ser a referência para a informação aos usuários, escuta qualificada aos usuários, postura acolhedora, junto aos outros profissionais de saúde e de apoio;
Articular a continuidade da atenção na rede SUS e na rede de proteção social, mediante encaminhamentos com garantia de atendimento na unidade de saúde específica, via contato telefônico prioritariamente;
Atualizar informações sobre a rede SUS locorregional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários e manutenção do Manual do Acolhedor (sugerimos a elaboração deste em conjunto com o Distrito Sanitário em que está localizada a unidade);
Identificar cuidadores, condições de moradia, avaliar área de risco, unidade de saúde de referência/PSF, realizando interlocução com médico para admissão no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD);
Realizar atendimento aos usuários vítimas de violência sexual, juntamente como médico e o enfermeiro, sejam crianças, adolescentes e mulheres, conforme protocolo interno da unidade, anexando a "ficha de notificação de violência";
Procurar relacionar-se de forma harmônica com seus colegas de trabalho e com toda a equipe do acolhimento;
Participar de reuniões e colegiado da unidade, estimulando o envolvimento dos demais colegas na gestão e do processo de trabalho.

Processo de Classificação
É a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Usuário procura o serviço de urgência.
É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.
Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário.

Critérios De Classificação
1 - Apresentação usual da doença;
2 - Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
3 - Situação – queixa principal;
4 - Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O2 – escala de dor - escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
5 - Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

Avaliação Do Paciente
(Dados coletados em ficha de atendimento)
Queixa principal
Início – evolução – tempo de doença
Estado físico do paciente
Escala de dor e de Glasgow
Classificação de gravidade
Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios
Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O2

Objetivos da Classificação de Risco
Promover uma escuta qualificada do usuário e acompanhante que procura os serviços de urgência/emergência;
Sistematizar a classificação de risco mediante protocolo, baseado na queixa dos usuários, sinais de alerta proporcionando um atendimento equânime;
Assegurar a classificação do risco do paciente mediante o tempo de atendimento estabelecido (cor da pulseira de classificação);

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Personalizar o atendimento no Serviço de Emergência, priorizando o atendimento de pacientes por condição clínica;
Diminuir os riscos decorrentes da morosidade no atendimento;
Organizar o fluxo de pacientes;
Direcionar o paciente para especialidade médica conforme queixa principal.
Gerenciar o tempo de espera;
Melhorar continuamente o atendimento no Serviço de Emergência e Urgência;
Proporcionar melhores condições de trabalho à equipe interdisciplinar.
Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência;
Humanizar o atendimento;
Garantir um atendimento rápido e efetivo.
Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência;
Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.
Processo dinâmico de identificação dos usuários com potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada que necessita de tratamento de emergência ou urgência. O objetivo da classificação dos riscos não é definir um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, de modo a facilitar a gestão da clínica e a gestão do serviço. A prioridade da assistência é realizada por meio da estratificação de risco por cores:

Prioridade	Característica	Definição	Cor	Tempo de Atendimento
0	Emergência	Risco imediato de perder a vida	Vermelho	**IMEDIATO**
1	Muito Urgente	Condição que pode se agravar, necessita de atendimento quase imediato	Laranja	**Até 10 minutos**

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

2	Urgente	Necessita de atendimento rápido, mas podem aguardar	Amarelo	**Até 60 minutos**
3	Pouco Urgente	Sem risco imediato de agravo à saúde	Verde	**Até 120 minutos**
4	**Não Urgente**	**Paciente pode aguardar atendimento ou ser encaminhado a outro serviço de saúde**	**Azul**	**Até 240 minutos**

Sistematização no Acolhimento e Classificação de Risco

Usuários chegam para o atendimento de urgência/emergência por demanda espontânea ou através de atendimento móvel de urgência;

O profissional da recepção acolhe o usuário e realiza o cadastro por ordem de chegada, observando as prioridades estabelecidas por Lei – idosos, crianças e gestantes. Casos de Urgência e Emergência, proceder conforme protocolo e casos suspeitos que estão aguardando atendimento, devem ser imediatamente comunicados ao Enfermeiro;

O Enfermeiro de posse da ficha de atendimento, anuncia o nome do usuário utilizando os pronomes pessoais "senhor" e "senhora";

A apresentação é feita pelo nome e função explicando a fase do atendimento ao usuário assim como seu objetivo;

Coleta de dados é o questionamento sobre a queixa atual e duração, comorbidades, alergia medicamentosa, entre outras de real importância. Usuários alérgicos e com avaliação de risco de queda deverão ter a identificação ainda na classificação. A sinalização será feita pelo Enfermeiro utilizando pulseira de identificação de "alérgico" e "risco de queda";

Verificação dos sinais vitais pelo Enfermeiro, a partir da queixa principal identificar fluxograma que correspondente à classificação de risco. Durante essa etapa será avaliado ventilação, circulação, sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e pressão arterial), glicemia capilar e dor;

Após a realização da avaliação, o Enfermeiro direciona o atendimento, informando a próxima etapa.

Nota 1 – A prioridade de atendimento será identificada no usuário com pulseira da respectiva cor definida na classificação.

Nota 2 – Nenhum usuário poderá ser dispensado sem ser acolhido, classificado e encaminhado.

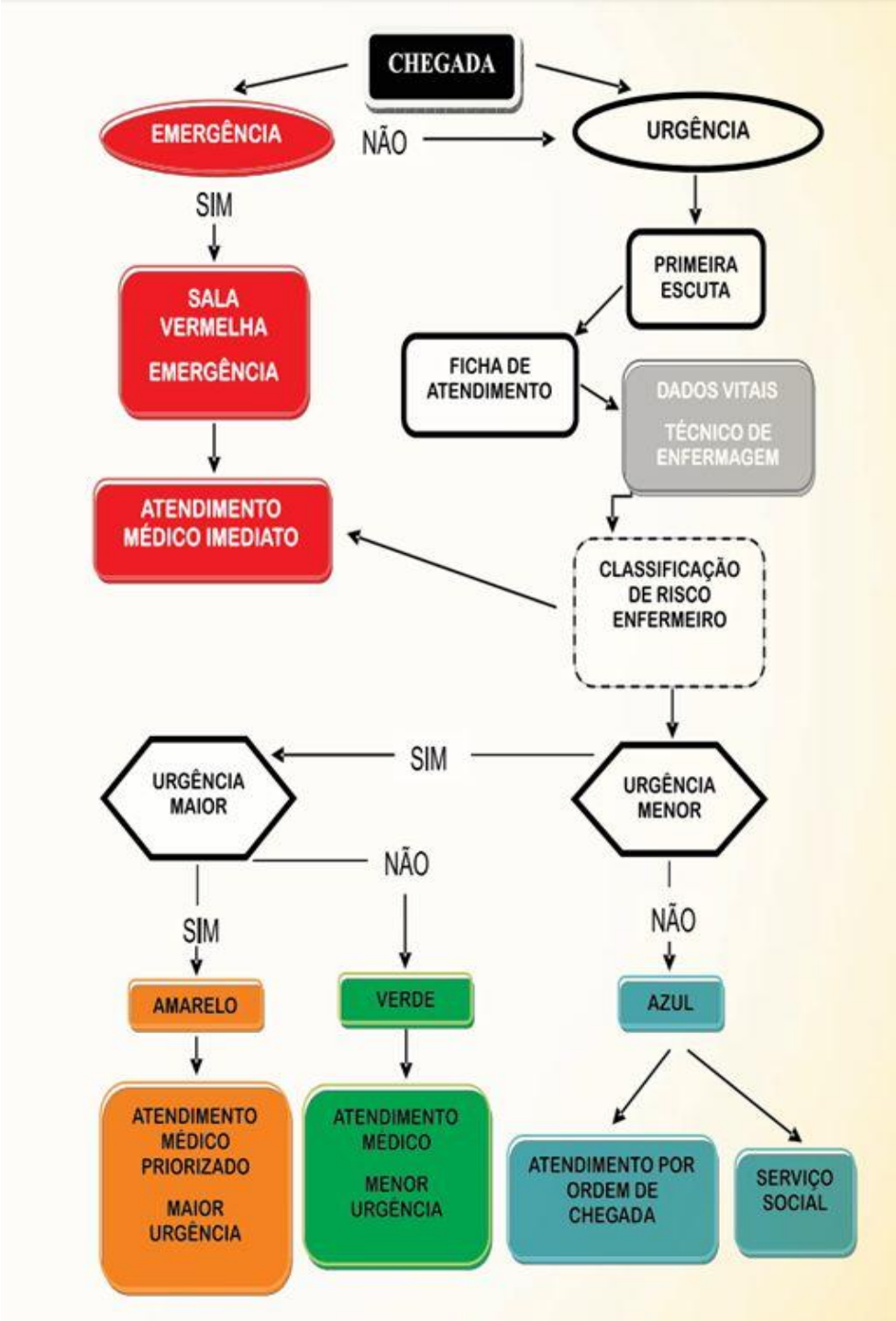
Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Componente de Abordagem	Atividade de Classificação de Risco
Cumprimentando o paciente	A avaliação começa logo na chegada do paciente. Observar como ele se aproxima da área de triagem procurando sinais como: Nível de mobilidade; Lesão óbvia; Idade.
A história	Pergunte ao paciente o que o trouxe ao serviço de urgência. Esta história deverá ser breve, concisa e subjetiva sobre o ferimento/doença/situação/queixa do paciente.
Queixa de apresentação	A queixa de apresentação deve ser definida na história subjetiva fornecida pelo paciente. Isto leva o profissional a escolher o fluxograma de apresentação mais apropriado para a situação/queixa.
Entrevista (perguntas direcionadas)	Perguntas direcionadas podem ser usadas para se obter mais detalhes, por exemplo, duração do problema, mecanismo de trauma, medicação de uso contínuo; O formato dessas perguntas é direcionado pelos discriminadores do fluxograma de apresentação escolhido.
Exame físico e outros parâmetros	Se pertinente: Localização real das lesões; Registro de parâmetros mensuráveis (glicemia capilar, spo², frequência e ritmo de pulso, alteração do nível de consciência, temperatura, dor e pressão arterial).
Avaliação da dor	A escala de dor tanto subjetiva (do paciente) quanto objetiva (do profissional) deve ser registrada.
Prioridade do cuidado	Defina a prioridade usando o mais alto discriminador atribuível ao paciente. Descreva de forma sucinta qualquer outra demanda identificada no processo.
Documentação	O registro das informações deve ser feito no sistema informatizado. Registre ainda: Alergias; Medicação de uso contínuo; Passado mórbido prévio relevante; Medidas iniciais feitas ainda na classificação de risco;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Reavaliação	Registre quando for necessária reavaliação.

Fluxograma Classificação de Risco



Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Critérios de Classificação de Risco em Urgência e Emergência

IMEDIATO		
Sinal/Sintoma de Apresentação	Descriminadores	Observação
PCR	Parada cardiorrespiratória.	
Trauma maior	Lesão grave de único ou múltiplo sistema; Trauma craniano Glasgow 3 a 8; Grande queimado > 25% da SCQ ou acometimento das vias aéreas; Trauma torácico, abdominal ou craniano com perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa, sintomas respiratórios.	
Choque	Hipotensão PA sist. < 80MMHG, taquicardia > 40bpm, bradicardia < 45bpm Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, síncope postural; Ventilação ou oxigenação ineficaz; Febre, toxemia; Choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos.	
Insuficiência respiratória	Incapacidade de falar; Cianose, letargia – confusão mental; Taquicardia – bradicardia; PA > 180/110 ou PA sist < 80mmHg FR < 10; Dispneia extrema ou fadiga muscular; Saturação O2 < 90%; obstrução de via aérea.	

MUITO URGENTE (10 MINUTOS)		
Sinal/Sintoma de Apresentação	Discriminadores	Observação
Alteração do Estado Mental	Déficit cognitivo – agitação – letargia – confusão – convulsão – paralisia – sonolência – Glasgow 9 a 13;	Realizar glicemia capilar

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	PA > 180/110.	
Trauma Craniano	Coma Glasgow 9 a 13; Perfuração; Cefaleia intensa, dor cervical; Perda da consciência, confusão mental, convulsão; Náusea e vômito.	Atentar para mecanismo de trauma, avaliar tempo do mecanismo, início, gravidade da lesão, evolução dos sintomas, e reavaliar a cada 5 minutos;
Trauma Grave	Dados vitais normais, estado mental normal, dor moderada a grave; Sintomas graves em um sistema – sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas; Ferimento extenso com sangramento ativo, amputação de membro; Fratura com deformidade grosseira ou sangramento, fratura de bacia.	
Comprometimento Hemodinâmico	Perfusão limítrofe; Palidez, sudorese; Taquicardia a esclarecer; Hipotensão postural, PA < do esperado.	
Dados vitais alterados com sintomas	FC < 50 ou > 140bpm; PA sist. < 90 ou > 220mmHg; PA diast. > 130mmHg; T° < 35 ou > 40ºC; FR < 10 ou > 32 ipm; Atenção: palidez, sudorese pegajosa, fria, má perfusão, lívido reticular.	
Dor Torácica	Avaliar a respiração; Alteração dos sinais vitais;	Atentar Para IAM, angina de peito e embolia pulmonar em

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	Intensidade, duração, característica, localização, irradiação, atividade física no início da dor.	pacientes diabéticos e idosos.

MUITO URGENTE (10 MINUTOS)		
Sinal/Sintoma de Apresentação	Discriminadores	Observação
Dor Abdominal	Dados vitais alterados: hipotensão, hipertensão, taquicardia, febre; Associações: náuseas, vômitos, sudorese; Irradiações, tipo pulsátil, sangramento vaginal e possível gravidez; Dor intensa (8-10/10).	Atentar para dissecção da aorta abdominal, gravidez ectópica rota, infarto enteromesentérico;
Hemiparesia aguda	Grande déficit neurológico; Sintomas < 4 h; Objetivo: proteção da via aérea, evitar broncoaspiração; Suporte respiratório, reavaliação a cada 15 min.	
Dispneia e Asma Prévia	Dados vitais alterados; Risco em vias aéreas; Angústia respiratória intensa, esforço muscular; Passado de Asma Grave.	
Dor intensa	Aguda, central (cabeça, tórax, abdome); Aguda periférica em extremidades com isquemia, cianose, comprometimento da sensibilidade e movimento; Lombalgia traumática ou não incapacitante com diminuição da função dos membros inferiores. Intensa 8-10 na régua da dor	

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

História de Diabetes	Sudorese (hipoglicemia); Alteração mental (hipo/hiperglicemia); Febre, pulso anormal; Vômito, visão turva; Dispneia (rápida e profunda); Observar o hálito.	Realizar glicemia capilar periférica;
Cefaleia	Grande déficit neurológico; Sintomas < 4 h; Objetivo: proteção da via aérea, evitar broncoaspiração; Suporte respiratório, reavaliação a cada 15 min.	

URGÊNCIA (60 MINUTOS)		
Sinal/Sintoma de Apresentação	Discriminadores	Observação
Trauma Craniano	Sem perda da consciência; Alerta Glasgow 14 Cefaleia moderada, sem dor cervical; Náusea ou vômito.	ATENÇÃO: Atentar para mudança na escala de Glasgow.
Trauma moderado	Dados vitais normais; Fraturas alinhadas, luxações, distensões, dor moderada; Ferimento menor, com sangramento compressível; Mordedura extensa; Trauma torácico com dor leve a moderada e sem dispneia; Atenção para o cão vacinado ou não e para os acidentes ofídicos.	
Dispneia leve/moderada	Asma com dispneia ao exercício; Tosse frequente; Asma e spo² entre 92-94%.	ATENÇÃO para as internações frequentes, pneumonia, infecção de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

		vias aéreas superiores;
Dor Abdominal	Dados vitais normais; Dor aguda a moderada; Distensão abdominal, retenção urinária, prostração e/ou febre.	
História de Diabetes	Desidratação acentuada; Glicemia > 320 ou < 50mg/dl.	
Convulsão	Dados vitais e respiração normal; Epilepsia, crise nas últimas 24 h; Pós-comicial, mas alerta.	ATENÇÃO para a presença de febre e vômitos
Dor	Sinais vitais normais; Moderada, aguda ou crônica; Aguda moderada, central; Enxaqueca, cólica renal; Dor abdominal com vômitos, febre, disúria ou gravidez; Lombalgia que impede deambulação ou irradia para os membros inferiores; Intensa, aguda, em membros inferiores, sem trauma ou isquemia.	ATENÇÃO para o estado emocional: quem grita nem sempre tem tanta dor quanto quem somente chora.
Diarreia e vômitos com desidratação	Evento persistente; Apresenta Letargia; Mucosas apresentam-se ressecadas; Turgor pastoso.	
Articulações e partes moles	Processo inflamatório (dor, calor, rubor e edema) em membros ou articulações.	
Situações especiais	Vítimas de Abusos sexuais; Pacientes escoltados; Acamados, dialíticos; Acidente perfurocortante com material biológico.	ATENÇÃO para protocolo de profilaxia para HIV/hepatite e gravidez nos casos de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

		violência sexual.
Dados vitais alterados sem sintomas	FC < 50 ou > 140bpm; PA sist. 90 ou > 220mmHg; PA diast. > 130mmHg; Febre > 38,5ºC; FR > 32ipm.	

POUCO URGENTE (120 minutos)		
Sinal/Sintoma de Apresentação	Discriminadores	Observação
Trauma menor	Dados vitais normais; Trauma torácico sem dor nas costelas e sem dispneia; Distensões, contusões, torções; Lacerações que requerem investigação; Mordedura não extensa; Dor moderada; >6 horas do evento, < 10 dias.	
Dados vitais alterados	Assintomático; PA sist. entre 200-220 mmHg; PA diast. entre 110-130 mmHg; Febre < 38,5ºC.	
Queimaduras e Feridas	Queimaduras de 1º grau, < 10% área não crítica; Feridas com Febre, míase com infestação intensa.	
Dor Abdominal	Dados vitais normais; Aguda, moderada 4-7/10; Ausência de prostração, toxemia, gravidade clínica.	
Cefaleia	Não súbita, não intensa; Sem enxaqueca; Rinorreia purulenta; Sem fator de risco, dados vitais normais.	
Dor Torácica	Dados vitais normais;	

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	Sem dispneia, sem cardiopatia prévia; Tipo pleurítico (dói quando tosse).	
Dor	Moderada, central; Cefaleia aguda ou subaguda, não súbita; Moderada, aguda e periférica; Lombalgia intensa; Artralgia com limitações sem sinais de flogose em membros inferiores.	
Sintomas gripais	Dor de garganta intensa, dor de ouvido, tosse produtiva; Rinorreia purulenta; Febre < 38,5ºC; Mialgia.	
Vômitos e diarreia sem desidratação	Vômitos e diarreia sem desidratação; Dados vitais normais; Mucosas úmidas; Diurese normal; Turgor da pele normal.	
Situações especiais	Idade > 65 anos e < 12; Deficientes físicos; Impossibilidade de deambulação; Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora dos sintomas; Troca de Sonda nasoenteral ou de sonda vesical de demora.	

NÃO URGENTE (240 minutos)		
Sinal/Sintoma de Apresentação	Discriminadores	Observação
Trauma menor	Dor leve, mialgia; Escoriações, ferimentos que não requerem fechamento.	ATENÇÃO para os casos que envolvem agressão e lesão corporal.
Feridas	Limpa, sem sinais sistêmicos de infecção; Retirada de pontos;	ATENÇÃO para demanda de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

	Escaras sem repercussão sistêmica; Queimaduras de 1º grau, pequenas e em áreas não críticas.	Unidade Básica de Saúde.
Sintomas gripais	Queixas leves, sem sintomas respiratórios, dados vitais normais.	
Dor Abdominal	Dados vitais normais; Dor leve; Constipação intestinal.	
Dor leve a moderada	Lombalgia crônica, não traumática; Em membros inferiores ou articulações, crônica, sem sinais inflamatórios.	

ATENÇÃO para demanda de Unidade de Saúde.

Resultados Esperados

Diminuição do risco de mortes evitáveis;

Extinção da triagem por porteiro ou funcionário não qualificado;

Priorização de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada;

Redução do tempo de espera;

Diminuição da ansiedade e aumento da satisfação dos profissionais e usuários, com melhoria das relações interpessoais e padronização de dados para planejamento das ações.

Otimização do acolhimento para pacientes com prioridade de atendimento

O acolhimento com avaliação de prioridade de atendimento é uma etapa essencial no fluxo de atendimento da Unidade, garantindo que os usuários sejam recebidos e atendidos de acordo com a urgência e a complexidade de suas necessidades de saúde. Esse processo, realizado por uma equipe submetida, segue protocolos de triagem baseados em critérios técnicos que priorizam o cuidado de casos mais críticos e vulneráveis.

Triagem e Avaliação Inicial: Logo após o acolhimento inicial, os usuários passam por uma avaliação breve, onde profissionais de saúde analisam sintomas, sinais pertinentes e queixas principais. Com base nesse primeiro exame, classificam-se como prioridades de atendimento, organizadas em diferentes graus de urgência.

Critérios de Priorização: Os critérios para a priorização são definidos por protocolos clínicos específicos, garantindo que pacientes em situações mais graves, como dores intensas, febres elevadas, falta de ar ou outros sinais de emergência, recebam assistência rapidamente. Os casos menos urgentes são atendidos em sequência, de acordo com a capacidade do serviço.

Assinado por 1 pessoa: DARLO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Acompanhamento e Orientação: Durante o período de espera, a equipe de atendimento mantém contato regular com os usuários, atualizando-os sobre os tempos estimados de espera e oferecendo suporte adicional, caso necessário.
Esse modelo de acolhimento visa promover uma assistência mais ágil e segura, permitindo que os profissionais concentrem seus esforços em casos de maior complexidade, garantindo um cuidado mais eficiente e humano para todos os pacientes da Unidade.

Otimização do acolhimento para pacientes com necessidades especiais
O acolhimento com avaliação de prioridade para pacientes com necessidades especiais é um protocolo fundamental para garantir um atendimento inclusivo, seguro e respeitoso. Na Unidade, a equipe realiza um rastreamento cuidadoso e individualizado, observando as necessidades físicas, sensoriais, intelectuais e emocionais de cada paciente. Esse processo considera não apenas a condição clínica, mas também fatores específicos que podem exigir um atendimento diferenciado e prioritário.

Triagem Especializada: Pacientes com necessidades especiais passam por uma triagem que identifica especificações específicas ou barreiras que podem interferir em sua capacidade de receber o atendimento de forma convencional. Profissionais capacitados avaliam cuidadosamente esses fatores para priorizar o atendimento, de forma que esses pacientes não enfrentem atrasos especiais.
Apoio Personalizado e Acessibilidade: Durante o acolhimento, a equipe se dedica a oferecer orientações claras, adequadas a cada caso, garantindo que as informações sejam compreensíveis e que o paciente esteja confortável. Instalações e equipamentos acessíveis, além de estratégias de comunicação adaptadas (como o uso de linguagem simplificada, braille, ou suporte visual), são elementos essenciais para garantir um atendimento seguro.
Acompanhamento Constante: Pacientes com necessidades especiais e seus acompanhantes recebem um atendimento próximo, com suporte da equipe de saúde para qualquer esclarecimento ou orientação adicional. Esse envio estende-se pelo tempo de espera e também pelo atendimento médico ou de exames, promovendo uma experiência de cuidado mais segura e humanizada.
O Acolhimento com avaliação de prioridade aos pacientes com necessidades especiais representa o compromisso da Unidade com a inclusão, a acessibilidade e o respeito à diversidade de cada paciente, garantindo que todos recebam uma atenção adequada e digna.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Protocolos Clínicos

Apresentamos abaixo os modelos de protocolos Clínicos de Atendimento conforme o perfil descrito no Edital. Estes protocolos serão analisados pela equipe técnica e diretiva da Unidade para devida aprovação.

Protocolo de Dor Torácica

Objetivo

Identificar casos de síndrome coronariana aguda e os diagnósticos diferenciais de forma ágil e precisa com as melhores estratégias diagnósticas.

Executante

Equipe Multiprofissional (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Farmacêutico, Bioquímico, Técnico em Radiologia, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga e Fisioterapeuta).

Plano Terapêutico Multiprofissional

Realizar avaliação primária com ênfase para: manter o paciente com cabeceira elevada em torno de 45° e tranquilizá-lo.

Oferecer O2 com fluxo de 4 l/min apenas se houver evidência de desconforto respiratório ou se oximetria de pulso < 94%.

Avaliação secundária com ênfase para:

Monitorar sinais vitais;

Manter monitorização cardíaca;

Entrevista SAMPLA e caracterização da dor (qualidade, localização, irradiação, etc.).

Realizar ECG de 12 derivações.

Considerar ECG de 2ª. opinião/Telecárdio.

Instalar acesso venoso periférico.

ABORDAGEM MEDICAMENTOSA

Administrar AAS 300 mg VO macerado precocemente (solicitar que o paciente mastigue); (Contraindicações: hipersensibilidade conhecida, úlcera péptica ativa, discrasia sanguínea ou hepatopatia grave.)

Administrar Clopidogrel 300mg VO para pacientes com idade ≤ 75 anos. Para aqueles com mais de 75 anos administrar 75 mg VO; (Contraindicações: hipersensibilidade conhecida, sangramento patológico ativo, intolerância a galactose.)

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Administrar Dinitrato de Isossorbida 5 mg SL. Se houver persistência da dor pode ser repetido até 2 vezes (15 mg no máximo), com intervalos de 3 a 5 minutos entre as doses. Limitar a redução da PA em 10% se paciente normotenso ou até 30% se hipertenso. Controlar PA e FC; (Contraindicações: PAS < 90 mmHg, FC 100bpm , em pacientes com suspeita de infarto de ventrículo direito (VD) ou infarto de parede inferior com possibilidade de envolvimento do VD; se o paciente fez uso de inibidores da fosfodiesterase-5: Sildenafi l (Viagra), Vardenafi l (Levitra , Vivanza) ou Lodenafi l (Heleva) nas últimas 24 horas ou de Tadalafi l (Cialis) nas últimas 48 horas; ou ainda de outros medicamentos para disfunção erétil, como Alprostadil (Aplicav , Caverget), Fentolamina (Herivyl), Ioimbina (Yomax) nas últimas 24 horas.)

Se a dor isquêmica não for aliviada pelo nitrato, administrar Sulfato de morfi na de 2 a 4 mg IV (diluída em 9 mL de AD) e repetir a cada 5 a 10 minutos até seu alívio, observando a possibilidade de depressão respiratória. Na eventualidade de hipotensão severa (<90mm/Hg) e/ou bradicardia (FC<50 bpm), considerar o uso de Atropina na dose de 0,5 mg a 1,5 mg.
Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou da Unidade de saúde de destino.

OBSERVAÇÃO:

- Estar preparado para realizar RCP e desfi brilação, se necessário.
- Se o ECG inicial não for diagnóstico, outro ECG deve ser realizado após 5 a 10min, sem que exista atraso para a decisão de encaminhamento.
- Após ECG de 12 derivações, avaliar se o paciente preenche os critérios para fibrinólise e, em caso positivo, informar a Regulação Médica para definição do encaminhamento necessário.
- Cuidado com quadros atípicos: idosos e diabéticos podem apresentar SCA apenas com desconforto gastrintestinal, dispneia, tontura, estado confusional, síncope e sinais de AVE (acidente vascular encefálico).
- Clopidogrel: para pacientes sugestivo a angioplastia primária a dose deverá ser de 600 mg.
- Causas de dor torácica não traumática: *Cardíaca: Isquêmica: angina estável, angina instável, infarto agudo do miocárdio; e Não Isquêmica: dissecção de aorta, pericardite, valvular.
- Não Cardíaca: Gastroesofagiana: refluxo gastroesofágico, espasmo esofagiano, úlcera péptica; e Não Gastroesofagiana: pneumotórax, embolia pulmonar, músculo-esquelética, embolia pulmonar, psico-emocional, etc.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Orlando JMC, Rotinas em Medicina Intensiva Adulto. Programa UTI beira do leito. Associação de Medicina Brasileira. Ed. 2003 Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM et al.. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre

Assinado por 2 pessoas: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol.2009;93(6 supl.2):e179-e264
Nicolau JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci A Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre AI e IAM sem Supradesnível do Segmento ST. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2004; Vol.83 (suplem. 83)

Protocolo de Insuficiência Respiratória Aguda

Respiração: Trauma de Tórax

Os traumas de tórax identificáveis e tratáveis no exame primário são os seguintes:
1) Obstrução de Via Aérea
2) Pneumotórax Hipertensivo
3) Pneumotórax Aberto (ferida torácica aspirativa)
4) Tórax Instável
5) Hemotórax Maciço
6) Tamponamento Cardíaco

Medidas Gerais: Monitorar, oxímetro de pulso, solicitar gasometria.
1) Obstrução da Via Aérea:
Sinais e sintomas são estridor, rouquidão, lesões palpáveis na região de articulação esterno clavicular. Lesões prováveis: luxações posteriores de articulação esterno clavicular (hematoma pod comprimir a VAS, portanto deve-se reduzir a fratura e promover via aérea definitiva), fratura de laringe (pode gerar bstrução aguda. Indicado traqueostomia de emergência se a cricotireoidectomia não puder ser realizada.

2) Pneumotórax Hipertensivo:
Sinais de insuficiência respiratória, engurgitamento de jugulares, desviam de traquéia para lado oposto ao acometido, movimentos respiratórios cada vez mais superficiais, cianose labial e de extremidades como sinal tardio.
Causa mais comum: paciente que foi colocado em ventilação mecânica que tenha lesão pleuro pulmonar. Cuidado nas lesões de coluna torácica, com uso de cateteres venosos centrais.
O diagnóstico é clínico, não radiológico, não se deve esperar RX para tratar.
Tratamento: inserir cateter de grosso calibre no segundo espaço intercostal, medialmente à linha axilar. Inserir o dreno de tórax na fase de tratamento definitivo.

3) Pneumotórax Aberto:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Qualquer ferida com 2/3 de diâmetro da traquéia caracteriza pneumotórax aberto.
O tratamento é um curativo oclusivo com tês lados esparadrapados e um livre, para que funcione como válvula unidirecional. O dreno de tórax é inserido quando possível longe do local do ferimento.

4) Tórax Instável:
Movimento paradoxal do tórax, hipóxia por contusão pulmonar subjacente e dor. O doente respira com dificuldade e o movimento do tórax é assimétrico e desordenado. A gasometria e o RX solicitados ao fim do exame primário mostram acidose respiratória e fraturas em arcos costais contíguos.

O tratamento é oxigênio suplementar e hidratação cuidadosa. Para evitarmos hiperidratação, analgesia, reexpansão do pulmão, com intubação e ventilação assistida até o diagnóstico de outras lesões.

5) Hemotórax Maciço:
Comum em ferimentos penetrantes, tratando-se de perda de 1500ml de sangue ou 200ml/h em 2 a 4 horas e sinais de choque hipovolêmico profundo. A clínica é de macicez e ausência do murmúrio vesicular. Descomprime-se o tórax com drenagem e indica-se toracotomia se há perda de 1500ml de sangue ou 200ml/h em 2 a 4 horas.

6) Tamponamento Cardíaco:
Comum em ferimentos penetrantes, a clínica é a de pulso paradoxal com a PA sistólica caindo mais de 10mmhg na inspiração profunda, há abafamento de bulhas, aumento de jugulares. A AESP na ausência de hipovolemia ou de pneumotórax hipertensivo sugere tamponamento cardíaco. Diagnóstico com FAST ou com pericardiocentese subxifoidea.

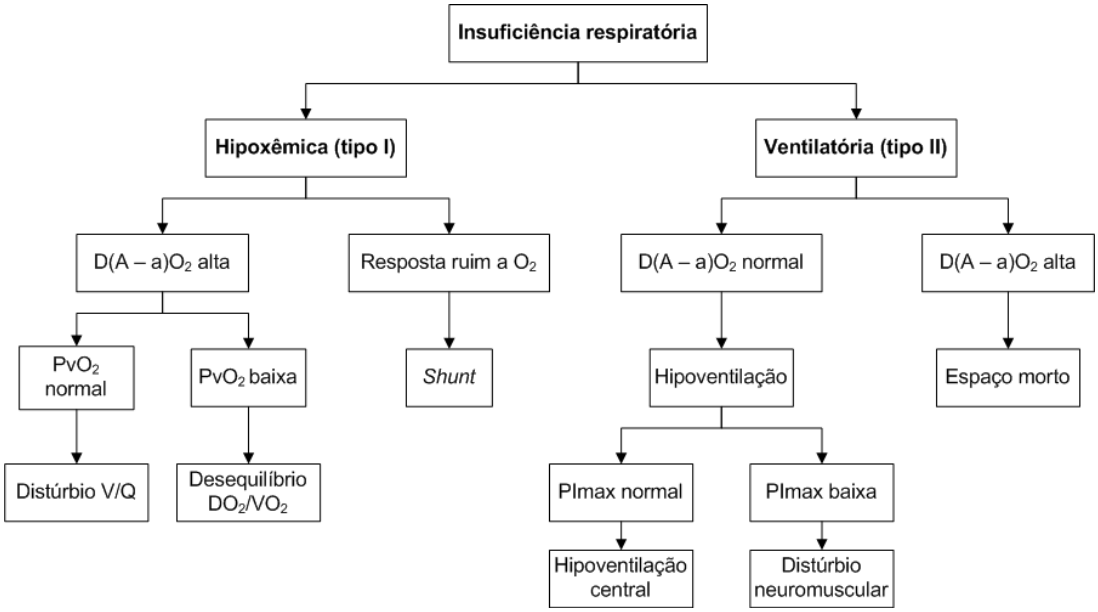
Atenção para pacientes em choque que não têm resposta às medidas iniciais de reanimação com Ringer Lactato ou Concentrado de Hemácias. A punção do saco pericárdico pode ser diagnóstica e terapêutica, naqueles pacientes que desenvolvera, hemopericárdio em traumas contusos apenas.

Tratamento: iniciar com a reposição de volume que o quadro melhorará transitoriamente, havendo tempo para o FAST ou a pericardiocentese. A pericardiocentese deve ser realizada ao doente monitorado.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O paciente com tamponamento pericárdico deverá ter piora clínica quando ventilado com pressão positiva, já que isto diminuirá o débito cardíaco.
No paciente com PCR, a massagem cardíaca externa tem pouco ou nenhum valor já que o espaço para enchimento das câmaras cardíacas é pequeno.

Na situação de choque hipovolêmico que não melhora com as medidas de ressuscitação, a possibilidade de haver Tamponamento Cardíaco simultâneo, principalmente nos pacientes com ferimentos perfurantes em tórax é grande, a Pericardiocentese deve ser seriamente aventada.



Protocolo AVC conforme ACLS

Objetivo

Agilizar o atendimento dos pacientes e garantir que eles recebam o tratamento recomendado pelas diretrizes, a fim de reduzir as complicações e a mortalidade decorrentes do acidente vascular cerebral.

Definições

Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Adulto:

AVC Agudo é definido como início súbito de sinais neurológicos focais sem recuperação.
Determinar a data do início dos sinais e sintomas;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Se início de sintomas nas últimas 24 horas, determinar o horário do início, que é definido como o último momento em que o paciente foi visto sem sinais e sintomas neurológicos alterados.
Acidente Isquêmico Transitório (AIT) é definido como episódio único de déficit neurológico focal agudo, com recuperação completa em menos que 1 hora.
AVC Crônico se mais de 1 mês de evolução, sem progressão dos sintomas.

Siglas
UPA: Unidade de Pronto Atendimento;
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
AVC: Acidente Vascular Cerebral;
AIT: Acidente Isquêmico Transitório;
AAS: Ácido Acetilsalicílico;
HAS: Diabetes Melito;
PA: Pressão Arterial;
HIC: Hipertensão Intracraniana;
PIC: Pressão Intracraniana;
PAS: Pressão Arterial Sistólica;
PAD: Pressão Arterial Diastólica;

Fluxo de Atendimento
Acolhimento

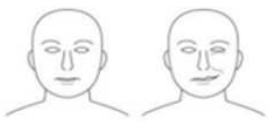
Sinais de Alerta
Perda súbita de força ou formigamento de um lado do corpo: face e/ou membro superior e/ou membro inferior;
Dificuldade súbita de falar ou compreender a fala;
Perda visual súbita em um ou em ambos os olhos;
Súbita tontura, perda de equilíbrio e/ou de coordenação;
Cefaleia súbita, intensa e sem causa aparente.

Aplicar a escala de Cincinatti pré-hospitalar: 1 sinal de alerta + início súbito = suspeita de AVC

Escala de Cincinatti

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Escala de Cincinatti (alteração de um ou mais testes é sugestivo de AVC)					
De um sorriso		Levante os braços		Fale a frase:	
				O Brasil é o rei do Futebol	
Veja se há desvio da boca		Veja se um braço cai por perda de força		Veja se a fala está alterada	
( ) Normal	( ) Alterado	( ) Normal	( ) Alterado	( ) Normal	( ) Alterado

AVC Agudo (Isquêmico ou Hemorrágico)/AIT

No AVC isquêmico, o paciente será avaliado para a possibilidade de trombólise endovenosa dentro de 4h30min do início dos sintomas. Quanto mais rápida é feita a transferência, melhor é o prognóstico do paciente.

Se início dos sintomas for Menor ou Igual que 24 horas: Encaminhar para Emergência da Unidade Hospitalar de referência.

Se início dos sintomas for Maior que 24 horas até 1 mês, sem outros sinais de gravidade clínica: Orientar o paciente a procurar um Serviço de Emergência Hospitalar.

Manejo Inicial

Determinar a data do início de sinais e sintomas;

Se o início de sintomas ocorreu nas últimas 24 horas, determinar o horário do início. No caso de os sintomas serem observados ao acordar, será considerado o último momento em que o paciente foi visto sem sintomas, antes de dormir;

Verificar história de diabetes, epilepsia, demência (excluir delirium*) e dependência química (álcool**);

Aplicar as escalas de Cincinatti e Glasgow;

Verificar os sinais vitais (pressão arterial, pulso, saturação, temperatura axilar);

Checar glicemia capilar: hipoglicemia pode causar sinais focais e simular um AVC. Se a glicemia for < 70 mg/dl, administrar 20 ml de glicose hipertônica 50%, via endovenosa, 1 vez. Repetir hemoglicoteste em 1 hora;

Manter o paciente com cabeceira a 0°, posicionar a 30° em caso de vômitos;

Instalar acesso venoso periférico em membro superior não parético;

Manter a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada;

Administrar oxigênio suplementar por cateter nasal ou máscara se saturação de oxigênio for 94% (atentar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica);

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Considerar intubação orotraqueal em pacientes com rebaixamento de consciência (Glasgow <=8), com claro sinal clínico de insuficiência respiratória (pO2 < 60mmHg ou pCO2 > 50 mmHg), ou se for evidente o risco de aspiração;

Não reduzir níveis pressóricos, exceto se a pressão arterial sistólica for ≥ 220 mmHg ou se a pressão arterial diastólica for ≥ 120 mmHg;

Não administrar grande volume de fluido a não ser em caso de hipotensão (em caso de necessidade, utilizar solução de cloreto de sódio 0,9%);

Utilizar antitérmico se a temperatura axilar for > 37,5°C;

Acionar o Serviço de Atendimento Móvel / SAMU (192) o mais rápido possível para ser regulado e transferido ao hospital mais apropriado para o caso. Deverá ser solicitado UTI móvel medicalizada. Quando não disponível, considerar avaliação do regulador do Serviço de Atendimento Móvel / SAMU (192).

Referências

American Heart Association, Suporte Avançado de Vida Cardiovascular – Manual para profissionais de saúde. ed. 2020.

BRASIL. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 54 p. ISBN: 978-85-334-1998-8. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf

BRASIL. Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf>

Anexos

Cronograma de Implantação

Protocolo de AVC					
Ações/mês Execução	1º	2º	3º	4º	5º
Elaboração e aprovação do Protocolo					
Acolhimento do Paciente com AVC					
Escala de CINCINATTI					
Escala de Coma de Glasgow					
Sistema de Regulação de vagas para AVC em janela					

Formulários

FORMULÁRIO DE ACOLHIMENTO DE SUSPEITA DE AVC

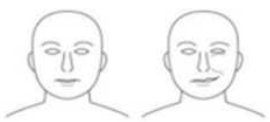
Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO:

HORÁRIO DE INÍCIO DA TRIAGEM:

Escala de Cincinatti

Escala de Cincinatti (alteração de um ou mais testes é sugestivo de AVC)					
De um sorriso		Levante os braços		Fale a frase:	
				O Brasil é o rei do Futebol	
Veja se há desvio da boca		Veja se um braço cai por perda de força		Veja se a fala está alterada	
( ) Normal	( ) Alterado	( ) Normal	( ) Alterado	( ) Normal	( ) Alterado

Aplicar a escala de Cincinatti pré-hospitalar: 1 sinal de alerta + início súbito = suspeita de AVC

Protocolo parada respiratória e cardiorrespiratória conforme ACLS

1. Objetivo

Estabelecer procedimentos para equipe assistencial, predizendo em quais situações devem ser utilizados. Sintetizar e sequenciar a operacionalidade das ações em cada etapa da RCP, adequando os recursos materiais e humanos as necessidades assistenciais.

2. Executante

Equipe Multiprofissional (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Farmacêutico, Bioquímico, Técnico em Radiologia, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga e Fisioterapeuta).

3. Critérios de Inclusão

Paciente irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, sem pulso central palpável.

4. Plano Terapêutico Multiprofissional

• Checar a responsividade (tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta).

• Se não responsivo, verificar a respiração e o pulso simultaneamente. ATENÇÃO: Checar pulso central (carotídeo) em até 10 segundos.

• Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.

• Providenciar abertura de carro de parada.

• Se respiração ausente ou gasping e Pulso PRESENTE: abrir via aérea e aplicar uma insuflação a cada 5 a 6 segundos (10 a 12/min) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Se PULSO AUSENTE: Iniciar ciclos de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

• Iniciar RCP pelas compressões torácicas, mantendo ciclos de: 30 compressões eficientes (na frequência de 100 a 120/min, deprimindo o tórax em 5 a 6 cm com completo retorno)

• Duas insuflações eficientes (de 1 segundo cada e com visível elevação do tórax), inicialmente com bolsa valva-máscara com reservatório e oxigênio adicional.

• Assim que o desfibrilador estiver disponível, posicionar as pás de adulto do desfibrilador no tórax desnudo e seco do paciente.

• Interromper as compressões torácicas para a análise do ritmo.

Se ritmo CHOCÁVEL [fibrilação ventricular (FV)/ taquicardia ventricular sem pulso (TVSP)]: Solicitar que todos se afastem do contato com o paciente;

• Desfibrilar: choque único na potência máxima do aparelho (360 J no monofásico e 200 J no bifásico);

• Reiniciar imediatamente a RCP após o choque, com ciclos de 30 compressões para duas insuflações por 2 minutos;

• Após 2 minutos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo. Se persistir a FV/TVSP, reinicie o ciclo.

• Realizar simultaneamente acesso venoso [endovenoso (EV)/intraósseo (IO)].

• Administrar epinefrina: 1 mg intravenoso (IV)/IO em bolus seguido de 20 mL de solução salina 0,9% e elevação do membro (repetir a cada 3 a 5 minutos).

• Após 2 minutos ou cinco ciclos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo. Se persistir a FV/TVSP, reinicie ciclo.

• Administrar antiarrítmico: Preferência para amiodarona 300 mg EV (1ª dose) em bolus, seguido de bolus de 20 mL de solução salina a 0,9% e elevação do membro. Pode ser repetida após 3 a 5 minutos na dose de 150 mg (2ª dose);

• Se amiodarona não disponível, administrar lidocaína: 1 a 1,5 mg/kg IV/IO (pode ser repetida após 5 a 10 minutos na dose de 0,5 a 0,75 mg/kg); e no caso de PCR secundária a hipomagnesemia ou taquicardia ventricular polimórfica administrar sulfato de magnésio: 1 a 2 g IV/IO diluído em 10 a 20 mL de glicose a 5%.

• Após 2 minutos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo. Se persistir a FV/TVSP, reinicie ciclo.

Ritmo NÃO CHOCÁVEL (assistolia, atividade elétrica sem pulso):

• Realizar rapidamente (em menos de 10 segundos) o protocolo da linha reta para confirmar assistolia e descartar uma fibrilação ventricular fina.

• Verificar adequada conexão dos cabos e eletrodos;

• Aumentar ganho de sinal no monitor cardíaco (amplitude/potência de sinal);

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

• Checar ritmo em outra derivação.

• Se assistolia confirmada, iniciar imediatamente a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), começando pelas compressões torácicas, 100 a 120 compressões por minuto (30 compressões para duas insuflações) por 2 minutos.

• Administrar epinefrina o mais rápido possível: 1 mg intravenosa/intraóssea (IV/IO) em bolus seguido de 20 mL de solução salina 0,9% e elevação do membro (repetir a cada 3 a 5 minutos).

• Após 2 minutos de ciclos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo. Se persistir a assistolia, reinicie o ciclo.

Realizar Simultaneamente os Seguintes Procedimentos

• Instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente a intubação orotraqueal.

• Considerar uso de máscara laríngea no caso de intubação difícil, para não retardar a realização das compressões de boa qualidade; •

• Confirmar efetiva ventilação e fixar o dispositivo escolhido;

• Após instalação da via aérea avançada, manter compressões torácicas contínuas (100 a 120/min), sem pausas para as insuflações, oferecer 10 insuflações/min (uma a cada 6 segundos não sincronizadas) e checar o ritmo a cada 2 minutos;

• Instalar eletrodos do monitor; e realizar o diagnóstico diferencial e procurar tratar as causas reversíveis identificadas (Fatores H e Fatores T).

• Registrar achados e procedimentos no prontuário do paciente.

5. Referências Bibliográficas

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das atualizações direcionadas de 2019 da American Heart Association para ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência, 2019. Disponível em: https://eccguidelines.heart.org/wpcontent/uploads/2019/11/2019-Focused-Updates_Highlights_PTBR.pdf. Acesso em 12 de maio de 2020.

ACLS. Provider manual supplementary material. 2016. Disponível em: https://ahainstructornetwork.americanheart.org/idc/groups/ahaeccpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_481402.pdf. Disponível em: Acesso em 27 de dez de 2020.

Protocolo Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) conforme ACLS

Objetivo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Agilizar o atendimento dos pacientes e garantir que eles recebam o tratamento recomendado pelas diretrizes, a fim de reduzir as complicações e a mortalidade decorrentes do infarto agudo do miocárdio.

Definições

Definição de infarto agudo do miocárdio (IAM): presença de lesão miocárdica aguda (elevação de troponina acima do percentil 99 do limite da normalidade, em pelo menos uma amostra, com comportamento dinâmico de ascensão/queda dos valores), em um contexto clínico de isquemia miocárdica aguda, associado a pelo menos uma condição abaixo:

Sintomas sugestivos de isquemia miocárdica.

Nova alteração isquêmica no eletrocardiograma (ECG).

Nova onda Q patológica no ECG.

Exame de imagem com evidência de nova perda de miocárdio viável ou nova alteração de contratilidade consistente com etiologia isquêmica.

Trombo intracoronário detectado por angiografia ou necrópsia (tipo 1).

Apesar do exame de troponina ser parte da definição diagnóstica de IAM, o manejo inicial da síndrome coronariana aguda deve ser iniciado imediatamente na suspeição diagnóstica, não devendo ser esperado o resultado da troponina.

Os pacientes com IAM devem ser divididos em 2 grupos de acordo com os achados presentes no ECG:

Paciente com infarto agudo do miocárdio COM supra desnivelamento do segmento ST (IAMCSST) ou bloqueio de ramo esquerdo (BRE) novo ou presumivelmente novo, condição geralmente relacionada com oclusão coronariana e necessidade de reperfusão imediata.

Pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA) SEM supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST): Por possuir manejo clínico semelhante, engloba o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) e Angina Instável.

IAMSSST: Paciente com dor torácica aguda sem supradesnível persistente do segmento ST (IAMSSST), associado ou não a outras alterações de ECG que sugerem isquemia miocárdica, COM elevação de marcadores de necrose miocárdica

Angina Instável: Paciente com dor torácica aguda sem supradesnível persistente do segmento ST (IAMSSST), associado ou não a outras alterações de ECG que sugerem isquemia miocárdica, SEM alteração de marcadores de necrose miocárdica

SIGLAS

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

SNC: sistema nervoso central;
ECG: Eletrocardiograma;
AVC: acidente vascular cerebral;
TCE: Trauma cranioencefálico;
PAS: pressão arterial sistólica;
PAD: pressão arterial diastólica;
RCP: reanimação cardiopulmonar;
IAM: Infarto Agudo do Miocárdio;

Fluxo de Atendimento
Sistematização do atendimento de pacientes com dor torácica aguda
Realizar acolhimento com classificação de risco:
Pacientes com queixa de dor torácica, ou com sinais/sintomas sugestivos de infarto agudo do miocárdio devem realizar um eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos, a contar do início da triagem. O ECG deve ser avaliado imediatamente pelo médico e seu resultado incluído na Classificação de Risco do paciente.
O acolhimento deve incluir as seguintes informações:
Situação/Queixa/Duração.
Classificar a dor em intensidade pela escala de 1 a 10.
Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas).
Uso de medicações.
Verificação de sinais vitais.
Verificação da glicemia e eletrocardiograma.
A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:
Vermelho: Prioridade zero - emergência, necessidade de atendimento imediato.
Amarelo: Prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.
Verde: Prioridade 2 – prioridade não urgente.
Azul: Prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

Presença de supra desnivelamento de ST ou sinais de isquemia definem classificação de risco em emergência / urgência.

Definição do ECG em 10 minutos
O ECG é o teste inicial mais importante. Idealmente, DEVE SER REALIZADO EM ATÉ 10 MINUTOS da apresentação do paciente na triagem, para subsidiar o diagnóstico da presença de infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST, e orientar a conduta, indicando os

Assinado por 2 pessoas: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

pacientes que se beneficiarão de terapias de reperfusão. Entretanto, muitos pacientes com SCA que chegam à sala de emergência possuem um ECG normal.
Evidências de infarto prévio (onda Q) e alterações consistentes no segmento ST favorecem o diagnóstico de angina. A presença de fibrilação atrial ou taquiarritmia ventricular também aumentam a probabilidade de doença isquêmica, apesar de serem frequentemente causadas por outros tipos de doença cardíaca e condições clínicas não-cardíacas.

Atenção: Se o diagnóstico no primeiro ECG não for possível, recomenda-se a realização de ECGs seriados a cada 30 minutos nas primeiras 2 horas, ou pelo menos uma vez, em até 6h. Bem como, repetição em caso de sintomas persistentes ou recorrentes.

Avaliação Clínica
História Clínica
A queixa de dor torácica deve ser caracterizada de acordo com sua localização, forma de início, intensidade, irradiação, tipo, duração, recorrência, fatores precipitantes e de alívio.
Na suspeita de dor torácica de origem cardíaca, é fundamental a determinação das referências temporais:
Há quanto tempo começou
Como se iniciou (se súbito ou gradativo)
Se é contínua ou intermitente. Sendo intermitente, quando iniciou o último episódio de dor
Avalie a presença de sintomas associados: sudorese, náuseas/vômitos, dispneia e síncope.

Determine:
Presença fatores de risco cardiovascular: Diabetes, hipertensão, dislipidemia, tabagismo, obesidade, inatividade física, comportamento sedentário e história familiar de doença cardiovascular.
História de doença arterial coronariana pregressa: Infarto prévio, revascularização coronariana prévia.
Presença de outras comorbidades: Doença renal crônica, doença arterial periférica, doença cerebrovascular, doença pulmonar crônica, síndrome da apneia obstrutiva do sono
Presença de doenças inflamatórias crônicas, como lúpus ou artrite reumatoide
Medicações em uso
Uso de substâncias ilícitas

A angina é uma síndrome clínica caracterizada por dor ou desconforto torácico causada por isquemia miocárdica, que ocorre quando o suprimento de oxigênio do miocárdio é inadequado para sua demanda. A isquemia miocárdica usualmente acontece no contexto da aterosclerose

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

coronariana, mas diversas outras condições cardíacas e não cardíacas também podem causar angina.

	Característica
Localização	Em quaisquer das seguintes regiões: Tórax, epigástrio, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores
Qualidade	Aperto, peso, opressão, desconforto
Irradiação	Membros superiores (direito, esquerdo ou ambos), ombro, mandíbula, pescoço, dorso e região epigástrica
Duração	Mais de 20 minutos
Fator desencadeante	Sem necessidade de fator causal desencadeante
Fator de alívio	Uso de nitroglicerina e derivados
	Não alivia com repouso
Sintomas associados	Sudorese, náusea, vômito, palidez, dispneia, pré-síncope e síncope

Exame Clínico

Possui papel fundamental na identificação de indivíduos de maior risco (presença de sinais de disfunção ventricular grave ou complicações mecânicas do IAM) e no diagnóstico diferencial da dor torácica não relacionada com SCA.

Achados de mau prognóstico: Presença de sopro sistólico em foco mitral, taquicardia, taquipneia, hipotensão, sudorese, pulsos finos, terceira bulha e estertores pulmonares.

A classificação de Killip, deve ser descrita, sendo importante marcador de risco e deve ser obtida em pacientes com dor torácica:

Killip: Sistema de classificação para estimar mortalidade nos primeiros 30 dias pós IAM

	Classe	Característica Clínica	Estimativa de mortalidade
	I	Pacientes sem sinais de insuficiência cardíaca	até 6%
	II	Pacientes com estertores crepitantes em 50%	17%
	III	Pacientes em edema agudo de pulmão	38%
	IV	Pacientes em choque cardiogênico	81%

O exame clínico pode revelar causas de dor torácica não coronariana, sendo útil para o diagnóstico diferencial, devendo ser pesquisados sinais de cardiomiopatia hipertrófica, prolapso da válvula mitral, estenose aórtica, hipertensão arterial pulmonar, pericardite, dissecção aguda de aorta e dor osteomuscular.

Achados do exame clínico podem sugerir diagnósticos alternativos:

Sopro diastólico e diferença de pulsos radiais e pediosos - Dissecção aórtica

Atrito pericárdico - Pericardite

Sopro paraesternal, ictus aumentado - Miocardiopatia hipertrófica

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Alteração ausculta pulmonar, turgência jugular - Hemo/pneumotórax

Marcadores Séricos

Atenção: Nos casos de diagnóstico de IAMCSST, a dosagem de marcadores de lesão miocárdica, tanto a coleta ou o resultado, não devem ser aguardadas para a realização de terapia de reperfusão.

Definição universal de infarto: Elevação e/ou queda de marcadores bioquímicos (preferencialmente troponina) com pelo menos um valor acima do percentil 99 de normalidade do ensaio, em pelo menos uma amostra nas primeiras 24 horas, associado a pelo menos uma condição abaixo:

Sintomas sugestivos de isquemia miocárdica aguda

Alterações isquêmicas novas no eletrocardiograma (ECG)

Desenvolvimento de onda Q patológica no ECG

Exame de imagem com evidência de perda de viabilidade miocárdica ou disfunção segmentar nova consistente com etiologia isquêmica

Trombo intracoronário detectado na angiografia

Exames Complementares

Testes complementares devem ser solicitados a partir da suspeita diagnóstica e a necessidade de estratificação de risco.

Exames de sangue: Hemograma, testes de coagulação, provas de função renal e bioquímica hepática e pancreática devem ser indicados de acordo com achados do paciente.

Ecocardiograma transtorácico: É um excelente método de triagem em pacientes com eventos cardíacos agudos, podendo demonstrar alterações da motilidade segmentar, sugerindo cardiopatia isquêmica, além de avaliar a fração de ejeção do ventrículo esquerdo e diagnosticar possíveis complicações em caso de IAM. Deve ser realizado também para auxílio no diagnóstico diferencial com outras doenças, quando houver suspeita clínica de doenças de aorta, doenças do pericárdio, embolia pulmonar e valvopatias.

D-dímero: Pode auxiliar nas situações de diagnóstico diferencial com embolia pulmonar e dissecção de aorta.

Raios X de tórax: Deve ser obtido em todos os casos de instabilidade hemodinâmica ou diagnósticos com potencial risco fatal, bem como naqueles com sintomas respiratórios associados.

Tratamento Inicial

Tratamento medicamentoso inicial

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Oxigenioterapia suplementar (2 a 4 L/min): Indicada quando o paciente apresentar hipóxia, com Saturação de O2 < 90%, ou sinais clínicos de hipóxia
Analgesia: O sulfato de morfina pode ser utilizado em casos refratários ou com contraindicação aos nitratos e betabloqueadores
Morfina: Administrado por via intravenosa, na dose de 2 a 4 mg diluídos a cada 5 min até, no máximo, 25 mg
Controle Glicêmico: Instituir protocolos de controle glicêmico em pacientes com IAM que apresentam hiperglicemia significativa (> 180 mg/dL). O alvo é reduzir os níveis glicêmicos e evitar episódios de hipoglicemia (< 70 mg/dL)

Terapia anti-isquêmica
Nitratos: Administrar mononitrato ou dinitrato de isossorbida sublingual. Caso haja angina persistente, hipertensão arterial ou sinais de congestão, administrar nitroglicerina intravenosa. Estão contraindicados na presença de hipotensão arterial (pressão arterial sistólica < 100 mmHg) ou uso prévio de sildenafil nas últimas 24h ou uso de tadalafila nas últimas 48h.

Terapia Antitrombótica
AAS: Administrar o mais precoce possível em todos os pacientes sem, em dose inicial de 300 mg e dose de manutenção de 100 mg/dia
Clopidogrel: Administrar dose de ataque (600 mg se planejado estratégia invasiva e 300 mg em situações em que não há indicação de cineangiocoronariografia) e dose de manutenção de 75 mg/dia

Transferência Hospitalar
Pacientes com IAMCSST devem ser encaminhados para realização de ICP primária se o tempo entre a avaliação da origem e a reperfusão no hospital de referência for menor do que 90 minutos.
Pacientes com IAMCSST submetidos à trombólise com critérios de alto risco se beneficiam de avaliação invasiva - Realização de cineangiocoronariografia, devendo ser encaminhados para hospital com serviço de hemodinâmica disponível.
Critérios de alto risco:
Instabilidade elétrica ou hemodinâmica
Isquemia miocárdica recorrente
Revascularização miocárdica prévia (ICP ou CRVM)
IAM anterior ou IAM inferior com acometimento de VD
FEVE ≤ 40% ou Killip > I ou DM (principalmente se insulino-requerente)

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Pacientes que receberam trombolítico e que não preencheram critérios de reperfusão devem ser encaminhados, o mais precoce possível, a uma Unidade Hospitalar com Unidade de Hemodinâmica disponível para ICP de resgate

Critérios para ICP de Resgate:
Clínicos: Dor torácica persistente e intensa, principalmente se associada à sudorese, dispneia, e instabilidade hemodinâmica
Eletrocardiográficos: Supra de ST com redução discreta (< 50% na derivação com o maior supra de ST), persistente, ou em aumento.

Realizar contato com a Central de Regulação para orientações e transporte à Unidade Hospitalar de destino. Em locais que não dispõem de Central de Regulação, encaminhar para a Unidade Hospitalar após contato e aceite do médico plantonista ou seguir o fluxo de regulação local.
O relatório de transferência deve conter um resumo detalhado do quadro clínico e da estratégia terapêutica adotada durante o atendimento.
Diagnóstico e informações médicas relevantes
Disponibilizar os resultados dos exames realizados, principalmente os eletrocardiogramas realizados e dosagem de troponina

Terapia de Reperfusão
A terapia de reperfusão miocárdica (com trombolítico ou intervenção coronariana percutânea primária - ICP) deve ser instituída o mais precoce possível com objetivo de reduzir a morbimortalidade de pacientes com infarto com supra desnível do segmento ST.
Pacientes com IAMCSST com menos de 12 horas do início dos sintomas, quando a ICP primária não puder ser realizada dentro de 90 minutos da admissão, devem receber terapia trombolítica imediatamente (dentro de 30 minutos).
Atenção: Pacientes que necessitam de transferência para Unidade Hospitalar com ICP primária, deverão ser encaminhados (saírem da unidade de origem) em até 30 minutos!
Dentro das 3 primeiras horas de apresentação dos sintomas, não há diferença entre a terapia trombolítica e ICP primária no benefício em relação à mortalidade, com exceção dos casos de rápida evolução com instabilidade e choque cardiogênico, em que a ICP primária deve ser a opção terapêutica.
Independente do modo de reperfusão, o objetivo é reduzir o tempo de isquemia total, definido como o tempo entre o início dos sintomas e o início da terapia de reperfusão.
Duas estratégias podem ser seguidas: Tratamento com trombolíticos ou transferência para serviço com laboratório de hemodinâmica para realização de ICP primária.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Pacientes com menos de 3 horas de início dos sintomas: Se beneficiam de trombolítico no local do evento

Pacientes com 3 a 12 horas do início dos sintomas: Transferir imediatamente o paciente para ICP primária se o tempo de transferência for menor do que 90 minutos, sendo que o tempo total entre a chegada do paciente no local do primeiro atendimento e a realização da angioplastia não ultrapasse 120 minutos. A maior desvantagem da transferência para ICP primária é a demora na reperfusão miocárdica, com prolongamento no tempo de isquemia

Pacientes assintomáticos com mais de 12 horas de evolução dos sintomas: Não se beneficiam de reperfusão imediata, devendo ser transferidos para hospital de referência nas próximas 12-24 horas

Pacientes com mais de 12 horas de evolução e que permanecem com sintomas ou instabilidade: Transferir com urgência para realização de ICP

Atenção: A cada 30 minutos de atraso para início da reperfusão, aumenta em 7,5% a taxa de mortalidade em 1 ano.

Terapia Trombolítica

A classe de trombolíticos é dividida em fibrino-específicos (alteplase – tPA; tenecteplase – TNK) e não fibrino-específicos (estreptoquinase – SK).

O TNK é o trombolítico de escolha nas Unidades.

Doses de Trombolítico

Agente	Tratamento	Antitrombóticos
Estreptoquinase	1,5 milhão UI em 100 mL SG 5% ou SF 0.9% em 30-60 min	HNF ajustada pelo peso ou Enoxaparina ou fondaparinux por até 8 dias
Alteplase (tPA)	15 mg em bolo, seguidos por 0,75 mg/Kg em 30 min e então 0,5 mg/Kg em 60 min Dose máxima total: 100 mg	HNF ajustada pelo peso ou Enoxaparina ou fondaparinux por até 8 dias
Tenecteplase	Bolus Único: 30 mg se < 60 Kg 35 mg entre 60 e < 70 Kg 40 mg entre 70 e < 80 Kg 45 mg entre 80 e < 90 Kg 50 mg > 90 Kg	HNF ajustada pelo peso ou Enoxaparina ou fondaparinux por até 8 dias

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	Dose máxima total: 50 mg	

Critérios de Reperfusão

Clínicos: Melhora significativa da dor torácica.

Eletrocardiográficos: Supra de ST com redução > 50% na derivação com o maior supra de ST. Novo ECG deve ser realizado 60 a 90 minutos após trombólise.

Atenção: Pacientes que não preenchem critérios de reperfusão devem ser encaminhados o mais precoce possível a uma Unidade Hospitalar com Unidade de Hemodinâmica disponível para ICP de resgate.

Critérios para ICP de Resgate:

Clínicos: Dor torácica persistente e intensa, principalmente se associada à sudorese, dispnéia, e instabilidade hemodinâmica.

Eletrocardiográficos: Supra de ST com redução discreta (< 50% na derivação com o maior supra de ST), persistente, ou em aumento.

Terapia Adjuvante a Terapia Trombolítica

Enoxaparina (HBPM)

Pacientes com idade < 75 anos: 30 mg IV em bolo e após 1,0 mg/kg de peso subcutâneo de 12/12 horas até a alta hospitalar

Pacientes com idade ≥ 75 anos: Não administrar o bolo e iniciar com 0,75 mg/kg subcutâneo de 12/12 horas

Se a opção for por heparina não fracionada como adjuvante na terapia trombolítica, ajustar dose de anticoagulante pelo PTT (de 1,5 a 2,0 vezes o valor de referência).

Anexos

Cronograma de Implantação

Protocolo de IAM												
Ações/mês execução	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Elaboração e aprovação do Protocolo												
Nomeação dos Membros do grupo de gerenciamento de IAM												
Elaboração do cronograma anual de reuniões												
Acolhimento do Paciente com dor torácica												
Intepretação do ECG												

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Terapias Trombolíticas												
Elaboração de indicadores												
Implantação de Indicadores												
Avaliação de Indicadores												
Apresentação mensal de indicadores para os gestores												
Apresentação trimestral de indicadores para os colaboradores												

Formulário

FORMULÁRIO DE ACOLHIMENTO DE DOR TORÁCICA E SUSPEITA DE IAM

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO:

HORÁRIO DE INÍCIO DA TRIAGEM:

TIPO DE DOR:

( ) Pressão e Aperto

( ) Queimação

( ) Peso

IRRADIAÇÃO:

( ) Ombros ( ) Mandíbula

( ) Pescoço ( ) Centro do Peito

( ) Dorso ( ) Escápulas

Se presente uma característica de dor e uma característica de irradiação, encaminhar para SALA VERMELHA E REALIZAR O ECG EM 10 MIN.

Realizar a aferição de sinais vitais em seguida

Referências

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

American Heart Association, Suporte Avançado de Vida Cardiovascular – Manual para profissionais de saúde. ed. 2020.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Rio de Janeiro: SBC, 2015.
BRASIL. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. ISBN 978-85-334-1583-6

Protocolo de Atendimento ao Trauma Conforme ATLS

Introdução

O trauma consiste em lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, elétricos), de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas.

As estatísticas nos EUA evidenciam 50 milhões de politraumatizado por ano, dentre eles 115.000 mortos, 400.000 inválidos, com custo anual de $ 13,6 bilhões de dólares. Na II Guerra Mundial houve 292.000 soldados mortos, no período de 1939 a 1945, estatística infinitamente menor se comparado com os 450.000 mortos por acidentes de transito ao ano.

O trauma é a principal causa de óbito nas primeiras 4 décadas de vida e representa um enorme e crescente desafio ao País em termos sociais e econômicos. Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. Os custos econômicos envolvidos superam 9 bilhões anualmente.

Segundo o Ministério da Saúde, ocorreram 127.633 óbitos por traumas no Brasil em 2005, representando 12,67% do total de óbitos. Trauma foi a principal causa de morte entre um e 39 anos de idade; morreram 58.969 adultos entre 20 e 39 anos. Em dezembro de 2007, houve 76.583 internações por traumas no País. Somam-se aqueles os que sofreram lesões temporárias ou permanentes (BRASIL, 2008).

O trauma representa, atualmente, a terceira causa de morte mundial (PAVELQUEIRES, 1997). Segundo estatísticas, em um dia médio, 170.000 homens, mulheres e crianças sofrem traumatismos, e aproximadamente 400 morrem com resultado de suas lesões.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O atendimento ao doente traumatizado tem quatro componentes, o atendimento pré-hospitalar, o atendimento hospitalar, a reabilitação e a prevenção, que devem ter uma relação íntima, recíproca e extremamente monitorada, no presente protocolo será abordado o componente hospitalar.

As principais etiologias são por acidentes automobilísticos, quedas, acidentes de recreação, agressões, ferimentos por projétil de arma de fogo, ferimentos por arma branca e lesão por corrente elétrica.

Objetivo
Identificar e tratar precocemente pacientes com politrauma, através de medidas propostas neste protocolo;
Garantir equipe adequada para o primeiro atendimento, e definição de responsabilidades;
Agilizar e sistematizar o atendimento inicial dos pacientes politraumatizados segundo o Advanced Trauma Life Support (ATLS);
Minimizar agravos ocasionados por politrauma;
Minimizar o impacto da doença trauma na segunda vítima, famílias.

Abrangência
Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais.

Aplicabilidade
São elegíveis ao protocolo usuários atendidos no Pronto Atendimento da instituição com suspeita de politraumatismo, neurotrauma e grandes queimados.
Estão excluídos os pacientes que não se enquadrem nos critérios de inclusão.

Historia e exame físico
História de trauma, sendo o politraumatismo a lesão de dois ou mais segmentos do corpo, que podem levar ao óbito em minutos, por causa mortis em insuficiência respiratória, lesões do SNC e choque hipovolêmico por hemorragias não controladas.

As principais lesões que levam a morte Pneumotórax aberto, Hemotórax, Hemotórax aberto, Pneumotórax hipertensivo, Tórax instável e Tamponamento cardíaco.
A classificação do tipo de trauma será de acordo com parâmetros vitais, anatomia da lesão, mecanismo do trauma, condições clinicas.

Diagnóstico

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Avaliação Primária

Avaliação primária do paciente com trauma maior deverá ocorrer conforme o protocolo de atendimento inicial do politraumatizado recomendado pelo ATLS. Reanimação frente a parada cardiocirculatória é realizada imediatamente após o diagnóstico. Avaliação primária e reanimação ocorrem simultaneamente, em uma seqüência lógica de condições de risco à vida, conhecida como "ABCDE" (CHIARA, 2009). A avaliação ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition - Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição) é efetuada e esta avaliação primária em até 2 a 5 minutos.

Tratamento simultâneo de lesões potencialmente fatais pode ser feito.

Avaliação Primária no Politrauma: o *ABCDE*		
A	*Airway*	Via aérea
B	*Breathing*	Respiraçao
C	*Circulation*	Circulação
D	*Disability*	Disfunção neurológica
E	*Exposition*	Exposição

Vias Aéreas e Coluna Cervical

Inicialmente, é avaliada a permeabilidade das vias aéreas superiores:

Capacidade de o paciente falar,

Inspeção da cavidade oral, buscando possível obstrução da via aérea:

Queda de língua;

Presença de vômito, sangue, corpo estranho na cavidade oral;

Trauma bucomaxilofacial;

Queimadura extensa de face com acometimento da cavidade oral;

A respiração tipo gasping, estridor laríngeo;

Em obstrução real ou potencial de vias aéreas, fazer manobras para sua liberação:

Aspiração;

Anteriorização do mento;

Posicionamento da cânula orofaríngea;

Administração de oxigênio 10-12L/min em máscara com reservatório;

Intubação traqueal se necessário;

Intubação via nasotraqueal no potencial trauma maxilofacial é contra-indicada;

Traqueostomia/cricotireoidostomia pode ser necessária em traumas faciais com fraturas graves de mandíbula e maxila;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Politrauma deve ter coluna cervical imobilizada até lesão raquimedular ser descartada.

ALGORITMO DA AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DAS VIAS AÉREAS



Respiração

Uma boa ventilação exige funcionamento adequado dos pulmões, parede torácica e diafragma. O tórax do paciente deve estar exposto para se avaliar a expansibilidade do mesmo. Este deve ser também inspecionado e palpado na busca de lesões que possam comprometer a ventilação.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

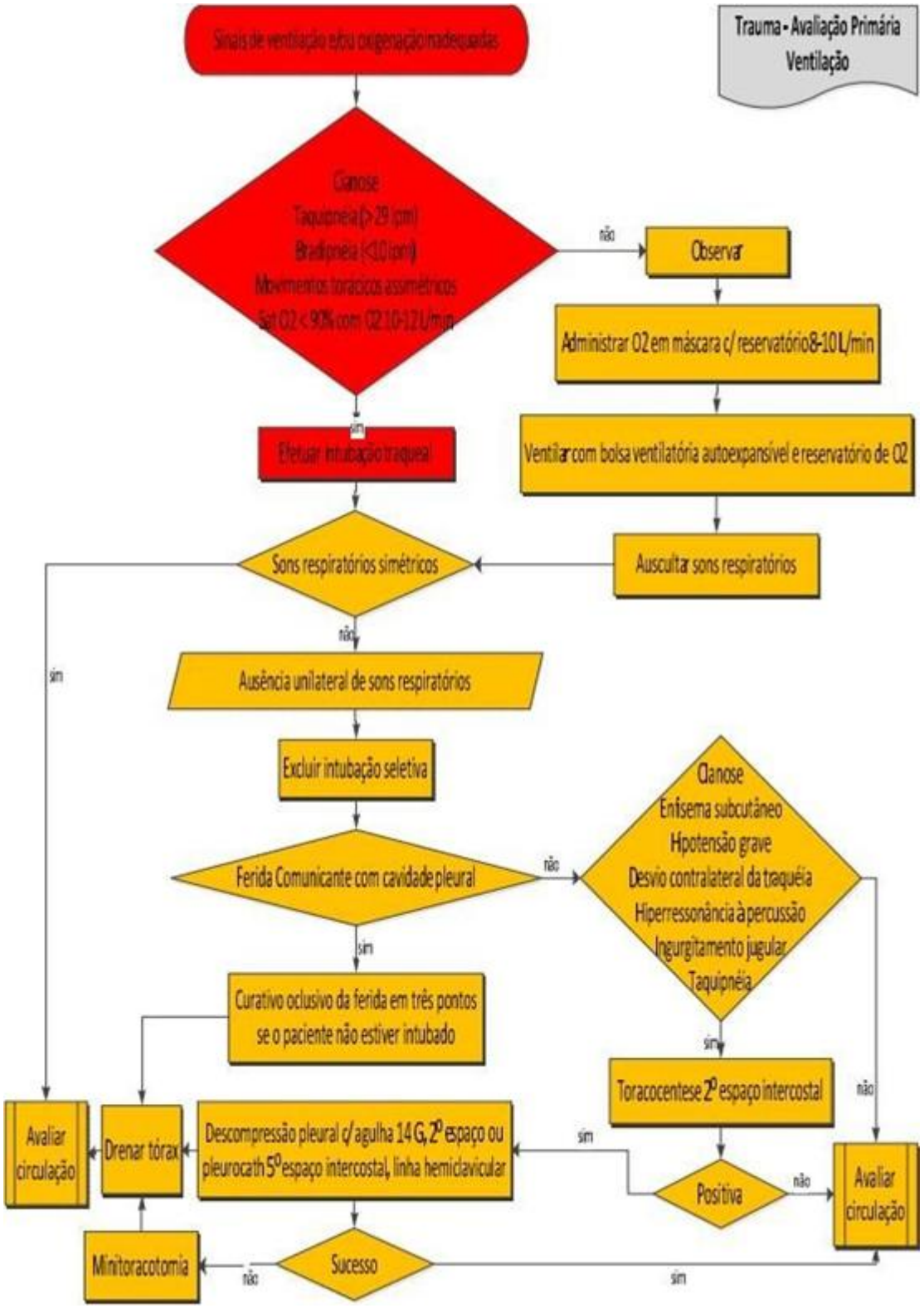
Avaliação da ventilação se faz através da inspeção, percussão, palpação e ausculta do tórax. Os diagnósticos a serem buscados são: Pneumotórax hipertensivo, Pneumotórax aberto, Tórax instável, Hemotórax maciço.

Alteração da Ventilação no Trauma	
Causa	Conduta
Pneumotórax hipertensivo	Toracocentese imediata e/ou toracotomia com drenagem torácica fechada
Pneumotórax aberto	Curativo de três pontos imediatamente (paciente não intubado)
	Drenagem torácica é tratamento definitivo
Tórax instável	Intubação e ventilação com pressão positiva
Hemotórax maciço	Toracotomia com drenagem torácica fechada
Se ar sob pressão	Descompressão pleural
Descompressão negativa ou resultar em sangue	Preferir Rx Tórax antes de qualquer outro procedimento

Condições como tórax instável com contusão pulmonar, hemotórax maciço, pneumotórax hipertensivo, e pneumotórax aberto devem ser identificadas no exame primário e simultaneamente tratadas (nunca se esquecendo de fazer uma reavaliação de todos os passos até aqui). Outras condições podem ser identificadas no exame secundário.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

ALGORITMO DA AVALIAÇÃO DA RESPIRAÇÃO



Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Circulação

No manuseio do traumatizado o choque deve ser sempre considerado (e tratado), a princípio, como hemorrágico. Como sequência para exame deve-se:

Pesquisar e controlar fontes de sangramento externo, mediante compressão;

Puncionar dois acessos periféricos calibrosos (14-16 G) e, na impossibilidade destes, obter acesso central;

Colher amostra de sangue para prova cruzada (lactato, troponina no trauma cardíaco, BHCG para mulheres jovens);

Em caso de choque, realizar reposição volêmica, utilizando solução salina (SF 0,9%, em bolus de 2000ml)/Ringer Lactato. Para cada ml de sangue perdido repõe-se 3ml de cristalóide isotônico. A hemotransfusão é somente indicada em caso de choque grau III e IV.

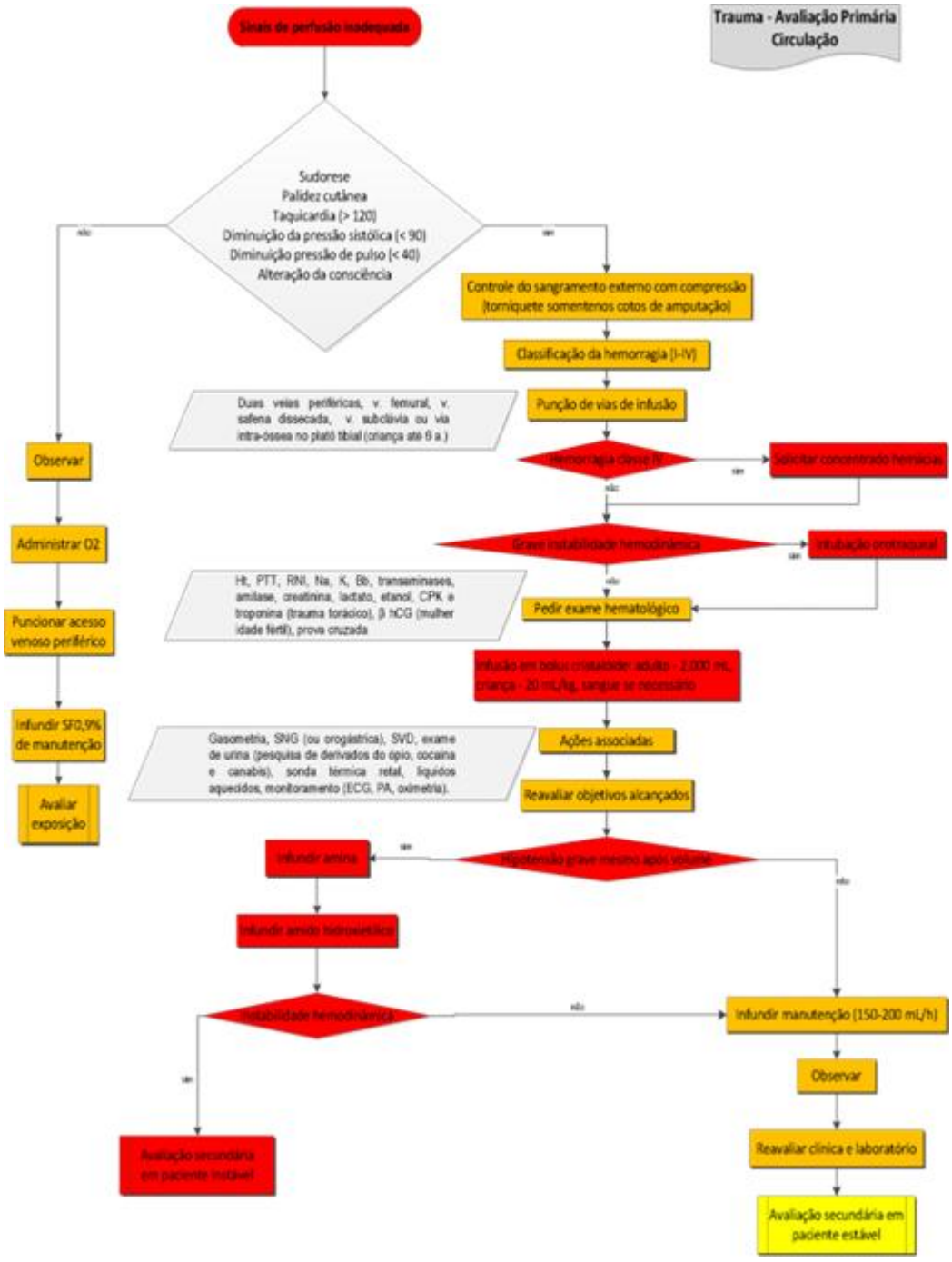
Logo que se finaliza a infusão devem-se reavaliar os parâmetros hemodinâmicos classificando em adequada, transitória, ausente.

Deve-se avaliar a possibilidade de Choque Cardiogênico, Choque Obstrutivo causado por pneumotórax hipertensivo ou tamponamento cardíaco e Choque Neurogênico.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

ALGORITMO DA AVALIAÇÃO DA CIRCULAÇÃO



Exame Neurológico

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O exame neurológico durante a avaliação primária é realizado:
Classificando o paciente de acordo a Escala de Coma de Glasgow (ECG),
Examinando a pupila (diâmetro e reatividade à luz),
Motricidade dos membros.

Escala de Coma de Glasgow		
Variáveis		Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhum	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece ao comando	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

A pontuação definitiva da ECG só é atribuída após manobras de reanimação com resolução dos problemas respiratórios e circulatórios. Devem-se conhecer os valores normais e a modalidade de classificação da ECG em crianças em idade pré-escolar pelas particularidades na maneira de se expressar e locomover.

Classificação do Traumatismo Cranioencefálico	
TCE leve	ECG = 15 - 14
TCE moderado	ECG = 13 - 9
TCE grave	ECG < 9

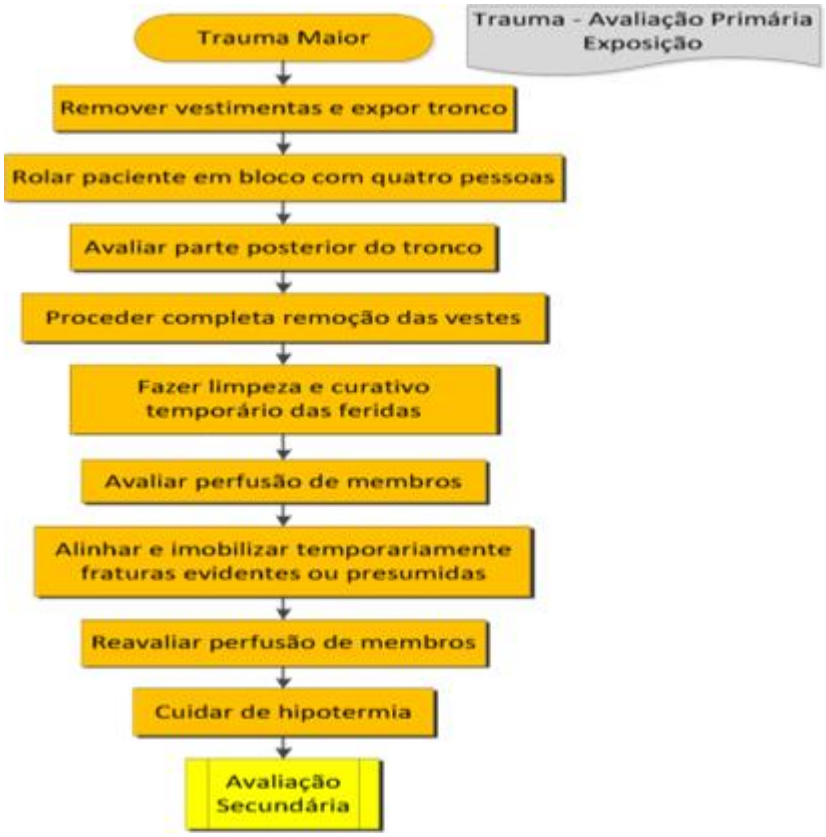
A ECG que categoriza a gravidade do traumatismo craniano deve ser calculada na ausência de efeitos de fármacos sedativos (janela farmacológica de tempo suficiente para a eliminação do fármaco) e uma vez excluído o efeito de álcool ou drogas (GABBE, CAMERON, FINCH, 2003).

Assinado por 1 pessoa: ANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Exposição com Controle de Temperatura

Remoção de toda vestimenta é realizada na chegada, com exposição do tórax e membros superiores para avaliação, monitoramento e punção venosa. Durante este momento é realizada a rolagem em bloco para facilitar a remoção das vestimentas e realização do exame do dorso, que compreende a inspeção e palpação. Posteriormente faz-se a limpeza e medicação temporária das feridas, posicionamento de talas e tutores ortopédicos e, por fim, o paciente é coberto com manta térmica para se prevenir a dispersão de calor.

ALGORITMO DA AVALIAÇÃO PRIMÁRIA



Exames a Nível Primário

Esses exames são efetuados após a avaliação primária e antes da avaliação secundária, para identificar condições que rapidamente podem piorar e que requerem tratamento imediato, ou lesões que requerem aprofundamento diagnóstico de segundo nível.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Exames de Nível Primário	
Radiografia de tórax e pelve	
E-FAST (*Extended Focused Abdominal Sonography for Trauma*)	
Exames laboratoriais	Hemograma

Tempo da liberação de exames solicitados no exame primário até 30 minutos.

Avaliação Secundária

Realiza-se a anamnese com o paciente (se cooperativo), com parentes e com pessoal do atendimento pré- hospitalar, seguindo o acrômio AMPLE: (A, allIergies) – alergias; (M, medications) – medicamentos usados; (P, past illness) – passado mórbido; (L, last meal) – última refeição; (E, events) – eventos precedentes ao trauma e relacionados ao ambiente.

Anamnese do paciente: esquema AMPLE
– **A**: Allergies (alergias pregressas)
– **M**: Medications (fármacos em uso)
– **P**: Past illness (doenças prévias)
– **L**: Last meal (ulltima refeição)
– **E**: Events (eventos que precederam o trauma)

O exame físico deve ser conduzido de modo sistemático, em sequência céfalo-caudal, completo, atentando-se para a região anatômica acometida.

Exames a Nível Secundário

São realizados após os exames de nível primário e ao término de estabilização do usuário:

Exames de Nível Secundário
Radiografia da coluna vertebral
Radiografia do restante do esqueleto e dos membros

Tempo da liberação de exames solicitados no exame secundário até 1 hora da solicitação médica.

Classificação do Trauma

Após a realização do exame secundário, o paciente será classificado de acordo com a região anatômica acometida para que o tratamento se torne seguro. Após esta classificação o tratamento deve iniciar de imediato.

Podendo ser classificado como:

- Traumatismo Cranioencefálico (TCE): TCE Leve, TCE Moderado e TCE Grave;
- Trauma Raquimedular (TRM);
- Trauma Torácico;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Trauma Abdominal;
- Trauma Maxilofacial (TMF);
- Trauma Oftalmológico;
- Fratura exposta.

Protocolo para Atendimento Politraumatizado

OBJETIVO

Identificar e tratar precocemente pacientes com politrauma, através de medidas propostas neste protocolo;

Garantir equipe adequada para o primeiro atendimento, e definição de responsabilidades;

Agilizar e sistematizar o atendimento inicial dos pacientes politraumatizados segundo o Advanced Trauma Life Support (ATLS);

Minimizar agravos ocasionados por politrauma;

Minimizar o impacto da doença trauma na segunda vítima, famílias.

O trauma consiste em lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, elétricos), de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas.

As estatísticas nos EUA evidenciam 50 milhões de politraumatizado por ano, dentre eles 115.000 mortos, 400.000 inválidos, com custo anual de $ 13,6 bilhões de dólares. Na II Guerra Mundial houve 292.000 soldados mortos, no período de 1939 a 1945, estatística infinitamente menor se comparado com os 450.000 mortos por acidentes de trânsito ao ano.

O trauma é a principal causa de óbito nas primeiras 4 décadas de vida e representa um enorme e crescente desafio ao País em termos sociais e econômicos. Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. Os custos econômicos envolvidos superam 9 bilhões anualmente.

Segundo o Ministério da Saúde, ocorreram 127.633 óbitos por traumas no Brasil em 2006, representando 12,67% do total de óbitos. Trauma foi a principal causa de morte entre um e 39 anos de idade; morreram 58.969 adultos entre 20 e 39 anos. Em dezembro de 2007, houve

Assinado por 1 pessoa: DANILO CAVALCANTE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

76.583 internações por traumas no País. Somam-se aqueles os que sofreram lesões temporárias ou permanentes (BRASIL, 2008).

O trauma representa, atualmente, a terceira causa de morte mundial (PAVELQUEIRES, 1997). Segundo estatísticas, em um dia médio, 170.000 homens, mulheres e crianças sofrem traumatismos, e aproximadamente 400 morrem com resultado de suas lesões.

O atendimento ao doente traumatizado tem quatro componentes, o atendimento pré-hospitalar, o atendimento hospitalar, a reabilitação e a prevenção, que devem ter uma relação íntima, recíproca e extremamente monitorada, no presente protocolo será abordado o componente hospitalar.

As principais etiologias são por acidentes automobilísticos, quedas, acidentes de recreação, agressões, ferimentos por projétil de arma de fogo, ferimentos por arma branca e lesão por corrente elétrica.

EXECUTANTE

Equipe Multiprofissional (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Farmacêutico, Bioquímico, Técnico em Radiologia, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga e Fisioterapeuta).

PLANO TERAPÊUTICO MULTIPROFISSIONAL

Usuário com história de trauma, sendo necessário avaliar de acordo com o Acolhimento com

Classificação de Risco.

O acolhimento com classificação de risco tem como finalidade identificar a prioridade clínica com que o paciente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até a observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos. A escala de classificação utilizada e segundo o Protocolo de ACR.

Número	Nome	Cor	Tempo Alvo
1	Emergência	Vermelha	0 min.
2	Muito urgente	Laranja	10 min.
3	Urgente	Amarelo	1h
4	Pouco urgente	Verde	2 h
5	Não urgente	Azul	4 h

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Equipe	Tipo de instrução
Enfermeiro Acolhimento - Triagem	1. Atender o paciente e familiar com humanização; 2. Realiza a Acolhimento com Classificação de Risco de acordo com o preconizado pelo Protocolo ACR em todos os pacientes que chegarem ao serviço. 3. Encaminhar o paciente para atendimento médico de emergência e urgência de acordo com as prioridades determinadas pelo protocolo de ACR modificado; 4. Preencher a ficha do paciente, colocando a sua classificação de risco, 5. Atender o paciente e familiar com humanização; 6. Realiza a Acolhimento com Classificação de Risco de acordo com o preconizado pelo Protocolo de ACR em todos os pacientes que chegarem ao serviço. 7. Encaminhar o paciente para atendimento médico de emergência e urgência de acordo com as prioridades determinadas pelo protocolo de ACR modificado;
Enfermeiro Pronto Atendimento	1. Atender as vítima de trauma com humanização, providenciando material para realização procedimentos médicos solicitados a cada paciente; 2. Providencia o carro de emergência e auxilia nos procedimentos da PCR. 3. Auxilia em todas as etapas do ABCDE; 4. Auxilia no controle da via aérea e coluna cervical, até a chegada do médico. 5. Fixa colar cervical, caso o paciente ainda não tenha; 6. Instala máscara com reservatório em alta concentração (100% FiO2) 7. Realizar tamponamento com curativos (apenas três lados fixados) nos casos de pneumotórax aberto, conforme solicitação médica; 8. Inicia a RCP com a enfermeira, se indicado, até a chegada do médico da Unidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	9. Monitorizar o paciente (monitorização cardíaca, oximetria de pulso, temperatura, frequência respiratória, pressão arterial); 10. Fazer contato com os setores de apoio (serviço de farmácia, radiologia, laboratório de análises clínicas e agência transfusional), para agilizar procedimentos; 11. Coletar sangue para exames laboratoriais, se necessário; 12. Comunicar via telefone necessidade de hemocomponentes, nos casos de emergência; 13.Remover vestimentas e proteger contra perdas de calor; 14. Viabilizar Sondagens e cateterismos, conforme solicitações; 15. Auxiliar equipe médica em procedimentos de assistência ao trauma abdominal, tais como: lavados peritoniais, FAST, Laparoscopia, Laparatomia de emergência; 16. Acompanhar e supervisionar o técnico de enfermagem, quanto aos cuidados no transporte de pacientes estáveis a radiologia, bloco cirúrgico ou demais setores necessários; 17. Acompanhar pacientes instáveis a radiologia, bloco cirúrgico, CTI e demais setores, oferecendo-lhe suporte a vida de acordo, junto a demais membros da equipe; 18. Definir projeto terapêutico, com base no plano definido pelo médico; 19. Registrar em prontuário os procedimentos realizados; 20. Atender as vítima de trauma com humanização, providenciando material para realização procedimentos médicos solicitados a cada paciente; 21. Providencia o carro de emergência e auxilia nos procedimentos da PCR. 22. Auxilia em todas as etapas do ABCDE;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	23. Auxilia no controle da via aérea e coluna cervical, até a chegada do médico. 24. Fixa colar cervical, caso o paciente ainda não tenha; 25. Instala máscara com reservatório em alta concentração (100% FiO2) 26. Realizar tamponamento com curativos (apenas três lados fixados) nos casos de pneumotórax aberto, conforme solicitação médica; 27. Inicia a RCP com a enfermeira, se indicado, até a chegada do médico da Unidade. 28. Monitorizar o paciente (monitorização cardíaca, oximetria de pulso, temperatura, frequência respiratória, pressão arterial); 29. Fazer contato com os setores de apoio (serviço de farmácia, radiologia, laboratório de análises clínicas e agência transfusional), para agilizar procedimentos; 30. Coletar sangue para exames laboratoriais, se necessário; 31. Comunicar via telefone necessidade de hemocomponentes, nos casos de emergência; 32. Remover vestimentas e proteger contra perdas de calor; 33. Viabilizar Sondagens e cateterismos, conforme solicitações; 34. Auxiliar equipe médica em procedimentos de assistência ao trauma abdominal, tais como: lavados peritoniais, FAST, Laparoscopia, Laparatomia de emergência; 35. Acompanhar e supervisionar o técnico de enfermagem, quanto aos cuidados no transporte de pacientes estáveis a radiologia, bloco cirúrgico ou demais setores necessários; 36. Acompanhar pacientes instáveis a radiologia, bloco cirúrgico, CTI e demais setores, oferecendo-lhe suporte a vida de acordo, junto a demais membros da equipe;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	37. Definir projeto terapêutico, com base no plano definido pelo médico; 38. Registrar em prontuário os procedimentos realizados; 39. Prever materiais, mantendo a Unidade abastecida e garantir a checagem de equipamentos. 40. Verificar indicação de profilaxia de Tétano, conforme Manual de Indicação e Doses de Imunobiológicos.
Médico da Unidade	1. Atender pacientes com humanização por ordem de prioridade determinada pela classificação de risco de gravidade; 2. Identificar o mecanismo do trauma; 3. Realizar exame primário (ABCDE) de acordo com o ATLS; 4. Realizar a reanimação das funções vitais; 5. Realizar procedimentos imediatos de manutenção da vida, caso necessário (como, intubação, drenagens nos casos de trauma torácico que ameace a vida); 6. Realizar avaliação secundária (História e exame físico completo), bem como, solicitação de exames adicionais; 7. Solicitar Leito em Unidade de Terapia Intensiva quando necessário; 8. Classificação do paciente conforme tipo de trauma (abdominal – aberto ou fechado – torácico e outros tipos de trauma); 9. Definir plano terapêutico para o paciente; 10. Solicitar exames laboratoriais e de imagem necessários; 11. Checar e Avaliar os resultados de exames solicitados; 12. Solicitar bolsas de hemocomponentes necessários à agência transfusional; 13. Indicar sondagens vesicais, orogástricas ou nasogástricas, quando necessárias;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	14. Prescrever as medicações e orientações necessárias para cada caso; 15. Orientar os pacientes, familiares ou responsáveis legais; 16. Realizar o registro da anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas, conduta e tratamento no prontuário do paciente; 17. Garantir registros da evolução e procedimentos médicos; 18. Auxiliar na transferência de pacientes graves; 19. Encaminhar o paciente que não se enquadrar ao perfil de atendimento (emergência e urgência), ao serviço de referência (Médico da Sala Azul); 20. Verificar indicação de profilaxia de Tétano e prescrever, conforme Manual de Indicação e Doses de Imunobiológicos.
Fisioterapeuta	1. Auxilia o médico da Unidade na intubação, ventilação e transferência do paciente.
Técnico de enfermagem	2. Auxilia em todas as etapas do ABCDE; 3. Providenciar materiais necessários; 4. Administrar oxigênio de acordo com solicitação; 5. Obter acesso venoso calibroso; 6. Retirar toda a roupa e adereços pessoais do paciente catalogá-los e providenciar a sua guarda ou entrega aos familiares; 7. Evitar hipotermia, mantendo o controle de temperatura; 8. Preparação e administração dos medicamentos prescritos; 9. Auxiliar o médico e o enfermeiro na realização de procedimentos (invasivos e não invasivos) para o atendimento do paciente vítima de trauma; 10. Contribuir para a rapidez na realização dos exames solicitados;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	11. Realizar e compor a equipe de transporte de pacientes com segurança a outros setores, quando necessário; 12. Avisar a equipe médica sinais de alteração hemodinâmica (oligúria, hipotensão arterial, taquicardia); 13. Registrar no prontuário do paciente a anotação de enfermagem e todos os procedimentos realizados. 14. Administra medicações solicitadas; 15. Obtém acesso venoso calibroso de preferência em região antecubital;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
ATLS 10ª Edição - 2018

Protocolo de Atendimento de Parada Cardíaca e Emergências Pediátricas Conforme PALS

Quando Suspeitar ou Critérios de Inclusão

Identificar parada cardiorrespiratória (PCR) se o paciente pediátrico estiver irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente e sem pulso central palpável.

Critérios de inclusão para necessidade de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em pediatria:

• Paciente que apresente PCR;

• Paciente irresponsivo e com respiração agônica ou ausente, que apresente pulso com frequência menor que 60 batimentos por minuto (bpm) e sinais de perfusão insuficiente apesar da oxigenação e ventilação adequadas.

Conduta

1. Checar responsividade:

• No bebê: estímulo plantar;

• Na criança: tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta.

2. Se paciente não responsivo, checar respiração e pulso simultaneamente.

ATENÇÃO: checar pulso central por, no máximo, 10 segundos:

• No bebê: pulso braquial;

• Na criança: pulso carotídeo ou femoral.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca; providenciar o monitor/desfibrilador.

4. Se respiração ausente ou agônica (*gasping*), considerar:
Se pulso presente e com frequência maior do que 60 batimentos por minuto (bpm): abrir via aérea, administrar uma insuflação de boa qualidade a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflações/min) com bolsa-valva-máscara e oxigênio (O2) suplementar a 100%, e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos. Seguir o Protocolo (Parada respiratória).

Se pulso presente e que permanece com frequência _ 60 bpm e com sinais de perfusão inadequada apesar da ventilação e oxigenação adequadas: iniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas), conforme descrição a seguir.

Se pulso ausente: iniciar imediatamente as manobras de RCP, começando pelas compressões torácicas, enquanto é instalado o monitor/desfibrilador.

• Após 30 compressões torácicas (se um profissional realiza as manobras), abrir manualmente as vias aéreas e aplicar duas insuflações com dispositivo bolsa-valva-máscara com reservatório, com O2 suplementar a 100% (10 a 15 L/min).

• A relação compressão e insuflação, enquanto não estiver instalada a via aérea avançada, deve ser de:
• 30:2 se houver apenas um profissional realizando a RCP, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto;
• 15:2 se houver dois profissionais realizando a RCP (um para compressões e um para insuflações), com frequência de 100 a 120 compressões por minuto.

• Assim que o monitor/desfibrilador estiver disponível e sem interrupção dos ciclos de RCP, posicionar as pás
no tórax desnudo e seco do paciente.
• Interromper as compressões torácicas para a análise do ritmo:
a) Se ritmo CHOCÁVEL (fibrilação ventricular/ taquicardia ventricular sem pulso):
• Aplicar um choque de 2 J/kg de peso (4 J/kg no 2º choque e > 4 J/kg nos choques subsequentes, com máximo de 10 J/kg ou carga adulta);
• Imediatamente após cada choque, reiniciar RCP por 2 minutos, começando pelas compressões torácicas: 10 ciclos de 15:2 ou cinco ciclos de 30:2, de acordo com o número de profissionais, ou 2 minutos;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

• Após 2 minutos de RCP, checar novamente o ritmo;
• Confirmado ritmo chocável, iniciar Protocolo para manejo específico.
b) Ritmo NÃO CHOCÁVEL (assistolia, atividade elétrica sem pulso):
• Reiniciar RCP imediatamente após a análise do ritmo (15 ou 30 compressões para duas insuflações, de acordo com o número de profissionais), por 10 ciclos de 15:2 ou cinco ciclos de 30:2 ou 2 minutos;

• Após 2 minutos de RCP, checar novamente o ritmo;

• Confirmado ritmo não chocável, iniciar Protocolo (Assistolia) ou Protocolo (AESP) para manejo específico.

5. Realizar simultaneamente os seguintes procedimentos:
• Instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente intubação orotraqueal;
• Considerar o uso de máscara laríngea ou outro dispositivo supraglótico, no caso de intubação difícil, para não retardar a realização das compressões de boa qualidade;
• Confirmar efetiva ventilação e fixar o dispositivo escolhido;
• Após instalação da via aérea avançada, manter compressões torácicas contínuas (100 a 120/minuto), sem pausas para as insuflações, e oferecer uma insuflação a cada 6 segundos (10 insuflações/minuto), não sincronizadas; checar o ritmo a cada 2 minutos;
• Instalar acesso vascular intravenoso/intraósseo.

6. Pesquisar e tratar causas reversíveis de PCR (6H e 5T). H T

H	T
Hipovolemia	Tóxicos - overdose ou acidental
Hipóxia	Tamponamento cardíaco
Hidrogênio (íon) - acidose	Tensão no tórax – pneumotórax hipertensivo
Hiper/hipocalemia	Trombose coronária – síndrome coronária aguda
Hipotermia	Tromboembolismo pulmonar
Hipoglicemia	

7. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.
Observações
• Considerar os 3 "S" (Protocolos PE1, PE2, PE3).
• Atentar para o direito da criança de ter um acompanhante (responsável legal ou outro).
• Compressões torácicas de boa qualidade compreendem:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

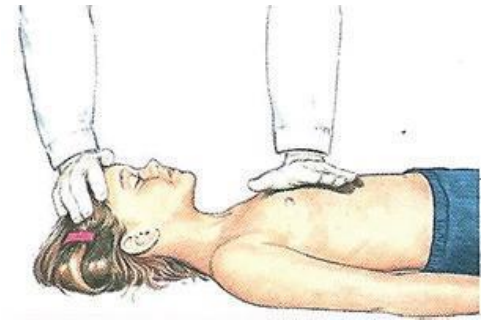
• Paciente posicionado em decúbito dorsal horizontal, sobre superfície rígida e plana;

• No bebê: comprimir o esterno com dois dedos posicionados imediatamente abaixo da linha intermamilar, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 4 cm;

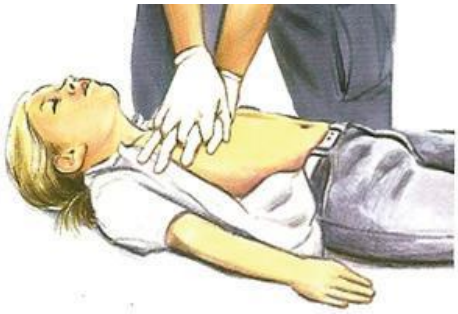


Fonte: PMSP. Manual de Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros nas Escolas, 2007.

• Na criança: realizar compressões com uma ou duas mãos posicionadas na metade inferior do esterno, deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 5 cm;



Fonte: AAP/AHA. Suporte Avançado de Vida em Saúde, 2006, p. 41.



Fonte: AHA. SBV para Profi ssionais de Pediatria. Manual para Provedores, 2003, p 62.

• Permitir o completo retorno do tórax após cada compressão; não se apoiar sobre o tórax após cada compressão;

• Limitar as interrupções nas compressões torácicas a menos de 10 segundos;

• Comprimir na frequência de 100 a 120 compressões/minuto;

• Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos.

• Insuflações de boa qualidade compreendem:

• Insuflação com duração de 1 segundo, com volume sufi ciente apenas para promover a elevação do tórax; e

• Visível elevação do tórax.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

• Utilizar o monitor/desfibrilador assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.

• Características das pás manuais do desfibrilador para o paciente pediátrico:
• Paciente > 10 kg (aproximadamente 1 ano ou mais): pás manuais grandes (adulto = 8 a 13 cm);
• Paciente < 10 kg (< 1 ano): pás manuais pequenas (infantis = 4,5 cm);
• Posicionamento das pás no tórax: deixar um espaço de pelo 3 cm entre as pás manuais e ter cuidado para que não haja contato entre elas durante o uso;
• Devem ser usadas as maiores pás que couberem no tórax do paciente, respeitando a distância mínima entre elas;
• Se necessário, pode ser colocada uma pá de adulto na parede anterior do tórax e a outra no dorso, na região interescapular;
• Quando houver indicação de choque, aplicar sempre pasta ou gel condutor nas pás antes do choque; não usar compressas de gaze embebidas em solução salina ou álcool, ou gel de sonografia.

• Não interromper as manobras de RCP para administrar drogas no manejo específi co do ritmo.

• Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar à unidade de saúde, ou se o paciente apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento).

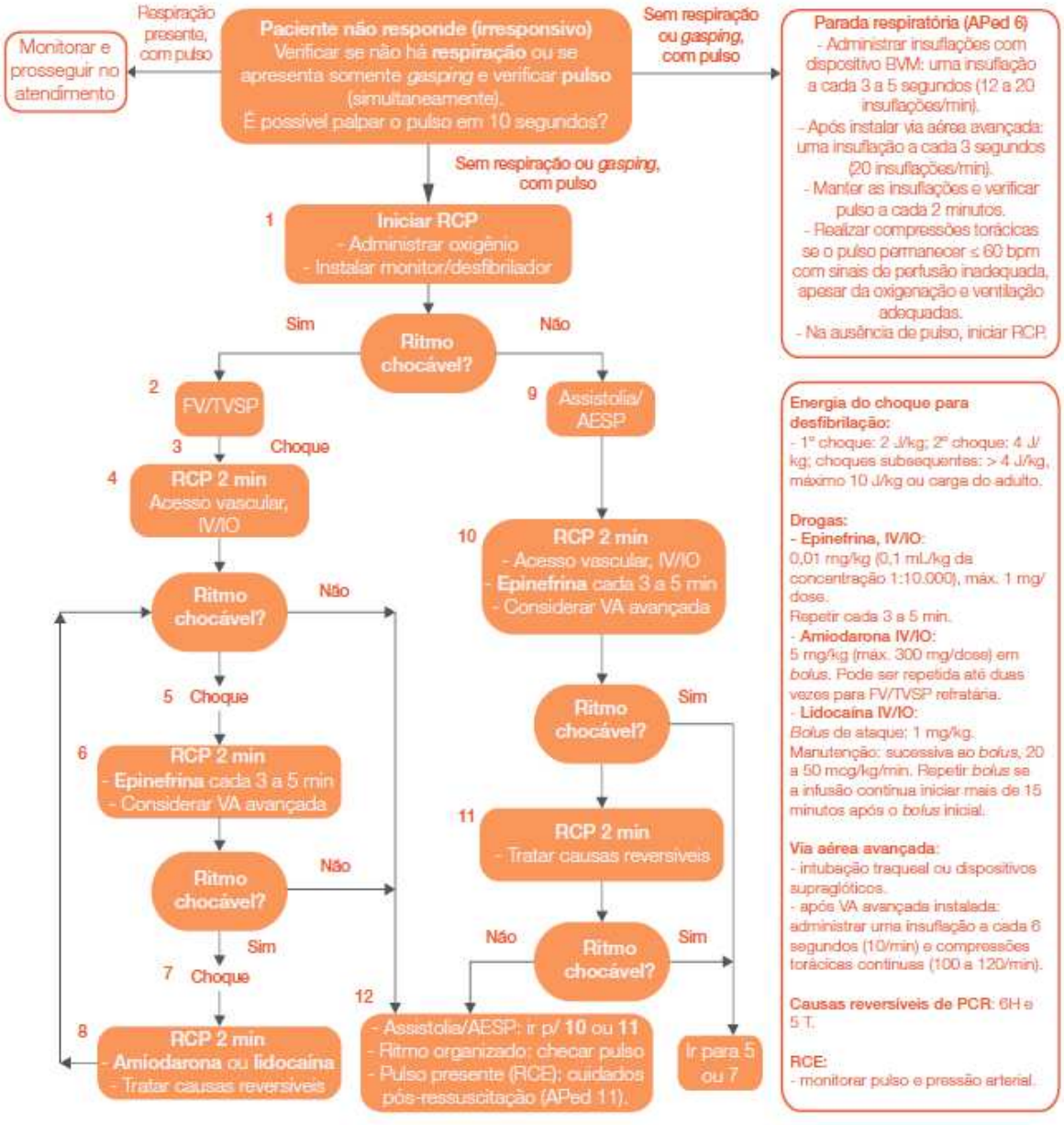
• NÃO HÁ INDICADORES SEGUROS DE RESULTADOS PARA ORIENTAR QUANDO TERMINAR OS ESFORÇOS DE REANIMAÇÃO NO PACIENTE PEDIÁTRICO.

• Ver “Algoritmo Geral RCP Pediátrica”

Algoritmo geral da RCP pediátrica – Suporte avançado de vida

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org



Fonte: Adaptado de AHA Guidelines 2015. Part 12. Pediatric ALS. Circulation 2015;132(suppl 2):p. S532 e AHA uidelines 2015. Part 11. Pediatric BLS. Circulation 2015;132(suppl 2): p. S522.

Protocolo de Intubação

(via aérea difícil, sequência rápida conforme ATLS, via aérea supra glótica para médicos e enfermeiros)

Objetivo

Descrever passo-a-passo o procedimento de intubação orotraqueal.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Definições

A Intubação Orotraqueal é uma atividade privativa do médico e tem como objetivo assegurar uma ventilação adequada das vias aéreas, cumprindo a medida inicial do atendimento ao paciente crítico; assegurando a permeabilidade das vias aéreas e a respiração.

A intubação é dita como difícil quando há necessidade de mais de 3 tentativas ou duração superior a 10 minutos para o posicionamento correto do tubo traqueal; nessa situação, outros dispositivos devem ser tentados (máscara laríngea/combitube)

Para estimar o grau de dificuldade da intubação foram desenvolvidas as classificações de Mallampati e Cormack-Lehane.

Siglas

IOT – Intubação Orotraqueal
ECG – Eletrocardiograma
O2 – Oxigênio
SRI – Sequência Rápida de Intubação
EV – Endovenosa
RX – Raios X
CO2 – Dióxido de Carbono
PCR- Parada Cardiorrespiratória
VAD - Via Aérea Difícil
DSG - Dispositivo Supra Glótico

Documentos Relacionados

Escala de Mallampati;
Escala de Cormack-Lehane

Indicações

Insuficiência respiratória aguda;
Ventilação ou oxigenação inadequada;
Proteção de vias aéreas em paciente com rebaixamento de nível de consciência (ECG <=8).

Contraindicações

Doenças glóticas e supra glóticas que evitam o posicionamento correto do tubo endotraqueal através da glote ou que podem ser exacerbadas pela inserção do tubo.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Preparação

Quando possível, olhar as vias aéreas do paciente buscando por achados que potencialmente dificultem a intubação. Exemplo trauma de vias aéreas ou face, instabilidade da coluna cervical, pequena abertura da boca, boca pequena, pescoço curto e musculoso, sequelas de queimaduras, anormalidades congênitas, tumores, abscesso, trismo, história de intubação difícil, entre outros;
Pré-oxigenar o paciente no mínimo por 4 min com 02 100% para aumentar a reserva de oxigênio, aumentar o tempo sem dessaturação durante a apneia, permitir mais tempo para garantir a intubação.
Conectar uma cânula de aspiração ao vácuo.
Conectar os monitores de pressão arterial, oximetria de pulso e monitor cardíaco
Garantir que o acesso venoso está pérvio, providenciar um segundo acesso se necessário.
Preparar as medicações necessárias para intubação.
Separar os materiais necessários e verificar sua integridade e seu funcionamento correto: laringoscópio com lâmina curva, tubo endotraqueal (usar tamanho 7,5 a 8,0 para mulher e 8,0 a 8,5 para homens)
Fio guia – se necessário.
Cânula de guedel.
Vias aéreas de resgate como máscara laríngea.
Equipamento de fixação de cânula – cadarço.
Coxins ou lençóis para posicionar o paciente
Checar se o cuff não está furado. Separar uma seringa para insuflar o cuff.
Dispositivo bolsa-válvula-máscara conectado à fonte de O2.
É essencial ter um material de apoio caso a intubação não seja bem-sucedida: Fio guia, bougie, máscara laríngea, material para cricotireoidostomia de emergência.

Procedimentos da Técnica de Laringoscopia

A parte mais crítica da intubação é encontrar a epiglote. Nos casos de imobilização cervical, a elevação da cabeça e a flexão da espinha cervical não são permitidas. Nesses casos, pode-se abrir o colar cervical e requisitar que um assistente estabilize o pescoço durante o procedimento.
Atentar para a saturação de oxigênio durante o procedimento.

Interromper o procedimento e voltar a ventilar com bolsa-valva-máscara quando a saturação estiver em queda progressiva, principalmente se abaixo de 80%. O laringoscopista pode orientar um assistente a realizar manobra de compressão externa (BURP – Compressão da cricoide, elevação e tração para a direita).

Procedimentos:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Chamar ajuda (médico, enfermeiro, técnico, fisioterapeuta – se disponíveis);
Preparar equipamentos, monitores e medicações;
Acesso venoso, pré-oxigenação e posição do paciente (posicionar coxim suboccipital para mantê-lo na posição de 'cheirador');
Abrir a boca do paciente e com cuidado posicionar o laringoscópio;
Ajustar a língua e tecidos moles da boca para o lado esquerdo com a lâmina;
Localizar a epiglote;
Identificar e otimizar a visão da glote usando técnica bimanual, elevação da cabeça, extensão do pescoço;
Guiar o tubo pela traqueia para a glote e inserir através das cordas vocais sobre visão direta; avaliar a necessidade de uso de fio guia e não o projetar além do tubo orotraqueal.
Remover o fio guia se estiver usando; insuflar balonete.
Confirmar a posição do tubo com ausulta epigástrica seguida dos quatro campos pulmonares anteriores. Tracionar o tubo se estiver seletivo.
Fixar o tubo endotraqueal;
Ajustar parâmetros de ventilação mecânica;
Realizar sedação de manutenção em bomba de infusão contínua se necessário.

Procedimentos da Sequência Rápida de Intubação
Para assegurar uma via aérea em um paciente instável, usa-se a sequência rápida de intubação. Essa consiste em usar um sedativo de ação rápida, analgesia e um agente bloqueador neuromuscular para criar condições que permitam um rápido controle das vias aéreas. A SRI pressupõe que os pacientes estão em risco bronco aspiração de conteúdo gástrico e incorpora medicações e técnicas que minimizem esses riscos.

Procedimentos:
Preparação:
Checar sinais que indiquem intubação difícil.
Fazer um plano de intubação incluindo um vias alternativas de assegurar a via aérea.
Reunir equipamentos e medicações.
Pré-oxigenação:
Recomenda-se que todo paciente que necessite de intubação endotraqueal receba oxigênio em alto fluxo imediatamente.
Pré-tratamento:
Dependendo das circunstâncias clínicas pode-se usar medicações antes da indução como: atropina (casos de bradicardia), noradrenalina e dopamina (casos de choque). Fentanil 3 mcg/kg peso magro (peso total + 30% do excesso de peso) e/ou lidocaína.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Indução:

Diferentes tipos de indução são usados dependendo das circunstâncias clínicas, abaixo segue os medicamentos com sua posologia, contraindicações e vantagens:

Midazolam: dose 0,2 a 0,3 m/kg. Contraindicação: depressão miocárdica dose dependente resultando em hipotensão. Vantagem: um potente amnésico

Propofol: dose 1,5 a 3 mg/kg, não há contraindicação absoluta, porém, produz hipotensão dose dependente. Vantagem: broncodilatação.

Etomidato: dose 0,3 mg/kg, contraindicação: suprimir a produção adrenal de cortisol. Vantagem: excelente sedação com pouca hipotensão.

Quetamina: dose de 1,5 mg/kg. Contraindicação: é controverso o uso em pacientes com elevada pressão intracraniana e hipertensão arterial. Vantagem: estimula a liberação de catecolaminas e faz broncodilatação.

Bloqueio neuromuscular:

Os bloqueadores musculares são divididos de acordo com seu mecanismo de ação em despolarizante e não despolarizante. O único agente despolarizante na prática clínica é a succinilcolina e é a primeira escolha de bloqueador neuromuscular na prática da emergência clínica pela sua superioridade em relação aos bloqueadores não despolarizantes.

Na SRI a dose de succinilcolina e de 1,5 mg/kg endovenosa, com a paralisia ocorrendo em 45 a 60 segundos após sua injeção EV, possui uma duração aproximada de 6 a 10 minutos. A succinilcolina possui duas contraindicações absolutas: história pessoal e familiar de hipertermia maligna e pacientes com alto risco de desenvolver hipercalemia.

É recomendado o uso de agentes bloqueadores musculares não despolarizantes no lugar da succinilcolina nos seguintes casos:

Hipercalemia (sugere-se checar alterações características no eletrocardiograma);

História pessoal de disfunção renal;

História pessoal e familiar de hipertermia maligna;

Doenças neuromusculares envolvendo denervação (lembrar que a succinilcolina é segura na miastenia gravis);

Distrofia muscular;

AVC com mais de 72 horas de evolução;

Queimadura com mais de 72 horas de evolução;

Rabdomiólise.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Na prática clínica, orienta-se o uso de bloqueadores musculares para médicos com alguma experiência em intubação. Pois após seu uso a ventilação com bolsa-valva-máscara torna-se mais difícil aumentando a chance de complicações caso a intubação não seja realizada. Em ambientes controlados, pode-se optar por realizar o bloqueio apenas após tentativa de laringoscopia sem sucesso por falha no relaxamento muscular, com sedação e analgesia otimizada e observação de facilidade de ventilar com bolsa- válvula-máscara.

Posicionamento:
Posição de 'cheirador' com coxim suboccipital de modo a alinhar o meato acústico com o esterno do paciente. Extensão do pescoço.

Intubação orotraqueal propriamente dita.

Confirmar o posicionamento do tubo:
Na prática da emergência brasileira a confirmação do correto posicionamento do tubo endotraqueal é feita através da ausculta dos campos pulmonares e do estômago. Orienta-se iniciar com a ausculta do epigástrio, caso positiva sabe-se do mau posicionamento do tubo, caso negativa, é feita a ausculta dos campos pulmonares buscando uma simetria entre os dois lados. Se disponível, checa-se o posicionamento correto do tubo através da aferição de CO2 excretado (capnografia). Realizar um RX de tórax para determinar se houve intubação seletiva para o brônquio fonte direito.

Cuidados pós intubação:
O tubo deve ser fixado, um RX de tórax pós IOT deve ser realizado na busca de complicações e a ventilação mecânica deve ser ajustada. Medicamentos usados para SRI são normalmente de curta ação, assim deve-se assegurar sedação de longo prazo, analgesia e eventualmente paralisia se necessário. Em alguns casos o paciente pode ser mantido sem sedação, cada caso deve ser discutido individualmente.

Riscos
Relacionado a intubação:
Traumáticas: Lesão de dente, lesão traqueal, trauma de lábio ou palato;
Mecânicas: Intubação esofágica ou seletiva e bronco aspiração de conteúdo gástrico;
Reflexas: Espasmos de glote, broncoespasmo, bradicardia, hipotensão, arritmia, tosse e vômito;
Farmacológicas: Hipotensão, arritmias, rigidez muscular e hiperpotassemia.

Cânula instalada:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Infecção: Traqueobronquite, pneumonia e sinusite;
Obstrução: Secreção e sangramento
Fistulas: Traque esofágicas
Aspiração traqueobrônquica;
Seletividade.

Extubação:
Laringe espasmo;
Trauma de Glote;
Arritmias.

Possíveis complicações tardias:
Irritação de garganta;
Disfagia;
Ulceração de lábio, boca e faringe;
Lesão de cordas vocais;
Estenose de traqueia.

Referências:
Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. ATLS, Advanced Trauma Life Support. 10a Ed, 2018.
The Walls Manual of Emergency Airway Management, Fifth Edition.

Protocolo de Manejo de Via Aérea Difícil e Dispositivos Supra Glóticos

Uma vez decidido estabelecer uma via aérea, o médico deve realizar as seguintes etapas:
Avaliar os preditores de via aérea difícil do paciente.
Decidir antecipadamente qual será o plano principal e os de resgate para garantir a via aérea avançada do paciente, assim como verbalizar para toda equipe o seu plano.

Preditores de Via Aérea Difícil:
Protocolo de Via Aérea na Emergência: Laringoscopia Difícil, Ventilação Difícil, Dificuldades Supra glóticas, Cricotireoidotomia difícil.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



LEMON (Laringoscopia Difícil):

L: Look Externally - Impressão do médico sobre a dificuldade da intubação. Essa impressão pode ser devido a deformidades anatômicas, sangramentos, obesidade, paciente agitado, pescoço curto, entre outros.

E: Evaluate – Avaliação 3-3-2, que remete à abertura adequada da boca (3 cm), distância tiromentoniana (3 cm) e distância entre o osso hióide e tireóide (2 cm). A avaliação prediz a possibilidade de deslocamento adequado da língua e a glote estar à uma distância que permita visualização direta das cordas vocais.

M: Mallampati – Classificação de abertura da boca conforme visibilização do palato mole e úvula; reflete a relação entre a abertura da boca, o tamanho da língua e o tamanho da orofaringe. Mallampati III ou IV estão associados com mais falhas de intubação.

O: Obstruction – Obstrução de via aérea superior é um marcador importante de via aérea difícil. Os 4 sinais cardinais são: voz abafada, salivação excessiva, estridor e dispnéia.

N: Neck mobility – possibilidade de hiperextensão adequada do pescoço.

ROMAN (Ventilação Difícil):

R: Radiation / Restriction: Radioterapia cervical recente ou pacientes com complacência baixa ou resistência alta (Asma, DPOC, Edema Pulmonar, ARDS, Pneumonia, etc).

O: Obesidade / Obstrução / Apnéia do Sono - IMC > 26, gestantes, angioedema, abscessos, tumores, laringoespasmo, hematomas, distensão abdominal, entre outros.

M: Mask Seal / Mallampati / Male Sex - barba grande, sangue em via aérea, sondas

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

naso/orogástricas, sexo masculino e Mallampati III ou IV.

A: Age - Pacientes com mais de 55 anos tem mais chance de dificuldade de ventilação com BMV por do tônus muscular das vias aéreas superiores.

N: No teeth - Ausência de dentes dificulta vedação adequada da máscara na face.
RODS (Dificuldades Supra glóticas)

R: Restricted Mouth Opening - Dificuldade varia com dispositivo escolhido.
O: Obstruction/Obesity - Pode interferir no acoplamento do dispositivo ou dificultar ventilação e oxigenação devido alta resistência/pressão necessária para ventilação.

D: Disrupted or Distorted Airway - Interferem no acoplamento do dispositivo.

S: Stiff - Alta resistência da via aérea dificulta ventilação através do dispositivo.

SMART (Cricotireoidotomia difícil)

S: Surgery - Distorção da anatomia e perda de referenciais anatômicos.
M: Mass - Massas, hematomas ou abscessos podem dificultar referenciais anatômicos.

A: Access/Anatomy - Obesidade, enfisema subcutâneo, infecção de partes moles, edema, pescoço curto, etc; dificultam referenciais anatômicos.

R: Radiation - Distorção da anatomia ou alteração da consistência dos tecidos.

T: Tumor: Distorção da anatomia e aumento do risco de sangramento.

Descrição do Manejo da Via Aérea Difícil e Dispositivos Supra glóticos (DSG)
O protocolo se inicia quando o paciente tem a intubação indicada pelo médico, o primeiro passo é avaliar se o paciente está irresponsivo ou em iminência de parada cardiorrespiratória. Caso seja afirmativo, a intubação deve se proceder imediatamente. Em casos em que não se presenciou o paciente se tornando irresponsivo, o ideal é iniciar compressão torácicas antes de obter a via aérea. Se a primeira tentativa não tiver sucesso, está indicado succinilcolina 2mg/kg EV para otimizar a próxima tentativa. Se houver dificuldade em oxigenar o paciente (queda de saturação apesar de ventilação), chamar ajuda, tentar um dispositivo supra glótico, mas logo prosseguir para via aérea cirúrgica.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O segundo passo é avaliar se o paciente tem preditor de via aérea difícil. Se o paciente estiver evoluindo com deterioração clínica rápida em que existe obrigação de agir imediatamente, deve-se otimizar a intubação com succinilcolina 2mg/kg EV e prosseguir com a intubação. Novamente, se houver dificuldade em oxigenar o paciente, (queda de saturação apesar de ventilação), chamar ajuda, tentar um dispositivo supra glótico, mas logo prosseguir para via aérea cirúrgica.

Não havendo situação clínica catastrófica ou falha em manter oxigenação, deve-se preparar para a via aérea difícil otimizando a chance de primeira passagem. A indução em sequência rápida é realizada. Um operador experiente deve assumir o procedimento diretamente com algum método de auxiliar na primeira tentativa como bougie ou videolaringoscopia. Além disso, o material para cricotireoidostomia deve estar em fácil acesso (dupla preparação).

Nos demais pacientes, pode-se o procedimento assegurando-se a pré-oxigenação e opcionalmente a oxigenação apneica. Deve-se instalar capnógrafo antes do início do procedimento. Iniciar as medicações para indução de sequência rápida ou estagiada conforme a indicação clínica. As medicações para indução devem ser realizadas na sequência preconizada. Decorrido o tempo para efeito das medicações e constatado sua ação (sedação do paciente e relaxamento muscular) realizar a intubação orotraqueal. Caso não tenha sucesso o procedimento pode ser repetido no máximo uma ou duas vezes. Cada repetição aumenta menos o sucesso de intubação e após as duas repetições autorizadas a estratégia deve ser mudada. A mudança de estratégia pode ser utilizando-se médico mais experiente, bougie, videolaringoscopia, dispositivo supra glótico, ou ainda via aérea cirúrgica.

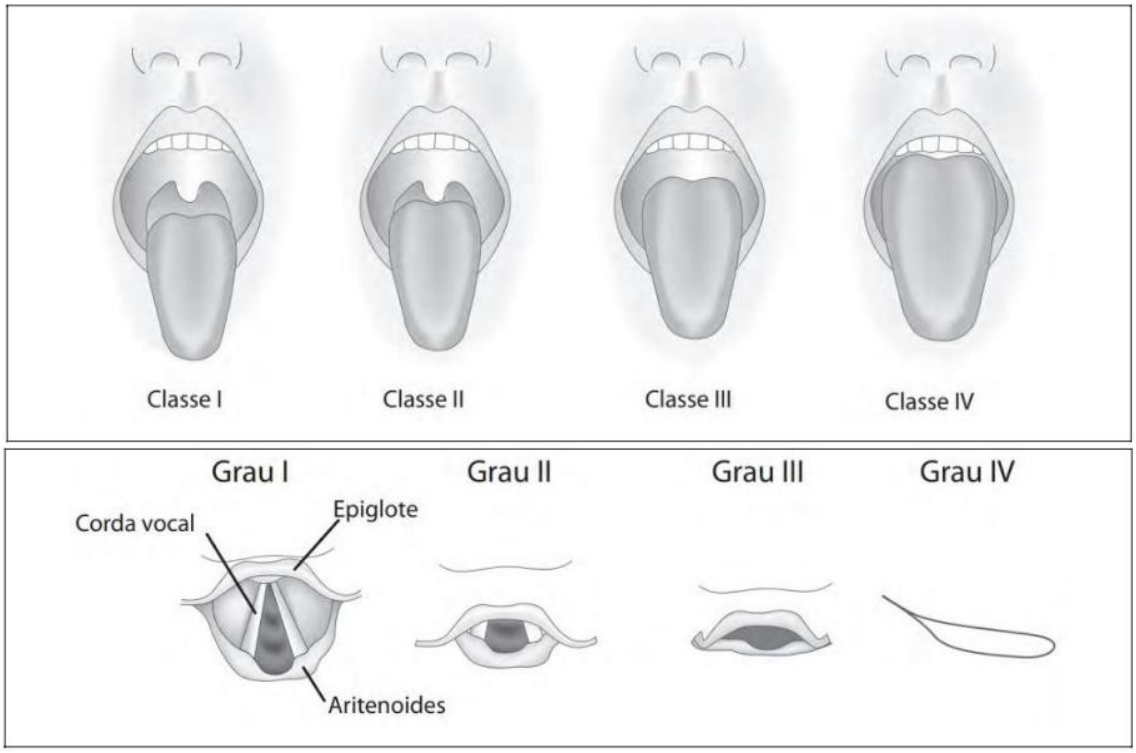
Em qualquer momento o paciente pode apresentar a falha de via aérea (seja por falha de oxigenação ou por realização de três tentativas de intubação por médico experiente). No caso de não intubo, mas ventilo, continuar prosseguindo nas estratégias até a via aérea cirúrgica. No caso de não intubo e não ventilo (queda de saturação apesar de ventilação) chamar ajuda, tentar um dispositivo supra glótico, mas logo prosseguir para via aérea cirúrgica.

Sequência Estagiada de Intubação (SEI)
Sedação para pré oxigenação em paciente combativos ou agitados.
• Quetamina 1-2mg/kg EV (infundir em 1 minuto).
• Pré-oxigenação com máscara não-reinalante, bolsa-valva-máscara (apenas acoplado, semventilar
– quetamina lenta não reduz ou abole o drive respiratório), VNI.
• Paralisar e intubar.
Quadro I: Classificação de Mallampati e Classificação de Cormack-Lehane

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Classificação de Mallampati	Classificação Cormack-Lehane
Classe I: Palato mole, fauce, úvula e pilares amigdalianos visíveis.	Grau I: Glote bem visível.
Classe II: Palato mole, fauce e úvula visíveis.	Grau II: Somente a parte posterior da glote é visualizada.
Classe III: Palato mole e base da úvula visíveis.	Grau III: Somente a epiglote pode ser visualizada – nenhuma porção da glote é visível.
Classe IV: Palato mole totalmente não visível.	Grau IV: Nem a epiglote, nem a glote pode ser visualizada.

Imagem I: Classificação de Mallampati e Classificação de Cormack-Lehane



Referências

Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. ATLS, Advanced Trauma Life Support. 10a Ed, 2018.

Sharma B, Sahai C, Sood J. Extraglottic airway devices: technology update [published correction appears in Med Devices (Auckl). 2018;11:27]. Med Devices (Auckl). 2017;10:189–205. PMID: 28860875.

Anexos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Checklist de Via Aérea Difícil

Checklist de Via Aérea de Emergência

O presente checklist deve estar disponível e ser conferido antes de toda intervenção de via aérea.

☐ Revisar saturação, PA, pH; há como melhorar os parâmetros antes da intubação?

☐ Posicionamento: Elevação da cabeça e tórax (linha ouvido-manúbrio), altura da maca.

☐ Pré-ox: CN O2 + Máscara não reinalante (fluxo no máximo) ou bolsa-valva-máscara 15L/min, vedada; considerar VNI

☐ Oxigenação apneica: CN O2 (fluxo no máximo).

☐ ETCO2 na bolsa-valva-máscara + válvula de PEEP

☐ Considerar SNG/SOG

☐ Aspiração (equipamento preparado e testado)

☐ Cânula de Guedel (beiral eito)

☐ Laringoscópio (Checar luz e posicionado beira leito)

☐ Videolaringoscópio (Ligado e posicionada beira leito)

☐ Tubo / Guia: Cuff testado, guia em bastão de hockey (Reto até o Cuff, 30o após)

☐ Bougie (beira leito)

☐ Máscara Laríngea (beira leito)

☐ Bisturi e tubo 6 para Via Aérea cirúrgica (beira leito)

☐ Medicações: Intubação: Sedativo/ Paralítico; Pós intubação: Sedação/Analgesia

Cronograma de Implantação

Protocolo de Via Aérea Difícil					
Ações/mês execução	1º	2º	3º	4º	5º
Elaboração e aprovação do Protocolo					
Escalas de Malampatti e Cormack-Lehane					
Check list de Via aérea de Emergência					
Sequência Rápida de Intubação					
Escalas de LEMON, ROMAN, RODS e SMART para médicos					
Dispositivos Supra Glóticos (Médicos e Enfermeiros)					

Protocolo de SEPSE

1. Objetivo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Identificar e tratar precocemente os usuários com quadro de SEPSE e choque séptico de forma rápida e efetiva, garantindo a assistência adequada aos pacientes, padronizando o atendimento dos usuários diminuindo assim morbidade e mortalidade.

2. Executante

Urgência e Emergência/ Medicina Intensiva/ Clínica Cirúrgica/ Cínica Médica/ Anestesia.

3. Critérios de Inclusão

Serão elegíveis ao protocolo os usuários atendidos na Unidade de Pronto Atendimento, na Unidade de Internação, que apresentarem sinais clínicos de SIRS/SEPSES e choque séptico e na Unidade de Terapia Intensiva qSOFA/ SOFA/ SEPSE.

4 – Critérios de Exclusão

- Usuários que não apresentarem sinais e/ou sintomas de SIRS/ SEPSE na Unidade de Pronto Atendimento ou de Internação,
- Usuários na unidade de tratamento intensivo os que não apresentarem os parâmetros qSOFA/ SOFA/ SEPSE;
- Usuários com diagnóstico de SIRS com outra etiologia que não infecciosa;
- Usuários com patologias terminais, sem prognóstico, registrado no prontuário;
- Usuários menores de 18 anos (serão conduzidos clinicamente pelo protocolo, porém não monitorizados, ou seja, excluídos do indicador).

5 – Plano Terapêutico Multiprofissional

Após a identificação do paciente com suspeita de sepse os seguintes passos devem ser cumpridos:

- Identificação do usuário em abertura protocolo de sepse;
- Registre o diagnóstico no prontuário ou na folha específica de triagem do protocolo institucional. O pacote de 1 hora conta o tempo a partir do momento do registro feito acima;
- Todos os pacientes com protocolos de sepse abertos devem ter seu atendimento priorizado com o objetivo de otimizar a coleta de exames, o início de antibioticoterapia e a otimização hemodinâmica;
- Realize anamnese e exame físico dirigidos, com atenção especial aos sinais clínicos de disfunção orgânica;
- Pacientes com disfunção orgânica grave e ou choque devem ser alocados em leitos de terapia intensiva assim que possível, a fim de garantir o suporte clínico necessário. Caso não seja possível a alocação em leito de terapia intensiva, deve-se garantir o atendimento do paciente de maneira integral, independente do setor em que o mesmo se encontre;

Assinado por 1 pessoa: JOAO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

• A ficha do protocolo de sepse deve acompanhar o paciente durante todo o seu atendimento, a fim de facilitar a comunicação entre as equipes de diferentes turnos ou setores e resolver eventuais pendências existentes.

5.1. Pacote de 1 Hora

Para todos os pacientes em que a equipe médica optou por dar seguimento ao protocolo, o pacote de 1 hora deve ser executado. Isso é composto dos seguintes itens:

Exames Laboratoriais

Coleta de exames laboratoriais para a pesquisa/avaliação de disfunções orgânicas: gasometria e lactato arterial, hemograma completo, glicemia, creatinina, bilirrubina e coagulograma.

Coleta de lactato arterial, que deve ser imediatamente encaminhado ao laboratório, a fim de se evitar resultados falsos positivos. O objetivo é ter resultado deste exame em 30-60 minutos.
Coleta de duas hemoculturas de sítios distintos, conforme rotina específica da Unidade, e culturas de todos os outros sítios pertinentes (aspirado traqueal, líquor, urocultura, etc.) antes da administração do antimicrobiano. Caso não seja possível a coleta destes exames antes da primeira dose, a administração de antimicrobianos não deverá ser postergada.

Exames
• Hemograma completo
• Creatinina / Uréia + Sódio / Potássio
• Bilirrubina total e frações
• Glicemia
• TP e TTPa
• Gasometria e lactato*
• 2 pares de hemoculturas**
• Radiografia de tórax (grande parte das sepses tem foco pulmonar, caso não haja sintomas claros, não realizar de rotina)
*pode ser colhido venoso inicialmente; em casos de choque ou hipoxemia, colher preferencialmente arterial
**outras culturas (ex.: urina, hemocultura de acesso central, líquor, líquido ascítico, etc) devem ser colhidas conforme necessidade

Antimicrobiano: *Prescrição e administração de antimicrobianos de amplo espectro, por via endovenosa, visando o foco suspeito, dentro da primeira hora da identificação da sepse*. A utilização de antimicrobianos deve seguir a orientação do serviço de controle de infecção hospitalar da instituição, que deverá definir com o corpo clínico local as recomendações para o tratamento empírico conforme o foco de infecção identificado e a característica da infecção, comunitária ou associada à assistência a saúde. Utilizar dose máxima para o foco suspeito ou confirmado, com dose de ataque nos casos pertinentes, sem ajustes para a função renal ou

Assinado por 2 pessoas: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

hepática. As doses devem ser plenas visando otimização da redução da carga bacteriana ou fúngica. Deve-se fazer ajuste das doses para função renal após as primeiras 24 a 48 horas do uso dos antimicrobianos. Isso é de suma importância para os antimicrobianos hidrofílicos, dado o aumento do volume de distribuição deles.

Otimização Hemodinâmica: deve ser aplicada para todos os pacientes que se apresentem com hipotensão, hiperlactatemia ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual.

Ressuscitação volêmica com infusão imediata de 30 ml/kg de cristaloides para pacientes hipotensos (PAS< 90mmHg. PAM <65mmHg ou redução da PAS em 40mmHg da pressão habitual) ou com sinais de hipoperfusão, entre eles níveis de lactato acima de duas vezes o valor de referência institucional (hiperlactatemia inicial).

Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Em casos de hipotensão ameaçadora a vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes da reposição volêmica. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica. O vasopressor pode ser iniciado mesmo em veia periférica, enquanto se providencia o acesso venoso central; nesse cenário uso de outros vasopressores pode ser necessário. A recomendação é o uso de vasopressina, com intuito de desmame de noradrenalina, ou a adrenalina, preferível em pacientes que se apresentem com débito cardíaco reduzido. Após a normalização da pressão arterial a dobutamina pode ser utilizada quando exista evidência de baixo cardíaco ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual, como livedo, oligúria, tempo de enchimento capilar lentificado, baixa saturação venosa central ou lactato aumentado.

Medidas Associadas

Solicitar novas dosagens de lactato seriadas, dentro das primeiras horas início do protocolo de sepse, após ressuscitação volêmica adequada, e manejo hemodinâmico apropriado. Nos pacientes com lactato alterado acima de duas vezes o valor de referência, a meta terapêutica é o clareamento progressivo do mesmo. Contudo, lembrar que A hiperlactatemia residual isolada, sem outros sinais clínicos de hipoperfusão ou má evolução, não necessariamente precisa ser tratada.

Reavaliar necessidade da continuidade da reposição volêmica, usando marcadores do estado volêmico ou de parâmetros perfusionais. Podem ser usados marcadores como Pressão venosa central e sua variação, Variação de pressão de pulso, variação de distensibilidade da veia cava,

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

elevação passiva dos membros inferiores, ou qualquer outra forma de avaliação de responsividade à fluidos (sinais indiretos como melhora da pressão arterial, do enchimento capilar, do sensório, da diurese, desaparecimento de livedo etc.).

Transfusão de hemácias para pacientes com sinais de hipoperfusão e com níveis de hemoglobina < 7 mg/dL devem receber o mais rapidamente possível.
No caso de o paciente séptico se apresentar hipertenso utilizar drogas com efeito de curta duração que possam ser rapidamente revertidos, como vasodilatadores endovenosos (Nitratos e Nitroprussiato).

Outras recomendações:
Uso de corticoides: recomendada somente para pacientes com choque séptico refratário, ou seja, naqueles em que não se consegue manter a pressão arterial alvo, a despeito da ressuscitação volêmica adequada e do uso de vasopressores. A droga recomendada é a hidrocortisona na dose de 200 mg/dia, em infusão continua ou 50 mg a cada 6 horas.

Ventilação mecânica protetora: não postergar a intubação orotraqueal em pacientes sépticos, com insuficiência respiratória aguda e evidências de hipoperfusão tecidual. Os pacientes que necessitarem de ventilação mecânica devem ser mantidos em estratégia de ventilação mecânica protetora: utilização de baixos volumes correntes (6 mL/kg de peso ideal) e a limitação da pressão de platô abaixo de 30 cmH2O). pressão de distensão (driving pressure, pressão de platô - PEEP) menor que 15 cmH2O. Para pacientes com diagnóstico de SDRA hámenos de 48 horas, com relação PaO2/ FiO2 menor que 150 e FiO2 de 60% ou mais, a utilização de posição de prona é recomendada, para unidades que tenham equipe com treinamento na técnica.

Controle glicêmico: pacientes, na fase aguda de sepse, com hiperglicemia, secundária a resposta endocrino-metabólica ao trauma. O controle adequado da glicemia é recomendada através da utilização de protocolos específico, visando uma meta de 80-180 mg/dL, evitando-se episódios de hipoglicemia e variações abruptas da mesma.

INSTRUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS ESPECÍFICAS

Equipe	Tipo de instrução
Médico	Diagnóstico / Prescrição / Avaliação das Metas Fechamento do Fluxograma. Medidas por etapas:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

	Pacote de 1 hora: solicitar Kit Sepse e culturas; prescrever antibiótico na primeira hora baseado no guia de terapia empírica inicial; prescrever e executar otimização hemodinâmica (reposição volêmica e vasopressores conforme necessidade) nos pacientes com hipotensão ou hiperlactatemia. Instalar PA invasiva (se disponível) e cateter venoso central; em caso de hipertensão fazer uso de vasodilatadores endovenosos de ação curta; reavaliar pacientes continuamente buscando otimização hemodinâmica e levando em conta as variáveis de perfusão (colher lactato após 6 horas do início do protocolo e observar seu clareamento) e de resposta a fluidos em uso no serviço. Outras recomendações: observar controle glicêmico; uso de corticoide se hipotensão refratária (Nora > 0.3µg/kg/min); manter estratégia ventilatória protetora; evitar uso de bicarbonato se PH>7,15. Indicar avaliação do nefrologista para terapia renal substitutiva nos pacientes com disfunção rena
Enfermeiro	Diagnóstico/ Início Preenchimento Fluxograma/ Avaliação metas. Verifica sinais vitais e diagnostica, conforme o protocolo, os sinais de alerta e de disfunção orgânica. Institui monitorização do paciente dentro do protocolo (sinais vitais, cardioscopia, oximetria, sondagem vesical). Previsão de recursos materiais e equipamentos necessários à realização de procedimentos. Obter acesso venoso calibroso, e instalar reposição de fluidos endovenosa conforme prescrição médica. Instala PAM em vaso periférico (MMSS), se necessário. Acionamento do laboratório com URGÊNCIA para coleta dos exames imediatamente quando da admissão.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

	Administração dos antimicrobianos imediatamente após a coleta das culturas, conforme prescrição médica.
Técnico de Enfermagem	Verifica sinais vitais e comunicar imediatamente o enfermeiro qualquer alteração no padrão dos sinais vitais
Laboratório	Coletar exames conforme solicitado no protocolo. Disponibilizar a caixa kit sepse (frascos de coleta no setor). Entregar resultado de lactato e gasometria em até 30 minutos. Entregar resultado de todo o Kit sepse, (exceto das culturas) em 1 hora.
Farmacêutico	Aprovisiona e estoca antimicrobianos do Guia de antibioticoterapia empírica de maneira a facilitar dispensação rápida e imediata. Liberação imediata do antibiótico prescrito.
Fisioterapeuta	Avaliação e auxílio na monitorização inicial.

Marcadores

Tempo médio de coleta e entrega do lactato e gasometria em até 30 minutos

Pacote de exames em até 40 minutos;

Antibiótico iniciado em até 1 hora;

Resultado de exames de Raios X em até 30 minutos.

Letalidade dos usuários incluídos no protocolo de sepse (taxa de mortalidade por sepse)

Percentual de cumprimento do protocolo de sepse

Anexos

Anexo 1 – ESCORE SOFA.

Anexo 2 – Identificando paciente com SEPSE.

Anexo 3 - Esquemas terapêuticos empíricos para a Sepse comunitária de diversas etiologias e origens.

Anexo 4 - Ressuscitação Volêmica.

Referências Bibliográficas

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

BONE, R.C.; BALK, R.A.; CERRA, F.B. *et al*. ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Chest*., 136(5)(suppl):e28. 2009.

DELLINGER RP, CARLET JM, MANSUR H ET AL – Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Crit Care Med. 2004; 32:858-873.

SALES JÚNIOR, J.A. L. et al. Sepse Brasil: estudo epidemiológico da sepse em unidades de terapia intensiva brasileiras. Rev Bras Ter Intensiva, v. 18, n. 1, p. 9-17, jan-mar. 2006.

SILVA, E; SALLUH, JIF. Surviving sepsis campaign: reflexões e revisões. Rev. Bras. Ter. intensiva, 19(3), 2007.

SILVA, FP E VELASCO, IT Sepse. Ed. Manole, 2007

DELLINGER RP, CARLET JM, MANSUR H ET AL – Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008, 36(1): 296-357

SILVA, E ET AL. Protocolo de Sepse grave/ Choque séptico da Unidade Israelita Albert Einstein, versão atualizada em fevereiro de 2012.

EVANS L, RHODES A, ALHAZZANI W, ET AL. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Crit Care Med 2021; 49:e1063

SINGER M, DEUTSCHMAN CS, SEYMOUR CW, ET AL. The Third International Consensus. Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315:801

SHANKAR-HARI M, PHILLIPS GS, LEVY ML, ET AL. Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315:775

CONDE KA, SILVA E, SILVA CO, FERREIRA E, FREITAS FG, Castro I, Rea-Neto A, Grion CM, Moura AD, Lobo SM, Azevedo LC, Machado FR. Differences in sepsis treatment and outcomes between public and private hospitals in Brazil: a multicenter observational study. PLoS One. 2013 Jun 6;8(6):e64790.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

FREUND Y, LEMACHATTI N, KRASTINOVA E, ET AL. Prognostic Accuracy of Sepsis-3 Criteria for In-Hospital Mortality Among Patients With Suspected Infection Presenting to the Emergency Department. JAMA.2017;317(3):301–308.

PRISM Investigators. Early, Goal-Directed Therapy for Septic Shock - A Patient-Level Meta-Analysis. N Engl J Med 2017.

Anexos

Anexo 1 – ESCORE SOFA

Item do SOFA	Pontuação				
	0	1	2	3	4
PaO_2/FiO_2	> 400	301-400	≤ 300	101-200 com suporte ventilatório	≤ 100 com suporte ventilatório
Plaquetas	> 150 mil	101 - 150 mil	51 -100 mil	21 - 50 mil	≤ 20 mil
Bilirrubinas (mg/dL)	< 1,2	1,2 - 1,9	2,0 - 5,9	6,0 - 11,9	> 12
Hipotensão (doses em mcg/kg/min)	Ausência	PAM < 70	Dopamina ≤ 5 ou Dobutamina (qualquer dose)	Dopamina >5 ou Noradrenalina ≤0,1	Dopamina >15 ou Noradrenalina >0,1
Escala de Coma de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Creatinina (mg/dL) ou	< 1,2	1,2 - 1,9	2,0 - 3,4	3,5 - 4,9	> 5,0
Débito Urinário (mL/dia)		-	-	200 - 500	< 200

Anexo 2 – Identificando Paciente com SEPSE

Item	Possível sepse: ao menos 2 critérios para SIRS presentes
Temperatura axilar	• > 38° C ou < 36° C
Frequência Cardíaca	• > 90 bpm
Frequência Respiratória	• > 20 rpm
Leucograma	• Leucocitose (> 12.000/mm³) OU • Leucopenia (< 4.000/mm³) OU • Desvio à Esquerda (> 10% de células jovens: bastonetes, mielócitos, metamielócitos)

Unidades de Internação
• Presença de ao menos 2 sinais simultâneos de SIRS e/ou • ≥ 2 pontos no qSOFA
Em UTI:
• Variação de 2 pontos no SOFA (calculado diariamente)

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Possível sepse: ao menos 2 pontos no qSOFA
• Frequência respiratória (FR) ≥ 22 incursões por minuto (1 PONTO)
• Pressão arterial sistólica (PAS) ≤ 100 mmHg (1 PONTO)
• Alteração aguda do nível de consciência com Escala de Coma de Glasgow < 15 (1 PONTO)

Anexo 3 - Esquemas terapêuticos empíricos para a Sepse comunitária de diversas etiologias e origens

FOCO	Comunidade	IRAS
Pulmonar	• Cefalosporina 3ª + Macrolídeo (ceftriaxone + claritro ou azitro) • Quinolona respiratória (levofloxacino ou moxifloxacino) • Histórico de doença pulmonar crônica: trocar cefalo de 3ª por 4ª • Se aspiração: substituir macrolídeo por clindamicina	• Pipe-tazo ou Cefalosporina 4ª • Se alta prevalência de estafilo resistente a Oxa: acrescentar vanco / teico ou linezolida • Se uso prévio de cefalo ou quinolona: substituir por carbapenêmico • Se alta prevalência de Pseudomonas multi R/ Acinetobacter multi R e Klebsiella: associar polimixina
Urinário	• Quiniolona ou cefalosporina de 3ª	• Cefalo de 4ª ou carbapanêmico
Abdominal	• Cefalo 3ª + Metronidazol	• Cefalo 4ª + Metronizadol ou carbapenêmico
Pele / Partes Moles	• Cefalosporina 1ª ou Oxacilina • Associar clindamicina se sinais de necrose	• Vanco ou teico + cefalo 4ª
Corrente Sanguínea	• ----------	• Pipe-tazo ou Carbapenêmico + Vanco ou Teico
Sem foco definido	• Cefalo 4ª + Metronizadol	• Carbapanêmico + Vanco ou Teico

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Anexo 4 - Ressuscitação volêmica

Ressuscitação Volêmica

- Iniciar caso o paciente apresente qualquer um dos seguintes:
  - Pressão Arterial Sistólica < 90mmHg;
  - Sinais de Hipoperfusão (Tempo de enchimento capilar > 3seg, pele com livedo /"marmórea")
  - Lactato ≥ 18 mg/dL (2,0 mmol/L)

Parâmetros a serem ao longo da ressuscitação volêmica

- Pressão arterial sistólica e média (objetivo: PAS > 90mmhg; PAM próxima de 65mmHg)
- Tempo de enchimento capilar (objetivo: < 3 segundos)
- Melhora dos níveis de lactato

Ressuscitação Volêmica – Etapa 1: expansão volêmica

- Usar cristaloides (SF 0,9%) – não é obrigatório usar solução balanceada;
- Albumina: custo maior e não há benefício em desfechos para nenhum subgrupo de pacientes
- Amidos: nunca usar pois tem impactos negativos em desfechos
- Administrar SF0,9% em doses de 500 mL (independente do peso do paciente) em infusão rápida avaliando se há resposta do paciente (melhora de pressão arterial e dos sinais de má perfusão);
- Ao longo de 3 horas: dar um volume de cristaloides equivalente a 30 mL/kg;
- Critério de exclusão para expansão com cristalóides: pacientes com pulmão clinicamente congesto (presença de crepitação na ausculta pulmonar). Isso pode estar presente antes da administração dos cristalóides (não deve ser iniciada a expansão) ou ocorrer ao longo do processo (indica suspensão da conduta). É obrigatório documentar;

Transfusão de Sangue

- Realizar infusão de Concentrado de Hemácias APENAS SE Hemoglobina (Hb) ≤7 g/dL
- Exceções:
  - Hemorragia ativa (transfundir conforme conduta local para choque hemorrágico)
  - Paciente com doença coronariana aguda concomitante (sugestão: liminar de Hb ≤ 9 g/dL para transfusão)

Ressuscitação Volêmica – Etapa 2: vasopressores

- Utilizar noradrenalina (não há contraindicação absoluta);
- Iniciar em infusão contínua caso o paciente apresente PAS < 90 ou PAM < 65 mmHg após infusão de ao menos 1000mL de cristalóide;
- Pode ser iniciada em acesso periférico enquanto se providencia acesso central;
- Manter expansão volêmica em paralelo (até o total de 30mL/kg nas 3h iniciais).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Ressuscitação Volêmica – Etapa 2: vasopressores

Medicamento	Diluição	Administração	Precauções
Noradrenalina	4 ampolas de 4mg (4mL) + SG5% 234mL Diluição: 64mcg/mL	• Infundir com bomba de infusão em acesso central ou periférico • Na diluição apresentada: 1mL/h equivale a 1mcg/min • Iniciar com 2 a 4mcg/min • Dose média: de 1 a 12mcg/min	• Manter em equipo fotossensível • Contraindicações: Não utilizar se hipotensão por hipovolemia, exceto se medida emergencial até que a terapia de reposição de volume possa ser realizada; evitar associação com IMAO ou antidepressivos tricíclicos • Reações adversas: hipertensão, arritmias, angina, cefaleia, ansiedade, necrose de pele.

Ressuscitação Volêmica – Etapa 2: vasopressores

- Utilizar noradrenalina (não há contraindicação absoluta);
- Iniciar em infusão contínua caso o paciente apresente PAS < 90 ou PAM < 65 mmHg após infusão de ao menos 1000mL de cristalóide;
- Pode ser iniciada em acesso periférico enquanto se providencia acesso central;
- Manter expansão volêmica em paralelo (até o total de 30mL/kg nas 3h iniciais).

Ressuscitação Volêmica – Etapa 3: inotrópico

- Utilizar dobutamina (menor efeito vasodilatador entre os inotrópicos)
- Iniciar em infusão contínua caso o paciente apresente sinais de baixo débito mesmo com estabilização da pressão arterial (exemplo: tempo de enchimento capilar aumentado, baixa diurese, $ScvO_2$ < 70%)
- Pode ser iniciada em acesso periférico enquanto se providencia acesso central.

Ressuscitação Volêmica – Etapa 3: inotrópico

Medicamento	Diluição	Administração	Precauções
Dobutamina	4 ampolas de 250mg (20mL) + SG5% ou SF0,9% 170mL Diluição: 4000mcg/mL	• Infundir com bomba de infusão em acesso central ou periférico • Iniciar com 2,5mcg/kg/min • Dose: 2,5 a 20mcg/kg/min • Fazer ajustes a cada 10min	• Não necessita de proteção à luz. • Contraindicações: estenose sub-aórtica hipertrófica idiopática, feocromocitoma, taquiarritmias ou fibrilação ventricular, hipersensibilidade à dobutamina • Reações adversas: hipertensão, angina, arritmias, cefaléia, náuseas

Usando noradrenalina em acesso periférico de forma transitória

- Apenas em membro superior, contralateral ao cuff de pressão arterial;
- Jelco 18 ou 20;
- Não usar mão ou punho, evitar fossa antecubital;
- Verificar se há retorno venoso antes de infundir droga;
- Caso ocorra extravasamento:
  - Interromper infusão e infiltrar com agulha hipodérmica toda a região afetada (que fica delimitada pela hipotermia e palidez) com solução salina (10 a 15ml) com 5 a 10mg de fentolamina, que é um bloqueador adrenérgico

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Protocolo de cetoacidose diabética

Objetivo

O objetivo do tratamento é a correção do distúrbio hidroeletrolítico e ácido-base, bem como da hiperglicemia, dependendo do diagnóstico estabelecido e agilizar o atendimento dos pacientes e garantir que eles recebam o tratamento recomendado pelas diretrizes, a fim de reduzir as complicações e a mortalidade decorrentes da cetoacidose diabética.

Definições

Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no adulto

Conjunto de alterações metabólicas caracterizada por níveis elevados e sustentados de glicemia. Condição crônica, progressiva, que pode evoluir para graves complicações, com elevada morbimortalidade e forte impacto para o sistema de saúde e para a sociedade.

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ocorre devido à perda progressiva de secreção insulínica, frequentemente combinada a resistência insulínica. Geralmente é assintomático, com maior incidência a partir dos 40 anos em pessoas com excesso de peso, comportamento sedentário, com hábitos alimentares não saudáveis e história familiar de diabetes.

DM2 Aguda

Caracterizada pela descompensação glicêmica aguda.

Hiperglicemia aguda sintomática (glicemia aleatória ≥ 250 mg/dL, que pode evoluir para complicações mais graves como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica)

Hiperglicemia assintomática (glicemia aleatória ≥ 250 mg/dL, sem sintomas)

Hipoglicemia (glicemia aleatória < 70 mg/dL, que pode ser clinicamente significativa quando a glicemia for < 54 mg/dL e severa quando apresentar alterações físicas e/ou mentais necessitando da assistência de terceiros.

Hiperglicemia aguda sintomática

Glicemia aleatória ≥ 250 mg/dL com sinais e sintomas de alerta:

Cetonuria positiva

Poliúria

Polidipsia

Perda ponderal (emagrecimento inexplicado)

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Taquipneia
Náuseas/vômitos
Dor abdominal
Desidratação
Alteração do nível de consciência

Para definição e diagnóstico do quadro, devem ser avaliados os seguintes exames:
Gasometria (arterial ou venosa)
Hemograma
Sódio
Potássio
Cloro
Glicose
Creatinina
Uréia

Síndrome hiperglicêmica hiperosmolar não-cetótica: Glicemia ≥ 250mg/dL (usualmente glicemia > 600 mg/dL) acompanhada de: pH sérico > 7,3, Ânion-gap normal, Osmolalidade sérica efetiva > 320 mOsm/kg, Cetonúria/cetonemia negativa ou discreta.

Cetoacidose diabética (CAD): Glicemia ≥ 250 mg/dL acompanhada de: pH sérico ≤ 7,3, Bicarbonato sérico ≤ 18 mEq/l, Ânion-gap > 10 (Ânion-gap = Na+ - ($HCO3^-$ + Cl^-) Normal: 7-9), Cetonuria/cetonemia positiva.

Por grande período atribuiu-se CAD a uma complicação específica do DM1. Entretanto, pode ocorrer em indivíduos com DM2, geralmente com maior duração da doença e em uso de insulina. É uma complicação grave relacionada a evolução do diabetes.

Em alguns casos, a glicemia pode ter valores relativamente baixos (Cetoacidose diabética euglicêmica) em razão de uso prévio de insulina, alcoolismo, dietas mais restritivas em carboidratos com o uso de antidiabéticos da classe dos inibidores da SGLT2 (inibidores do CO transportador sódio-glicose 2, exemplo: Dapagliflozina).
Siglas
BI: bomba de infusão;
G:glicemia;
IV: intravenosa;
KCL: cloreto de potássio;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

SC subcutâneo;

SG: soro glicosado;

SHH: síndrome hiperglicêmica.

SHH: Síndrome hiperglicêmica hiperosmolar não-cetótica;

CAD: Cetoacidose Diabética

Fluxo de Atendimento

Glicemia aleatória ≥ 250 mg/dL com sinais ou sintomas:

Cetonuria positiva

Poliúria

Polidipsia

Perda ponderal

Taquipneia

Náuseas/vômitos

Dor abdominal

Desidratação

Alteração do nível de consciência

Ao exame clínico podem estar presentes:

Respiração de Kussmaul, em situações graves

Pele seca e fria, língua seca

Hipotonia dos globos oculares

Extremidades frias

Agitação

Face hiperemiada

Hipotonia muscular

Taquicardia e hipotensão arterial até o choque hipovolêmico.

Para definição e diagnóstico solicitar:

Gasometria (arterial ou venosa)

Hemograma

Sódio

Potássio

Cloro

Glicose

Creatinina

Ureia

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Critérios diagnósticos das crises hiperglicêmicas:

	SSH	CAD		
		Leve	**Moderada**	**Grave**
Glicemia (mg/dL)	> 600	> 250	> 250	> 250
pH	> 7,30	7,25 a 7,30	7,00 a < 7,24	< 7,00
Bicarbonato sérico (mEq/L)	> 18	15 a 18	10 a < 15	< 10
Corpos cetônicos urinários ou séricos	Raros	Positivo	Positivo	Positivo
Hidroxibutirato urinário ou sérico (mmol/L)	< 3,0	> 3,0	> 3,0	> 3,0
Osmolalidade sérica efetiva* (m0sm/kg)	> 320	Variável	Variável	Variável
Ânion-gap**	Variável	> 10	> 12	> 12
Nível de consciência	Estupor ou coma	Alerta/sonolento	Alerta/sonolento, Estupor ou coma	Estupor ou coma

Manejo Inicial

Avaliar nível de consciência - Escala de coma de Glasgow.

Manter a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada: Considerar intubação orotraqueal (IOT) em pacientes com rebaixamento de consciência (Glasgow ≤ 8), com claro sinal clínico de insuficiência respiratória), ou se for evidente o risco de aspiração.

Administrar oxigênio suplementar por cateter nasal ou máscara, se saturação de oxigênio for < 94% (atentar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica).

Verificar a glicemia capilar, pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio.

Manter em monitorização contínua: pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio.

Realizar o exame de fita de urina para avaliação de cetonuria.

Instalar acesso venoso para hidratação parenteral e administração de insulina endovenosa (EV).

Instalar sonda nasogástrica em caso de vômitos ou necessidade de intubação orotraqueal (IOT).

Manter paciente em jejum.

Controle de diurese.

Cetoacidose diabética (CAD)

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Estabelecido o diagnóstico este paciente deve ser mantido em monitorização e ser encaminhado para manejo em Unidade de Tratamento Intensivo em Unidade Hospitalar, conforme regulação local.

Glicemia ≥ 250 mg/dL acompanhada de: pH sérico ≤ 7,3; Bicarbonato sérico ≤ 18 mEq/l; Ânion-gap > 10 (Ânion-gap = Na+ - ($HCO3^{-}$ + Cl^{-}) Normal: 7-9); Cetonuria/acetonemia positiva.

Por grande período atribuiu-se CAD a uma complicação específica do DM1. Entretanto, pode ocorrer em indivíduos com DM2, geralmente com maior duração da doença e em uso de insulina. É uma complicação grave relacionada a evolução do diabetes.

As principais complicações relacionadas à mortalidade da cetoacidose diabética (CAD) são edema cerebral, hipopotassemia, hiperfosfatemia, hipoglicemia, complicações intracerebrais, trombose venosa periférica, mucormicose, rabdomiólise e pancreatite aguda.

Tratamento inicial

Manter em jejum.

Avaliar gasometria venosa e eletrólitos (Sódio, Potássio e Cloro) a cada 2 - 4h.

Se pH ≤ 6,9, considerar administração de bicarbonato 100 mEq diluído em 400 mL de água destilada a cada 2/2h até pH ≥ 7,0

Hidratação EV: 1 - 1,5 litros de NaCl 0,9% na primeira hora. Após, reposição conforme sódio sérico.

Insulina Regular EV: bolus 0,1 UI/kg, seguido de início de infusão contínua 0,1 UI/kg/h (diluir 25 UI de Insulina Regular em 250 mL de NaCl 0,9%).

durante infusão contínua realizar glicemia capilar de 1/1h.

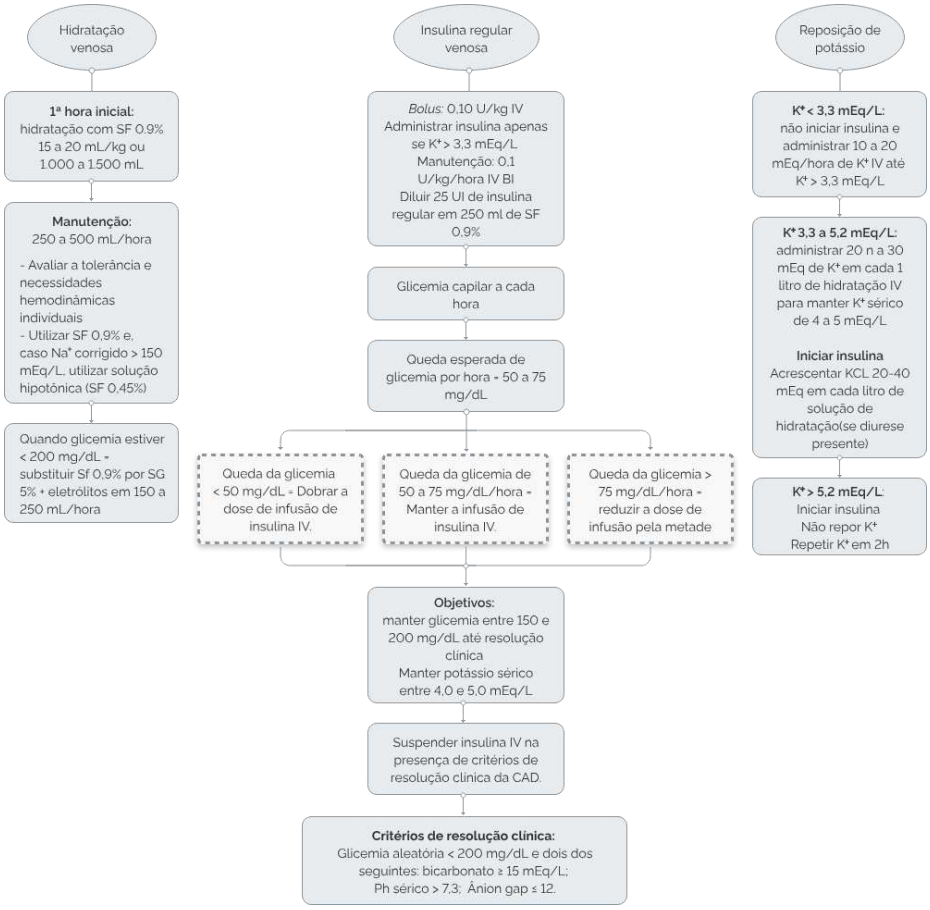
Reposição de Potássio (K): manter K sérico entre 4,0 - 5,0 mEq/L.

Atenção: se K sérico < 3,3 mEq/L manter paciente sem insulina EV até que seja atingido valor de K ≥ 3,3 mEq/L.

Fluxograma de Atendimento

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org



Referências

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 01. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care. V. 43, n. 1, p. S7–S13, jan. 2020. https://doi.org/10.2337/dc20-S001.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 05. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care. V. 43, n. 1, p. S48–S65, jan. 2020. https://doi.org/10.2337/dc20-S005.

BRASIL. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Brasília: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019. 491 p. ISBN: 978-85-93746-02-4.

Anexos

Cronograma de Implantação

Protocolo de Cetoacidose Diabética					
Ações/mês execução	1º	2º	3º	4º	5º
Elaboração e aprovação do Protocolo					
Acolhimento do Paciente com Hiperglicemia Aguda					

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Triagem de Cetoacidose Diabética					
Manejo inicial da Cetoacidose diabética (Médicos)					
Sistema de Regulação de vagas para AVC em janela					

Formulário

FORMULÁRIO DE ACOLHIMENTO DE HPERGLICEMIA

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO:

HORÁRIO DE INÍCIO DA TRIAGEM:

RESULTADO DA GLICEMIA: _____

Se glicemia > que 250, apresenta algum destes sintomas:

Cetonuria positiva

Poliúria

Polidipsia

Perda ponderal (emagrecimento inexplicado)

Taquipneia

Náuseas/vômitos

Dor abdominal

Desidratação

Alteração do Estado de Consciência.

Se presente uma característica acima, encaminhar para SALA VERMELHA

Realizar a monitorização do paciente!

Protocolo Time de Resposta Rápida - Conforme ACLS

Objetivo

Objetivo garantir o atendimento antecipado ao paciente por meio da identificação dos sinais de deterioração clínica em recepção, sala de espera, coleta medicação, corredor de decisão, atendimento em sala de emergência em PCR e atendimento a pacientes psiquiátricos (surtos psiquiátricos e agitação psicomotora).

Os times de resposta rápida, visam diminuir a mortalidade dentro dos hospitais e minimizar as ocorrências e agravos em assistência na unidade, favorecendo assim a segurança do paciente,

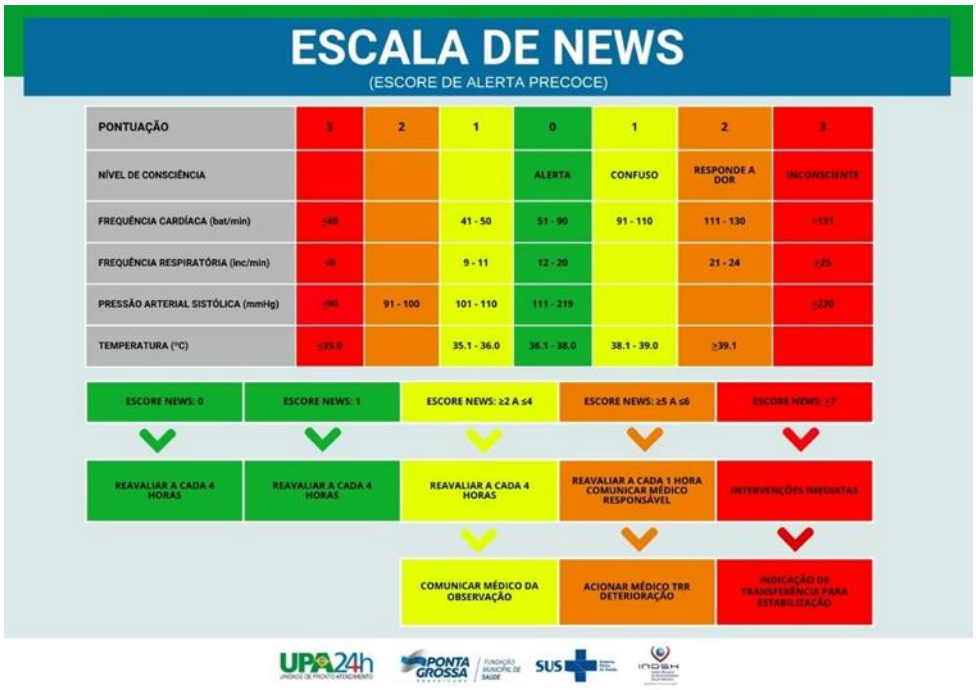
Assinado por 1 pessoa: EMANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

de toda a equipe e Instituição de saúde, agindo de forma precoce e minimizando complicações.
São definidos os seguintes TRR:
TRR – Deterioração
TRR – PCR (CÓDIGO VERMELHO)
TRR – Time de Contenção Rápida APLICABILIDADE (CÓDIGO AMARELO)

Equipes de segurança, recepção, triagem, classificação de risco, coleta, inalação, sutura, medicação, observações, RX e sala de Emergência.

Em Unidade de observação e estabilização os pacientes serão diariamente avaliados pela Escala de News.
A NEWS é uma ferramenta valiosa na gestão de pacientes hospitalizados, fornecendo uma abordagem sistemática para a detecção precoce de sinais de deterioração clínica e facilitando a intervenção oportuna. A implementação eficaz da MEWS contribui para uma prestação de cuidados de saúde mais segura e eficiente.

Escala de NEWS



Fonte: O Autor. Arquivo Intranet INDSH (BUN.002).

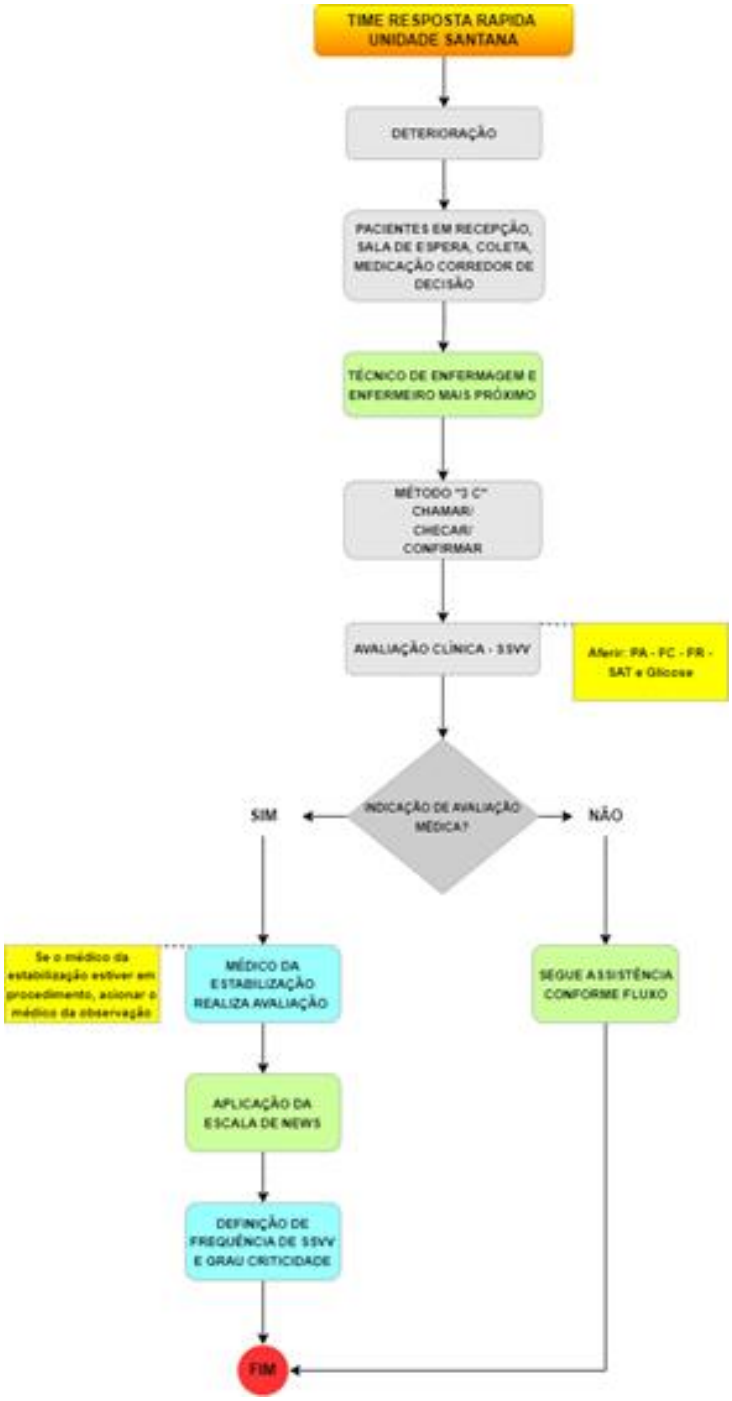
Descrição Detalhada das Atividades

TRR – Deterioração

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Nestas condições será acionado profissionais pré-estabelecidos, para aplicação de Escore de avaliação nacional de aviso precoce/deterioração clínica, padronizada – Escala de NEWS. na qual são avaliadas parâmetros sensoriais, temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, frequência respiratória, Saturação de oxigênio e suplementação de O^2. Após acionado médico responsável pelo TRR – Deterioração para avaliação clínica, parâmetros fisiológicos, e aplicação de Escala de NEWS e definição de condutas conforme FLUXO – TIME DE DETERIORAÇÃO, com objetivo da identificação precoce de sinais de deterioração clínica do paciente, padronizando o atendimento de urgências e emergências em pacientes da unidade, visando reduzir a incidência de Paradas Cardiorrespiratórias (PCR) e diminuir a mortalidade intra-hospitalar; favorecendo assim a segurança do paciente, da equipe multidisciplinar e da Instituição.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

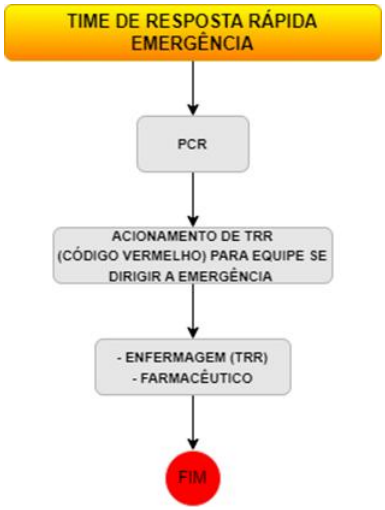


TRR – Parada Cardiorrespiratória

Na condição de emergência em Parada Cardiorrespiratória, profissionais de sala de estabilização acionam TIME de PCR, que consiste em um grupo de profissionais de saúde com expertise em cuidados acessado para prover resposta ao chamado para localizado fora de unidade de cuidados intensivos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org



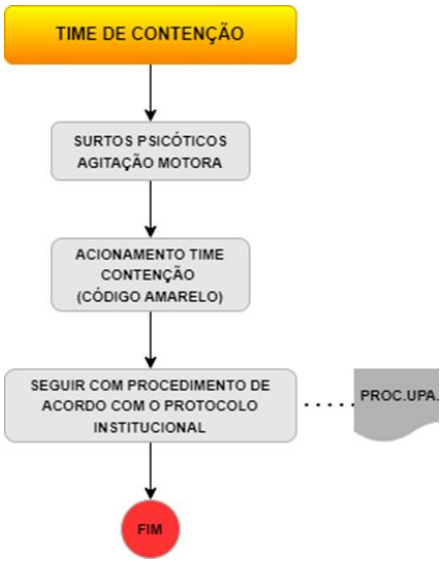
Fonte: Autor. Arquivo Interno INDSH - FLU.021

Time de Resposta Rápida (Código Vermelho): Atendimento a vítimas em PCR em sala de emergência.

TRR – Time de contenção

Na condição de situação de atendimentos a pacientes em surtos psiquiátricos ou agitação psicomotora, profissionais de sala de medicação acionam TIME de contenção rápida, que consiste em um grupo de profissionais de saúde com expertise para situações de contenção mecânica e química.

Time de Resposta Rápida (Código AMARELO): Atendimento a vítimas em surto psiquiátrico em medicação ou porta de entrada.



Fonte: Autor. Arquivo Interno INDSH - FLU.022

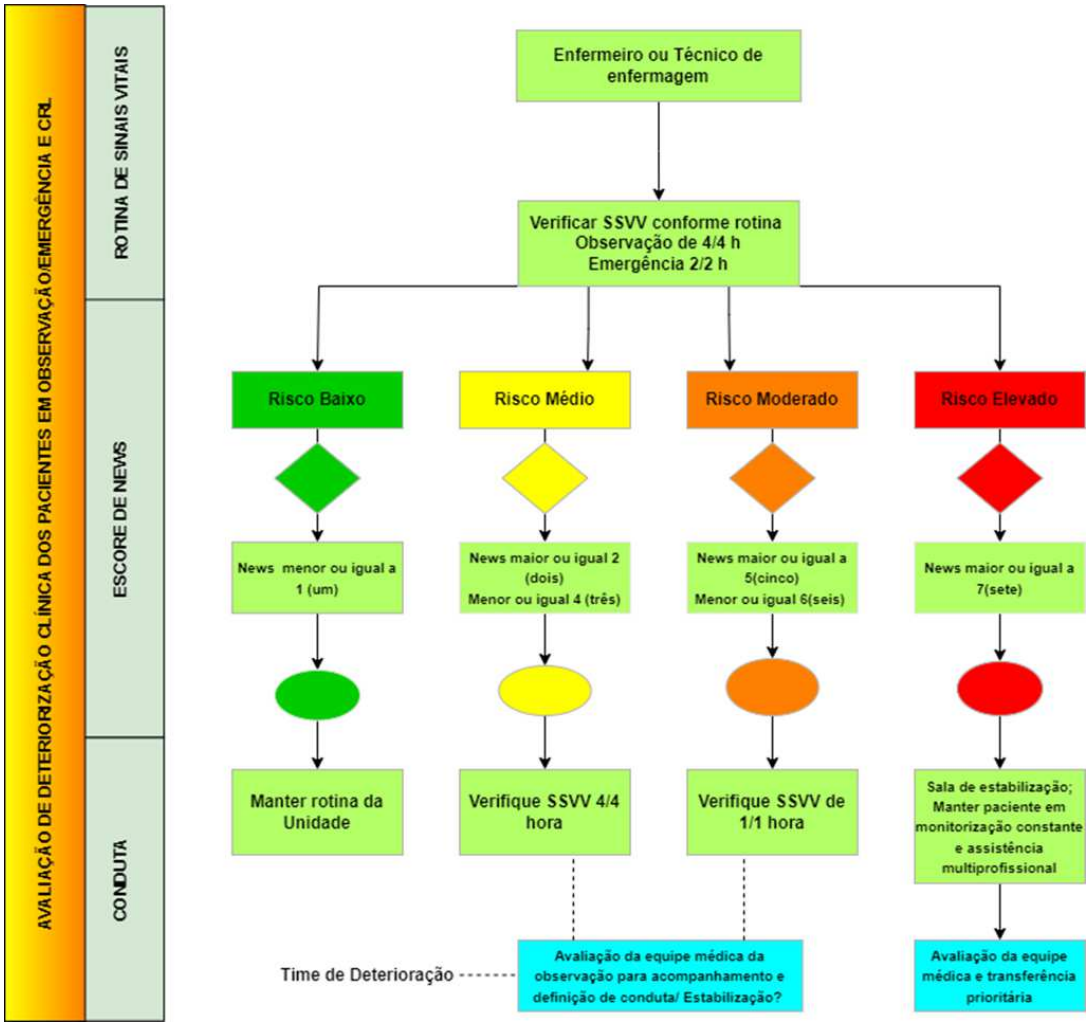
Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Avaliação de Rotina Observação/Emergência

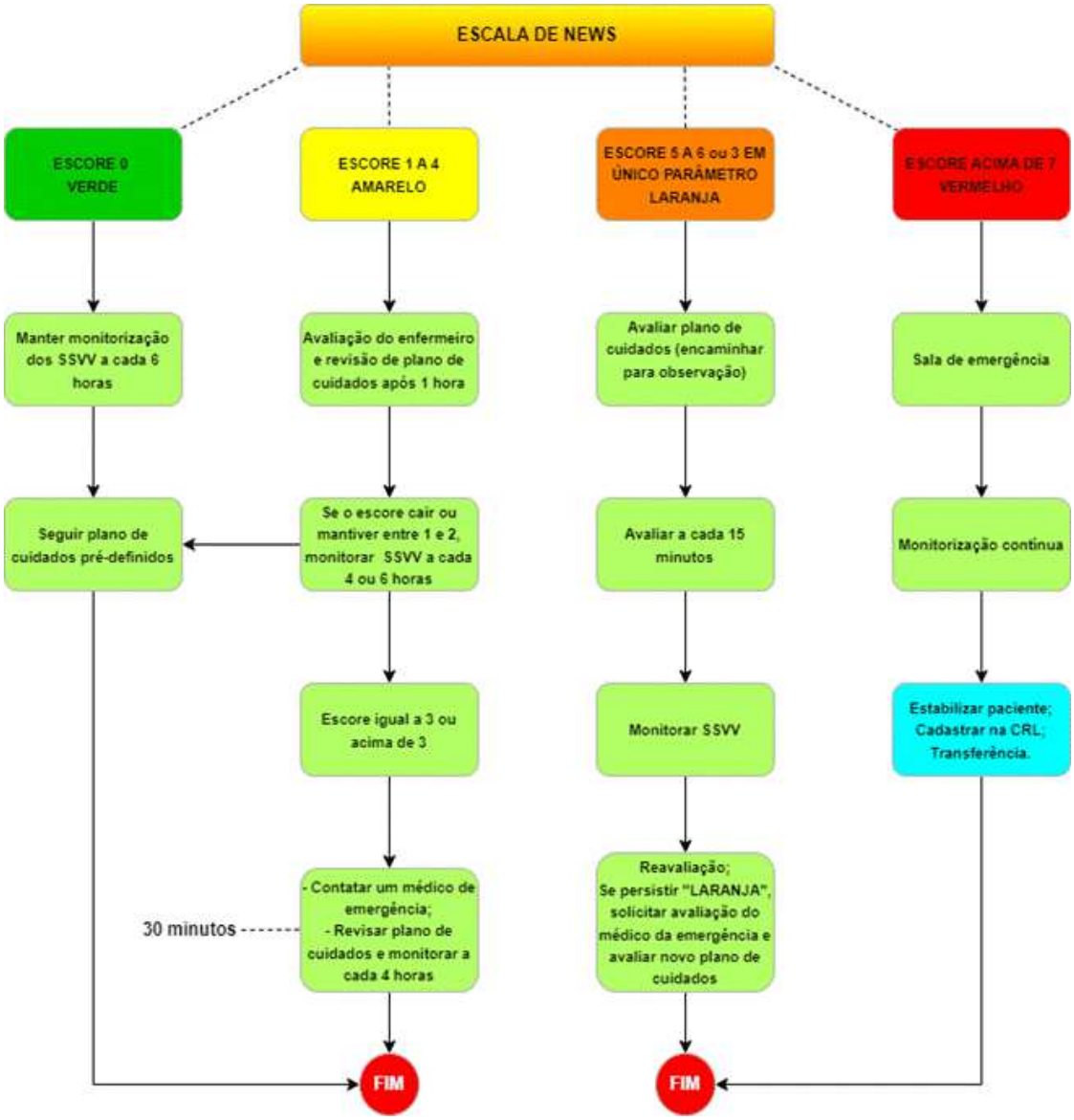
Escala NEWS é aplicada por profissional enfermeiro, a ação possibilita uma comunicação prévia, oferecendo autonomia profissional aos enfermeiros na tomada de decisão dentro da sistematização da assistência de enfermagem, com repercussões no melhor atendimento ao paciente.

FLUXO - AVALIAÇÃO DE DETERIORIZAÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES EM OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA E CRL e FLUXO – FLUXO DE AVALIAÇÃO ESCALA DE NEWS.



Fonte: Autor. Arquivo Interno INDSH - FLU.023

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Fonte: Autor. Arquivo Interno INDSH - FLU.024

Após avaliação seguir condutas com base escore:

VERDE

Estimular a deambulação

Estimular a ingesta de líquidos e alimentos conforme prescrição médica e orientações da nutrição.

Identificar as necessidades de segurança do paciente com base no nível de funcionamento físico e cognitivo.

Estimular o autocuidado.

Seguir Rotinas da unidade SSVV (4/4h).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

AMARELO

Estimular a deambulação

Estimular a ingesta de líquidos e alimentos conforme prescrição médica e orientações da nutrição.

Identificar as necessidades de segurança do paciente com base no nível de funcionamento físico e cognitivo.

Estimular o autocuidado.

Seguir Rotinas da unidade SSVV (4/4h).

LARANJA

Enfermagem

Solicitar avaliação do médico plantonista observação.

Avaliar o escore de NEWS de hora em hora até melhora dos sinais.

Monitorizar a perda de ácidos (vômitos, diarreia, sudorese e eliminações de sondas nasogástricas).

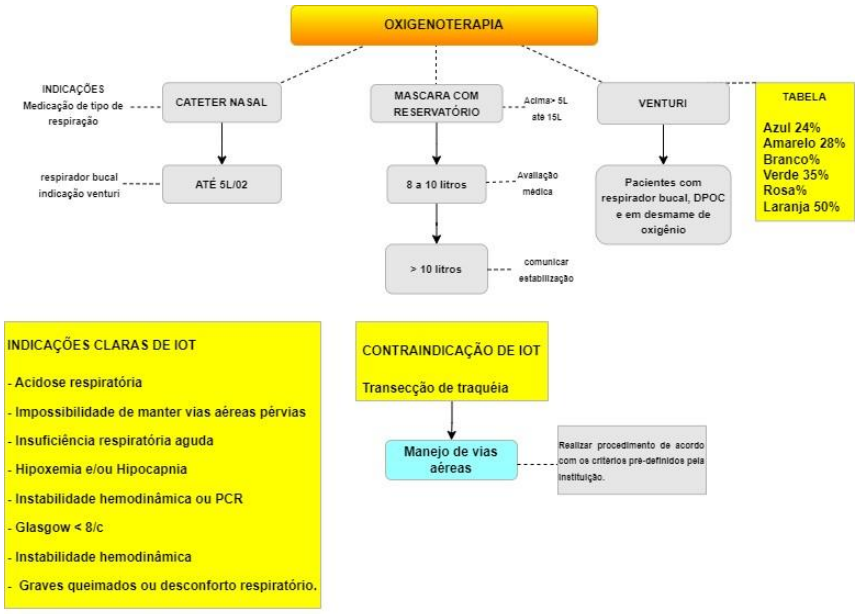
Monitorar débito urinário e a presença de oliguria (volume urinário de 0,5ml/kg/h de diurese por quilo).

Monitorizar padrão respiratório e a presença de fadiga respiratória.

Manter paciente sob vigilância direta, próxima ao posto de enfermagem.

Manter carrinho de emergência conferido conforme rotina da unidade.

Oferecer oxigenoterapia conforme prescrição médica, atentando para o melhor dispositivo (Cateter nasal, Máscara de Venturi) (FLUXO DE OXIGENOTERAPIA)



Fonte: Autor. Arquivo Interno INDSH - FLU.025

Puncionar ou manter acesso calibroso com acath ≥ n° 18.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Promover o conforto ao paciente e seus familiares.
Checar carrinho de emergência, sistemas de aspiração a vácuo, e materiais para acesso de via aérea superior artificial.
Realizar glicemia capilar, registrar e comunicar médico responsável.

Médico
Médico responsável deverá solicitar exames de Hemograma completo, bioquímica (Creatinina, Ureia, Sódio, Potássio, transaminases AST e ALT, CPK, PCR), coagulograma (solicitar somente em caso de exame anterior realizado em tempo superior a 6 horas) de acordo com suspeita clínica;
Avaliar dados de gasometria arterial (gasometria interna);
Realizar exame físico direcionado e se necessário, solicitar exame de raios-x;
Solicitar eletrocardiograma de acordo com suspeita clínica;

VERMELHO
Encaminhar paciente para sala de estabilização.
Monitorar desequilíbrios eletrolíticos associados à acidose metabólica (p. ex., hiponatremia, hipercalemia ou hipocalcemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia).
Monitorar a perda de bicarbonato pelo trato gastrointestinal (p. ex., diarreia, fístula pancreática, fístula no intestino delgado);
Instituir precauções contra convulsões.
Monitorar manifestações do Sistema Nervoso Central (SNC) – p.ex., cefaléia, tontura, RNC, convulsões e coma).
Monitorar a ocorrência de manifestações cardiopulmonares (p. ex., hipotensão, hipóxia, arritmias e respiração, pulso fino e taquicárdico).
Monitorar ao volume urinário (Atentar para volume urinário de 0,5ml de diurese por quilo ou volumes inferiores a 30 ml/hora), aspectos e concentração da urina.
Avaliar o déficit ou excesso de líquido extracelular (desidratação- sinal de prega desaparece muito lentamente, ≥2 segundos; Edema: 1+(2mm), 2+(4mm), 3+(6mm) e 4+(8mm), conforme a profundidade do cacifo).
Monitorar manifestações neurológicas e/ou neuromusculares (p. ex., convulsões, confusão mental, coma, e reflexos hiperativos).
Monitorar indícios de insuficiência respiratória iminente (p. ex., nível baixo de PaO^2, fadiga da musculatura respiratória, baixo nível da SaO^2).
Avaliar perfusão tissular periférica (Tempo de Reenchimento Capilar-TRC, superior a dois segundos).
Atentar para sinais de choque (Aumento da FC, diminuição da Pressão Arterial hipotensão arterial

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

(PAS < 90 ou PAM < 65), Oliguria, taquipneia, perda de consciência ou confusão mental etc.).

Protocolo de Acidentes por Animais Peçonhentos

Objetivo

Padronizar o atendimento inicial de acidentes com animais peçonhentos e assegurar que os colaboradores sejam capazes de prestar os primeiros socorros as vítimas de acidentes com animais peçonhentos de maneira sistematizada, rápida e objetiva.

Executante

Equipe Multiprofissional (técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos, e demais profissionais treinados).

Critérios de Inclusão

Relato de picada por animal silvestre conhecido ou não (se desconhecido, trate como animal venenoso);

Presença de marcas causadas pelas picadas associada a dor local, edema, eritema e bolhas;

Em casos mais graves, pode haver ptose palpebral, colúria e oligoanúria, alterações visuais, insuficiência respiratória aguda e em casos extremos, torpor, inconsciência e choque anafilático.

Plano Terapêutico Multiprofissional

Avaliar a segurança do local;

Realizar avaliação inicial da vítima;

Acalmar a vítima;

Solicitar ajuda 192 ou 193;

Manter paciente em repouso absoluto;

Instalar acesso venoso e realizar reposição volêmica;

Considerar analgesia;

Lavar a ferida com soro fisiológico e cobrir com curativo estéril seco;

Informar o máximo possível as características do animal;

Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou Unidade de saúde de destino;

Considerar contato médico a médico com centro de controle de intoxicação da sua região.

Recomendações

Não realizar sucção do veneno;

Não realizar torniquetes ou garrotes;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Não perfurar ao redor do local da picada;
Não usar produtos químicos ou caseiros;
Não perca tempo tentando identificar o animal agressor;
Estar atento aos sinais de choque;
Higienizar as mãos após o procedimento;
Desprezar material descartável porventura utilizado no procedimento em lixeira adequada.

Ações em Caso de Não Conformidade (Evento Adverso)
Se não conseguir identificar o animal tratar como venenoso.

Referência
Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2™ ed. - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 120 1. Zoonose. I. Fundação Nacional de Saúde.
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2a edição, 2016.

Protocolo para Isolamento Respiratório

Objetivo
Atualizar as medidas de precaução e isolamento para garantir o controle da ocorrência de infecções nas Unidades da instituição.

Executante
Equipe Multiprofissional (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Farmacêutico, Bioquímico, Técnico em Radiologia, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga e Fisioterapeuta).

Critérios de Inclusão
Pacientes com sintomas respiratórios e com necessidade de isolamento, conforme orientação seja pelo exame diagnostico/ laboratorial, ou ainda pelo serviço de controle de infecções.

Plano Terapêutico Multiprofissional
Para isolamentos de caráter respiratório serão considerados o seguinte tipo: precauções de gotícula e aerossóis.

Precauções de gotículas

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Estas precauções visam prevenir a transmissão de micro-organismos por via respiratória por partículas maiores (>) que 5 micra de pacientes com doença transmissível, geradas pela tosse, espirro, e durante a fala. Essas gotículas (> 5 micra) podem se depositar à curta distância (1 a 1,5 metros).

Quando possível o paciente deve ser mantido em leito privativo ou, caso não seja possível, coorte de pacientes com a mesma doença, respeitando a distância mínima de um metro entre os leitos.

Higienizar as mãos antes e após contato com o paciente, antes da realização de procedimentos assépticos, após risco de exposição a fluidos corporais e após contato com as áreas próximas ao paciente.

Para paramentação deverão ser utilizados os seguintes itens: marcara cirúrgica, luvas, óculos de proteção e avental. O leito do paciente deverá ser sinalizado com as precauções necessárias para sua assistência.

Algumas doenças que requerem isolamento por gotículas
Adenovírus, Caxumba, Coqueluche, Difteria faríngea, Epiglotite (Haemophylus influenzae), Estreptococcia – Streptococcus Grupo A – escarlatina: lactante e pré-escolar, Estreptococcia – Streptococcus Grupo A – faringite: lactante e pré-escolar, Estreptococcia – Streptococcus Grupo A – pneumonia: lactante e pré-escolar, Influenza: A, B, C, Meningite Haemophilus influenzae (suspeita ou confirmada), Meningite Neisseria meningitidis (suspeita ou confirmada), Meningococcemia, Parvovírus B19 – Crise aplástica transitória ou de células vermelhas, Parvovírus B19 – Doença crônica em imunossuprimido, Peste Pneumônica, Pneumonia Haemophilus influenzae lactentes e crianças de qualquer idade, Pneumonia Meningocócica, Pneumonia Mycoplasma (pneumonia atípica primária), Pneumonia Streptococcus, grupo A lactentes e préescolares, Rubéola e COVID 19.

Precauções para aerossóis
São medidas adotadas para pacientes com suspeita ou diagnóstico de infecção transmitida por via aérea (partículas < 5 micra), que podem ficar suspensas no ar ou ressecadas no ambiente. Deve se utilizar para o cuidado deste paciente, área física específica, dotada de sistema de ar com uso de filtro especial e pressão negativa.

Os procedimentos que podem gerar aerossóis devem ser realizados preferencialmente em uma Unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA (High Efficiency

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Particulate Arrestance). Na ausência desse tipo de Unidade, deve-se colocar o paciente em uma sala com portas fechadas (com janelas abertas) e restringir o número de profissionais durante estes procedimentos.

Realizar a higiene de mãos seguindo os cinco momentos: antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente e após o contato com as áreas próximas ao paciente.

Para paramentação deverão, obrigatoriamente, ser utilizados os seguintes itens: Máscara tipo respirador (N95 ou PFF2), luvas, óculos de proteção e avental. O leito do paciente deverá ser sinalizado com as precauções necessárias para sua assistência. O leito do paciente deverá ser sinalizado com as precauções necessárias para sua assistência.
Algumas doenças que requerem isolamento por aerossóis:
Sarampo, Tuberculose Laríngea (suspeita ou confirmada), Tuberculose Pulmonar (suspeita ou confirmada), Varicela, Herpes Zoster localizado em pacientes imunodeprimidos, Herpes Zoster disseminado (acometendo dois ou mais dermátomos) e CVID 19.

Duração das precauções e isolamento
Até que haja informações disponíveis sobre a disseminação viral após melhora clínica, a descontinuação das precauções e isolamento deve ser determinada caso a caso, em conjunto com as autoridades de saúde locais.

Os fatores que devem ser considerados incluem
Presença de sintomas relacionados à infecção diagnosticada, data em que os sintomas foram resolvidos, outras condições que exigiriam precauções específicas (por exemplo, tuberculose), outras informações laboratoriais que refletem o estado clínico, alternativas ao isolamento hospitalar, como a possibilidade de recuperação segura em casa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 2017.
APECIH. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Precauções e Isolamento. 2°edição. São Paulo – SP. 2012.
ANVISA. Orientações para serviços de saúde: Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (sars cov-2) – 21/03/2020.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Protocolo para Arboviroses

Objetivo

Identificação rápida dos sinais de alerta para um surto e/ou emergência nos casos de aumento de casos ou epidemia por Arboviroses, reduzindo assim a letalidade.

Executante

Equipe Multiprofissional (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Farmacêutico, Bioquímico, Técnico em Radiologia, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga e Fisioterapeuta).

Critérios de Inclusão

Paciente sintomático e com suspeita de contaminação por alguma arbovirose.

Plano Terapêutico Multiprofissional

Os profissionais das Unidades de Pronto Atendimento devem estar vigilantes para os sinais de alerta dos casos suspeitos de dengue, chikungunya, zika e febre amarela.

As Unidades devem contar com leito de estabilização com materiais, equipamentos e insumos adequados à monitorização e a procedimentos de suporte hemodinâmico e ventilatório para assistência aos casos graves.

DENGUE

Objetivo

Identificação precoce dos casos de dengue, bem como critérios, diagnósticos, causas e tratamento da doença.

Causas

É uma doença infecciosa causada por um arbovírus (existem quatro tipos diferentes de vírus do dengue DEN1, DEN 2, DEN 3 e DEN 4), que ocorre principalmente em áreas tropicais e subtropicais do mundo, inclusive no Brasil.

As epidemias geralmente ocorrem no verão, durante ou imediatamente após períodos chuvosos. Pode ser transmitido por duas espécies de mosquitos (Aëdes aegypti e Aëdes albopictus), que picam durante o dia, ao contrário do mosquito comum (Culex), que tem atividade durante a noite.

No Brasil, estão circulando os vírus DEN1, DEN2 e DEN3.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Os transmissores de dengue, proliferam-se dentro ou nas proximidades de habitações (casas, apartamentos, hotéis etc.) em qualquer coleção de água relativamente limpa (caixas d'água, cisternas, latas, pneus, cacos de vidro, vasos de plantas). As bromélias, que acumulam água na parte central (aquário), também podem servir como criadouros.

O único modo possível de evitar ocorrência de epidemias é através do controle dos transmissores (Aëdes aegypti e Aëdes albopictus).

A transmissão da dengue são mais frequentes nas zonas urbanas, mas também pode ocorrer em áreas rurais.

A transmissão da doença é incomum em locais com altitudes superiores a 1.200 metros.
Uma pessoa não transmite dengue diretamente para outra. Para que isto ocorra, é necessário que o mosquito se alimente com o sangue de uma pessoa infectada e, após um período de incubação de 8 a 10 dias, pique um outro indivíduo que ainda não teve a doença.

A vacina contra o dengue deve, necessariamente, proteger contra os quatro tipos de vírus, uma vez que se não for eficaz contra todos os tipos poderia aumentar o risco de formas graves.

Prevenção
Devem ser adotadas medidas de proteção contra infecções transmitidas por insetos, embora a transmissão dessas doenças possa ocorrer ao ar livre, o risco maior é no interior de habitações.

A utilização de calças e camisas de manga comprida, e repelentes contra insetos à base de dietiltoluamida (DEET) ou picaridina nas áreas expostas do corpo, sempre observando a concentração entre 30 e 35% (máximo 50%) e 20% para a picaridina, ajuda a reduzir o risco de adquirir a doença.

Em hipótese alguma devem ser aplicados inseticidas na pele.

Não existe comprovação da eficácia do uso de vitaminas do complexo B ou de pílulas de alho, citronela na profilaxia do dengue (ou de qualquer outra doença transmitida por vetores).

O controle do dengue deve ser feito, principalmente, através da eliminação dos criadouros de larvas.

As medidas eficazes em residências, escolas e locais de trabalho são:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Substituir a água dos vasos de plantas por terra e manter seco o prato coletor de água;
Desobstruir as calhas do telhado, para não haver acúmulo de água;
Não deixar pneus ou recipientes que possam acumular água, expostos à chuva;
Manter sempre tampadas as caixas d'água, cisternas, barris e filtros, acondicionar o lixo em sacos plásticos fechados ou latões com tampa e a utilização, duas vezes por semana, de água tratada com cloro (40 gotas de água sanitária a 2,5% para cada litro) para regar bromélias, é recomendada para evitar a proliferação do Aëdes aegypti.

Casos Suspeitos
Considera-se caso suspeito de dengue:
Todo paciente que apresente doença febril aguda, com duração máxima de sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos sinais ou sintomas como cefaleia, dor retro orbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema, associados ou não à presença de sangramentos ou hemorragias, com história epidemiológica positiva, tendo estado nos últimos 15 dias em área com transmissão de dengue ou que tenha a presença do Aedes aegypti;
Também pode ser considerado caso suspeito a criança proveniente ou residente em área endêmica que apresente quadro febril, sem sinais de localização da doença ou na ausência de sintomas respiratórios.

Todo caso suspeito de dengue deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica, sendo imediata a notificação das formas graves da doença.

Diagnóstico Clínico
A infecção causada por qualquer um dos quatro tipos (DEN1, DEN2, DEN3 e DEN4) do vírus do dengue produz as mesmas manifestações;
A determinação do tipo do vírus do dengue que causou a infecção é irrelevante para o tratamento da pessoa doente;
A dengue na grande maioria dos casos (mais de 95%), causa desconforto e transtornos, mas não coloca em risco a vida;
As manifestações iniciais são febre alta, dor de cabeça, muita dor no corpo e, às vezes, vômitos.
É frequente que 3 a 4 dias após o início da febre, ocorra exantema, semelhante ao sarampo ou rubéola associados a prurido;
A maioria das pessoas, após quatro ou cinco dias, começa e melhorar e recupera-se por completo, gradativamente, em cerca de dez dias;
Em alguns casos (a minoria), nos três primeiros dias depois que a febre começa a ceder, pode ocorrer diminuição acentuada da pressão sanguínea. Esta queda da pressão caracteriza a forma

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

mais grave da doença, chamada de dengue "hemorrágico". O controle pressórico e do enchimento capilar periférico são parâmetros fundamentais nesta fase da doença;

Na dengue hemorrágico nem sempre ocorrem sangramentos, a gravidade está relacionada, principalmente, à diminuição da pressão sanguínea;

A dengue grave pode ocorrer mesmo em quem tem a doença pela primeira vez;

O doente se recupera, geralmente sem nenhum tipo de problema e fica imunizado contra o tipo de vírus (DEN1, DEN2, DEN3 ou DEN4) que causou a doença, podendo adoecer novamente com os outros tipos de vírus do dengue;

Em uma segunda infecção, o risco da forma grave é maior, mas não é obrigatório que aconteça;

As manifestações iniciais do dengue são as mesmas de diversas outras doenças (febre amarela, malária, doença meningocócica e leptospirose);

A meningite meningocócica pode ser muito parecida com o dengue grave, mas o paciente piora muito mais rápido (logo no 1º ou 2º dia de doença). O dengue pode se tornar mais grave apenas quando a pessoa começa a melhorar, e o período mais perigoso vai até três dias depois que a febre desaparece;

O diagnóstico inicial de dengue é clínico (história e exame físico) feito essencialmente por exclusão de outras doenças;

É muito importante, por exemplo, saber se a pessoa não está com doença meningocócica ou leptospirose;

A comprovação sorológica do diagnóstico de dengue poderá ser útil para outras finalidades (vigilância epidemiológica, estatísticas) e é um direito do doente, mas o resultado do exame comumente estará disponível apenas após a pessoa ter melhorado, o que o torna inútil para a condução do tratamento;

O hematócrito, e a contagem de plaquetas podem trazer informações úteis, mas não comprovam o diagnóstico, uma vez que também podem estar alterados em várias outras infecções;

A comprovação do diagnóstico pode ser feita através de sorologia, a partir do 5º dia de doença;

A prova do laço pode estar positiva em diversas outras doenças (meningococo, leptospirose, rubéola etc.) e até em pessoas saudáveis. Também pode estar negativa nos casos de dengue, inclusive nos mais graves. Não ajuda, portanto, a concluir se a pessoa está ou não com a doença ou se o dengue é mais grave.

Tratamento e Conduta

Lembrar que o dengue não tem tratamento específico, são empregados antitérmicos e reidratação (oral ou venosa), que deve ser iniciada o mais rapidamente possível;

Optar pela hidratação venosa em pacientes com critérios de gravidade (hipotensão arterial, desidratação grave e hemorragias) ou intolerância a ingestão de líquidos;

Obter neste caso acesso IV periférico;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Colher sangue para hemograma e contagem de plaquetas;
Colher história pesquisando o uso de AAS (ácido acetil salicílico) e anticoagulantes que podem aumentar o risco de sangramentos;
Proibir o uso de alguns medicamentos que podem aumentar o risco de sangramento, como: ácido acetil salicílico e anti-inflamatórios;
Utilizar o paracetamol nas doses e intervalos prescritos normalmente, uma vez que em doses muito altas podem causar lesão hepática;
Orientar o paciente a ingerir maior quantidade possível de líquido (60 a 80 ml/kg), não é necessária nenhuma dieta;
Estar atento as manifestações que podem indicar gravidade, o que pode acontecer, geralmente, a partir do momento em que a febre começa a ceder;
Transportar o paciente imediatamente ao serviço de referência mais próximo caso: dor no hipocôndrio direito, hipotensão arterial, sangramentos que não cedem e/ou sangramento digestivo.

FEBRE CHIKUNGUNYA

A doença no paciente pode evoluir em três fases: febril ou aguda, pós-aguda e crônica:
Fase aguda da doença tem duração de 5 a 14 dias;
Fase pós-aguda tem um curso de até três meses.
Se os sintomas persistirem por mais de três meses após o início da doença, considera-se instalada a fase crônica.
Em mais de 50% dos casos, a artralgia torna-se crônica, podendo persistir por anos.

Tratamento Chikungunya

Não há tratamento antiviral específico para chikungunya. A terapia utilizada é analgesia e suporte. É necessário estimular a hidratação oral dos pacientes. A escolha das drogas deve ser feita após avaliação do paciente, com aplicação de escalas de dor apropriadas para cada faixa etária e respectiva fase da doença.

ZIKA VÍRUS

É uma arbovirose causada pelo vírus Zika (ZIKV), agente etiológico transmitido por fêmeas dos mosquitos do gênero Aedes. No Brasil, o vetor comprovado até o momento é o mosquito Aedes aegypti. As formas de transmissão do vírus documentadas, além da vetorial, são: sexual, pós-transfusional e vertical (transplacentária).
A enfermidade aguda caracteriza-se, mais frequentemente, por manifestações clínicas brandas e autolimitadas. Por isso, muitas vezes, o sintoma que ocasiona a busca pelo serviço de saúde é o exantema pruriginoso.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Tratamento Zika

Para os quadros sintomáticos, aplicam-se as seguintes medidas:

Repouso relativo, enquanto durar a febre;

Estímulo à ingestão de líquidos;

Administração de paracetamol ou dipirona em caso de dor ou febre;

Não administração de ácido acetilsalicílico;

Administração de anti-histamínicos;

Recomendar ao paciente para que retorne imediatamente ao serviço de saúde, em casos de sensação de formigamento de membros ou alterações do nível de consciência (para investigação de SGB e de outros quadros neurológicos);

Ante a queixa de alteração visual, encaminhamento ao oftalmologista para avaliação e tratamento.

FEBRE AMARELA

A maioria das pessoas melhora após sintomas iniciais. No entanto, cerca de 15% apresentam um breve período de horas a um dia sem sintomas e, então, desenvolvem uma forma mais grave da doença.

Os sintomas iniciais da febre amarela são:

início súbito de febre;

calafrios;

dor de cabeça intensa;

dores nas costas;

dores no corpo em geral;

náuseas e vômitos;

fadiga e fraqueza.

Em casos graves, a pessoa infectada por febre amarela pode desenvolver algumas complicações, como:

febre alta;

icterícia (coloração amarelada da pele e do branco dos olhos);

hemorragia (especialmente a partir do trato gastrointestinal);

eventualmente, choque e insuficiência de múltiplos órgãos.

Tratamento Febre Amarela

O tratamento da febre amarela é apenas sintomático. Nas formas graves, o paciente deve ser atendido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para reduzir as complicações e o risco de óbito.

Referências

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico e Vigilância Epidemiológica da Dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/manuais_e_protocolos/protocolo_dengue_2021.pdf

Teixeira MG, Barreto ML, Costa M da CN, Ferreira LDA, Vasconcelos PFC, Cairncross S. Dynamics of dengue virus circulation: a silent epidemic in a complex urban area. Tropical Medicine & International Health. 2002; 7(9):757-762. DOI: 10.1046/j.1365-3156.2002.00926.x

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia por arboviroses [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 36 p.: il.

Protocolo para Exacerbação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC

Objetivo

O objetivo deste protocolo é proporcionar a identificação e manejo adequado dos casos de Exacerbação de DPOC em pacientes adultos, de forma a evitar mortes ou complicações associadas a estes episódios.

Abrangência

Unidades de Pronto Atendimento e Unidades Hospitalares.

Aplicabilidade

São elegíveis todo e qualquer paciente a partir de 18 anos.

Está excluído deste protocolo a população pediátrica < 18 anos.

Descrição

Parte 1: Diagnóstico

Paciente com potencial diagnóstico de DPOC (caso não tenha diagnóstico prévio)

A DPOC deve ser considerada em pacientes fumantes, ex-fumantes ou com histórico de exposição ocupacional ou ambiental a agentes nocivos (forno a lenha, sílica, entre outros) com

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

mais de 40 anos que apresentem sintomas respiratórios crônicos, incluindo tosse, sibilância/chiado no peito, dispneia aos esforços e expectoração;

Sinais ao exame físico, como cianose, tórax em barril/ hiperinsuflação pulmonar e tiragem intercostal, apontam para a existência de DPOC em fase avançada;

O diagnóstico definitivo de DPOC requer a demonstração de distúrbio ventilatório de tipo obstrutivo não completamente reversível, por meio de prova de função pulmonar completa com broncodilatador (espirometria), o que nem sempre estará disponível como informação prévia em casos de exacerbação (nestes casos o diagnóstico será presuntivo).

Paciente com diagnóstico de DPOC

Caso o paciente tenha realizado espirometria e os dados estejam acessíveis, é interessante saber a classificação da gravidade da DPOC.

Estágio	Espirometria (VEF1/CVF inferior a 70%)
GOLD I (obstrução leve)	VEF1 ≥ 80% do previsto
GOLD II (obstrução moderada)	50% ≤ VEF1 < 80% do previsto
GOLD III (obstrução grave)	30% ≤ VEF1 < 50% do previsto
GOLD IV (obstrução muito grave)	VEF1 < 30% do previsto

Ativar o Windo
Acesse Configuraçõ

Definição de uma exacerbação

Exacerbação de DPOC: trata-se de uma piora agudo (horas a dias) dos sintomas respiratórios que resultam na necessidade de terapia adicional;

Piora da dispnéia é o sintoma chave para caracterizar a exacerbação;

Outros sintomas incluem aumento do volume ou piora do aspecto do escarro, bem como aumento da tosse e do chiado no peito;

Dentre os fatores precipitantes, 70% são infecções respiratórias cuja maioria é viral (rinovírus é o mais comum), mas também há infecções bacterianas. Entre os demais 30% de fatores que levam à exacerbação pode-se citar a poluição ambiental e embolia pulmonar;

A duração média de uma exacerbação é de 7 a 10 dias;

20% dos casos não voltam ao status basal após 8 semanas;

A mortalidade em 5 anos é de 50% em casos de exacerbação que levam a hospitalização.

Definição de uma exacerbação – Sintomas Cardinais

Aumento da dispneia (sintoma chave);

Aumento da produção de escarro e/ou mudança de característica;

Aumento da tosse em frequência e gravidade;

Outros sintomas que podem estar presentes: febre, sibilância, roncos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Parte 2: Avaliação da Gravidade da Crise

Crise Leve

Apenas 1 dos sintomas cardinais (aumento da dispneia, aumento do volume do escarro ou aumento da purulência do escarro);

Em geral só necessita de broncodilatadores para reversão.

Crise Moderada

Pelo menos 2 dos sintomas cardinais presentes;

Além de broncodilatadores, antibióticos e corticoides são necessários.

Crise Grave

Todos os sintomas cardinais presentes;

Casos com necessidade de internação;

Muitos associados a Insuficiência Respiratória Aguda.

Parte 2.1: Classificando a Gravidade da Crise em caso de Hospitalização

Classificar o paciente conforme os achados;

O pior achado define a gravidade da crise.

Ausência de Insuficiência Respiratória Aguda	Insuficiência Respiratória Aguda de Baixo Risco	Insuficiência Respiratória Aguda de Alto Risco
• FR 20-30 • Sem uso de musculatura acessória • Sem alteração de estado mental • Hipoxemia se corrige com FiO2 de 28-35% • Sem hipercapnia	• FR > 30 • Uso de musculatura acessória • Sem alteração de estado mental • Hipoxemia se corrige com FiO2 de 35-40% • PaCO2 de até 50-60mmHg	• FR > 30 • Uso de musculatura acessória • Alteração de estado mental • Hipoxemia que não se corrige com FiO2 > 40% • PaCO2 > 60mmHg ou pH ≤7,25

Parte 3: Avaliação Complementar

Quando colher gasometria?

Para todo paciente com $SatO_2$ < 90% na chegada;

Se PaO_2 < 60 mmHg e/ou $PaCO_2$ > 50 mmHg: mortalidade de 17 a 49%;

Episódios de maior gravidade são definidos por: PaO_2 < 50 mmHg, $PaCO_2$ > 70 mmHg e pH < 7,3.

Quando realizar radiografia de tórax?

Deve ser feito em todo caso de exacerbação de DPOC;

Realizar sempre PA e PERFIL;

Modifica a conduta em até 25% dos casos devido a achados adicionais, sendo os mais frequentes:

Pneumonia;

Assinado por 1 pessoa: MANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Pneumotórax;
Derrame Pleural;
Edema Pulmonar;
Outras consolidações.

Quando realizar eletrocardiograma?
Deve ser feito em pacientes taquicárdicos (frequência cardíaca > 100bpm);
Optar sempre que possível por eletrocardiograma de 12 derivações;
O que deve ser avaliado é se trata-se de taquicardia sinusal ou taquiarritimia (flutter, fibrilação atrial, etc) que possa exigir conduta adicional;
Achados de hipertensão pulmonar, sobrecarga ventricular, desvio do eixo à direita são comuns em pacientes com maior tempo de doença.

Deve ser feito algum exame de sangue?
Hemograma: pode ser útil para verificar sinais de infecção ativa (leucocitose, leucopenia, desvio à esquerda), para avaliar anemia (indicativa de deficiência nutricional, perda sanguínea ou doença crônica) ou policitemia, indicativa de hipoxemia crônica;
Proteína C Reativa/ Pró-calcitonina: não há evidências consistentes de que impactam na condução do caso;
Dímero-D: exame com baixa especificidade, pode estar elevado em uma série de condições, não se recomenda sua coleta;
Troponina: pode ser necessária para diferenciar causa de dor torácica em paciente com fatores de risco para doença coronariana.

Parte 4: Tratamento
Oxigênio
Componente chave do tratamento;
Objetivo: $SatO_2$ 88 – 92% (usar o menor fluxo de O_2 possível para atingir este objetivo; fornecimento exagerado de oxigênio pode predispor a hipercapnia);
Optar por uso de cateter nasal (cada litro fornecido aumenta FiO_2 em 3-4%) ou máscara de Venturi pois há maior controle do oxigênio fornecido com estes dispositivos;
Se o paciente precisa de oxigênio contínuo, deve ficar sob monitorização ($SatO_2$)
Obs.: todo caso grave deve ficar sob monitorização multiparamétrica contínua (PA, FC, $SatO_2$).

Cânula Nasal de Alto Fluxo de Oxigênio
Cânula nasal de alto fluxo de oxigênio fornecem 60L/min de oxigênio;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Está associada a menor esforço respiratório, melhora da troca gasosa e melhora da dinâmica pulmonar, melhorando oxigenação e ventilação, diminuindo a hipercapnia;
Porém não se sabe seu real impacto em termos de mortalidade;
Pode ser usada como alternativa a outros dispositivos de fornecimento de oxigênio, seguindo os alvos de $SatO_2$.

Ventilação Não Invasiva
A ventilação não invasiva é preferencial em relação à ventilação invasiva;
Sua taxa de sucesso é de 80-85%, diminui a mortalidade em 50% e chance de intubação em 60%;

Indicada em casos de:
Acidose Respiratória: pH < 7,35 e PaCO2 > 45 mmHg;
Hipoxemia refratária a outros dispositivos de fornecimento de oxigênio;
Dispnéia grave acompanhada de sinais de fadiga respiratória como uso de musculatura acessória, respiração abdominal, retração dos espaços intercostais.

Ventilação Não Invasiva (VNI)
Modo ideal: BiPAP;
Obter gasometria antes do início da VNI para ter valor de base;
Ajuste inicial:
Pressão inspiratória (IPAP): 8 a 12 cm H2O / Pressão expiratória (CPAP): 3 a 5 cm H2O;
Após 2h de VNI, colher nova gasometria;
Falência de VNI se pH < 7,25 ou ausência de melhora na troca gasosa;
Se houver melhora na gasometria e do quadro clínico, e o paciente conseguir persistir assim por 4h, não é necessário retomar VNI, nem fazer qualquer tipo de desmame.

Ventilação Invasiva
Utilizar em caso de Impossibilidade de adaptação do paciente à VNI;
Falência da VNI;
Paciente em pós-parada;
Rebaixamento do nível de consciência;
Persistente inabilidade para remover secreções respiratórias, vômitos, broncoaspiração;
Instabilidade hemodinâmica grave sem resposta a cristaloide e droga vasopressora;
Arritmias ventriculares ou supraventriculares.

Beta2-Agonistas e Anticolinérgicos Inalatórios

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Ocorre melhora significativa no VEF1 com a associação de ambas as medicações;
Doses:
2,5mg (=10gts) de fenoterol ou albuterol por inalação ou 4 puffs de salbutamol com espaçador;
Brometo de Ipratrópio: acrescentar 20 a 40 gotas em cada inalação;
Realizar inalações de 20/20 min na 1ª hora, depois 1/1h, 2/2h, etc.;
Segurança do Paciente: Não usar mais do que 10 gotas de beta2-agonista pela possibilidade de gerar eventos adversos relacionados a taquiarritmias;
Parenteral: sem benefício adicional, não se recomenda o uso.

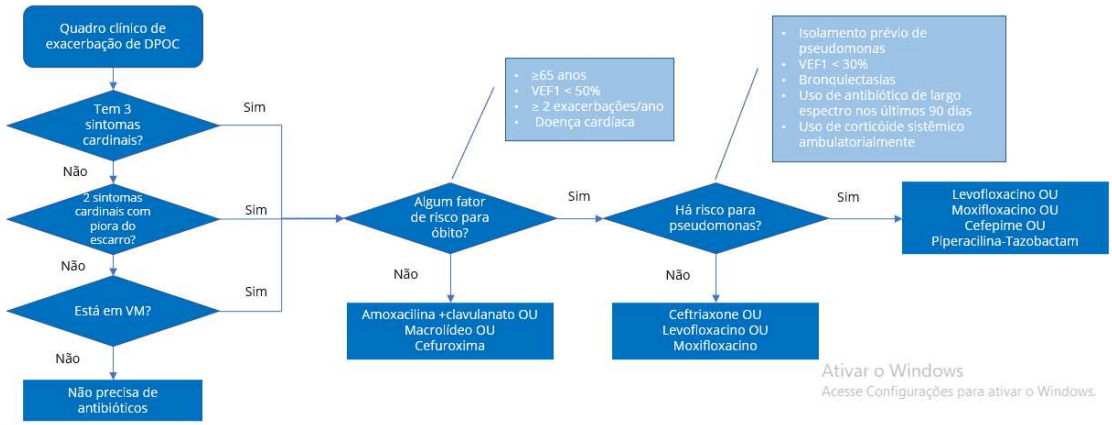
Corticóides Sistêmicos
Reduz o risco de falência do tratamento em 50%;
Melhora de sintomas e função pulmonar, reduz risco de recaída e tempo de internação.
Doses:
Prednisona 40mg VO 1x/dia ou Metilprednisolona 60mg IV 6/6h por 7 dias;
Não há diferença em desfechos se administrados oral ou parenteralmente;
Não há benefício adicional se utilizados por mais de 7 dias;
Não é necessário fazer desmame de dose utilizando por apenas 7 dias;
Obs: aumenta risco de hiperglicemia, sugere-se monitoramento de glicemia em caso de permanência na observação ou internação.

Antibióticos
Reduzem de tempo de VM, internação e falhas de tratamento;
Aumentam resolução de sintomas e podem impactar na mortalidade.
Devem ser dados para pacientes com:
Os 3 sintomas cardinais;
Com 2 sintomas cardinais sendo um o aumento da purulência;
Pacientes com necessidade de VM.
Bactérias mais comuns:
Haemophilus influenza; Moraxella catarrhalis; Streptococcus pneumoniae; Pseudomonas aeruginosa.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Parte 4: Tratamento – Escolha de Antibióticos



Ativar o Windows
Acesse Configurações para ativar o Windows.

Antibióticos	Dose
Amoxacilina-Clavulanato	500mg/125mg VO 8/8h
Azitromicina	500mg VO 1x/dia
Claritromicina	500mg VO 12/12h
Cefuroxima	500mg VO 12/12h
Ceftriaxone	1g IV 12/12h
Levofloxacino	500mg VO ou IV 1x/dia
Moxifloxacino	400mg VO ou IV 1x/dia
Cefepime	2g IV 12/12h
Piperacilina-Tazobactam	4,5g IV 6/6h

Ativar o Windows
Acesse Configurações para ativar o Windows

Tratamento – Segurança do Paciente

Não devem ser usadas por evidências de Eventos Adversos!

Metilxantinas;

Sem mudança no VEF1 quando comparadas com placebo;

Desfechos clínicos inconsistentes;

<u>Aumento de eventos adversos (3 a 4x mais arritmias).</u>

Não devem ser usados por ausência de benefícios comprovados:

Sulfato de magnésio;

Agentes mucoativos;

Parte 5: Alta ou Hospitalização

Critérios para Internação (a qualquer momento)

Sintomas graves (hipoxemia, confusão mental, rebaixamento do nível de consciência);

Insuficiência Respiratória Aguda;

Falta de resposta à terapia dada inicialmente;

Surgimento de sintomas como cianose e edema;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Presença de comorbidades de alto risco (insuficiência cardíaca, hepática ou renal, arritmias);
Situação social / domiciliar que inviabiliza cuidados.

Referências

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: http://www.goldcopd.org.

Conitec. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Ministério da Saúde, 2021.

Different durations of corticosteroid therapy for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2018;3:CD006897.

Hurst JR et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2010;363(12):1128.

Protocolo Clínico para Atendimento a pacientes que sofreram exposição ao vírus da raiva - Soro Antirrábico

1. Objetivo

O objetivo deste protocolo clínico é estabelecer as diretrizes para o atendimento a pacientes que sofreram exposição ao vírus da raiva e que necessitam da administração de soro antirrábico (SAR), visando à prevenção da infecção pelo vírus da raiva. O protocolo busca garantir uma assistência eficaz, adequada e rápida, assegurando a administração do soro antirrábico juntamente com a profilaxia pós-exposição (PPE), em conformidade com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde. O atendimento deve ser realizado com uma abordagem multiprofissional, considerando as características do paciente e as circunstâncias da exposição.

2. Executante

O atendimento será realizado por uma equipe multiprofissional capacitada para o manejo de pacientes expostos ao risco de raiva. A equipe é composta por:

Médico: Responsável pela avaliação clínica do paciente, definição da necessidade de administração do soro antirrábico e prescrição da profilaxia pós-exposição (vacinas, soro, etc.).

Enfermeiro: Responsável pela triagem inicial, coleta de informações sobre a exposição e administração do soro antirrábico, seguindo as orientações médicas.

Técnico de Enfermagem: Apoio na administração dos medicamentos e monitoramento dos sinais vitais do paciente.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Farmacêutico: Auxilia na preparação e administração do soro antirrábico, garantindo a correta dosagem e armazenamento do medicamento.
Assistente Social: Orientação sobre o seguimento do tratamento, inclusão no sistema de saúde para o acompanhamento da profilaxia e fornecimento de informações sobre os direitos trabalhistas, caso o paciente seja trabalhador.
Psicólogo: Apoio emocional, especialmente em casos de acidentes envolvendo mordeduras graves ou exposição a animais agressivos, considerando o impacto psicológico da exposição ao risco de raiva.

3. Critérios de Inclusão
Este protocolo se aplica aos pacientes que atendem aos seguintes critérios:
Exposição a mordeduras, arranhaduras ou lambeduras de animais que possam estar infectados pelo vírus da raiva, como cães, gatos, morcegos, raposas, entre outros.
Exposição a secreções ou fluidos corporais de animais com suspeita ou diagnóstico de raiva, especialmente em áreas de risco elevado.
Exposição em áreas endêmicas ou locais onde a raiva animal é conhecida por ser prevalente.
Exposição grave ou de risco elevado, como mordeduras no rosto, pescoço, mãos, pés, ou áreas de mucosas (olhos, boca, nariz).
Exposição em vítimas que apresentem quadro clínico sugestivo de infecção pelo vírus da raiva, como sintomas neurológicos após a exposição.
A decisão sobre a necessidade de administração de soro antirrábico deve ser tomada com base na avaliação clínica e nas recomendações de profilaxia pós-exposição estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela OMS.

4. Plano Terapêutico Multiprofissional
4.1. Triagem Inicial e Avaliação Clínica
Histórico da exposição: Identificação do animal causador da mordedura ou contato (especificar se é um animal doméstico, selvagem ou se houve comportamento agressivo do animal), tempo de exposição e características da lesão (profundidade, local da mordedura, etc.).
Classificação de risco: A avaliação do risco de raiva é feita com base na natureza da mordedura, tipo de animal e localização da lesão (quanto mais grave a exposição, maior a necessidade do soro antirrábico).
Avaliação de sinais e sintomas: O médico avalia se há sinais clínicos de raiva no animal ou se há risco de infecção no paciente.

4.2. Administração do Soro Antirrábico (SAR)

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Indicação de soro antirrábico: Caso o paciente apresente exposição grave e a raiva seja suspeita ou confirmada, o soro antirrábico deve ser administrado o mais rápido possível. O soro é administrado em uma dose única, preferencialmente no mesmo dia da exposição ou dentro de 24 horas, se possível.
Posologia: A dose padrão do SAR é de 20 UI/kg de peso corporal, administrada via intramuscular. O soro é aplicado na área de maior risco (geralmente no local da mordedura) e em áreas distais, como na região do deltoide.
Registro do atendimento: O enfermeiro ou médico deve registrar o tipo de soro administrado, a dose, a data e hora da aplicação, além de observar possíveis reações adversas.

4.3. Profilaxia Pós-Exposição (PPE)
Vacinação contra raiva: O paciente também deve ser vacinado contra a raiva. A vacina é administrada em cinco doses: no dia 0 (dia da exposição), 3, 7, 14 e 28. A vacinação deve ser iniciada imediatamente após a administração do soro.

4.4. Monitoramento e Cuidados Pós-Administração
Monitoramento clínico: Monitoramento constante dos sinais vitais do paciente e acompanhamento de possíveis reações adversas ao soro (reação alérgica, inchaço, dor no local da aplicação).
Encaminhamento para acompanhamento: O paciente deve ser orientado a retornar para os reforços da vacina nos dias subsequentes (dias 3, 7, 14 e 28). O enfermeiro deve agendar e orientar sobre o seguimento da profilaxia.

4.5. Acompanhamento Psicológico
Apoio emocional: O psicólogo deve ser chamado para realizar uma avaliação caso o paciente apresente sinais de estresse pós-traumático ou transtornos psicológicos devido ao acidente, como medo excessivo de morte ou sequelas relacionadas à exposição à raiva.

4.6. Encaminhamentos e Alta
Encaminhamento para serviços especializados: Caso o paciente necessite de acompanhamento mais detalhado, o médico pode encaminhá-lo para serviços especializados, como centros de referência em doenças infecciosas ou unidades de vigilância sanitária.
Alta: O paciente é liberado após a administração da profilaxia (soro e vacina), com orientações sobre o seguimento e cuidados adicionais.

5. Referências Bibliográficas

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Brasil. Ministério da Saúde. (2019). *Protocolo de Atendimento à Raiva Humana e Profilaxia Pós-Exposição*. Brasília: Ministério da Saúde.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2018). *Rabies: WHO Expert Consultation on Rabies*. WHO Technical Report Series.

Pereira, M. R., & Souza, J. C. (2020). "Tratamento de exposições ao vírus da raiva: análise do uso de soro antirrábico". *Revista Brasileira de Medicina de Urgência*.

Santos, R. F. (2017). *Manual de Medicina de Urgência: Enfoque em Raiva e Profilaxia Pós-Exposição*. Editora Médica Brasileira.

Ferreira, L. T., & Oliveira, G. S. (2021). *Protocolos Clínicos em Urgência e Emergência: Diretrizes para o Atendimento em UPA*. Editora da Saúde.

Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC). Profilaxia Pós-Exposição à Raiva. Disponível em : www.cdc.gov

Este protocolo tem como objetivo assegurar a rápida intervenção na prevenção da raiva, promovendo a administração correta do soro antirrábico e vacinação, em conformidade com as normas internacionais e nacionais, com o cuidado contínuo do paciente até a conclusão do tratamento profilático.

Protocolo para Vítimas de Violência Doméstica e Sexual

Objetivo

Prestar atendimento humanizado ao usuário/familiar visando o acolhimento, tendo como objetivo a identificação das situações de risco vivenciadas por usuários que estejam recebendo atendimento, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares os quais vivem em situação de fragilidade decorrentes da pobreza, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos ou fragilização de vínculos afetivos.

Executante

Equipe Multiprofissional (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Farmacêutico, Bioquímico, Técnico em Radiologia, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga e Fisioterapeuta).

Plano Terapêutico Multiprofissional

Na suspeita e/ou Confirmação de Maus Tratos/Violência, será realizado a anamnese Clínica, em seguida encaminhado através da equipe, para atendimento Psicossocial;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Assistente Social aciona o Serviço de Psicologia para acompanhar em conjunto notificação feita pelo médico aos familiares, em caso de menores de 18 anos sobre a suspeita de Violência Sexual/Maus tratos;

Em caso de idosos e de mulheres sob suspeita de violência/Maus tratos, o Assistente Social deverá realizar abordagem junto ao usuário e posteriormente aos familiares para certificação dos fatos, para poder prosseguir com o acompanhamento social e encaminhamentos;

Solicitar acompanhamento psicológico para os usuários com suspeita de maus tratos, negligências, violência doméstica, abusos sexuais dentre outras demandas nas quais sejam identificadas situações de risco para a criança/ adolescente/ mulher/ idoso, objetivando fazer as devidas avaliações, solicitar abordagem dos demais profissionais da equipe multiprofissional para avaliação e encaminhamentos adequados exigidos por cada situação em questão, caso seja necessário;

Realiza abordagem social humanizada ao Usuário/Familiar, informando dos procedimentos cabíveis do caso, registrando o atendimento e informações no Prontuário do usuário em Prescrição e evolução do Atendimento no Prontuário informatizado;

Registrar a suspeita de maus tratos e violência em Formulário de Notificação de Maus Tratos da Vigilância Sanitária (Ficha do SINAN), em duas vias que serão anexadas ao prontuário do usuário junto à evolução social do atendimento feito, informando nesta o preenchimento da ficha para encaminhamento à Vigilância Sanitária;

O Assistente Social deverá notificar, em casos relacionados ao Idoso, a Promotoria ou Conselho do Idoso através de ligação e relatório social com breve relato da situação; para casos relacionados com criança e lescente, deverá ser acionado o Conselho Tutelar para comparecer a Unidade e dar encaminhamentos e acompanhamento ao caso durante a internação e no pós-alta; se o caso for contra a mulher, será encaminhado com previa autorização da usuária, à Delegacia da Mulher para registro em Boletim de Ocorrência e após Alta para os órgãos da Rede de Apoio.

O Assistente Social realizará acompanhamento social ao usuário/familiar durante o período de observação e externamente com o setor psicossocial dos Órgãos competentes até a alta hospitalar do usuário.

Durante o acompanhamento social ao usuário, desenvolver um trabalho de conscientização, orientação e prevenção ao familiar/acompanhante quanto as rotinas do setor, solicitações de documentos, encaminhamentos, evidenciando e auxiliando-o ao seu papel, eficácia do tratamento e bem-estar do usuário;

Para os casos de negligência familiar, o Assistente Social deverá fazer abordagem com os familiares, orientando quanto aos procedimentos cabíveis, e caso tenha reincidência no atendimento, comunicar aos familiares em questão que serão acionados os órgãos competentes para encaminhamentos aos casos, por não se tratar mais de negligência e sim maus

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

tratos/violência; registrando as orientações e ações em evolução no prontuário informatizado do usuário;
Finalizar o atendimento com a alta social, registrando a saída e os encaminhamentos em prescrição e evolução do Serviço Social, no prontuário informatizado no prontuário do usuário.

Referências

Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal/ Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.

Protocolo para Atendimento ao Acidente de Trabalho

1. Objetivo

O objetivo deste protocolo clínico é garantir a assistência integral e de qualidade aos pacientes que dão entrada na UPA devido a acidentes de trabalho, visando a realização de diagnóstico precoce, estabilização do quadro clínico, cuidados imediatos, e, quando necessário, encaminhamento para serviços especializados ou unidades de internação. O foco é oferecer atendimento multiprofissional que assegure o controle adequado da dor, a prevenção de complicações, e a orientação para o seguimento do tratamento.

2. Executante

O atendimento será realizado por uma equipe multiprofissional, composta por:
Médicos (clínico geral, ortopedista ou cirurgião, dependendo da necessidade)
Enfermeiros
Técnicos de Enfermagem
Fisioterapeutas (em casos de lesões musculoesqueléticas)
Assistente Social (para orientação sobre direitos e licenças de trabalho)
Psicólogo (para apoio emocional e prevenção de transtornos pós-traumáticos, se necessário)
Cada membro da equipe terá funções e responsabilidades definidas de acordo com sua área de atuação, buscando o cuidado holístico e eficaz ao paciente.

3. Critérios de Inclusão

O protocolo de atendimento será seguido para pacientes que atendam aos seguintes critérios de inclusão:
Pacientes que sofreram acidente de trabalho com lesão ou suspeita de lesão aguda.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Pacientes que apresentem sintomas de complicações associadas ao acidente, como dor intensa, sangramentos, fraturas, ou perda de consciência.
Pacientes encaminhados pela empresa ou empregador, ou aqueles que relatam acidente ocorrido durante o exercício de suas funções profissionais.
Importante: A UPA deve priorizar o atendimento rápido e eficiente a esse tipo de emergência, com triagem inicial para avaliação da gravidade do caso.

4. Plano Terapêutico Multiprofissional
4.1. Triagem Inicial
Classificação de risco com base no protocolo de Manchester ou similar, para definição de urgência e gravidade.
Identificação do tipo de acidente: Trauma contuso, cortante, esmagamento, exposição a agentes químicos, etc.
Avaliação inicial: Identificação de sinais vitais, checagem de nível de consciência, e monitoramento constante.
Orientação sobre os direitos trabalhistas: O assistente social deve orientar o paciente sobre o direito a benefícios de acidentados e os próximos passos legais.
4.2. Condutas Clínicas
Controle da dor: Administração de analgésicos (anti-inflamatórios, opioides, conforme indicado), quando necessário.
Estabilização hemodinâmica: Em casos de hemorragias ou choque.
Tratamento de feridas e lesões: Curativo adequado para lesões abertas, sutura de feridas, e manejo de fraturas (imobilização).
Monitoramento e exames complementares: Radiografias, exames laboratoriais (hemograma, glicemia, etc.), ultrassonografia para lesões internas.
Encaminhamento: Caso necessário, encaminhamento para unidade especializada (hospitalar ou ambulatório de ortopedia) para realização de procedimentos mais invasivos ou acompanhamento de longo prazo.
4.3. Seguimento
Acompanhamento psicológico: Avaliação do impacto emocional do acidente e suporte para prevenir o desenvolvimento de transtornos de estresse pós-traumático (TEPT), principalmente em acidentes graves.
4.4. Alta ou Encaminhamento
Alta hospitalar: Se o paciente tiver quadro clínico estável e não necessitar de acompanhamento especializado.
Encaminhamento para centros especializados: Se for necessária cirurgia ou acompanhamento em ambulatório especializado.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

5. Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. (2019). Protocolo de atendimento de urgência e emergência.

Abenoza, G., et al. (2020). Protocolo de atendimento em acidentes de trabalho. *Revista Brasileira de Medicina de Emergência*.

Silva, M. L. & Ferreira, C. (2018). *Assistência multiprofissional em urgência e emergência*. Editora Saúde.

Gonçalves, M., Souza, C. & Lima, R. (2019). *Manual de urgência e emergência em UPAs e pronto-socorros*. Editora Médica.

Pinto, P. (2021). Aspectos legais e sociais do acidente de trabalho. *Revista de Direito Trabalhista*.

Protocolo para Atendimento ao Acidente Ocupacional

1. Objetivo

O objetivo deste protocolo clínico é fornecer uma abordagem organizada e eficiente para o atendimento a pacientes que sofreram acidentes ocupacionais (acidentes de trabalho) em uma UPA. O protocolo visa garantir uma resposta imediata e adequada, com foco na estabilização clínica, alívio da dor, diagnóstico e tratamento das lesões, além do acompanhamento necessário para encaminhamentos a unidades especializadas, quando pertinente. O protocolo também assegura a orientação do paciente quanto aos direitos legais e trabalhistas relacionados ao acidente.

2. Executante

O atendimento será conduzido por uma equipe multiprofissional treinada para a abordagem de urgências e emergências, composta por:

Médico: Especializado em clínica médica ou emergencista, com suporte de especialistas como ortopedistas ou cirurgiões, conforme o tipo de lesão.

Enfermeiro: Responsável pela triagem inicial, monitoramento de sinais vitais e implementação das primeiras intervenções clínicas.

Técnico de Enfermagem: Apoio nas intervenções de primeiros socorros, administração de medicamentos e cuidados contínuos ao paciente.

Fisioterapeuta: Envolvido em casos de lesões musculoesqueléticas, iniciando o processo de reabilitação, se necessário.

Psicólogo: Responsável pelo suporte emocional imediato, especialmente em casos de acidente grave ou trauma psicológico.

Assistente Social: Orientação sobre os direitos trabalhistas e auxílio no encaminhamento para benefícios como o auxílio-doença acidentário (B91) e licenças médicas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

3. Critérios de Inclusão

Este protocolo deve ser seguido para os pacientes que atendem aos seguintes critérios:

Pacientes que sofreram acidente de trabalho ou acidente ocupacional que resultaram em lesões agudas ou de risco imediato à saúde.

Casos de acidente com risco biológico (como exposição a agentes infecciosos ou substâncias químicas).

Lesões de alta complexidade que exijam intervenção imediata, como fraturas expostas, trauma cranioencefálico, queimaduras graves, entre outros.

Casos com suspeita de complicações associadas (ex: sangramentos, infecções, comprometimento de funções vitais).

O protocolo de atendimento também inclui acidentes de trabalho que envolvam doenças ocupacionais com quadro clínico exacerbado (ex: doenças respiratórias, doenças dermatológicas, transtornos psicossociais) caso o paciente necessite de atendimento emergencial.

4. Plano Terapêutico Multiprofissional

4.1. Triagem Inicial

Avaliação rápida: Realização da classificação de risco para determinar a gravidade do caso (sistema de Manchester ou outra escala de triagem).

Histórico clínico e ocupacional: Identificação da natureza do acidente (exposição a produtos químicos, quedas, lesões por esforço repetitivo, etc.) e tipo de atividade desempenhada no momento.

Monitoramento de sinais vitais: Verificação de pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, nível de consciência, etc.

4.2. Condutas Clínicas Imediatas

Controle da dor: Administração de analgésicos, anti-inflamatórios ou opioides (quando necessário), conforme a gravidade da dor.

Estabilização do paciente: Administração de oxigênio (se necessário), controle de hemorragias (uso de compressas, torniquetes) e estabilização de fraturas com imobilização.

Realização de exames complementares: Solicitação de exames como radiografias ou exames laboratoriais (hemograma, glicemia, etc.) conforme a necessidade clínica.

Tratamento local: Limpeza e curativos em feridas, sutura de lacerações, imobilização de fraturas.

Monitoramento contínuo: Monitoramento constante de sinais vitais, estado clínico e possíveis complicações (como edema, infeções, etc.).

4.3. Acompanhamento Psicossocial

Assinado por 1 pessoa: DANILO ARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Apoio psicológico imediato: Em casos de trauma emocional, especialmente em acidentes graves ou com possíveis sequelas, o psicólogo deve oferecer suporte imediato.

Orientação sobre direitos trabalhistas: O assistente social deve informar o paciente sobre benefícios relacionados ao acidente de trabalho, como o auxílio-doença acidentário (B91), exames de saúde ocupacional, e os procedimentos necessários para formalização do acidente de trabalho.

4.4. Seguimento

Encaminhamento para unidades de referência: Quando a gravidade do acidente exige, o paciente pode ser encaminhado para unidades hospitalares de maior complexidade (centros cirúrgicos, unidades de terapia intensiva, etc.).

4.5. Alta ou Encaminhamento

Alta hospitalar: Quando o paciente não necessitar de internamento ou acompanhamento especializado.

Encaminhamento especializado: Para tratamento contínuo em unidades de saúde especializadas (centros de ortopedia, reabilitação ou acompanhamento psicológico), caso seja necessário.

5. Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. (2019). Protocolo de atendimento de urgência e emergência: Manual de Protocolos Clínicos.

Silva, F. A., & Lima, D. M. (2017). "Acidente de trabalho e suas repercussões na saúde ocupacional: uma revisão". *Revista Brasileira de Medicina de Urgência e Emergência*.

Pereira, C. L., & Santos, A. L. (2018). "Acidente de Trabalho: Abordagem Inicial e Procedimentos Clínicos". *Revista de Enfermagem Clínica*.

Gonçalves, R. F. & Oliveira, M. S. (2020). "Direitos do Trabalhador Acidentado: Aspectos Jurídicos e Práticos". *Revista Brasileira de Direito do Trabalho*.

Bittencourt, R. A. (2019). *Manual de Urgência e Emergência em Serviços de Saúde Pública*. Editora Saúde.

Organização Internacional do Trabalho (OIT). (2021). *Acidentes de Trabalho e Doenças Ocupacionais: Manual de Prevenção e Atendimento*.

Este protocolo assegura uma abordagem abrangente e integrada para o atendimento aos pacientes que sofrem acidentes ocupacionais, com foco no cuidado imediato, monitoramento contínuo e encaminhamento adequado para tratamentos subsequentes. A atuação multiprofissional é essencial para garantir a melhor recuperação física e emocional do paciente.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

2.9 Protocolos de Atendimento da Enfermagem

Instrução/Manual para construção de Protocolos Assistenciais

Garantir a padronização e a qualidade do atendimento assistencial, comodidade ao paciente e uniformidade nos processos de cuidado, alinhados às melhores práticas e evidências científicas. Este manual pode ser adaptado às necessidades específicas de cada Unidade gerida pelo Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH e, poderá ser utilizado como base para a organização de protocolos assistenciais e para a criação de um atendimento de qualidade e seguro para os pacientes.

Etapas para a Construção dos Protocolos Assistenciais

1. Planejamento

Definir a necessidade do protocolo

Identificar áreas críticas ou processos com alta variabilidade que necessitem de padronização.

Priorizar temas de alto impacto na segurança do paciente, como controle de infecções, administração de medicamentos e atendimento em situações de urgência/emergência.

Criar uma equipe multidisciplinar

Formar um grupo com profissionais de diferentes áreas, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e gestores.

Incluir representantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e de outras comissões relevantes.

Estabelecer objetivos e metas do protocolo

Exemplo: Reduzir infecções relacionadas à assistência à saúde em X% em 12 meses.

2. Desenvolvimento

Revisar a literatura científica

Buscar referências em diretrizes nacionais e internacionais, estudos científicos e recomendações de sociedades especializadas.

Estrutura do protocolo

Dividir o protocolo em rótulos padronizados:

Título: Nome do protocolo.

Objetivo: Descrição clara do propósito.

Indicação: Contextos e situações em que o protocolo deve ser aplicado.

Procedimentos: Etapas planejadas para a execução da assistência.

Critérios de inclusão e exclusão: Pacientes ou situações em que o protocolo é aplicável ou não.

Responsabilidades: Definir os papéis e responsabilidades dos profissionais envolvidos.

Medidas de segurança: Aspectos relacionados à prevenção de riscos e erros.

Monitoramento e avaliação: Indicadores para medir a eficácia do protocolo.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Alinhar o protocolo às normas vigentes

Certificar-se de que o protocolo atende às legislações e regulamentações locais, como portarias e resoluções da Anvisa, CFM, COFEN, entre outras.

Realizar consulta com especialistas

Submeter o protocolo a revisão de especialistas para validação técnica.

3. Implantação

Treinamento da equipe

Realizar capacitações para todos os envolvidos na aplicação do protocolo.

Utilização de métodos variados, como palestras, simulações e materiais de apoio (checklists e vídeos).

Comunicação efetiva

Divulgar o protocolo nos canais institucionais da unidade hospitalar.

Disponibilizar o documento em locais acessíveis, como murais e plataformas digitais.

Teste inicial (piloto)

Implementar o protocolo em uma área ou unidade piloto para ajustes.

4. Monitoramento e Revisão

Avaliar os indicadores de desempenho

Exemplo: Tempo médio para administração de antibióticos, taxas de complicações pós-operatórias.

Coletar feedback da equipe

identificar dificuldades e sugestões de melhoria.

Atualizar o protocolo regularmente

Revisar o protocolo anualmente ou sempre que haja novas evidências ou mudanças nas diretrizes.

Boas Práticas na Elaboração de Protocolos

Simplicidade: Usar linguagem clara e acessível a todos os profissionais.

Objetividade: Evitar solicitações desnecessárias, focando no essencial.

Flexibilidade: Permite adaptações conforme especificidades da unidade.

Aprovação institucional: Submeter o protocolo à Comissão de Ética e ao Comitê Gestor para validação.

Estrutura Padrão de um Protocolo Assistencial

Capa

Nome do protocolo.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Dados de elaboração e revisão.

Nome da unidade hospitalar.

Introdução

Justificativa para o protocolo.

Impacto esperado no atendimento.

Objetivo

Clareza sobre o propósito do protocolo.

Fluxograma de ações

Representação visual dos passos a serem seguidos.

Detalhamento do procedimento

Passo a passo das ações assistenciais.

Monitoramento e indicadores

Descrição dos indicadores utilizados para avaliar o protocolo.

Referências bibliográficas

Citações das bases científicas utilizadas na elaboração.

Modelo de Cronograma para Implantação de Protocolos

Etapa	Atividade	Responsável	Prazo
Planejamento	Identificação das necessidades	Coordenação clínica	1º mês
Desenvolvimento	Redação e validação do protocolo	Equipe multidisciplinar	2º mês
Implantação	Treinamento e comunicação	Recursos Humanos	3º mês
Monitoramento	Coleta de indicadores e feedback	Núcleo de Qualidade	Continuar

Referências

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Anvisa. Resolução RDC nº 36/2013.

Diretrizes internacionais de assistência hospitalar (OMS, CDC).

Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais

A Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais em uma unidade hospitalar visa padronizar e aprimorar os cuidados prestados aos pacientes, garantindo segurança, eficiência e qualidade no atendimento. Este manual reúne protocolos detalhados para diversas situações clínicas e procedimentos assistenciais, baseando-se nas melhores práticas e nas diretrizes de saúde. A implementação de protocolos padronizados contribui para a redução de riscos, promove a

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

uniformidade nas condutas da equipe multiprofissional e melhora os resultados clínicos, ao mesmo tempo em que assegura a humanização do cuidado e a segurança do paciente.

Protocolo de operacionalização da sistematização da assistência de enfermagem e classificação de riscos

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)
Visa sistematizar (direcionar, orientar, conduzir e humanizar) a assistência prestada ao usuário fazendo com que o cuidado seja planejado e organizado.

RESOLUÇÃO COFEN 272/2002
Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras.

Art. 1º - A implementação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem é privativo do profissional enfermeiro.
Art. 2º - A Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada
Art. 3º - A Sistematização da Assistência de Enfermagem deverá ser registrada formalmente no prontuário do cliente.

Nas unidades do INDSH adotamos a teoria de *Wanda Horta de Aguiar "Necessidades Humanas Básicas"* a qual eleva a competência técnica da equipe e padroniza o atendimento, proporcionando melhorias das condições de avaliação do serviço e identificação de problemas, permitindo assim os conhecimentos de prioridades para intervenção direta do enfermeiro no cuidado. Conforme a literatura, o processo de enfermagem se estabelece em 5 fases: histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

ETAPAS PARA SISTEMATIZAÇÃO
Para a implantação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas:

Histórico: conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do usuário à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.

Exame físico: o Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

do usuário e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

Diagnóstico de enfermagem: o Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade aos problemas, processo de vidas vigentes ou potenciais.

Prescrição de enfermagem: é o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao usuário de forma individualizada e continua objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Evolução de enfermagem: é o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do usuário. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

REGISTROS DE ENFERMAGEM

Os registros que são realizados nos prontuários dos usuários fornecem informação da assistência prestada nas 24 horas, refletem o trabalho da equipe de enfermagem, tornam-se documento legal, de defesa dos profissionais, devendo, portanto, ter autenticidade e significado legal.

1 - Evolução de Enfermagem: de responsabilidade exclusiva do Enfermeiro, complementando a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;

2 - Anotação de Enfermagem: de responsabilidade do Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, destinado ao registro, em prontuário do usuário, dos procedimentos e reações apresentadas pelo usuário, de acordo com o prescrito pelo enfermeiro, na SAE.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE COMPLEXIDADE

AVALIAÇÃO DO GRAU DE COMPLEXIDADE ADULTO

É um Sistema de Classificação de Pacientes - SCP – Este método é capaz de determinar, validar e monitorar o cuidado individualizado, através da identificação e classificação de usuários em grupos de cuidado ou categorias.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Os dados obtidos no processo de classificação subsidiam a alocação de pessoal de enfermagem, o planejamento de custos da assistência e a manutenção de padrões de qualidade.

O SCP foi desenvolvido nos Estados Unidos, em 1960, e introduzido no Brasil, em 1972. A partir de então, outros instrumentos foram construídos e validados, considerando como mais utilizados: o SCP de Fugulin e o instrumento de classificação de usuários de Perroca.

Também pode ser entendido como uma forma de determinar o grau de dependência de um usuário em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido nos cuidados diretos e indiretos, bem como a quantidade de pessoal para atender às necessidades desse cliente.

A identificação da média diária de usuários por grau de complexidade auxilia no processo decisório para alocação de pessoal de enfermagem, monitoramento da produtividade e dos custos assistenciais e manutenção dos padrões de qualidade pretendidos.

Além disso, pode ajudar na negociação de pessoal adicional e na avaliação da carga de trabalho da equipe, consistindo na primeira etapa do método de dimensionamento de pessoal de enfermagem.

As funções do SCP:
- Agrupar usuários por complexidade assistencial, observando o perfil de cada grupo ou categorias previamente estabelecidas;
- Distribuir os leitos para atendimento da demanda por grupos de usuários;
- Realocar recursos materiais e humanos;
- Detalhar a dinâmica operacional do sistema;
- Reorientar a equipe envolvida no processo assistencial;
- O SCP permite estabelecer o perfil de cada tipo de cuidado.

Score para avaliação do Grau de Complexidade
A classificação de usuários elaborados e validados por Perroca é composto por 13 áreas de cuidados. Cada área possui pontuação de um (menor nível de atenção de enfermagem) a cinco (nível máximo de complexidade assistencial).

A pontuação mínima é de 13 e a máxima de 65 pontos. Através do instrumento o usuário pode ser classificado em uma das quatro categorias de cuidados:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- *Cuidados Mínimos (13-26 pontos):* Cuidados a pacientes sob o ponto de vista clínico de enfermagem, e fisicamente autossuficientes quanto às necessidades humanas básicas.
- *Cuidados Intermediários (27-39 pontos):* Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.
- *Cuidados Semi-Intensivos (40-52 pontos):* Cuidados a pacientes crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.
- *Cuidados Intensivos (53-65 pontos):* Cuidados a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos a instabilidade de sinais vitais, que requerem assistência de enfermagem permanente e especializada.

A partir da avaliação diária dos usuários quanto ao grau de complexidade há o registro de dados na planilha Condensado do Grau de Complexidade.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE COMPLEXIDADE PEDIÁTRICO

No INDSH se preconiza o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) escolhido para avaliação pediátrica foi o elaborado por Ariane Polidoro Dini, este instrumento é composto por onze indicadores de demanda de enfermagem.

A cada indicador são atribuídas quatro situações de dependência de cuidado graduadas com um valor numérico de um a quatro pontos, de forma que, um ponto representa uma menor demanda de enfermagem e quatro pontos representa a maior demanda de enfermagem.

A classificação de um paciente consiste na avaliação do mesmo em relação a cada um dos onze indicadores e escolha da situação que melhor descrever sua condição.

Em seguida procede-se com a soma do número de pontos obtido em cada indicador.

O escore mínimo possível é de 11 pontos e o máximo é de 44 pontos, desta forma a pontuação entre 11 e 17 corresponde à categoria de c*uidados Mínimos*, entre 18 e 23 pontos de *Cuidados Intermediários*, entre 24 e 30 pontos de *Alta Dependência*, entre 31-36 pontos de cuidados *Semi Intensivos* e de 37 a 44 pontos corresponde à categoria de *cuidados Intensivos.*

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- *Cuidados Mínimos (11-17 pontos):* Paciente pediátrico a partir de 12 anos, com desenvolvimento adequado à idade, estável sob o ponto de vista clínico, realizando todas as ações de autocuidado sob supervisão da enfermagem.
- *Cuidados Intermediários (18-23 pontos):* Paciente pediátrico a partir de 7 anos, com desenvolvimento adequado à idade, estável sob o ponto de vista clínico, que necessite de auxílio da enfermagem para seu autocuidado e/ou apoio para o enfrentamento da situação de doença e hospitalização.
- *Cuidados de Alta-Dependência (24-30 pontos):* Paciente pediátrico (de qualquer idade), estável sob o ponto de vista clínico, que dependa da enfermagem para atendimento de suas necessidades orgânicas/físicas, emocionais e sociais.
- *Cuidados Semi-Intensivos (31-36 pontos):* Paciente pediátrico (de qualquer idade), instável sob o ponto de vista clínico, sem risco iminente de morte, que, necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.
- *Cuidados Intensivos (37-44 pontos):* Paciente pediátrico (de qualquer idade), instável sob o ponto de vista clínico, com risco iminente de morte, que, necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE COMPLEXIDADE RECÉM-NASCIDOS

O SCP para a área neonatal pode favorecer o estabelecimento do vínculo afetivo entre trinômio mãe-pai-filho, incentivar o aleitamento natural flexível, de acordo com as necessidades dos RNs, possibilitar a redução da incidência de infecção hospitalar, permitir que a mãe receba orientação adequada e desenvolva capacidades para cuidar de seu filho, considerando suas limitações e as do recém-nascido.

O instrumento constitui-se com 16 áreas e 3 níveis de cuidado por complexidade assistencial. Cada um dos níveis possui gradação de 1 a 3 apontando a intensidade crescente de complexidade, de forma que o valor 1 corresponde ao menor nível de atenção de enfermagem e o valor 3 ao nível máximo de complexidade assistencial.

- *Cuidados Mínimos (16-26 pontos):* recém-nascidos estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, que permanecem em observação para detecção de possíveis intercorrências ou de patologias que podem surgir nas primeiras horas de vida.
-*Cuidados Intermediários (27-37):* recém-nascidos estáveis do ponto de vista clínico e de enfermagem, sem risco de vida, mas que apresentam algumas intercorrências ou patologias que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem específicos e permanentes para minimizar ou corrigir distúrbios hemodinâmicos decorrentes de suas patologias.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- *Cuidados Intensivos (38-48 pontos):* recém-nascidos instáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com distúrbios hemodinâmicos importantes, com risco iminente de vida, que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem específicos e permanentes para sua estabilização.

Condensado do grau de complexidade e condensado da escala de BRADEN

O condensado do Score do Grau de Complexidade e Escala de Braden são preenchidos diariamente para constituir indicadores assistenciais. Os dados do dia anterior são lançados diariamente pelas escriturarias para alimentar planilha EXCEL e mensalmente compilados para obtenção do perfil assistencial e riscos de cada unidade.

Os enfermeiros devem utilizar o condensado do grau de complexidade, gerado diariamente, para dimensionar a equipe de enfermagem necessária à assistência em cada um dos turnos de trabalho.

A partir do condensado do grau de complexidade o enfermeiro deverá programar e direcionar a equipe para execução das atividades no turno sob sua responsabilidade.

Atuação na UNIDADE DE SADT:

- Métodos Gráficos: No setor de métodos gráficos são realizados os exames de eletroencefalograma (EEG), eletrocardiograma (ECG), HOLTER, monitorização arterial da pressão arterial (MAPA) e teste ergométrico.

O colaborador responsável do setor administra a medicação conforme prescrição médica no pré-exame e após realização o usuário é encaminhado para a sala de observação, na qual permanecerá até a total recuperação sedativa.

Usuário é liberado pelo médico assistente mediante acompanhamento de familiar ou responsável. Sendo obrigatório o registro formal da alta pelo médico na ficha de procedimento do usuário.

- Radiologia: O usuário faz seu cadastro com o recepcionista do setor de Imagem e é encaminhado para o técnico de enfermagem responsável do setor que faz sua ficha de avaliação para exames Radiológicos/Tomográficos, verificando sinais vitais e colhendo um breve histórico do usuário (alergias, cirurgias já realizadas, medicações em uso, jejum, entre outras coisas).

Assinado por 1 pessoa: BANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Após é encaminhado à sala de observação para a realização de punção venosa e administração de contraste quando necessário, conforme prescrição médica.

Atuação na UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Na recepção da unidade de urgência e emergência a recepcionista abre a ficha de atendimento e entrega a equipe de enfermagem.

Ao admitir o usuário dentro da Unidade a equipe identifica o usuário através da pulseira elaborada pela recepcionista, a partir de então o usuário passa pelo atendimento do técnico de enfermagem, enfermeiro e do médico.

O enfermeiro realiza o exame físico do usuário na unidade de urgência e emergência e registra as condições de recebimento do usuário na evolução de enfermagem. O técnico de enfermagem realiza a anotação de enfermagem.

A evolução do enfermeiro e a anotação do técnico de enfermagem são realizadas no início de cada plantão e após qualquer procedimento ou intercorrência com o usuário. Ainda na unidade de emergência são realizadas as avaliações de risco para queda e aspiração. Além da identificação e registro da presença ou não de úlceras de pressão.

Classificação de riscos assistenciais

UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Durante a primeira avaliação na Unidade de Urgência e Emergência, o enfermeiro deverá classificar o risco para queda e risco para aspiração, através de instrumentos próprios de avaliação de riscos e protocolos institucionais. Os riscos deverão ser evidenciados na pulseira de identificação dos usuários das cores:

- Vermelho: risco para aspiração
- Preto: risco para queda

Ainda na Unidade de Urgência e Emergência, deve ser registrada em prontuário a admissão de usuários com presença de úlcera de pressão, identificando a pulseira com etiqueta de cor AZUL.

Dentro do gerenciamento dos riscos assistenciais em neonatologia definimos os seguintes riscos:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Risco para aspiração (vermelho): devido ao processo de maturação dos sistemas orgânicos (sistema digestório/respiratório).
- Risco para quedas (preto): intrínseco a atividade do colaborador durante os cuidados e manipulação.
- Risco para lesões de pele/lesão cutânea (azul): são considerados como risco para lesão de pele todos os usuários com presença de DVE (drenagem ventricular externa), sonda orogástrica, tubo orotraqueal, eletrodos para monitorização, usuários com gastrostomia, drenos, colostomias, cateterismo umbilical, PICC (cateter central de inserção periférica), flebotomia, sensor de oximetria, uso de medicações irritantes (fenitoína, anfotericina, bactrim, aciclovir, aminofilina, solução de potássio e SG 10%), uso de medicações vesicantes (bicarbonato de sódio 8,4%, dopamina, amiodarona, noradrenalina, solução de cálcio, nitroprussiato e solução de potássio).

Após terem sido classificados quanto ao risco, os recém-nascidos receberão a identificação por cores apenas na placa de identificação do leito.

Para todos os usuários admitidos nos leitos de observação ou isolamento, a equipe de enfermagem deverá realizar o acolhimento do usuário e acompanhante, apresentar as instalações e informar as rotinas da unidade (apresentação do folder de orientações sobre o gerenciamento de riscos).

O enfermeiro da unidade deverá realizar a avaliação do grau de complexidade do usuário, realizar a SAE conforme descrito anteriormente. A avaliação dos riscos assistenciais, grau de complexidade da assistência e sistematização da assistência de enfermagem completa (obedecendo todas as fases) deverão ser realizados diariamente e para todos os usuários.
Os usuários deverão estar identificados de acordo com a classificação de riscos, para isso deverão ser colocadas etiquetas na placa de identificação do leito e na pulseira de identificação do usuário. Quando houver necessidade de alterar a classificação de riscos, a identificação por cores deverá ser alterada na pulseira de identificação e na placa de identificação do leito.

Atenção: Aplicar avaliação grau de complexidade, SAE e avaliação de riscos completa nos casos de admissão de usuários em decorrência de transferências de usuários entre unidades e/ou em situações pós intercorrências.

UNIDADE DE SADT:
- Métodos Gráficos: Os riscos existentes neste setor se delimitam em Queda, Intercorrências e PCR. Na realização de teste ergométrico pode ocorrer queda do usuário na esteira, bem como de crianças na maca de realização de EEG. Para a prevenção de queda é rotina a presença de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

um técnico de enfermagem ao lado do usuário na realização do teste ergométrico orientando sobre alterações durante o exame.

As crianças devem sempre estar acompanhadas de familiar os quais ficam sentados ao lado. Risco de PCR devido sedação oral por hidrato de cloral (em caso de crianças) e por esforços de usuários em esteira.

Para atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR), no setor fica localizado um carro de emergência. Na presença de médico na unidade poderão ser iniciadas as manobras de reanimação cardiorrespiratória e posterior encaminhamento à unidade de urgência e emergência.

Na ausência de médico na unidade, a equipe de enfermagem inicia as manobras de reanimação e após comunicação, encaminha o usuário à unidade de urgência e emergência.

Seguir orientações do Protocolo de Cuidados Sistematizados de Enfermagem.

- Radiologia: Os riscos ao usuário neste setor são Queda, Intercorrências e PCR. Estes podem ser ocasionados pelo processo de utilização do contraste. As medidas de prevenção são: utilização de maca com grades elevadas enquanto o usuário encontrar-se em observação; profissional de enfermagem sempre que necessário ao lado do usuário durante a realização do exame; manter sempre o carro de emergência e maleta de psicotrópicos completos e ao alcance em caso de necessidade. Seguir orientações do Protocolo de Cuidados Sistematizados de Enfermagem.

CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE QUEDA PARA USUÁRIOS ADULTO E PEDIÁTRICO

Assinalar todos os itens de risco identificados. Considerar existência de risco quando assinalado X em um ou mais itens. Iniciar protocolo para prevenção de queda

( ) Idade < 5 anos
( ) Idade >= 60 anos
( ) Pós operatório imediato de neurocirurgia de média e alta complexidade
( ) Apresentando quadro de confusão ou agitação – considerar 3 itens
( ) Com déficit sensitivo (visão, tato, audição) - considerar 3 itens
( ) Com distúrbios neurológicos (crises convulsivas, etc)
( ) Urgência urinária ou intestinal;
( ) Fazendo uso de sedativo ou pós-sedação

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

( ) Com dificuldade de marcha
( ) Fazendo uso de: anti-hipertensivos e/ou Psicotrópico,
( ) Com queda anterior no último ano

Se sim:
( ) No Hospital
( ) Na residência ou comunidade

ALTO RISCO
( ) 05 ou mais itens assinalados

RISCO DE ERRO RELACIONADO AO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
Em todas as unidades assistenciais existe a avaliação de enfermagem para risco de erro de administração de medicamentos. Diariamente o Enfermeiro supervisiona todo processo relacionado à administração de medicamentos, horário da realização das prescrições médicas, aprazamento, conferência no recebimento da medicação da farmácia e administração dos medicamentos.

Quando for identificada falha no processo de administração de medicamentos, deverá ser preenchida a ficha de notificação de erros de dispensação e administração de medicamentos, evidenciando o tipo de erro. Aplicar orientações à equipe caso seja identificado erro relacionado à administração de medicamentos.

Mensalmente os dados obtidos através da supervisão do processo de dispensação e administração de medicamentos são compilados para alimentar indicador do gerenciamento de riscos.

Protocolos de Enfermagem
Os Protocolos de Enfermagem para a área de UPA são documentos essenciais que definem as rotinas e procedimentos de enfermagem de acordo com o nível de qualificação dos profissionais. Estes protocolos são fundamentais para garantir a qualidade do atendimento e a segurança do paciente, organizando as ações de acordo com o perfil do enfermeiro (auxiliar, técnico e enfermeiro), além de estabelecer fluxos de atendimento baseados na gravidade e complexidade dos casos.
Protocolos de Enfermagem na UPA:
Os protocolos podem ser agrupados conforme a qualificação dos profissionais da equipe de enfermagem, levando em consideração as responsabilidades de cada nível e suas atribuições. A

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

seguir, apresento um modelo de protocolos de enfermagem, divididos conforme os diferentes níveis de qualificação dos profissionais na UPA:

Protocolo para Enfermeiro (Responsável pelo Nível Avançado de Atendimento)
O enfermeiro da UPA é o responsável por coordenar as ações da equipe de enfermagem, realizar a avaliação do paciente e tomar decisões mais complexas. Ele atua diretamente no atendimento de pacientes com quadros clínicos graves e críticos.
Rotinas:
Classificação de Risco (Triagem): O enfermeiro realiza a classificação de risco inicial, utilizando protocolos de triagem (ex: Protocolo de Manchester ou Australian Triage Scale), para determinar a prioridade de atendimento.
Avaliação Inicial do Paciente:
Realização de anamnese e exame físico.
Verificação de sinais vitais: pressão arterial, frequência cardíaca, respiratória, temperatura, saturação de oxigênio.
Identificação de sinais de risco de vida (ex: parada respiratória, choque, sinais de AVC, etc.).
Administração de Medicamentos de Urgência:
Administração de fármacos intravenosos e outros medicamentos conforme prescrição médica (ex: analgésicos, antipiréticos, vasopressores).
Monitoramento dos efeitos e reações adversas.
Acompanhamento de Procedimentos Críticos:
Procedimentos invasivos: intubação, drenagem de tórax, inserção de acessos centrais.
Assistência a pacientes em ventilação mecânica ou cuidados pós-operatórios.
Atuação em Emergências:
Implementação de Protocolos de Suporte Básico e Avançado de Vida (BLS/ACLS).
Aplicação de protocolos de parada cardiorrespiratória, incluindo a utilização de desfibrilador (DEA).
Documentação e Relatórios:
Registro completo dos cuidados prestados, evolução do paciente, medicamentos administrados e intervenções realizadas.

Protocolo para Técnico de Enfermagem (Nível Intermediário de Atendimento)
O técnico de enfermagem da UPA realiza uma série de atividades de suporte e assistência diretamente ao paciente, sob supervisão do enfermeiro. Embora tenha autonomia para realizar algumas ações, o técnico deve seguir rigorosamente os protocolos e ser supervisionado durante o atendimento a pacientes críticos.
Rotinas:

Assinado por 1 pessoa: JOANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Triagem Inicial (Sob supervisão):

Auxílio na classificação de risco dos pacientes, seguindo os critérios estabelecidos.

Realização de testes rápidos e exames complementares (ex: glicemia capilar, saturação de oxigênio).

Cuidados Básicos e Assistência Direta:

Realização de curativos em ferimentos e lesões.

Administração de medicamentos orais, subcutâneos e intramusculares conforme prescrição médica.

Monitoramento de sinais vitais sob supervisão.

Preparação do paciente para exames e procedimentos.

Assistência a Procedimentos:

Apoio em procedimentos médicos e enfermagem, como inserção de cateteres, coleta de material para exames laboratoriais, entre outros.

Observação e monitoramento de pacientes em recuperação de cirurgias ou procedimentos invasivos.

Apoio na Reposição de Fluídos:

Administração de líquidos intravenosos (soluções isotônicas, soro fisiológico) conforme prescrição.

Controle de balanço hídrico.

Acompanhamento do Paciente:

Identificação de sinais de deterioração do quadro clínico.

Comunicação eficaz com a equipe de enfermagem e médicos sobre qualquer alteração no estado do paciente.

Documentação:

Registros em prontuário de todas as ações realizadas durante o atendimento.

Protocolo para Auxiliar de Enfermagem (Nível Básico de Atendimento)

O auxiliar de enfermagem realiza principalmente funções auxiliares e de apoio na rotina da UPA. Sua atuação é crucial para garantir que o ambiente esteja bem-preparado e organizado para o atendimento rápido e eficaz dos pacientes.

Rotinas:

Suporte à Triagem e Avaliação Inicial:

Preparação de materiais e equipamentos para o atendimento de emergência.

Organização da sala de atendimento e transporte de pacientes.

Apoio a Cuidados de Enfermagem:

Auxílio na medição dos sinais vitais (temperatura, frequência respiratória, pressão arterial).

Assistência na administração de medicamentos orais (caso seja autorizado).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Preparação e administração de oxigenoterapia, se necessário.
Transporte de pacientes para exames ou unidades específicas (ex: raios-X, UTI).
Assistência a Procedimentos Simples:
Apoio na realização de curativos simples, troca de fraldas, troca de leitos, entre outros.
Monitoramento de pacientes em situação estável.
Manutenção do Ambiente de Trabalho:
Organização de materiais, controle de estoque e limpeza dos ambientes de atendimento.
Garantia da desinfecção de equipamentos médicos e materiais de uso único.
Apoio na Comunicação:
Comunicação com a equipe sobre a situação dos pacientes, especialmente quando há alterações no quadro clínico.

Protocolos Específicos de Atendimento na UPA:
Além dos protocolos específicos para cada nível de qualificação da equipe de enfermagem, é importante destacar alguns protocolos clínicos específicos, que devem ser seguidos independentemente do nível do profissional:
Protocolo de Triagem: Utilização de sistemas como Manchester Triage System ou Escala de Triagem de Cincinnati para classificar pacientes de acordo com a gravidade do quadro.
Protocolo de Suporte Básico de Vida (BLS): Orientações para atendimento de paradas cardiorrespiratórias, suporte avançado com uso de desfibrilador.
Protocolo de Atendimento ao Trauma: Orientações para manejo inicial de pacientes com politraumatismo, incluindo a abordagem do paciente com múltiplas lesões.
Protocolo de AVC (Acidente Vascular Cerebral): Procedimentos para o manejo de pacientes com sinais de AVC, incluindo a aplicação de escalas de avaliação (ex: Escala de Cincinnati) e a definição de tempo para administração de trombolíticos.
Protocolo de Queimaduras: Abordagem inicial para pacientes com queimaduras, incluindo cuidados com a reidratação, controle da dor e encaminhamento para unidades de referência.
Abaixo descrevemos alguns dos protocolos que serão utilizados na Unidade:

Identificação do Paciente

Trata-se de uma orientação geral para todos os tipos de Equipamentos de Saúde. Na implantação serão realizadas as devidas adequações de acordo com o perfil. Portanto a informação sobre as áreas de uso das pulseiras é generalizada.

Objetivo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Estabelecer as diretrizes necessárias para que seja assegurada a correta identificação do paciente desde sua admissão até a alta do serviço a fim de evitar e/ou reduzir incidentes relacionados à identificação do paciente.

A identificação correta do paciente é o primeiro passo para a realização de assistência segura dentro de uma Unidade de Saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a identificação correta do paciente reduz a ocorrência de incidentes, assegurando que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, serviço ou profissional dentro da Unidade e outras circunstâncias no ambiente.

A política de identificação do paciente, deve ser observada e executada por todos os colaboradores envolvidos neste processo e em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos, seja terapêutico ou diagnóstico, buscando a minimização da ocorrência de eventos adversos.

Nesse processo, os pacientes, acompanhantes, cuidadores e os familiares possuem papel fundamental na colaboração da sua segurança.

As ações institucionais para a identificação do paciente são:

Executante

Todos os profissionais e colaboradores.

Critérios de Inclusão

Todos os pacientes atendidos nas Unidades prestadoras de serviço em saúde do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH).

Plano Terapêutico Multiprofissional

Identificação do paciente adulto e pediátrico

A identificação de todos os pacientes (atendidos no serviço de emergência) deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira com alguns dados básicos. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado.

No INDSH adotamos três identificadores, obrigatórios, são: nome completo do paciente, data de nascimento e nome da mãe do paciente.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Os nomes devem ser completos, sem abreviaturas e a data de nascimento do paciente deverá estar no formato: DD/MM/AAAA (por exemplo, 07/06/2019).

Tais dados restringem a ocorrência de homônimos completos.

A abreviatura do nome completo do paciente é permitida apenas em caso de confecção manual de pulseiras, mantendo a grafia completa do primeiro nome e último sobrenome.
Em caso de grau de parentesco inserido no nome próprio, deve-se manter o último sobrenome (ex. João M. da Silva Júnior).

A pulseira de identificação deve ser colocada preferencialmente no membro superior direito e poderá ter um rodízio dos membros, de acordo com as necessidades dos pacientes.

A ordem dos membros é: membro superior direito, membro superior esquerdo, membro inferior direito e membro inferior esquerdo.

Casos especiais
Quando houver impossibilidade de colocação de pulseira por queimadura, edema, amputação, alergia, obesidade, outras lesões de pele e recusa do paciente ou seu responsável, a pulseira deverá ser fixada ao leito (cama, berço, maca, berço aquecido).
Esta prática deverá ser utilizada em casos extremos e a equipe assistencial deverá reforçar a comunicação efetiva principalmente nas transições de cuidado entre turnos e entre setores, garantindo assim, a correta identificação do paciente.

Pacientes admitidos no Pronto Atendimento sem condições de fornecerem informações sobre sua identificação, sem documentos e sem acompanhantes, a identificação deverá ser feita de forma genérica (ex. Paciente Feminino 1) até que se obtenham as informações referentes a identificação do paciente.

A conferência da identificação do paciente deverá ser realizada, sempre, antes de qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico. Algumas situações críticas são descritas abaixo:
Admissão em qualquer Unidade do INDSH;
Administração de medicamentos;
Administração do sangue;
Administração de hemoderivados;
Coleta de material para exame;
Entrega da dieta;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Realização de procedimentos invasivos.

Especificações da pulseira de identificação

Cor

A pulseira usada para a identificação do paciente deve ser de cor branca;

Pulseiras coloridas de alerta ou etiquetas não devem ser utilizadas como identificadoras do paciente, devido ao aumento dos riscos de erros de identificação.

Conforto

Forma: não deve haver cantos, contorno ou bordas afiadas que possam irritar ou friccionar a pele;

Bordas: o material utilizado nas bordas da pulseira deve ser macio e liso para assegurar o conforto durante o uso prolongado. Isso inclui todas as bordas produzidas ao cortar o tamanho da pulseira;

Fixadores: os fixadores não devem pressionar a pele;

Material: o material da pulseira de identificação deve ser flexível, liso, impermeável, lavável e não-alergênico.

Outras pulseiras serão adicionadas de acordo com as necessidades identificadas para garantia da segurança do paciente durante a permanência na Unidade, por exemplo: identificação de risco de queda, alergia e outras que serão implantadas de acordo com o perfil da Unidade de Saúde.

Plano de Contingência

Na ausência de sistema para impressão das pulseiras deve-se preencher as informações manuscritas em um modelo em branco com caneta especial (garantindo a durabilidade). Nesses casos o nome do paciente deve ser registrado de forma legível e completa e a sua data de nascimento. Entretanto, caso o nome completo do paciente seja muito extenso deve-se seguir a recomendação de abreviaturas descrita acima.

Indicadores

Deve-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:

Taxa de conformidade na identificação do paciente.

Referências

RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013 – Instituições para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Protocolo de Identificação do Paciente – Anexo 02 do Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz.
Atenção à saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais de saúde. 2ª edição – volume 1, 2014. Ministério da Saúde. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf

Protocolo de Identificação do Paciente



OBJETIVO

Estabelecer as diretrizes necessárias para que seja assegurada a correta identificação do paciente desde sua admissão até a alta do serviço a fim de evitar e/ou reduzir incidentes relacionados à identificação do paciente.

EXECUTANTES - DIRETORIA TÉCNICA, ASSISTENCIAL e DIRETORIA ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

Fazer cumprir o protocolo de identificação do paciente na unidade.
Apoiar na implantação dos protocolos de segurança do paciente na unidade.

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Zelar pela padronização da documentação institucional do protocolo de identificação do paciente;
Dar suporte às unidades, assegurando uma linguagem única, com conceitos adotados para garantir uma assistência voltada para a qualidade e segurança do paciente;
Realizar análises do desenvolvimento do protocolo de identificação do paciente dentro da instituição e sugeri processos de melhorias com os gestores das áreas;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Acompanhar a implantação e efetivação do protocolo de identificação do paciente dentro da instituição;
Monitorar o cumprimento deste protocolo através da análise dos indicadores de desempenho;
Identificar falhas no processo de identificação do paciente e envolver os setores envolvidos para resolução do problema em tempo hábil;
Acompanhar a implantação e a adesão das medidas do Protocolo de Identificação Segura do Paciente na instituição, realizando monitoramento por amostragem através de auditorias internas com periodicidade a ser definida pelo Núcleo de Segurança do Paciente norteado pela necessidade observada.
Disponibilizar os modelos de documentos institucionais.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
Cumprir o protocolo definido para identificação do paciente, aplicável a todos os pacientes atendidos na unidade, independentemente do tipo de cuidado que será realizado, envolvendo assistência invasiva ou não.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES
Índice de Falha na Identificação do Paciente;
Fluxograma – Notificações de Eventos Adversos;
Ficha de notificação de incidente;
Auditoria de Gerenciamento de Risco;
Documento de Identificação - Documento com os dados pessoais do paciente: fotografia, nome completo, data e local de nascimento, nacionalidade, filiação, número do documento que deverá ser emitido por um órgão oficial, como: identidade, Carteira Nacional de Habilitação, Passaporte, Carteira de Trabalho ou Carteira dos Conselhos Regionais. Acrescentamos ainda Certidão de Nascimento no caso dos que não possuem documentos.
Eventos adversos (EAs) – são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base;
DEFINIÇÕES E SIGLAS
PRT – Protocolo;
FOR – Formulário;
Homônimos – Que ou quem tem o mesmo nome que outrem ou que outra coisa;
Identificador - se refere a um item ou mais, como um código, símbolo, letra ou número, para reconhecimento do paciente;
IND – Indicadores;
INDSH – Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano;
IML – Instituto Médico Legal;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

IDT – Instrução de Trabalho;
NOME SOCIAL – Designação pelo qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecido(a);
NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
REC – Recepção;
RN – Recém-nascido;
SUS – Sistema Único de Saúde;
NIR – Núcleo Interno de Regulação;
RG – Carteira de Identidade ou Registro Geral.
SADT – Serviço de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico
EA – Evento Adverso

INTRODUÇÃO

O protocolo de Identificação do Paciente contribuir para a qualificação do cuidado em saúde referente a identificação segura do paciente do atendimento ambulatorial.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

A identificação de todos os pacientes, deve ser realizada impreterivelmente no momento da sua admissão do serviço, através de uma pulseira e pacientes com atendimento com etiqueta adesiva. Tanto a pulseira quanto a etiqueta adesiva devem permanecer durante todo o tempo que o paciente estiver nas dependências da instituição e nos casos de transferências externas com retorno previsto, como por exemplo, saída para realização de exame complementar em outra instituição de saúde. Os dados da identificação devem ser checados em todas as etapas do atendimento.

No caso das pulseiras, essas devem ser colocada preferencialmente no membro superior direito do paciente.

Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar sempre os quatro identificadores padronizados, são eles:

Nome completo do paciente, sem abreviaturas;
Nome social (caso o paciente tiver);
Data de nascimento do paciente no formato: DD/MM/AAAA (ex.: 07/06/2005);
Filiação: Nome completo da mãe.

A identificação deve ser realizada mediante apresentação de documento oficial com foto nítida e dados legíveis, e não sendo apresentados os documentos necessários, solicitar aos familiares a regularização o mais rápido possível.

Referente ao nome social, o paciente não precisa apresentar nenhum documento que comprove seu nome social, basta o paciente ou acompanhante informar.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

ESPECIFICAÇÕES DA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DADOS

O objetivo da pulseira é fornecer os dados necessários para o processo de identificação correta do paciente, portanto, devem ser evitados informações demasiadas que possam dificultar esse processo.

TAMANHO

As pulseiras de identificação do paciente devem se adequar ao perfil dos pacientes, sendo:

Compridas o suficiente para serem utilizadas em pacientes obesos, pacientes com linfedema e pacientes com acessos venosos e curativos;

Os ajustes necessários para a variedade de tamanhos e características de pacientes podem ser conseguidos aumentando o comprimento máximo disponível para a pulseira de identificação;

Se o comprimento adicional da pulseira de identificação tiver que ser cortado, a equipe deve ser capaz de fazer isto com segurança, de preferência sem o uso de tesoura, pelo risco de incidentes.

As extremidades do corte não devem ser afiadas;

Alternativamente, as pulseiras de identificação podem ser feitas em tamanhos variados.

CONFORTO

Os aspectos de conforto relacionados às pulseiras de identificação dos pacientes incluem:

Forma – não deve haver cantos, contorno ou bordas afiadas que possam irritar ou friccionar a pele.

Bordas – o material utilizado nas bordas da pulseira deve ser macio e liso para assegurar o conforto durante o uso prolongado. Isso inclui todas as bordas produzidas ao cortar o tamanho da pulseira.

Fixadores – os fixadores não devem pressionar a pele.

Material – o material da pulseira de identificação deve ser flexível, liso, impermeável, lavável e não-alergênico com lacre inviolável.

PLANO DE CONTINGÊNCIA

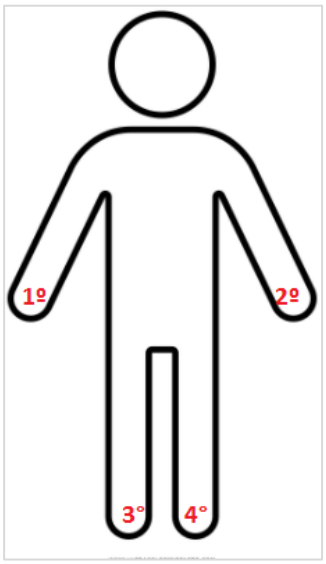
Nos casos excepcionais de falha ou quebra da impressora ou do sistema, os dados do paciente devem ser escritos manualmente na pulseira ou etiqueta obrigatoriamente com letra de forma legível e tamanho adequado para leitura com caneta de cor preta ou azul.

FIXAÇÃO DA PULSEIRA

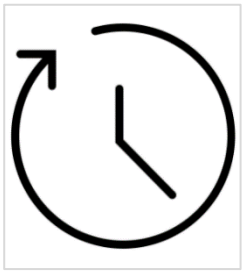
Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

A sequência de membros para colocação das pulseiras deverá ser preferencialmente iniciada pelo membro superior direito, seguindo no sentido horário para membro superior esquerdo, membro inferior esquerdo e membro inferior direito, de acordo com a impossibilidade de cada caso.



Sentido Horário



Deverá ser promovido um rodízio dos membros, de acordo com as necessidades dos pacientes, levando em consideração situações, tais como: edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares, entre outros.

A equipe que presta cuidado ao paciente é responsável por garantir manutenção, preservação e legibilidade da pulseira e/ou etiqueta e verificar continuamente a integridade da pele no membro no qual a pulseira está posicionada durante todo o período de permanência na instituição.

CONFIRMAR A IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ANTES DO CUIDADO

É obrigatória a confirmação da identificação do paciente antes da realização de qualquer cuidado.

A confirmação da identificação deverá ser realizada SEMPRE:

Na admissão do paciente no setor.

Antes da administração de medicamentos em qualquer via.

Antes da administração do sangue / hemocomponentes.

Na identificação de tubos de amostra de coletas que serão coletadas.

Antes da coleta de material para exame e/ou coletas de amostras.

Na entrega da dieta.

Antes de procedimentos e tratamentos em geral (invasivos e não invasivos).

Na realização do Timeout

Antes da retirada de laudos de exames.

Antes da realização de exames físicos e consultas.

Nas transferências do paciente.

Etapas importantes ao proceder com a confirmação dos dados:

A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência na unidade, a fim de manter a sua segurança.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

PEÇA ao paciente/família/acompanhante que declare (e quando possível soletre) seu nome completo e data de nascimento.

SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível.

Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas.

SEMPRE faça perguntas abertas: "qual o seu nome completo?", "qual a sua data de nascimento?".

NUNCA pergunte ao paciente "Você é o Sr. Silva?", porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.

NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

A identificação do hemocomponente e dos hemoderivados deve seguir a legislação específica.

Confirme a identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo do medicamento/hemocomponente, antes de sua administração.

PACIENTES HOMÔNIMOS OU COM NOMES SEMELHANTES

A identificação do paciente é prática indispensável para garantir a segurança do paciente em qualquer ambiente de cuidado à saúde, incluindo, por exemplo, coleta de exames laboratoriais, Unidade de Terapia Intensiva e em ambulatórios.

Para assegurar que o paciente seja corretamente identificado, todos os profissionais devem participar ativamente do processo de identificação, da admissão, da transferência ou recebimento de paciente de outra unidade ou instituição, antes do início dos cuidados, de qualquer tratamento ou procedimento, da administração de medicamentos, soluções e hemocomponentes, realização de exames, procedimentos cirúrgicos.

Em caso de Homônimos (primeiro nome e primeiro sobrenome e/ou terceiro sobrenome iguais), por exemplo: Marta dos Santos Silva e Marta Santos Silva ou nomes Semelhantes, por exemplo: João Francisco Vieira e João Francisco Oliveira atendido na unidade, a atenção deverá ser redobrada e alguns pontos devem ser realizados para mitigar a ocorrência de incidente envolvendo a identificação segura do paciente:

Realocar os pacientes para unidades diferentes;

Dimensionar profissionais de enfermagem distintos para estes pacientes;

Escreva em letra maiúscula as informações que diferentes entre os pacientes, exemplo: Maria das Graças SOARES, Maria das Graças da SILVA. Em caso de homônimos colocar o nome da mãe em letra maiúscula.

Reforçar o uso de outros marcadores, como Data de Nascimento e filiação na conferência da identificação.

Colocar uma observação em quadro de avisos no posto de enfermagem, descrevendo o caso, a fim de evitar erros.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Registrada na placa de monitoramento de risco (homônimo).

Se possível no momento do agendamento cirúrgico eletivo, os homônimos preferencialmente não devem ser agendados para o mesmo dia e, caso isso ocorra, os mesmos não deverão ficar na mesma enfermaria.

Em todos os locais de assistência, como Serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamentos, Centro Cirúrgico e outros, deverá haver a comunicação entre profissionais de saúde sobre os homônimos, além de registro em prontuário.

PACIENTES HOMÔNIMOS OU COM NOMES SEMELHANTES NO AMBULATÓRIO

No ato da admissão de pacientes no ambulatório, o profissional do atendimento deverá checar os dados pessoais do paciente durante o cadastro do atendimento, a fim de evitar erros. Toda a equipe deverá ser orientada.

Após emitir a pulseira de identificação, o paciente será chamado para realizar o atendimento e o técnico de enfermagem deverá conferir os dados da pulseira, do cadastro e das informações confirmadas pelo paciente, como uma etapa importante na interação entre paciente e equipe.

Além disso, ao entrar no consultório, o médico deverá realizar obrigatoriamente a conferência dos identificadores padronizado confirmando a identificação, a fim de evitar falhas de com nomes parecidos e com grafias semelhantes.

Nos casos de homônimos e datas de nascimentos idênticas, deverá ser verificado, também, a filiação.

PACIENTES DO TRANSPLANTE

O processo de identificação envolvendo o transplante deve proceder seguindo o fluxo de atendimento de todos os pacientes, bem como seguir a mesma disposição, ordem e estilo na pulseira e etiqueta de identificação do paciente e acompanhante. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado. As etapas de identificação e conferência são as mesmas, o que difere é o uso de uma segunda pulseira de identificação colorida para diferenciar o doador vivo (dourada) e o receptor de órgão (verde).

Utilização de carimbo (doador e receptor) nas fichas de atendimento para facilitar a comunicação interna. As etapas críticas da identificação do paciente do transplante estão descritas de forma específica na instrução de trabalho.

PERFIL DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Profissional do NIR deve solicitar a documentação com dados legíveis e foto nítida do paciente e o Cartão do SUS.

Realizar o cadastro do paciente no sistema: nome completo do paciente (sem abreviaturas), data de nascimento e nome completo da mãe (sem abreviaturas).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

Imprimir a pulseira ou etiqueta adesiva. A pulseira ou etiqueta deve ser colocada no paciente assim que o cadastro do seu atendimento for registrado na Instituição;

Figura 1 – Pulseira de identificação do paciente

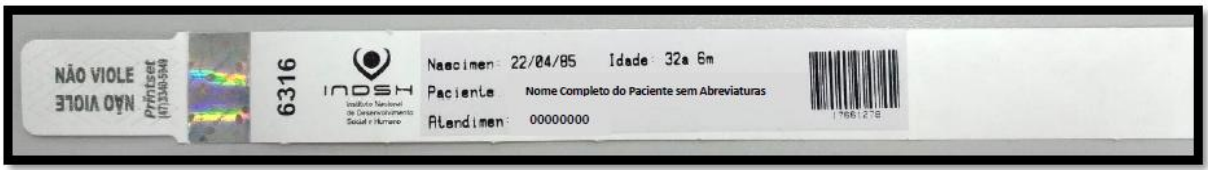


Figura 2 – Etiqueta de identificação do paciente



O paciente deve ser orientado sobre a importância de manter a pulseira durante toda a sua permanência na Instituição e que a identificação faz parte do processo de identificação segura;

Todo o profissional antes de realizar qualquer procedimento assistencial ou não deverá verificar a identificação da pulseira para que seja uma barreira de segurança.

Caso a pulseira caia ou fique ilegível o profissional da enfermagem deverá solicitar para o NIR a confecção da pulseira. Antes de fixar a pulseira o profissional deverá realizar a tripla checagem com o paciente/responsável, a placa de identificação do leito e prontuário do paciente.

A troca, recusa do uso ou alteração de local de fixação deve ser registrada no prontuário informando os respectivos motivos e a data do ocorrido pelo profissional que realizou o procedimento.

Os pacientes com alergia serão sinalizados na placa de identificação (na parte de gerenciamento de risco) e na pulseira do paciente com um adesivo verde, sinalizando a equipe que o paciente possui alergia.

Nota: nos casos dos pacientes com déficit cognitivo, comprometimento neurológico, incapacidade de compreensão, os dados devem ser confirmados sempre com o acompanhante responsável. Na ausência deste realizar dupla checagem com o documento do prontuário do paciente e placa de identificação do leito.



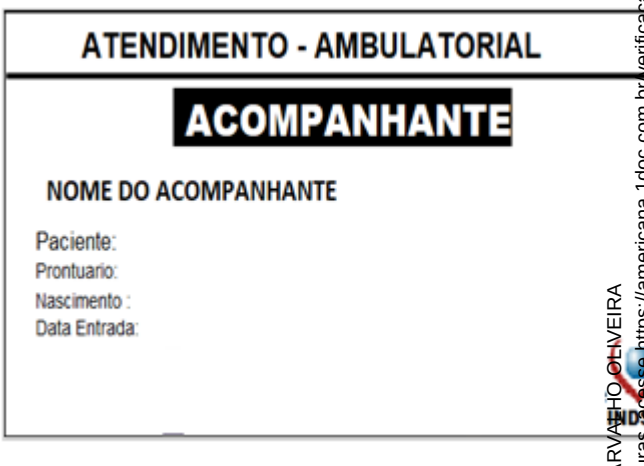
PLACA DE IDENTIFICAÇÃO

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Em todas as placas de identificação contém os 4 marcadores padronizados na instituição:
Nome completo;
Nome Social (se houver) – se paciente não utilizar o nome social este dado não precisa ser preenchido;
Data de nascimento;
Filiação.
Outros itens importantes como alergia, gerenciamento de risco, peso, mudança de decúbito, tipo de precaução também estão contidos na placa de identificação do leito.
Os pacientes com alergia serão sinalizados na placa de identificação (na parte de gerenciamento de risco) e na pulseira do paciente com um adesivo verde, sinalizando a equipe que o paciente possui alergia.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE AMBULATORIAL
Profissional da recepção deve solicitar a documentação com dados legíveis e foto nítida do paciente e o Cartão do SUS.
Realizar o cadastro do paciente no sistema: nome completo do paciente (sem abreviaturas), nome social (se tiver), data de nascimento e nome completo da mãe (sem abreviaturas);
Imprimir a etiqueta adesiva e anexar na roupa do paciente;
Paciente menor de idade, maior de 60 anos ou déficit cognitivo necessitará de acompanhante que será identificado com uma etiqueta adesiva, após apresentação de um documento com dados legíveis.
ETIQUETAS ADESIVAS

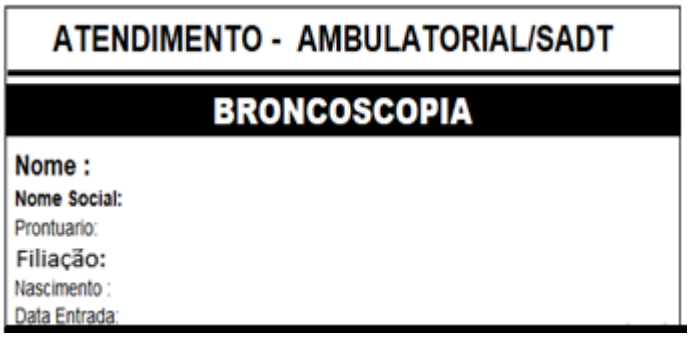


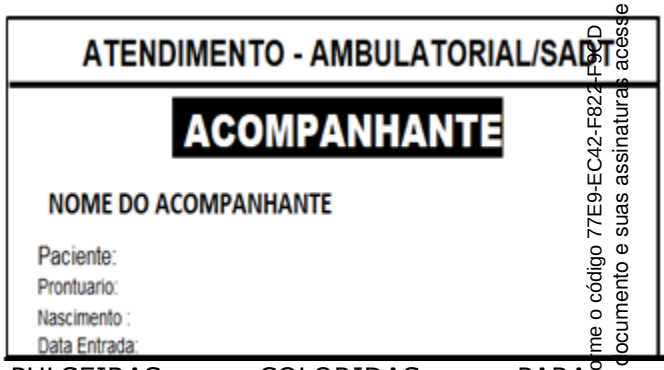


IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SADT
Profissional da recepção deve solicitar a documentação com dados legíveis e foto nítida do paciente e o Cartão do SUS.

Assinado por 1 pessoa: CAMILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Realizar o cadastro do paciente no sistema: nome completo do paciente (sem abreviaturas), nome social (se tiver), data de nascimento e nome completo da mãe (sem abreviaturas);
Imprimir a etiqueta adesiva e anexar na roupa do paciente;
Paciente menor de idade, maior de 60 anos ou déficit cognitivo necessitará de acompanhante que será identificado com uma etiqueta adesiva, após apresentação de um documento com dados legíveis;
O paciente irá receber uma pulseira colorida de gerenciador de fluxo, representado cada especialidade:
MODELO DE ETIQUETAS ADESIVAS

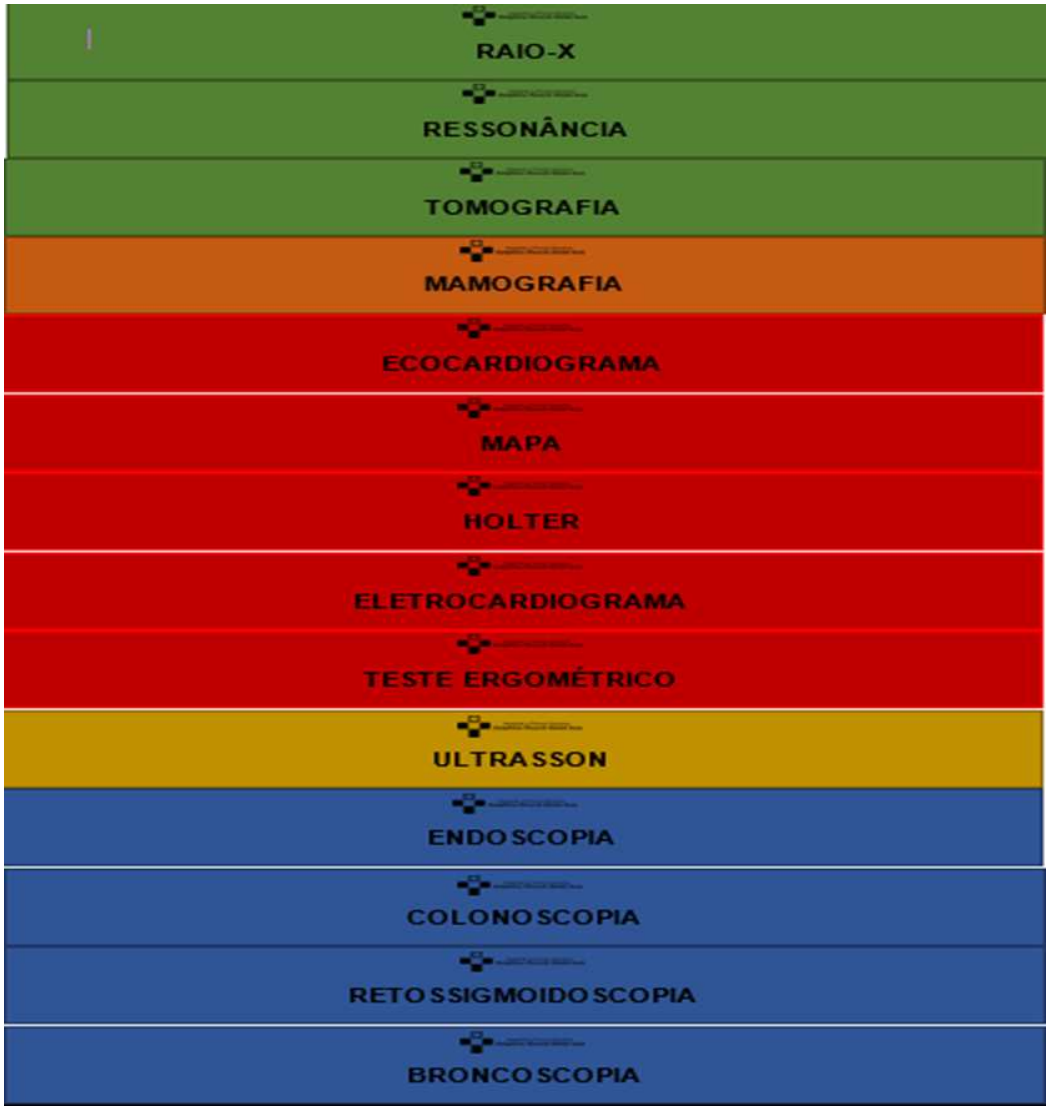




PULSEIRAS COLORIDAS PARA

GERENCIADOR DE FLUXO NO SADT:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Obs. O quadro acima é somente para exemplificação.

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO NO SADT

A placa de Identificação é padronizada conforme os setores e no SADT utiliza a Placa de Identificação na RPA do Setor. Em todas as placas de identificação contém os 4 marcadores padronizados na instituição:

Nome completo; Nome Social (se houver) – se paciente não utilizar o nome social este dado não precisa ser preenchido; Data de nascimento E Filiação.

CASOS ESPECIAIS

PACIENTES MENORES DE IDADE

Realizar a colocação e/ou substituição da pulseira preferencialmente na presença dos pais.

RECUSA DO PACIENTE E SEU RESPONSÁVEL NA COLOCAÇÃO DA PULSEIRA NO MOMENTO DA ADMISSÃO

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A orientação do paciente/acompanhante quanto ao processo seguro da sua identificação é extremamente importante para o aceite. Se ainda assim houver recusa, o profissional deve registrar em prontuário essa informação;

Utilize outras formas para confirmar os dados antes da prestação dos cuidados, como uso de etiqueta fixada na roupa do paciente. Atentar-se a necessidade de fixar nova etiqueta na troca da roupa;

A unidade de destino deve ser comunicada antecipadamente quanto à recusa do paciente em utilizar a pulseira;

Antes da realização de qualquer procedimento, os profissionais deverão checar novamente o documento de identificação, dados da etiqueta e cadastro do prontuário antes da realização dos exames e procedimentos.

PACIENTES EM CONDIÇÕES CLÍNICAS OU EMOCIONAIS DESFAVORÁVEIS

Condições que impeçam o uso pulseira nos membros superiores, como risco para lesões cutâneas, em anasarca e/ou edemaciados, grande queimado, mutilados, politraumatizados, é o uso de etiqueta adesiva fixada na roupa. Atentar-se a necessidade de fixar nova etiqueta na troca de roupa.

EM CASO DE ÓBITO - IDENTIFICAÇÃO DO CORPO

1ª ETAPA:

Enfermeiro e técnico de enfermagem:

Entrar no sistema MedView e clicar no botão "Identificação de óbito" para adicionar a informação a data e hora do óbito. Através do preenchimento destas informações será confeccionado a Placa de identificação do corpo com os dados do paciente.

Em caso de ausência do sistema Medview a confecção da placa será feita pela equipe no word ou preenchida manualmente conforme plano de contingência. A placa gerada via Medview ou no word do plano de contingência.

Verificar se as informações estão corretas com a dupla checagem, e imprimir a placa e identificar o saco para cadáver.

Maqueiro:

Antes de encaminhar o corpo para o necrotério verificar se está identificado com placas: de identificação de óbito padrão via sistema e a identificação do saco para cadáver.

2° ETAPA:

Reconhecimento na Liberação do Óbito (Corpo):

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O Serviço social e maqueiro acompanha família até o necrotério e confirma a identificação do paciente nas placas e após a confirmação é realizado a abertura do saco de óbito para a família realizar o reconhecimento facial;
Após a confirmação do corpo é aplicado um termo de protocolo de entrega de óbito onde a família e o representante da funerária assinam o documento e retira o corpo da Unidade.

PACIENTES INCONSCIENTES, SEM DOCUMENTAÇÃO NA ADMISSÃO E SEM ACOMPANHANTE

Para pacientes sem documentação comprobatória com foto (válido também para pacientes sem acompanhantes, consciente ou inconsciente) será realizado da seguinte forma: DESC + abreviação do Município do paciente/ocorrência + nome do paciente (suposto nome, apelido ou características físicas relevantes: Moreno, cicatriz em XXXX, tatuagens XX e etc.). Em seguida o setor de Recepção deverá acionar o Serviço Social, para realizar contato com familiares ou órgão competente, para solicitar documentação necessária ao cadastro e encaminhar ao setor de Recepção para realizar atualização deste cadastro.

IDENTIFICAÇÃO DOS FRASCOS DE AMOSTRA DE EXAMES

As amostras de exames devem ser identificadas com etiquetas adesivas com os três marcadores da identificação segura do paciente:
Nome completo; Data de nascimento e Filiação.
A identificação do anatomopatológico deve ser realizada dentro da sala de cirurgia e/ou sala de procedimento mediante a confirmação do prontuário do paciente, pulseira de identificação e placa do time out.
Os dados do paciente devem ser escritos manualmente na etiqueta, obrigatoriamente com letra de forma legível e tamanho adequado para leitura com caneta de cor preta ou azul.

PACIENTE COM USO DE NOME SOCIAL

De acordo com o Decreto Nº 8.727, de 28 de abril de 2016, dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis ou transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Desta forma e em cumprimento ao decreto acima ao realizar o cadastro dos pacientes que se apresentam com nome social, o profissional do setor de recepção deverá fazer o registro no sistema conforme o paciente informar o nome que prefere ser chamado sem a necessidade de apresentar nenhum documento, o qual deverá constar em destaque em todos os documentos e formulários.
Nos casos em que o paciente não deseja utilizar nome social, este NÃO precisará conter na pulseira de identificação nem a placa de identificação do leito ou demais documentos institucionais, sendo necessário apenas o registro dos demais 3 marcadores de identificação.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

EDUCAÇÃO DO PACIENTE/ACOMPANHANTES

É necessário que na admissão dos pacientes, o profissional responsável por fixar a pulseira oriente o paciente/responsável quanto aos seguintes itens:

Propósito dos 04 (quatro) identificadores;

Obrigatoriedade da conferência dos dados da pulseira pelos profissionais com confirmação pelo paciente/acompanhante antes de qualquer tipo de procedimento que será realizado no paciente, assistencial ou não.

Nota: Toda a orientação referente à educação do paciente e sua família deve ser registrada, em prontuário, com exceção da recepção.

PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Todas as notificações deveram ser registradas, analisadas e monitoradas conforme fluxo definido pela Instituição e recomendado (fluxo – Notificações de Eventos Adversos). O envolvimento dos profissionais é de suma importância, pois a subnotificação pode retardar a identificação de sinais, impedindo a adoção de medidas preventivas. O sucesso de qualquer sistema de notificação espontânea depende da participação ativa dos notificadores.

As notificações serão realizadas pelo sistema Epimed que é uma ferramenta online que tem o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento hospitalar através de soluções de gestão e performance. E como plano de contingência disponibilizamos o formulário próprio (formulário - Ficha de notificação de incidente). A análise é realizada via Sistema Epimed ou via formulário manual (formulário – Análise de Causa Raiz – Ishikawa).

Através da compilação das notificações são gerados os indicadores mensais para análise e tomada de conduta nos planos de melhoria contínua.

AUDITORIAS

Mecanismos de monitoramento e auditorias rotineiras devem ser realizados nas instituições com o objetivo de acompanhar o cumprimento das diretrizes estabelecidas neste protocolo, e garantir a segurança do paciente durante o seu atendimento.

Durante as visitas diárias nos setores é checado os itens básicos de segurança relacionada as 6 metas de segurança do paciente. Quando identificado alguma não conformidade é realizada a notificação e orientação à equipe para ajuste da questão.

Auditoria de Risco: as auditorias para avaliação do gerenciamento de risco, são realizadas periodicamente, em setores pré-definidos, conforme o cronograma anual estabelecido no Plano de Segurança do Paciente. Tem como objetivo avaliar se as ações preventivas definidas na Matriz de Risco setorial estão sendo cumpridas. Estas auditorias são por meio de *check-list* construído conforme o setor a ser auditado.

Assinado por 1 pessoa: JOAO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Auditoria do Gerenciamento de Risco: Diariamente a equipe do NQSP passa visita nos setores para realização avaliação da adesão do gerenciamento de risco. Um dos itens checados é a identificação correta do paciente (meta 01). A adesão é avaliada por meio do checklist (formulário 668) e gerado indicador de adesão mensal por setor.

NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS

Todos os incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser notificados de acordo com os protocolos e fluxos institucionais). Os profissionais de saúde serão orientados a notificar utilizando o Software Epimed, disponível em todos os computadores da unidade, que é monitorado pelo NQSP, conforme a RDC nº 36/2013.

INDICADORES

Para que os processos sejam monitorados e as melhorias planejadas, é importante que as Instituições de Saúde o façam através de seus indicadores. Os indicadores definidos para a monitoramento da adesão a esse protocolo são:

Densidade de incidência da ocorrência de incidentes/circunstância de risco associados a falha na identificação do paciente.

RESULTADO ESPERADO

Visando reduzir o número de casos de erros por falha na identificação do paciente, é preciso o levantamento e acompanhamento dos indicadores propostos assim como a definição das metas a serem alcançadas, de acordo com realidade local. A análise deverá ser realizada após série histórica de três meses do levantamento dos indicadores propostos.

ANEXOS

Anexo 1: Esquema de Identificação do Paciente Multiprofissional

Anexo 2: Fluxograma – Notificações de Eventos Adversos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

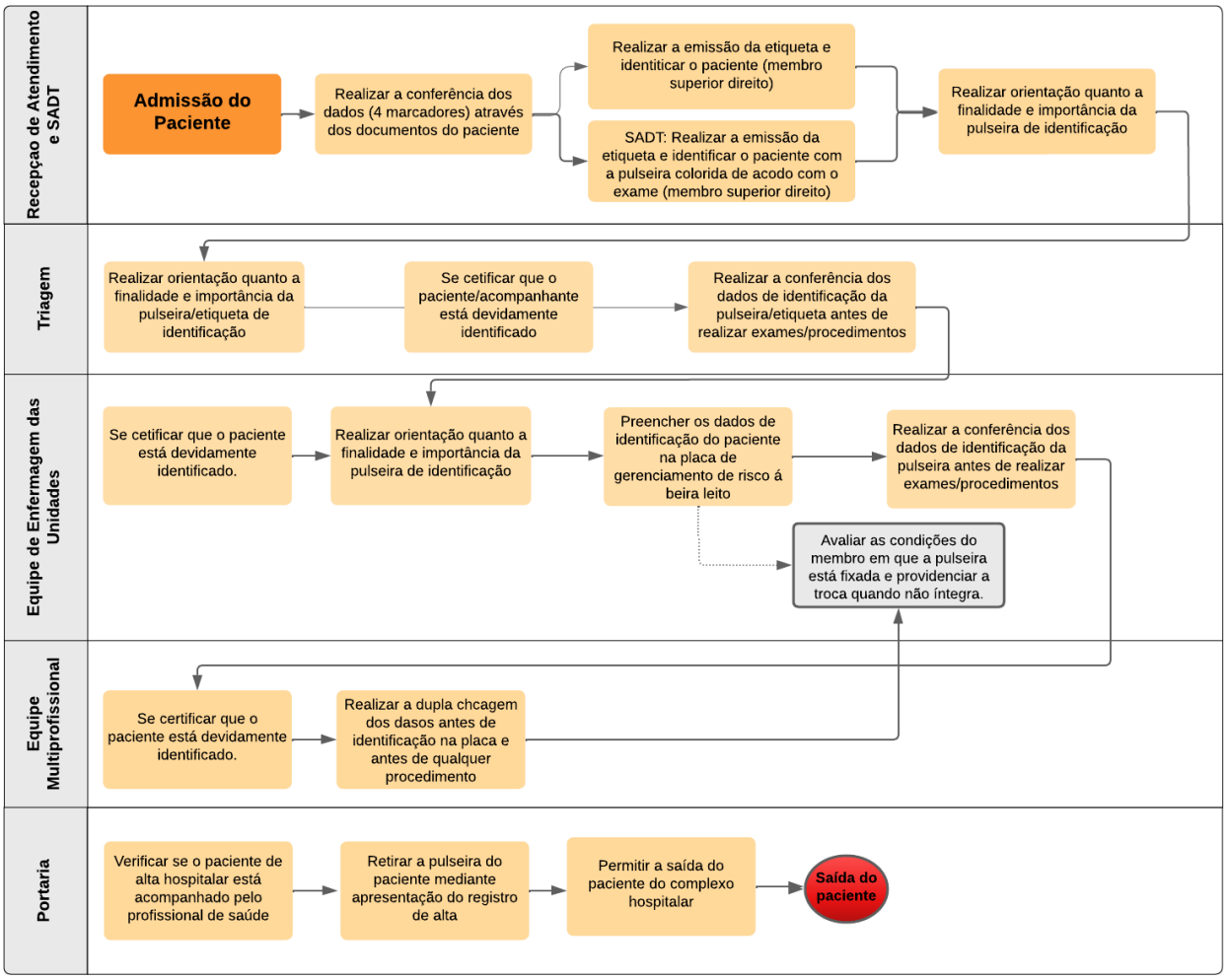
Resolução - RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2014.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

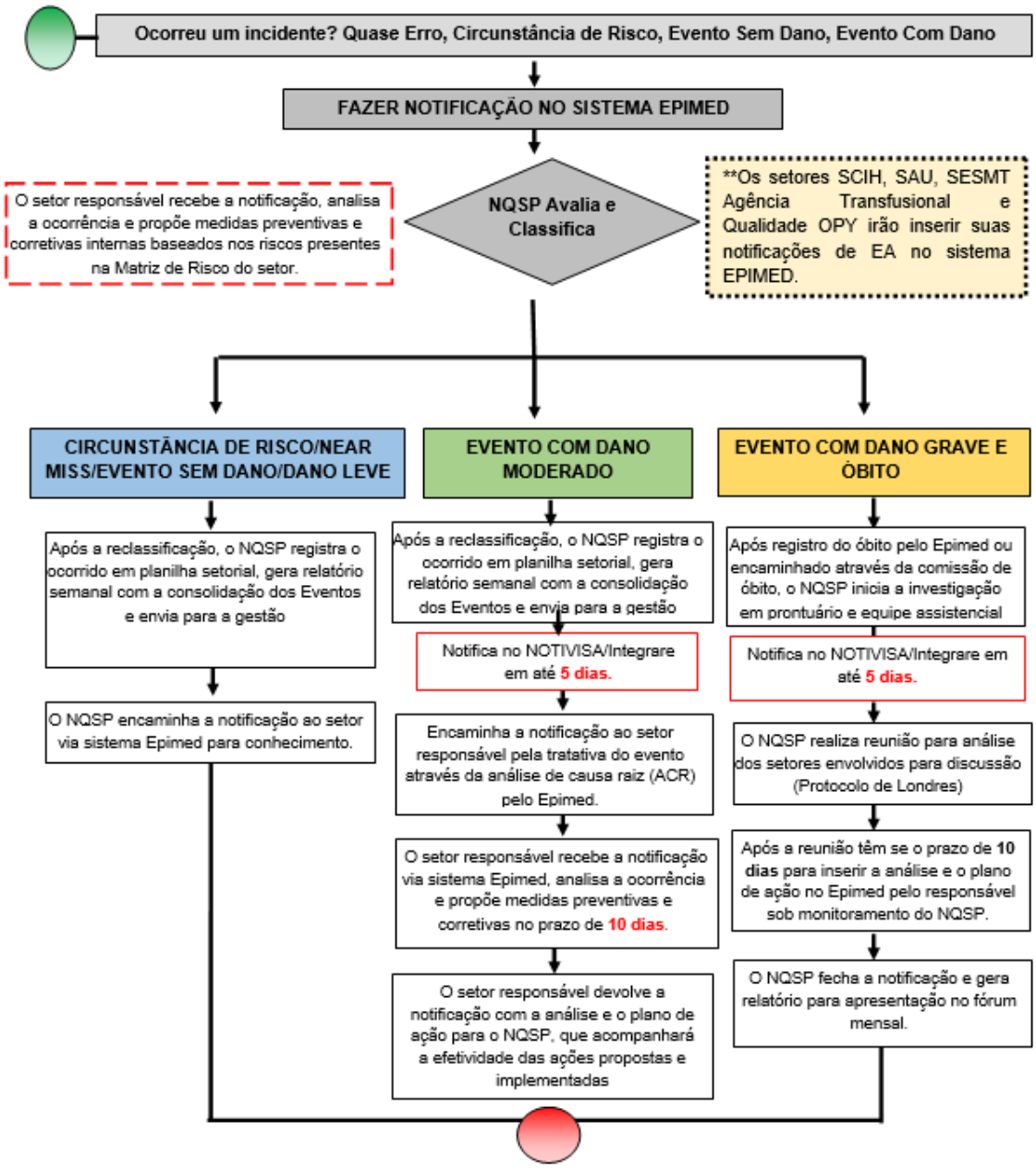
Decreto nº 8.727 de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Lei nº 4.946 de 4 de outubro de 2019 – Dispõe sobre a inclusão e o uso do nome social.



Anexo 1: Fluxograma do Passo a Passo da Identificação segura do paciente durante atendimento na unidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Anexo 2: Fluxograma – Notificações de Eventos Adversos.

Protocolo para Higienização das Mãos

Objetivo

Promover a prevenção e controle das infecções em todas as Unidades de atendimento, por meio de um programa efetivo, com ênfase na importância da prática da higienização das mãos.

Executante

Todas as áreas de atendimento ao paciente que compõem as Unidades prestadoras de serviço em saúde do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Plano Terapêutico Multiprofissional

Sabe-se que uma fonte relevante de infecções associadas aos cuidados de saúde são as mãos dos profissionais de saúde. Diversos estudos demonstraram que surtos de infecções fúngicas e bacterianas em Unidades de Saúde estão relacionados a patógenos encontrados nas mãos dos profissionais, e que as mãos podem transmitir doenças para pacientes e contaminar objetos e superfícies. As mãos humanas podem transmitir diversos patógenos, sejam eles vírus, fungos, protozoários ou bactérias, sendo alguns comuns: as bactérias Staphylococcus aureus, Klebsiella spp., Proteus mirabilis, Clostridium difficile, Escherichia coli Acinetobacter spp e os rinovírus, rotavírus, parainfluenza e o vírus sincicial respiratório (VSR).

Esses organismos costumam colonizar a pele das pessoas ou objetos, e podem ser transferidos de um local para o outro através das mãos.

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) constituem doença grave e têm um impacto econômico significativo nos pacientes e sistemas de saúde em todo o mundo. No entanto, a boa higiene das mãos, a simples tarefa de limpeza das mãos no momento certo e da maneira certa, pode salvar vidas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu as Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde baseadas em evidências para auxiliar os serviços de saúde a melhorarem a higiene das mãos e assim reduzirem as IRAS.

As ações institucionais para a garantir a correta higienização das mãos:

Produto com eficácia antimicrobiana;

Técnica adequada;

Uso regular e nos momentos adequados.

Uma vez determinado o produto ideal, deve-se tratar da técnica correta de lavagem de mãos. É importante manter as unhas curtas e limpas e evitar uso de adornos como anéis e pulseiras – NR-32.

São três as técnicas possíveis, a depender do produto utilizado:

1 - Higienização simples: é aquela realizada com sabonete comum ou sabonete associado a um antisséptico (ex: clorexidina), com a técnica adequada para lavagem das mãos:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Fonte: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde

Compete a todos os profissionais de saúde:

2 - Fricção das mãos com antisséptico: é a realizada com preparações antissépticas como álcool em gel, que pode ser utilizada quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A técnica é a seguinte:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Fonte: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde

Compete a todos os profissionais de saúde:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

3 - Higienizar as mãos nos seguintes momentos:

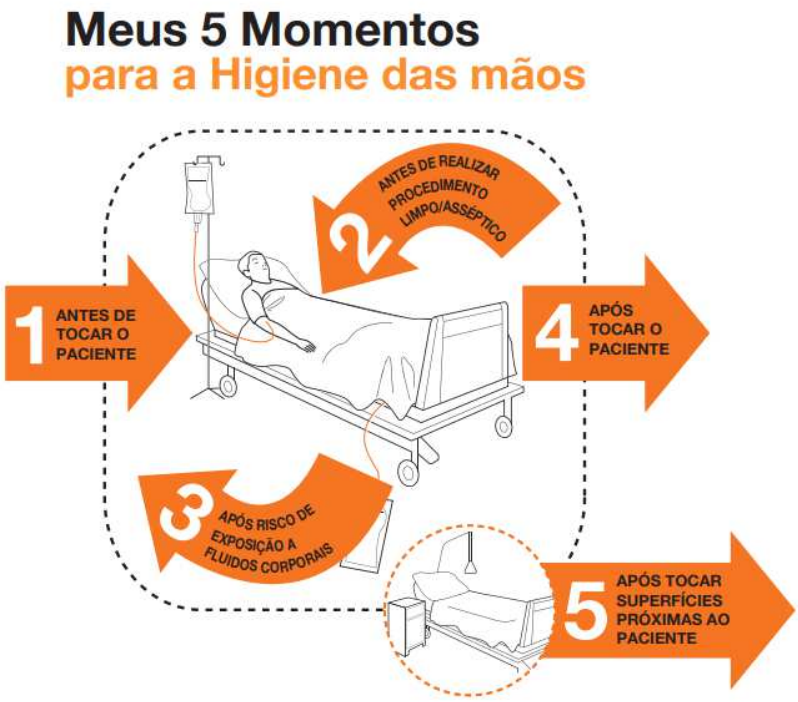
Antes de contato com o paciente;

Antes da realização de procedimento limpo/asséptico;

Após risco de exposição a fluidos corporais;

Após contato com o paciente;

Após contato com as áreas próximas ao paciente.



Fonte: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde

Compete a todos os profissionais de saúde:

Indicadores

Deve-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:

Taxa de adesão a higienização das mãos;

Consumo de preparação alcoolica para mãos;

Taxa de IRAS.

Referências

RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013 – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Manual Acreditação Internacional CBA/JCI – Padrões de Acreditação Hospitalar, 7ªed.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Protocolo para Lesão Por Pressão - LPP

Objetivo

Promover prevenção da incidência de Lesões Por Pressão (LPP) e outras lesões da pele.

Executante

Todos os profissionais relacionados à assistência ao paciente na Unidade.

Critérios de Inclusão

Todas as áreas de atendimento ao paciente que compõem as Unidades prestadoras de serviço em saúde do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH).
O INDSH segue a legislação vigente e tem ciência de que a legislação de Unidades de Urgência e Emergência a permanência do paciente nestas até 24 horas, conforme Resolução do CFM xxx. Porém, entendemos que casos isolados podem ocorrer e o protocolo poderá ser aplicado.

Plano Terapêutico Multiprofissional

As Lesões por Pressão (LPP) são danos localizados na pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou combinada com forças de cisalhamento e/ou fricção. Os riscos aumentam quando somado aos fatores predisponentes intrínsecos da pessoa como idade avançada e restrição ao leito.

As LPPs causam danos consideráveis aos pacientes, o que dificulta o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves; também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade. A presença de LPP causa vários problemas físicos e emocionais ao paciente, uma vez que são fonte de dor, desconforto e sofrimento. As LPPs aumentam o risco de desenvolvimento de outras complicações e influenciam na morbidade e na mortalidade do paciente acometido, constituindo, assim, um sério problema de saúde, pois podem trazer várias implicações na vida dos familiares e da instituição em que se encontra o paciente, além de aumentarem consideravelmente os custos do tratamento. As LPPs podem desenvolver-se em 24 horas ou levar até cinco dias para se manifestar. Por isso, todos os profissionais da assistência são responsáveis pela prevenção da lesão e devem estar familiarizados com os principais fatores de risco, intrínsecos e extrínsecos, para a formação a LPP e instituir o mais rápido, estratégias de prevenção.
Frente ao exposto, da relevância do tema, justifica-se a importância deste protocolo pela necessidade de prevenir a LPP em pacientes em observação, por meio de ferramentas que permitem identificar precocemente as circunstâncias ou ações que influenciam ou poderiam influenciar o acontecimento deste incidente, o qual possibilita o planejamento da assistência ao paciente de acordo com sua necessidade e, assim, o profissional de saúde terá subsídios para

Assinado por 2 pessoas: DANILO CARVALHO OLIVEIRA e JOSE CARLOS RIZOLI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

definir estratégias adequadas para prevenir a sua ocorrência, tornando a assistência segura e livre de danos.

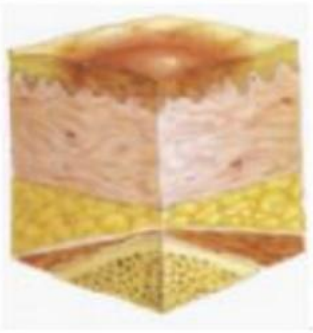
Lesão por pressão (LPP): lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção.

Cisalhamento: deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes.

Estadiamento de LPP: classificação da LPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual.

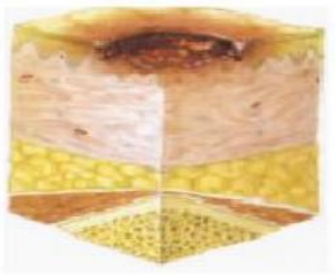
Estadiamento de Lesões Por Pressão – LPP
Estágio I: eritema não branqueável. Pele intacta, com rubor não branqueável, numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. O estágio I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros, visto que nestes o branqueamento pode não ser visível, a sua cor, porém, pode ser diferente da pele ao redor. A área pode estar dolorida, endurecida, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Este estágio pode ser indicativo de pessoas "em risco".





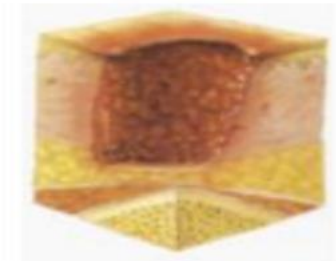
Estágio II: perda parcial da espessura da pele. Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho - rosado sem esfacelo. Pode também se apresentar como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se ainda, como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose (um indicador de lesão profunda). As características deste estágio não devem ser confundidas com fissuras de pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriações.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CAVALHEIRO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E





Estágio III: Perda total da espessura da pele. Perda total da espessura tecidual. Neste caso, o tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina úmida), mas este não oculta a profundidade da perda tecidual. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma lesão de estágio III varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de estágio III pode ser superficial. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se lesões por pressão de estágio III extremamente profundas. O osso e o tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.

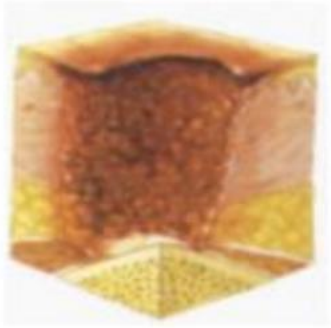




Estágio IV: Perda total da espessura dos tecidos. Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos. Neste caso, o tecido desvitalizado (fibrina úmida) e/ou tecido necrótico podem estar presentes. A profundidade de uma lesão por pressão de estágio IV varia com a localização anatômica. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas lesões podem ser superficiais. Uma lesão de estágio IV pode atingir o músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fáscia, tendão ou cápsula articular), tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso ou músculo visível ou diretamente palpável.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org





Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

Lesão por Pressão Tissular Profunda: Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface ossomúsculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico: essa terminologia descreve a etiologia da lesão e resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante, geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

Lesão por Pressão em Membranas Mucosas: é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Assinado por 1 pessoa: DANIELA CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de LPP como para quaisquer outras lesões da pele. Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver úlceras por pressão e que se encontrem em ambiente hospitalar, em cuidados continuados, em lares, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde.

Compete aos profissionais de saúde envolvidos no atendimento de todo paciente admitido, que devem realizar:
avaliação do risco de desenvolvimento de LPP por escala validada para uso no Brasil (como por exemplo escala de Braden, Braden Q, etc.) e;
avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas;
reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes;
Inspeções diárias da pele;
Manejo de umidade (manter pele limpa, seca e hidratada);
Otimização da nutrição e hidratação;
Minimizar a pressão áreas quando elegiveis.

Indicadores
Deve-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:
Taxa de prevalencia de LPP
Incidencia de LPP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013 – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
Manual Acreditação Internacional CBA/JCI – Padrões de Acreditação Hospitalar, 7ªed.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

EBSERH. Protocolo de prevenção e tratamento de lesões por pressão. EBSERH. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/prevencao-e-tratamento-de-lesao-por-pressao-protocolo-nucleo-de-protocolos-assistenciais-multiprofissionais-08-2018-versao-2.pdf.
Ministério da Saúde. Anexo 02: PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO. Brasília DF, 2013.

Protocolo de Prevenção de Quedas

OBJETIVO

Promover a prevenção e redução de quedas de pacientes nos pontos de assistência, bem como o dano dela decorrente.

EXECUTANTE

Todos os profissionais e colaboradores

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todas as áreas de atendimento ao paciente que compõem as Unidades prestadoras de serviço em saúde do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH).

PLANO TERAPÊUTICO MULTIPROFISSIONAL

Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

De modo geral, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco. Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 e 5 quedas por 1.000 pacientes-dia e são mais frequentes nas Unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CAVALCANTE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda.

Geralmente a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico, entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural.

Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos.

Dentre as ações institucionais para a garantir a prevenção e redução do dano decorrente a quedas estão:
Avaliação do risco de queda com escala validada cientificamente (Morse, Johns Hopkins etc.);

Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito e/ou pulseira,

Revisão periódica da medicação;

Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes,

Educação dos pacientes e dos profissionais,

Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

Toda a equipe multidisciplinar (Médico, Enfermeiro, Técnico/Auxiliar em Enfermagem, Farmacêutico, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Fisioterapeuta, entre outros) líderes de Unidades envolvidos no cuidado do paciente em assistência ambulatorial, deverão ter conhecimento do protocolo multiprofissional de prevenção de quedas e seguir as normas estabelecidas.

Se identificado qualquer fator contribuinte ao evento adverso, tomar ações preventivas, comunicar as lideranças, notificar o evento ou near miss (quase erro), conforme orientação do

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

NSP. Deverão adotar também medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro, tais como: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos, uso de vestuário e calçados adequados (antiderrapante) e a movimentação segura dos pacientes.

INDICADORES

Deve-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:

Taxa de quedas hospitalares com dano;

Taxa de quedas ambulatoriais com dano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013 – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Manual Acreditação Internacional CBA/JCI – Padrões de Acreditação Hospitalar, 7ªed.

Ministério da Saúde. Anexo 01: Protocolo de prevenção de quedas - ANVISA. Brasilia, 2013.

Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos

Objetivo:

Garantir a segurança do paciente por meio de práticas seguras na prescrição, uso e administração de medicamentos, minimizando erros e prevenindo eventos adversos.

Responsável:

Médicos, enfermeiros, farmacêuticos e técnicos de enfermagem envolvidos na prescrição, dispensação e administração de medicamentos.

Área de Aplicação:

Todos os setores da instituição de saúde, incluindo ambulatórios, centros cirúrgicos e farmácia.

1. Prescrição Segura de Medicamentos:

Informações Essenciais:

A prescrição deve incluir o nome completo do paciente, número de registro, data, nome do medicamento (preferencialmente nome genérico), dosagem, via de administração, frequência e duração do tratamento.

Utilizar escrita legível, preferencialmente eletrônica, evitando abreviações, siglas ou códigos não padronizados.

Especificar unidades de medida de forma clara, evitando expressões ambíguas.

Sempre verificar a alergia do paciente antes de prescrever.

Revisão e Conferência:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Revisar a prescrição para evitar interações medicamentosas, duplicidade terapêutica e dosagens inadequadas.

Consultar o farmacêutico em caso de dúvidas ou necessidade de ajuste na prescrição.

2. Dispensação de Medicamentos:

Organização e Conferência:

Conferir a prescrição médica antes de separar o medicamento.

Verificar validade, integridade da embalagem e condições de armazenamento do medicamento.

Separar o medicamento em doses unitárias, quando aplicável, etiquetando com nome do paciente, nome do medicamento, dosagem e horário de administração.

Orientação ao Paciente:

Caso o medicamento seja dispensado para uso domiciliar, fornecer orientações claras e simples sobre o uso correto, horários e possíveis efeitos colaterais.

Garantir que o paciente ou cuidador compreenda a importância de seguir as instruções corretamente.

3. Administração Segura de Medicamentos:

Verificação dos 6 Certos:

Paciente certo: Confirmar a identidade do paciente antes de administrar o medicamento, utilizando pelo menos dois identificadores (ex. nome completo e data de nascimento).

Medicamento certo: Verificar o nome do medicamento na prescrição, embalagem e rótulo antes de administrar.

Dose certa: Confirmar a dosagem prescrita e preparar o medicamento na quantidade correta.

Via certa: Administrar o medicamento pela via indicada (oral, intravenosa, intramuscular, etc.).

Horário certo: Respeitar o intervalo e horário de administração conforme a prescrição.

Documentação certa: Registrar imediatamente após a administração, incluindo horário, dose e via de administração.

Prevenção de Erros:

Em caso de dúvida, não administrar o medicamento antes de esclarecer com o prescritor ou farmacêutico.

Redobrar a atenção ao administrar medicamentos de alta vigilância (ex.: insulina, anticoagulantes, opióides), realizando dupla checagem com outro profissional.

Evitar distrações e interrupções durante o preparo e administração de medicamentos.

4. Monitoramento e Registro:

Monitoramento do Paciente:

Observar o paciente após a administração do medicamento para identificar possíveis reações adversas ou alergias.

Em caso de reações adversas, notificar imediatamente o médico e registrar no prontuário do paciente.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Registro:

Documentar no prontuário todos os medicamentos administrados, incluindo horário, dose e possíveis reações.

Registrar omissões, atrasos ou recusas de medicamentos, justificando adequadamente.

5. Tratamento de Erros de Medicação:

Ação Imediata:

Caso ocorra um erro de medicação, interromper a administração e avaliar o paciente.

Notificar imediatamente o médico responsável e iniciar medidas corretivas, se necessário.

Notificação:

Preencher um relatório de incidente para análise pela equipe de segurança do paciente, sem omitir detalhes.

Implementar ações corretivas e preventivas para evitar a repetição do erro.

6. Educação Continuada:

Capacitação da Equipe:

Promover treinamentos periódicos sobre a segurança na prescrição, dispensação e administração de medicamentos.

Atualizar a equipe sobre novas diretrizes e práticas seguras relacionadas ao uso de medicamentos.

Simulações e Debates:

Realizar simulações de situações reais para identificar possíveis falhas no processo e desenvolver estratégias de melhoria.

Incentivar discussões abertas sobre incidentes e boas práticas de segurança.

7. Revisão e Melhoria Contínua:

Auditorias e Revisões:

Realizar auditorias periódicas das práticas de prescrição, dispensação e administração de medicamentos.

Analisar relatórios de incidentes e implementar melhorias nos processos.

Atualização do POP:

Revisar este POP anualmente ou sempre que novas diretrizes ou recomendações sejam publicadas.

Referências:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): Diretrizes de Boas Práticas para a Prescrição e Administração de Medicamentos.

Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH).

Revisão:

Este POP deverá ser revisado anualmente ou conforme necessidade identificada pela equipe de qualidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Este protocolo visa a garantir que todas as etapas do processo de prescrição, dispensação e administração de medicamentos sejam seguras, minimizando o risco de erros e garantindo a segurança dos pacientes.

Protocolo de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes e práticas para prevenir infecções de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos na Unidade, garantindo a segurança e a qualidade do atendimento.

2. Escopo

Aplica-se a todas as equipes cirúrgicas, incluindo cirurgiões, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais profissionais envolvidos no processo cirúrgico.

3. Responsabilidades

Equipe Cirúrgica: Seguir as normas de assepsia e antisepsia, realizar o preparo adequado do paciente e utilizar técnicas corretas durante o procedimento.

Equipe de Enfermagem: Assegurar a correta preparação do paciente e do ambiente cirúrgico, além de monitorar e manter as condições assépticas.

Equipe de Controle de Infecção: Monitorar a adesão ao protocolo, fornecer treinamento e atualizar as diretrizes conforme necessário.

4. Procedimentos

4.1 Preparo do Paciente

Avaliação Pré-operatória: Realizar avaliação completa do estado de saúde do paciente, incluindo controle de doenças comumente associadas a infecções.

Preparação da Pele: Realizar a higiene da pele com antissépticos (ex: clorexidina) no local da incisão, conforme as diretrizes.

Depilação: A depilação deve ser feita preferencialmente com máquinas elétricas e não com lâminas, para minimizar traumas na pele.

4.2 Preparação do Ambiente Cirúrgico

Limpeza e Desinfecção: O ambiente cirúrgico deve ser limpo e desinfetado adequadamente antes de cada procedimento.

Uso de Campo Estéril: Utilizar campos estéreis e trocar conforme necessário durante o procedimento.

4.3 Procedimento Cirúrgico

Antissepsia: Realizar antissepsia das mãos e uso de vestuário estéril por toda a equipe cirúrgica.

Técnica Cirúrgica: Minimizar o tempo de exposição e a manipulação desnecessária dos tecidos para reduzir o risco de infecção.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Controle de Temperatura Corporal: Manter a temperatura corporal do paciente estável, usando aquecedores, se necessário, para evitar hipotermia.

4.4 Cuidados Pós-operatórios

Monitoramento: Monitorar sinais de infecção (febre, vermelhidão, inchaço) e iniciar tratamento adequado quando necessário.

Cuidados com a Ferida: Assegurar que os curativos estejam limpos e secos e trocar os curativos de acordo com as diretrizes estabelecidas.

5. Controle e Monitoramento

Registro e Relatórios: Registrar todos os procedimentos realizados e as observações relacionadas a possíveis sinais de infecção.

Auditorias e Revisões: Realizar auditorias regulares para garantir a adesão ao protocolo e implementar melhorias baseadas em evidências e feedback.

6. Treinamento

Capacitação Contínua: Oferecer treinamentos regulares para a equipe sobre práticas de controle de infecção e atualizações no protocolo.

7. Documentação

Documentação de Procedimentos: Manter registros detalhados sobre os procedimentos realizados e as medidas de controle de infecção adotadas.

8. Referências

Diretrizes Nacionais e Locais: Seguir as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelas associações de controle de infecção.

Literatura Científica: Utilizar as melhores práticas e evidências científicas disponíveis para a prevenção de ISC.

Este protocolo deve ser revisto e atualizado periodicamente para garantir que reflita as melhores práticas e se ajuste às mudanças nas diretrizes e no contexto da Unidade.

Protocolo de Carro de emergência

OBJETIVO

Manter o carrinho de emergência abastecido com materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o atendimento do usuário em situações de urgências ou emergências médicas. Padronizar rotinas de controle, organização, checagem, reposição, testagem e limpeza do carro de emergência e de seus componentes acessórios (desfibrilador, laringoscópios e outros), oferecendo assistência segura, eficiente e de qualidade aos usuários atendidos.

SETORES RELACIONADOS

Centro Cirúrgico, Clínica Médico Cirúrgica e Pronto Atendimento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

DEFINIÇÕES E SIGLAS

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

SESMT: Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

MAT/MED: Materiais hospitalares e medicamentos

DESCRIÇÃO

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Formulário de conferência do carro de emergência, formulário carro de emergência da Clínica Médico Cirúrgica ou Carro de Emergência PA e Centro Cirúrgico, desfibrilador, jogo de laringoscópio.

RESPONSÁVEL

Farmacêutico, Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem.

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

Conferência e Testagem do Carro de Emergência

- Compor o carro de emergência (quanto a estrutura e componentes) na seguinte sequência: Base superior: Desfibrilador; caixa com os laringoscópios; caixa com materiais de vias aéreas/intubação; impressos de controles; Lateral: Tábua de compressão e cilindro de oxigênio; Gavetas:

1ª Gaveta: Medicamentos (Medicações)
2ª Gaveta: Materiais para Suporte Ventilatório
3ª Gaveta: Materiais para acesso intravascular, equipos, cateterismo vesical, gástrico e complementos (seringas, agulhas, etc...).
4ª Gaveta: Soluções

- Posicionar o carro de emergência equipado em local estratégico e de fácil acesso e mobilidade.
- Identificar as gavetas do carro de emergência com a descrição de suas respectivas composições (conforme tabela de 'Gavetas' acima).
- Permanecer lacrado/fechado o carro de emergência que não estiver em uso. A retirada do lacre deverá ocorrer mediante situações de atendimento às urgências e emergências clínicas, ou quando conferência e/ou auditoria.

Importante: As cores do lacre sinalizam se o carro de emergência possui alguma pendência, a saber:

LACRE AZUL: O carrinho de emergência está completo, não possui pendências.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

LACRE VERMELHO: O carrinho de emergência ou maleta de transporte está incompleto (a), possuem pendências.

As pendências (MAT/MED) deverão ser anotadas pelo farmacêutico no campo 'Pendências' no formulário de Conferência do Carro de Emergência, para que a equipe assistencial possa se informar que quais itens estão pendentes sem precisar abrir o carrinho ou ter que ficar solicitando estas informações na farmácia.

LACRE AMARELO: A maleta de transporte está completa, não possui pendências.

- Checar o carro de emergência e seus componentes acessórios periodicamente quanto à sua integridade/funcionamento:

Unidades do carro de emergência	Atividade	Periodicidade
Carro de emergência	Conferência dos lacres (controle diário de medicamentos e materiais).	Início de cada plantão (matutino, vespertino e noturno) - Enfermeiro
	Controle periódico dos medicamentos (quantidade e validade)	Quinzenalmente – Farmacêutico e Enfermeiro
	Controle periódico dos materiais (quantidade e validade)	Quinzenalmente – Farmacêutico e Enfermeiro
Desfibrilador	Teste funcional / qualificação do desfibrilador	1 vez por ano (1x/ano), em data pré-estabelecida pela engenharia clínica
	Revisão técnica	Início de cada plantão (matutino, vespertino e noturno)
Laringoscópios	Teste funcional do laringoscópio	Início de cada plantão (matutino, vespertino e noturno)
Cilindro de oxigênio	Conferência (quantidade e calibragem)	Início de cada plantão (matutino, vespertino e noturno)

- Substituir os medicamentos e materiais com prazo de validade a vencer até dois meses.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Manter os materiais de oxigenação submetidos à desinfecção de alto nível (exemplos: bolsa máscara ventilatória -AMBU; umidificador e máscaras de oxigênio) fiquem na caixa de vias aéreas situada sobre o carro de emergência, pelo fato de possuírem um prazo de 15 dias de validade.
- Realizar o teste funcional do laringoscópio considerando: lâmpada com boa iluminação; ajuste perfeito do cabo e da lâmina e limpeza.
- Realizar o teste funcional do desfibrilador de acordo com a marca do equipamento. Seguir as recomendações do fabricante. O desfibrilador deverá estar conectado à rede elétrica, continuamente. Se houver algum erro no teste, informar a Engenharia Clínica, para contato com serviço de manutenção técnica.
- Realizar limpeza e desinfecção concorrente/terminal do carro de emergência e do desfibrilador (carcaça, cabos, pás e monitor) com compressa úmida bem torcida com pouco sabão neutro (limpeza), seguido de compressa úmida bem torcida (remoção do sabão e resíduos), finalizando com compressa limpa embebida em álcool 70% (desinfecção), exceto no visor do monitor. Observação: *Equipamento sensível à umidade e à produtos corrosivos.*
- Submeter o carro de emergência as rotinas de limpezas concorrente e terminal, nos prazos definidos:

Unidades do Carro de Emergência	Limpeza/Desinfecção Concorrente	Limpeza/Desinfecção Terminal
Carro de emergência	- 1 vez por dia (externamente)	- 1 vez por mês (externo e interno)
Desfibrilador	- 1 vez por dia	-
Laringoscópios	- 1 vez a cada plantão	-

- Realizar a desinfecção concorrente do laringoscópio (diária) com compressa embebida com álcool 70%, concomitantemente, a sua testagem funcional. Caso seja detectado falhas, verificar se a causa está relacionada ao ajuste do cabo com a lâmina; à pilha ou à lâmpada (queimada ou mau ajustada). Os laringoscópios com mau funcionamento estrutural e lâmpada queimada deverão ser encaminhados ao Serviço de Engenharia Clínica, para reparos.
- Armazenar os laringoscópios testados e desinfetados em uma caixa limpa e seca, situada sobre a base superior do carro de emergência.
- Manter os registros de controle e testagem do carro de emergência e de seus componentes acessórios em impressos específicos.
- Dispor na base superior do carro de emergência a listagem dos itens (descrição e quantidade dos medicamentos e materiais) presentes no carro de emergência, assim como os impressos de controle e testagem.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Reposição do carro de emergência

- Realizada a conferência do carro de emergência sempre após o uso.
- Solicitar a prescrição médica para a reposição dos medicamentos.
- Encaminhar para a farmácia a lista dos insumos utilizados (item e quantidade) juntos com a prescrição médica.
- Aguardar a farmácia repor os materiais e medicamentos no carro de emergência no setor.
- Identificar no Formulário de Registro de Controle a data, hora, número do lacre que foi violado e o nome do enfermeiro e farmacêutico, e se houver alguma observação.
- Realizar limpeza e desinfecção terminal do carro de emergência e de seus componentes acessório logo ao término do atendimento.
- Lacrar na alça do carrinho.
- Realizar registos pertinentes no Livro de Intercorrências.

Obs.: Caso não seja possível toda a reposição dos materiais/medicamentos antes da passagem de plantão, o enfermeiro responsável deverá lacrar as gavetas, registrar os materiais e medicamentos repostos e não repostos, e informar ao enfermeiro do plantão subsequente, que se responsabilizará pela reposição.

5.4 – AVALIAÇÃO

Garantir o correto abastecimento do carrinho de emergência nas unidades.

Protocolo de Acidente de trabalho com material biológico

Protocolo Operacional Padrão (POP)

Título: Acidente de Trabalho com Material Biológico

Objetivo:

Estabelecer procedimentos a serem adotados imediatamente após a ocorrência de acidentes de trabalho envolvendo exposição a material biológico, visando minimizar riscos de infecções e garantir a segurança e saúde do trabalhador.

Responsável:

Todos os profissionais de saúde e colaboradores da instituição, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, pessoal de limpeza, e outros que possam ter contato com material biológico.

Área de Aplicação:

Todos os setores da instituição de saúde, incluindo centros cirúrgicos, laboratórios e áreas de suporte.

1. Definições:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Material Biológico: Sangue, secreções, excreções, fluidos corporais, tecidos e outros materiais biológicos que possam estar contaminados com agentes infecciosos.

Acidente de Trabalho: Qualquer evento não intencional relacionado ao exercício do trabalho que resulte em exposição a material biológico, como cortes, perfurações, contato com mucosas ou pele não íntegra.

2. Procedimentos Imediatos Após o Acidente:

Lavar o Local Atingido:

Feridas Perfurocortantes: Lavar imediatamente a área afetada com água e sabão. Não espremer o local.

Contato com Mucosas (Olhos, Boca): Lavar abundantemente com soro fisiológico ou água corrente.

Contato com Pele Não Íntegra: Lavar a área exposta com água e sabão.

Notificar o Acidente:

Informar imediatamente o acidente ao superior hierárquico e ao setor de Segurança e Saúde do Trabalho (SESMT) ou Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Registrar o acidente em formulário próprio, especificando o tipo de exposição, material envolvido, e circunstâncias do acidente.

3. Atendimento Médico Imediato:

Avaliação Inicial:

Procurar imediatamente atendimento médico no serviço de saúde ocupacional ou pronto atendimento da instituição.

O médico deverá avaliar o tipo de exposição, a gravidade do acidente, e o risco de infecção pelo HIV, Hepatite B, Hepatite C, ou outros agentes infecciosos.

Profilaxia Pós-Exposição (PEP):

Iniciar profilaxia pós-exposição conforme protocolo médico, se indicada. O início da PEP deve ocorrer o mais rapidamente possível, preferencialmente dentro de 2 horas após a exposição.

Para exposições a HIV, iniciar a PEP com antirretrovirais conforme protocolo da instituição.

Para exposições a Hepatite B, avaliar a necessidade de imunoglobulina e vacinação.

4. Investigação do Acidente:

Avaliação do Material Biológico:

Identificar o paciente-fonte e, se possível, realizar testes laboratoriais para HIV, Hepatite B e Hepatite C, com consentimento informado.

Caso o paciente-fonte seja desconhecido ou se recuse a realizar os testes, tratar a exposição como de alto risco e seguir os protocolos adequados.

Análise do Acidente:

O SESMT e/ou CCIH devem investigar as circunstâncias do acidente, identificar as causas, e propor medidas preventivas para evitar novos incidentes.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Registrar o acidente de trabalho no sistema de registro da instituição e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), quando aplicável.

5. Acompanhamento e Monitoramento:

Exames de Seguimento:

Realizar exames laboratoriais de seguimento no trabalhador exposto, conforme orientações médicas, em 30 dias, 3 meses e 6 meses após o acidente, ou conforme o protocolo da instituição.

Monitorar a adesão ao tratamento profilático e possíveis efeitos adversos.

Apoio Psicológico:

Oferecer suporte psicológico ao trabalhador, se necessário, para lidar com o impacto emocional do acidente e a ansiedade relacionada ao risco de infecção.

Acompanhamento de Longo Prazo:

Continuar o acompanhamento do trabalhador até a completa resolução do caso, com alta médica após o período de monitoramento e a exclusão de qualquer infecção adquirida.

6. Medidas Preventivas:

Treinamento Contínuo:

Realizar treinamentos periódicos com os profissionais de saúde sobre prevenção de acidentes com material biológico, uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), e práticas seguras de manipulação de materiais.

Promover campanhas educativas sobre a importância da vacinação contra Hepatite B e adesão aos protocolos de segurança.

Revisão de Protocolos:

Revisar e atualizar regularmente os protocolos de prevenção e manejo de acidentes com material biológico, em conformidade com as melhores práticas e normativas vigentes.

Garantir a disponibilidade e o acesso fácil a EPIs adequados em todos os setores da instituição.

Referências:

Ministério da Saúde: Manual de Condutas em Exposição Ocupacional a Material Biológico.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): Boas Práticas de Segurança em Serviços de Saúde.

Revisão:

Este POP deve ser revisado anualmente ou sempre que houver mudanças nas diretrizes ou protocolos de segurança.

Este POP visa a garantir a resposta rápida e adequada em caso de acidentes de trabalho com material biológico, minimizando os riscos de infecções e promovendo a segurança e bem-estar dos profissionais de saúde.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Protocolo de Comunicação Efetiva

1. OBJETIVO

Garantir que a comunicação transmitida do emissor para o receptor seja compreendida sem ruído e falhas, resultando na execução correta da atividade ou ação comunicada, desta forma, espera-se que todo o processo de troca de informação entre pessoas deverá resultar em compreensão sobre o que está sendo comunicado nas Unidades de prestação de serviços do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH).

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os profissionais e colaboradores que prestam assistência direta ou indiretamente aos pacientes em qualquer nível de atenção do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH).

3. DESCRIÇÃO

Na saúde um dos desafios para garantir a segurança do paciente nos ambientes de atendimento é enfatizar a comunicação efetiva como meta a ser atingida pela equipe interdisciplinar, garantindo uma assistência de qualidade, gerando impacto direto sobre os resultados, como também, proporcionar um ambiente de trabalho harmonioso com assistência livre de danos. Uma vez que há falhas nos processos de comunicação eletrônica, verbal e escrita essas são reconhecidas como contribuintes para a ocorrência de eventos adversos, inclusive de óbitos.

Melhorar a comunicação entre profissionais é meta do Programa Nacional de Segurança do Paciente e elemento essencial para a qualificação do cuidado. A comunicação eficaz, oportuna, precisa, completa, inequívoca e compreendida pelo receptor, reduz erros e resulta em uma melhor segurança do paciente. A comunicação pode ser eletrônica, verbal ou escrita. As circunstâncias de cuidado ao paciente que podem ser criticamente afetadas pela má comunicação incluem ordens de cuidado verbal e telefônico, comunicação verbal e telefônica de resultados críticos de exames e comunicação de transição de cuidados.

Alguns serviços de alta confiabilidade, como a aviação, mostraram que a adoção de ferramentas e comportamentos padronizados na busca da comunicação efetiva são estratégias muito eficazes para melhorar o trabalho em equipe e reduzir o risco. Diante disso, percebe-se que é possível adotar comportamentos e habilidades necessárias implementar a comunicação e a mudança na cultura organizacional em segurança do paciente nas Unidades de Saúde.

Este documento tem o intuito de auxiliar os profissionais de saúde a reconhecerem os momentos críticos existentes na comunicação entre as equipes de saúde e sistematizar as ações para melhoria dos processos de comunicação entre os profissionais.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

As unidades de saúde do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH) deverão implantar procedimentos operacionais específicos em determinados pontos de atenção da assistência a fim de alcançar a melhoria da efetividade na comunicação. São eles:

a) Passagem de Plantão:

As comunicações de transição de cuidados também podem ser referidas como comunicações de transferências.

Trata-se de um momento crucial do processo assistencial para garantir a continuidade do cuidado e organizar processos assistenciais. Importante ponderar que a relação entre os profissionais proporciona repercussões na cultura de segurança. Trabalhar a comunicação nessas relações implica em rompimento de barreiras de poder, compartilhar conhecimento e decisões, transferir o foco do profissional ao paciente e transformar o saber individual em coletivo.

Transições de cuidado ao paciente dentro da Unidade ocorrem:

• entre profissionais de saúde (por exemplo, médico para médico, médico para enfermeiro, enfermeiro para enfermeiro, e assim por diante);

• entre diferentes departamentos na Unidade;

• de unidades de internação para departamentos de diagnóstico ou outros tratamentos, como radiologia;

• entre profissionais e pacientes/familiares, como na alta. Recomenda-se a utilização de ferramentas para a transferência de informações na transição do cuidado. Exemplo: - SBAR, - IPASS e/ou formulário próprio.

b) Registro em Prontuário:

Garantir o registro assertivo, uma vez que informações legítimas são indispensáveis para uma assistência segura. Portanto, torna-se necessário que os registros em prontuários sejam completos, atualizados, precisos, fidedignos, legíveis e com terminologia própria da profissão.

Todos os documentos devem ser assinados com nome e carimbo do profissional que prestou o cuidado, bem como ser impressos em casos de a unidade não dispor de 100% de assinatura digital.

Registrar todas as atividades assistenciais prestadas ao paciente no Sistema de Prontuário Eletrônico (evoluções de profissionais, formulários próprios, etc.) e nas contingências utilizar os formulários manuais.

Ao utilizar siglas e abreviaturas, estas deverão respeitar a lista padronizada pela instituição administrada pelo Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano (INDSH).

Preencher os formulários institucionais padronizados para notificação de eventos adversos.

Notificar os eventos adversos relacionados as falhas na comunicação entre os profissionais de saúde no Notivisa.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

c) Resultado de exames com valores críticos/pânico:

Um resultado crítico é definido como uma variância da faixa padrão que representa um estado fisiopatológico de alto risco ou risco de vida, e é considerado de natureza urgente ou emergente, e no qual é provável que a ação médica imediata seja necessária para preservar a vida ou prevenir uma ocorrência catastrófica.

Isso é diferente de um resultado padrão, que é definido como um resultado que está fora do intervalo esperado para o exame, mas não é uma ameaça de vida urgente ou emergente.

Os exames diagnósticos incluem todos os exames, como laboratório, imagem e de diagnósticos, como os cardíacos. Os resultados críticos também podem ser produzidos a partir de quaisquer exames diagnósticos realizados na Unidade, como exames de ponto de cuidado (point of care testing), imagens portáteis e eletrocardiogramas.

Os exames diagnósticos que produzem resultados de exame que podem indicar uma ameaça à vida são diferentes do monitoramento eletrônico contínuo, como telemetria cardíaca ou eletroencefalograma contínuo. O monitoramento eletrônico contínuo é uma ferramenta de avaliação clínica usada para detectar alterações na condição do paciente, que podem identificar uma ameaça à vida, mas não foi projetada para produzir um resultado crítico definido.

d) Comunicação de resultados críticos para exames de imagem e diagnóstico:

São definidos como resultados críticos os achados de imagem clinicamente importantes, como achados de gravidade que estejam relacionados a ameaça à vida do paciente, os quais demandam ações urgentes; ou como achados não esperados, que são achados que podem alterar significativamente a vida do paciente.

Cabe ao médico responsável pela elaboração do laudo e identificação da alteração, garantir que o médico assistente do paciente seja devidamente comunicado, conforme lista elaborada pelo Instituto.

e) Ordem Verbal e Telefônica:

A comunicação efetiva é bidirecional. Para que ela ocorra com segurança, é necessário que haja resposta e validação das informações emitidas. A técnica "leia de volta" (read-back), ou repita o que foi dito.

Nela, o profissional anota a informação recebida e repete para a pessoa que a transmitiu, de modo a confirmar que a compreendeu corretamente. Ouvir e repetir para o interlocutor a informação/ordem/prescrição recebida. Em caso de dúvidas, não proceder.

Registrar em prontuário, assim que possível, as informações transmitidas verbalmente.

Adotar relatórios orais gravados, relatórios escritos ou relatórios de troca de turnos, a fim de disseminar informações sobre os pacientes entre os profissionais da equipe e evitar a ocorrência de eventos adversos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Atenção: As prescrições verbais ou telefônicas só poderão ocorrer em situações de emergência, medidas de segurança devem ser implementadas, como repetir em voz alta, de modo completo, a informação dada pelo emissor, com posterior documentação escrita.
Cada Instituto deverá ter uma lista de itens PROIBIDOS para ordens verbais (ex. drogas vasoativas, antineoplásicos, anestésicos, etc.).

f) Práticas seguras para uma comunicação eficaz incluem:
Limitar a comunicação verbal de prescrição ou medicamentos a situações urgentes em que a comunicação imediata escrita ou eletrônica não seja viável. Por exemplo, ordens verbais podem ser proibidas quando o prescritor está presente e o prontuário do paciente está disponível. As ordens verbais podem ser restritas a situações em que é difícil ou impossível para transmissão de cópia impressa ou eletrônica, como durante um procedimento com material estéril.
Elaboração de diretrizes para solicitação e recebimento de resultados de exames (imagem e laboratorial) em base emergencial ou STAT (usado como diretiva para o pessoal médico durante uma situação de emergência, é da palavra latina statim, que significa "instantaneamente" ou "imediatamente"), identificação e definições de exames críticos e valores críticos, a quem e por quem os resultados críticos dos exames são relatados, e monitoramento da conformidade.
Anotar, ou entrar em um computador, o pedido completo ou o resultado do exame pelo receptor das informações; o receptor lendo de volta o pedido ou o resultado do exame; e o emissor confirmando que o que foi escrito e lido de volta é preciso. Podem ser identificadas alternativas admissíveis para quando o processo de ler de volta (read-back) pode ser sempre possível.
Utilização de conteúdo padronizado e crítico para comunicação entre paciente, família, profissional de saúde e outros envolvidos no cuidado do paciente durante a transição do cuidado do paciente.
Utilização de métodos, formulários ou ferramentas padronizadas para facilitar transições consistentes e completas do cuidado do paciente.

4. INDICADORES

Deve-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:
a) Taxa de conformidade na comunicação de resultados críticos (ANEXO 2);
b) Taxa de conformidade no processo de passagem de plantão (ANEXO 3).

5. REFERÊNCIAS

RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013 – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 7ª edição.
Clinical & professional reference guides. CLR 2023-2024 • MLO • www.clr-online.com.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Conselho Federal de Medicina CFM - Parecer CFM nº 20/2019.

6. HISTÓRICO DE REVISÕES

VERSÃO	*DATA*	*DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO*

7. ANEXOS

ANEXO 1:

Figura 1: Valores quantitativos em sangue de adultos e crianças que devem ser imediatamente comunicados ao médico solicitante ou responsável pelo paciente.

• BIOQUÍMICA

Parâmetro	**Valor**	**Interpretação**
Ácido úrico	> 13 mg/dL (773 mmol/L)	Nefropatia aguda por Ácido úrico, com bloqueio tubular à insuficiência renal. Em tal circunstância, o quociente Ácido úrico/Creatinina na urina (de uma micção) é > 1,0 mg/mg.
Amilase	> 200 U/L	Aneurisma aórtico abdominal, pancreatite crônica, obstrução do ducto biliar, obstrução intestinal, infecção supurativa, abcesso hepático, câncer hepático.
Aminotransferases	> 1.000 U/L	Dependendo da população que é atendida no consultório, deve ser feita a comunicação.
Amoníaco	> 100 mg/dL (59 mmol/L)	Perigo de encefalopatia hepática. Os estados comatosos iniciam habitualmente a partir de > 300 mg/dL (176 mmol/L).
Antitrombina (AT)	< 50%	Existe uma deficiência considerável de inibidor, o qual, em presença de uma atividade aumentada de pró-fatores da coagulação, constitui um alto risco de complicações tromboembolíticas.
Bicarbonato sérico	< 10 mEq/L > 40 mEq/L	Embolia gordurosa, falência renal.
Bilirrubina	> 15 mg/dL (257 mmol/L)	Enfermidade hepatobiliar,produzida predominantemente por vírus hepatotrópico, de origem infeccioso com perigo de contágio.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Cálcio iônico	> 6,3 mg/dL (1,60 mmol/L) < 3,1 mg/dL (0,78 mmol/L)	O cálcio iônico se encontra em um nível de concentração que pode levar à tetania hipocalcêmica.
Cálcio total	> 14 mg/dL (3,5 mmol/L) < 6,6 mg/dL (1,65 mmol/L)	Perigo de crises hipercalcêmicas, que evolui com sintomas tais como déficit de volume, encefalopatia metabólica e sintomas gastrointestinais.
Cloro	< 75 mmol/L > 125 mmol/L	Indica uma alcalose metabólica considerável. Indica uma acidose metabólica primária maciça ou pseudo-hipercloremia, em caso de intoxicação por brometos.
Creatinina	> 7,4 mg/dL (654 mmol/L)	Insuficiência renal aguda, por exemplo, devido a uma insuficiência multi órgãos ou de uma sepse.
Creatinoquinase (CK)	> 1000 U/L	Dependendo da população que é atendida no consultório, deve ser feita a comunicação.
CK-MB atividade	> 125 UI (37º C)	Infarto do miocárdio, embolia pulmonar, trauma cardíaco.
Dímeros D	Positivo	Em presença de uma coagulação intravascular disseminada (CID), a detecção de dímeros D indica a presença de Fase II – ativação descompensada do sistema hemostático ou de fase III – quadro clínico completo de CID.
Digoxina Digitoxina	> 2,00 mg/L (2,56 nmol/L) > 40 mg/L (52 nmol/L)	Sintomas extra cardíacos tais como cansaço debilidade muscular, náusea, vômitos, letargia, cefaléia, assim como, outros sintomas tais como arritmia sinusal, bradicardia, distintos graus de bloqueio da condução aurículo ventricular.

Fosfato inorgânico	< 1,0 mg/dL (0,32 mmol/L) > 9,0 mg/dL (2,9 mmol/L)	Debilidade muscular, dores musculares, sintomas do sistema central, tais como desorientação, confusão, convulsões, coma, insuficiência respiratória com acidose metabólica. Estes valores aparecem nas síndromes de lise tumoral aguda e na insuficiência renal terminal.
Glicose	Adultos: < 45 mg/dL (2,5 mmol/L) > 450 mg/dL (25 mmol/L)	Sintomas neurológicos de hipoglicemia, que podem estender-se desde uma diminuição da função cognitiva até a inconsciência. Coma diabético devido à falta de Insulina. Desenvolvimento de uma diurese osmótica com desidratação grave e cetoacidose diabética (Ácido B-hidroxibutírico > 5).
Lactato	> 31 mg/dL (3,4 mmol/L)	Indicador de uma hiperlactacidemia do Tipo A, que causa uma diminuição no recebimento de O_2 nos tecidos. O metabolismo do Ácido Pirúvico deixa de ser oxidativo, para ser predominantemente redutor.
Lactato deshidrogenase (LDH)	> 1.000 U/L	Dependendo da população que é atendida no consultório, deve ser feita a comunicação.
Lipase	> 700 U/L	Indica uma pancreatite aguda.
Magnésio	< 1,0 mg/dL (0,41 mmol/L) > 4,9 mg/dL (2,02 mmol/L)	Níveis baixos são encontrados na má absorção, suplementação insuficiente, hipervolemia, hiperaldosteronismo, hipertireoidismo, hipoparatireoidismo, uso de digitálicos, diuréticos e cisplatina. Níveis elevados são encontrados na insuficiência renal, uso de medicamentos com magnésio, doença de Addison, desidratação e cetoacidose diabética. Cerca de 40% dos pacientes com hipocalemia tem hipomagnesemia concomitante.
Mioglobina	> 110 ng/mL	Suspeita de infarto do miocárdio em pacientes com angina pectoris.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Osmolalidade	< 240 mOsm/kg de H_2O > 330 mOsm/kg de H_2O	Edema celular com aumento do volume celular e aparecimento de sintomas neurológicos e psiquiátricos. Significa uma intensa hiperviscosidade do sangue. A resistência ao fluxo circulatório está elevada; situação de ameaça de insuficiência cárdio circulatória.
pCO_2	< 19 mm Hg (2,5 kPa) > 67 mmHg (8,9 kPa)	Hiperventilação. Hipoventilação.
pH	< 7,2 ou > 7,6	Estes valores caracterizam uma acidose ou uma alcalose grave e descompensada. Eles representam perigo de vida.
pO_2	Adultos: < 43 mm Hg (5,7 kPa)	Estes valores correspondem a uma saturação de oxigênio da Hemoglobina inferior a 80% e, portanto, deve ser considerado como perigo para a vida.
Potássio	< 2,8 mEq/L > 6,2 mEq/L	Obstrução intestinal, acidose metabólica, infecção aguda, necrose tubular aguda, falência cardíaca congestiva.
Sódio	< 120 mEq/L > 160 mEq/L	Indica um intenso transtorno da tonicidade (distribuição da água entre o espaço intracelular e extracelular) devido a um distúrbio do mecanismo da sede e/ou do hormônio antidiurético, da ingestão de água ou da capacidade de concentração e diluição renais. Os sintomas clínicos de uma hiponatremia intensa se devem a um déficit de volume. As manifestações principais de uma hipernatremia traduzem transtornos do sistema nervoso central, como por ex. desorientação, aumento da irritabilidade neuromuscular com espasmos e ataques convulsivos.
Tiroxina (T4) livre Triiodotironina (T3) total	> 3,5 ng/dL (45 pmol/L) > 300 ng/dL (3861 pmol/L)	Valores indicadores de uma tireotoxicose, um estado clínico e laboratorial no qual os tecidos são submetidos a uma hiperconcentração de hormônios tireoidais ou que reagem frente a eles. Suas causas podem ser: doença de Graves, tumores trofoblásticos, adenoma hiperfuncionante da glândula tireoide, bócio nodular tireotóxico e, raras vezes, uma hiperprodução de hormônio tireoestimulante (TSH).

Troponina T Troponina I	> 0,1 ng/mL > 1,6 ng/mL	Indica um infarto do miocárdio ou uma angina pectoris instável.
Ureia Nitrogênio ureico	> 214 mg/dL (35,6 mmol/L) > 100 mg/dL	Indicativo de insuficiência renal aguda, com aumento proporcional da Ureia e Creatinina. Nas alterações pré-renal e pós-renal, os aumentos da Ureia e da Creatinina não são proporcionais.

HEMATOLOGIA

Parâmetro	**Valor**	**Interpretação**
Contagem de leucócitos	< 2.000 /µL > 37.000 /µL	Perigo elevado de infecção, quando a contagem de granulócitos for < 500/µL. Indica uma reação leucemóide, com por ex., em presença de uma sepse ou de uma leucemia.
Contagem de plaquetas	Adultos: < 37.000 /uL > 910.000 /uL	Perigo de sangramento. Hemorragia aguda. Descartar uma trombocitopenia induzida por EDTA Perigo de trombose.
Fibrinogênio	< 0,8 g/L	Perigo de sangramento.
Hematócrito	< 18 vol% > 61 vol%	Corresponde a uma concentração de Hemoglobina < 6,0 g/dL. O miocárdio recebe uma quantidade insuficiente de oxigênio. Significa uma intensa hiperviscosidade do sangue. A resistência ao fluxo circulatório está elevada; situação de ameaça de insuficiência

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Hemoglobina	< 6,6 g/dL > 19,9 g/dL	Os tecidos recebem insuficiente quantidade de oxigênio. Equivale a um hematócrito de 61% e produz uma síndrome de hiperviscosidade.
Monômeros de fibrina	Positivo	Indica uma coagulopatia de consumo, devido a uma coagulação intravascular disseminada (CID) como consequência de uma sepse, estado de choque, politraumatismo, pancreatite aguda, complicação obstétrica.
Tempo de Protrombina	> 27 segundos ou 3 vezes o nível normal	Risco de hemorragia.
Tempo de Tromboplastina parcial ativada (aPTT)	75 segundos	Deficiência ou inativação dos fatores VIII, IX, XI ou XII, com perigo de sangramento. Se o paciente estiver sob tratamento com Heparina, existe o perigo de sangramento se o aPTT estiver aumentado a um valor equivalente de mais de 2,5 vezes o limite superior do valor de referência.

Figura 2: Valores quantitativos em sangue de recém-nascidos, e que devem ser comunicados imediatamente ao médico solicitante ou responsável pelo paciente.

Parâmetro	**Valor**	**Interpretação**
Bilirrubina	> 14 mg/dL (239 mmol/L)	No primeiro dia de vida, indicador de doença hemolítica do recém-nascido; perigo de encefalopatia por bilirrubina.
Contagem de leucócitos	< 5.000 /µL > 25.000 /µL	Valores fora destes limites podem indicar a presença de uma infecção neonatal.
Contagem de Plaquetas	< 100.000 /µL	Em recém-nascido de peso normal, um resultado deste deve ser investigado. Em recém-nascido com peso inferior a 2.500 g, o valor limite é de 50.000/µL.

Glicose	< 30 mg/dL (1,7 mmol/L) > 325 mg/dL (18 mmol/L)	Hipoglicemia devido a transtorno congênito ou hiperinsulinismo devido à diabetes mellitus da mãe. A concentração de glicose < 25 mg/dL (1,3 mmol/L) deve ser tratada mediante administração parenteral de Glicose. Deve ser investigada com urgência sua causa.
Hematócrito	< 33% (v/v) > 71% (v/v)	Indicador de uma anemia que pode levar a uma insuficiência de O_2 aos tecidos. Hiperviscosidade sanguínea com aumento da resistência circulatória.
Hemoglobina	< 9,5 g/dL > 23 g/dL	Perigo de um transtorno dos órgãos, especialmente quando existe ao mesmo tempo uma combinação de isquemia e hipóxia. Cinética de fluxo anormal (hiperviscosidade), com aumento da resistência periférica vascular da circulação e sobrecarga funcional cardíaca.
IgM	> 20 mg/dL	Uma concentração de IgM mais alta que o limite pode ser devido uma infecção intrauterina.
pO_2	< 37 mmHg (4,9 kPa)	Saturação de Oxigênio da Hemoglobina a valores abaixo de 85%.
Potássio	< 2,6 mmol/L > 7,7 mmol/L	Aparecimento de sintomas neuromusculares com hiporeflexo e parálisis da musculatura respiratória. Suas repercussões clínicas são os transtornos do ritmo cardíaco, debilidade da musculatura esquelética e paralises respiratória.
Proteína C Reativa	> 5 mg/L	Indica uma sepse neonatal.

Figura 3: Resultados de laboratório qualitativos críticos que devem ser comunicados imediatamente ao médico solicitante ou responsável pelo paciente.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Parâmetro	Interpretação
Contagem diferencial dos leucócitos	Reação leucemóide; Suspeita de leucemia; Suspeita de aplasia; Presença de células falciformes; Presença de agentes da malária.
Exames microbiológicos	Detecção de microrganismos por coloração de Gram ou por cultura de exsudatos e transudatos procedentes de cavidades corpóreas; Detecção de antígenos de agentes infecciosos, por provas rápidas como a aglutinação pelo látex, imunofluorescência ou EIE. Ex. Estreptococos do grupo B, *Legionelas, Pneumocistis carinii, Cryptococus*, Vírus das Hepatites, etc; Detecção de BAAR ou demonstração de M. tuberculosis depois de amplificação (PCR); Detecção por cultura de salmonelas, *Shigelas, Campilobacter, C. dificile,* *C. perfingens, N. gonorrhoeae, B. pertussis, N. menigitides, C. diphiteriae, assim como fungos como Aspergilus, Blastomyces, Coccidioides, Histoplasma, Cryptococcus*; Detecção de anticorpos contra o HIV; Hemocultura positiva.
Líquido cefalorraquidiano	Aumento da contagem das células; Leucocitose > 10/mm3, presença de células malignas; Glicose mais baixa que no soro; Lactato > 20 mg/dL (2,2 mmol/L); Detecção de microrganismos por coloração de Gram ou por prova de aglutinação; Proteína Total: > 45 mg/dL.
Sorologia	Reação Cruzada incompatível; Teste de antiglobulina direto e indireto (Coombs) positivo em espécime de rotina; Teste de Coombs positivo em cordão umbilical; Títulos de hemácias alo-anticorpos significativos durante a gravidez; Reação de Transfusão mostrando incompatibilidade de sangue transfundido; Teste positivo confirmado para hepatite, sífilis e HIV; Aumento dos níveis de anticorpos para agentes infecciosos.
Urina	Reação fortemente positiva para glicose e acetona, nas tiras reativas; Presença de cilindros eritrocitários ou > 50% de eritrócitos deformados; Hemoglobinúria sem eritrócitos no exame microscópico; Detecção de drogas.

ANEXO 2:

Nome do Indicador	Taxa de conformidade na comunicação de resultados críticos
Categoria	Resultado
Objetivo	A finalidade deste indicador é garantir que os valores críticos laboratoriais e/ou de imagem e diagnostico sejam reportados ao solicitante o mais rápido possível.
Fonte dos dados	Auditorias e/ou Prontuário do paciente
Definição de termos	São resultados de exames clínicos alterados que demandam conduta médica imediata, pois indicam o risco iminente à vida do paciente

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Definição do indicador	Nesse indicador são avaliadas as oportunidades de passagem de valores críticos para as áreas assistenciais e a transição de cuidados dividido pelo número de oportunidades observadas multiplicada por 100.
Numerador	Número total de conformidade na comunicação de resultados críticos
Denominado	Número total de oportunidades avaliadas
Interpretação	Quanto MAIOR melhor
Meta	Aumentar em 50% a conformidade de comunicação de resultados críticos.
Referência bibliográfica	RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013 – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 7ª edição.

ANEXO 3:

Nome do Indicador	Taxa de conformidade no processo de passagem de plantão
Categoria	Resultado
Objetivo	Favorecer comunicação eficaz, oportuna, compreendida pelo receptor e contemple somente um conteúdo relevante e crítico a clínica do paciente de forma padronizada.
Fonte dos dados	Auditorias e/ou Prontuário do paciente
Definição de termos	A passagem de plantão deve ocorrer entre profissionais, entre diferentes níveis de cuidado, entre profissionais e paciente, etc.
Definição do indicador	Nesse indicador são avaliadas as oportunidades de passagem de plantão entre profissionais, entre setores e externamente dividido pelo número de oportunidades observadas multiplicada por 100.
Numerador	Número total de conformidade no processo de passagem de plantão
Denominado	Número total de oportunidades avaliadas
Interpretação	Quanto MAIOR melhor

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Meta	Aumentar em 50% a conformidade do processo de passagem de plantão
Referência bibliográfica	RDC n.º 36, de 25 de julho de 2013 – Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 7ª edição.

Rotinas Operacionais para a UPA

1. Funcionamento da Unidade

Horário de Atendimento: 24 horas do dia, ininterruptamente, , inclusive pontos facultativos, dias sem expediente e feriados.

Funcionamento: 24 (vinte e quatro) horas do dia, ininterruptamente, inclusive pontos facultativos, dias sem expediente e feriados.

2. Controle de Acesso

Procedimento:

Manter o controle de acesso na portaria, registrando entradas e saídas de pacientes, acompanhantes e colaboradores.

Garantir que todos os visitantes e acompanhantes sejam identificados através de crachás ou etiquetas.

3. Higienização e Segurança

Procedimento:

Estabelecer cronograma de limpeza e limpeza das áreas comuns e salas de exame.

Garantir que a equipe siga os protocolos de biossegurança durante a realização de exames e atendimento aos pacientes.

4. Capacitação da Equipe

Objetivo: Promover capacitação contínua da equipe em atendimento humanizado e protocolos assistenciais.

Procedimento:

Realizar treinamentos periódicos sobre comunicação com pacientes, gerenciamento de intercorrências e atendimento a pacientes com necessidades especiais.

Avalie e revise os protocolos regularmente com a equipe para garantir sua efetividade.

Os protocolos assistenciais e rotinas operacionais estabelecidas para a Unidade visam garantir um atendimento de saúde de qualidade, promovendo segurança, eficácia e humanização no cuidado com os pacientes. A implementação desses protocolos deve ser monitorada e ajustada

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

em conformidade com as necessidades da população atendida e as diretrizes do serviço de saúde.

A UPA deverá manter o serviço em funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, ininterruptamente, inclusive pontos facultativos, finais de semana e feriados.

3 - GERENCIAMENTO QUALIDADE

3.1 Política de Gestão da Qualidade

A **gestão da qualidade em uma UPA** é essencial para garantir um atendimento seguro, eficiente e centrado no paciente, especialmente em um ambiente de alta demanda como o da urgência e emergência. A seguir, destacamos as principais ações e metodologias aplicadas no contexto da qualidade:

1. Monitoramento de Indicadores de Desempenho

Acompanhamento contínuo de indicadores assistenciais, operacionais e administrativos.

Exemplos:

Tempo médio de atendimento.

Taxa de retorno em até 24h.

Taxa de satisfação do usuário.

Taxa de absenteísmo.

2. Auditoria Interna e Avaliação de Conformidade

Avaliações sistemáticas para verificar a aderência aos protocolos, normas e legislações.

Identificação de não conformidades e proposição de melhorias.

Apoio à **Acreditação de Serviços de Saúde**, quando aplicável.

3. Implantação e Monitoramento de Protocolos Assistenciais

Protocolos de classificação de risco, dor torácica, AVC, sepse, entre outros.

Protocolos de segurança do paciente (medicação, identificação correta, prevenção de quedas, etc.).

Protocolos clínicos baseados em diretrizes do **Ministério da Saúde** e da **Organização Mundial da Saúde (OMS)**.

4. Educação Permanente e Treinamentos

Capacitações regulares da equipe multiprofissional.

Simulados de emergência e treinamentos de acolhimento e classificação de risco.

Avaliação de competências e atualização baseada em evidências científicas.

5. Gestão Participativa e Comunicação Efetiva

Reuniões regulares com as equipes assistenciais e administrativas.

Incentivo à cultura do feedback, notificações e escuta ativa dos colaboradores.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Uso de ferramentas como a Análise de Causa Raiz (ACR) e Ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act).

6. Gestão de Suprimentos e Assistência Farmacêutica

Controle de estoque com base no consumo real.

Padronização de medicamentos via REMUME.

Integração entre farmácia, compras e assistência para garantir o uso racional de insumos.

7. Gestão da Satisfação do Usuário

Aplicação de pesquisas de satisfação e análise de sugestões.

Acompanhamento de manifestações via Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).

Implementação de planos de ação para melhoria contínua da experiência do paciente.

8. Notificação e Análise de Eventos Adversos

Estímulo à cultura de segurança sem punição.

Registro e investigação de falhas, quase-erros e eventos sentinela.

Geração de aprendizado institucional com foco na prevenção.

Núcleo Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente

Introdução

Este Núcleo/Comissão tem por objetivo desenvolver a cultura interna de gerenciamento de riscos, focada na Segurança da Assistência prestada ao Paciente e tendo como base a cumprimento da Portaria MS n° 529/2013 que compete a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente e da RDC 36 de 25 de julho de 2013. Para tanto estabelece Diretrizes e Sistemática de Monitoramento dos Riscos identificados a fim de preveni-los, reduzi-los e controlá-los a um nível aceitável.

Plano de Segurança do Paciente (PSP)

O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), seguirá o padrão Corporativo estabelecido pelo INDSH – conforme apresentado neste projeto, com as devidas adaptações ao perfil de atendimento da Unidade de Saúde e os critérios mínimos conforme abaixo:

Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;

Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos na Unidade;

Implantação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde:

Identificação do paciente;

Higiene das mãos;

Segurança cirúrgica – mesmo nos pequenos procedimentos;

Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Segurança no uso de equipamentos e materiais;
Prevenção de quedas dos pacientes;
Prevenção de úlceras por pressão;
Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
Colaborar para a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde – referência e contrarreferência;
Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

Vigilância, Monitoramento e Notificação de Eventos Adversos

O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado conforme diretrizes do Núcleo de Segurança do Paciente – NSP;
A notificação dos eventos adversos deve ser realizada mensalmente até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA;
Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Proposta de Regimento Interno

Dos Princípios e Diretrizes

O NSP deverá adotar os seguintes princípios e diretrizes:
A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; II - A disseminação sistemática da cultura da segurança;
A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
A garantia das boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde.

Das Definições

O NSP trabalhará com as seguintes definições:

Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;
Cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;
Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
Evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

Núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implantação de ações voltadas à segurança do paciente;

Plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

Serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;

Tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

Compete a Comissão de Segurança do Paciente:

Promover a educação e treinamento dos profissionais da saúde em gerenciamento de risco;

Deliberar diretrizes para controle dos riscos na Unidade;

Avaliar a efetividade das ações no gerenciamento de risco;

Divulgar, executar ou monitorar o cumprimento das medidas aprovadas em reuniões da Comissão de Segurança do Paciente;

Analisar as notificações de incidentes caracterizados como eventos adversos, com Dano Moderado, Grave e Óbito propor medidas preventivas e corretivas;

Realizar diagnóstico através de auditorias internas, apresentando resultados aos gestores e comunidade interna para análise crítica e definição de ações corretivas;

Realizar investigação de casos de surtos de efeitos adversos e queixas, sempre que indicado, e implantar medidas de controle;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Elaborar, implementar e manter Programa de Gerenciamento de Risco.
Propor e colaborar na elaboração, implementação e supervisão de normas e rotinas técnico-administrativa, em conjunto com os serviços da Unidade que estão envolvidos, visando a prevenção e tratamento dos Eventos;
Analisar e aprovar normas técnicas complementares, de acordo com as particularidades da Unidade;
Elaborar relatórios periódicos sobre os principais indicadores relacionados ao controle de eventos adversos;
Realizar a interface com as diversas Comissões da Unidade;
Realizar reuniões mensais.

Das Atribuições

Promover ações para a gestão de risco na Unidade;
Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional na Unidade;
Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente;
Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente na Unidade de Saúde;
Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes na Unidade;
Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente na Unidade;
Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação da Unidade;
Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação da Unidade;
Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação de serviços da Unidade;
Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Duração da Comissão

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

A Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente possui prazo indeterminado de atuação.

Da Criação

A Comissão de Segurança do Paciente da Unidade "XX" foi criada embasada na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº. 36, de 25 de julho de 2013, a qual institui a Comissão de Segurança do Paciente e as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

A Diretoria Executiva, representada pela Diretoria Técnica, constitui a Comissão (Núcleo) de Segurança do Paciente (NSP) da Unidade "XX" e nomeou sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

Cada membro nomeado e eventuais convidados deverão assinar Termo de Confidencialidade, visando garantir o sigilo das informações apresentadas nas reuniões.

Da Composição

Membros

A Comissão de Segurança do Paciente será composta por membros indicados pela Diretoria Executiva, sendo eles Diretores, Gerentes, Coordenadores e Colaboradores:

Nome dos Participantes	**Função na Instituição**	**Função na Comissão**
	Diretor Técnico	Presidente
	Enfermeira da Qualidade	Vice-Presidente
	Assistente Administrativo	1º Secretário
	Assistente Social	2º Secretário
	Gerente de Enfermagem	Membro
	Engenheira Clinica	Membro
	Enfermeiro do SCIH	Membro
	Diretor Executivo	Membro
	Gerente Administrativo	Membro
	Farmacêutico	Membro
	Outros	Membro

Do Funcionamento

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

O NSP funcionará com atividades relacionadas aos seus membros executores e consultores seguindo escala de reuniões com as seguintes periodicidades:

As reuniões ordinárias com todos os membros do NSP da Unidade deverão acontecer mensalmente, mediante cronograma anual de reuniões previamente estabelecido, em conjunto, pelos membros e aprovado pelo Presidente;

As reuniões extraordinárias da Comissão de Segurança do Paciente poderão acontecer sempre que houver necessidade, convocadas por seu Presidente em conjunto com a Diretoria Técnica e executiva;

Todos os membros da Comissão convocados deverão estar presentes nas reuniões ordinárias e extraordinárias;

As decisões da Comissão de Segurança do paciente serão tomadas mediante a aprovação de um número igual à metade mais 01 (um) de seus integrantes;

Para cada reunião realizada, ordinária ou extraordinária, deverá ser lavrada uma ata, conforme formulário padrão estabelecido pelo Núcleo de Qualidade, que será encaminhada para cada representante da Comissão para validação/assinatura e lida no início da reunião seguinte para verificação sobre o andamento das ações estabelecidas.

Das Disposições Gerais

Este Regimento Interno somente poderá ser alterado em reunião ordinária, havendo item específico em pauta.

As sugestões de alteração deverão ser apresentadas pelos seus membros em reunião da Comissão de Segurança do Paciente.

O quórum necessário para aprovação de sugestões de alteração do Regimento Interno será de 2/3 (dois terços) dos membros do NSP, com a presença da Diretoria Técnica e Executiva.

As decisões das reuniões deliberativas da Comissão serão aprovadas, preferencialmente por consenso dentre seus membros presentes.

Alterações efetuadas na RDC nº 36 de 25 julho de 2013 serão automaticamente incorporadas neste Regimento Interno.

Os membros da Comissão serão escolhidos livremente por ato da Diretoria Executiva da Unidade em conjunto com a Diretoria Técnica, podendo ser substituídos em caso de impedimento ou ausência.

Cronograma de Atividade Anual

Comissão De Núcleo de Segurança do Paciente

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Nomeação do Membros da Comissão												
Reuniões da Comissão												
Implantação de Indicadores												
Treinamentos - Levantamento de Necessidades												
Avaliação de Indicadores												

Proposta para implantação de Núcleo de Segurança do Paciente

Objetivo

Melhorar a qualidade do atendimento e a segurança do paciente, promovendo práticas sistemáticas que minimizem riscos, aumentem a confiabilidade dos processos e garantam a proteção dos pacientes atendidos na UPA. A implementação de um Núcleo de Segurança do Paciente visa a criação de um ambiente mais seguro, organizado e preparado para prevenir incidentes adversos, melhorar a comunicação entre as equipes e garantir a conformidade com normas e protocolos de segurança.

Descrição

Esta Política Institucional de Segurança do Paciente tem como finalidade definir critérios e procedimentos voltados a reduzirem, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde, desde o momento mais precoce possível, e durante toda a sua assistência prestada, que consiste em:

Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes eventos adversos da organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e da Comissão de Segurança do Paciente;

Envolver os usuários e familiares nas ações voltas a segurança do paciente;

Definir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Mitigar os riscos da atividade através da definição e execução de práticas de controle que são monitoradas nas auditorias trimestrais do gerenciamento de risco;
Atuar conforme as diretrizes de segurança do paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS);
Atuar conforme as diretrizes da Portaria do Ministério da Saúde nº 529/2013 que compete na implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente e da RDC no 36/2013. 2.1.

Competências do NSP e do NQSP

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tem como, principal competência a elaboração do Plano de Segurança do Paciente, que contempla a identificação de falhas e a mitigação e/ou eliminação de eventos adversos.

O NSP deve ser composto por uma equipe multiprofissional, médico, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, representantes da alta gestão, fisioterapeuta, enfermeiro e médico do SCIH, representante da área de apoio e enfermeiro da qualidade, onde estes devem realizar análise dos eventos adversos e acompanhar ações dedicadas à gestão de risco e da segurança do paciente.

Também o NSP tem como atribuição, desenvolver e implementar uma cultura de segurança que perpasse por atitudes, crenças e percepções das equipes de saúde, com atuação mútua entre os profissionais; além de fomentar melhoria dos processos de cuidado por meio da gestão de protocolos e fluxo de notificação de eventos.

Este processo visa, principalmente, a melhoria contínua do cuidado e do uso de tecnologias de saúde por meio de ações de gestão de risco, alicerçados em um processo investigatório quando de eventuais incidentes, que podem ou não gerar risco e dano aos usuários expostos aos cuidados nas Unidades.

Deve atuar como articulador e incentivador dos demais departamentos e serviços que gerenciam riscos e promovem ações de qualidade.

De acordo com a RDC nº 36/2013 artigo 7°compete ao NSP:

Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; II - Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

Assinado por 1 pessoa: PAULO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) este está subordinado diretamente a Diretoria Executiva, coordenando e executando todos os projetos relacionados à melhoria e busca pela excelência, bem como organização, treinamento e capacitação para todos os Auditores Internos e Auditorias realizadas na Unidade.

Objetivando assim, identificar e orientar a implantação de melhorias nos processos operacionais e boas práticas de gestão dos serviços das Unidades de Pronto Atendimento, tendo como referência a Missão, Visão e Princípios definidos pela Unidade, bem como às diretrizes estabelecidas.

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente está divido em cinco dimensões. Onde as atuações são direcionadas para melhor sistematização, são elas:
Gestão estratégica;
Segurança assistencial;
Atendimento ao usuário (SAU);
Auditorias e certificações;
Gestão de processos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

O NQSP irá implementar o gerenciamento de riscos através do mapeamento, planejamento de práticas de controle, treinamento e aplicação da auditoria, sendo que após auditoria, os resultados serão apresentados e, juntamente, com os gestores das áreas:

Definir os planos de ação voltados a correção e/ou melhoria e monitoramento da execução das ações;

Divulgar os resultados dos ciclos de auditoria do risco nos quadros de Gestão à Vista;

Realizar mensalmente a verificação clínica como uma prática de controle com auditoria de concorrente,

Avaliação do plano terapêutico dos usuários que permaneceram até 24 horas nas Unidades por amostragem mínima de 20% dos usuários;

Avaliação do plano terapêutico dos usuários que permanecerem mais de 24 horas nas Unidades.

Esta etapa será pré-avaliada pelo Enfermeiro da SCIH e Supervisor de Enfermagem através da utilização do checklist preestabelecido pela Comissão de Segurança do Paciente, com base nas informações levantadas através do prontuário, entrevista com o usuário e colaborador, a fim de verificar o cumprimento do plano.

Este monitoramento do processo da assistência prestada aos usuários reforçará as ações voltadas a segurança do paciente.

Essa verificação é feita através do "trace clínico" e deverá ser emitido relatório sobre os pontos de não conformidade para que junto com os envolvidos se defina plano de ação voltado a correção e/ou melhoria nos processos assistenciais.

Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente e Clínicos

O Núcleo de Segurança do Paciente será responsável pela implementação de protocolos de segurança, em conformidade com a portaria do ministério da saúde nº 529/2013 e a RDC 36/2013 que instituiu ações de segurança do paciente para redução de eventos associados a assistência à saúde.

Com base nas seis metas adotadas pelo Ministério da Saúde, serão implantados seis protocolos de segurança nas Unidades de Pronto Atendimento São Benedito e Mirante:

Higienização das mãos;

Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

Identificação segura dos usuários;

Metodologia de Comunicação entre os Profissionais da Área da Saúde;

Prevenção de quedas;

Prevenção de Lesão por pressão.

Nas Unidades sob gestão do INDSH implantamos processos que contribuem com a segurança do paciente, conforme modelo adotado abaixo:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Os Protocolos Clínicos têm o objetivo de estabelecer claramente os critérios de diagnóstico e o algoritmo de tratamento de cada doença, com as doses adequadas dos medicamentos e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis reações adversas.

Os Protocolos clínicos serão monitorados através dos seus marcadores/indicadores, conforme perfil das Unidades de Pronto Atendimento.

Fluxo de análise de incidentes

O NSP juntamente aos gestores deverá implantar e estimular a cultura de notificação de incidentes através do sistema de gestão de qualidade. Todo incidente notificado deve seguir o modelo padronizado seguindo o fluxograma de análise onde:

Aceite: o responsável enfermeiro(a) do NQSP aceite e encaminhe o relato do incidente ao responsável pela análise;

Análise: o responsável da área onde ocorreu o incidente, com apoio do NSP baseado no levantamento de dados, entrevistas e analisando como foco, sempre, a solução e melhoria do processo. Esta análise deverá acontecer com as pessoas envolvidos no assunto e todo o registro é realizado no sistema de gestão utilizado pelas Unidades, após definido as ações de melhoria este incidente será encaminhado para aprovação do enfermeiro(a) do NQSP e encaminhado para execução, das ações proposta na análise;

Assinado por 1 pessoa: DANILO ARAUJO DE CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Aprovação: responsável enfermeira(o) do NQSP realiza aprovação da análise executada verificando as causas levantadas com as ações propostas e encaminha para execução;
Execução: O responsável da ação proposta na análise realiza a execução e o NQSP realiza o acompanhamento da execução das ações quinzenalmente sendo que, se estas estiverem em atraso, este deverá enviar e-mail para responsável da ação com cópia para o gestor imediato;
Verificação: responsável enfermeira (o) do NQSP monitora por um período de 30 dias para verificar a efetividade desta análise, caso exista reincidência ele não será considerado efetivo, deve ser arquivado e registrado um novo incidente.

O NQSP deve promover o retorno de informações à direção e aos profissionais de saúde, estimulando a continuidade da notificação, por meio do relatório de ocorrência do mês, o qual será disponibilizado mensalmente no quadro de gestão a vista.

O enfermeiro(a) do NQSP deverá realizar Notificação no sistema da Vigilância Sanitária os Eventos Adversos decorrentes da prestação da assistência. O registro das notificações deve ser feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e os links para notificação estão disponibilizados no Portal da ANVISA (www.anvisa.gov.br).

No caso das Unidades certificadas pela Organização Nacional de Acreditação, as notificações de casos de dano moderado e óbito, serão enviadas para a Instituição Acreditadora de Qualidade – IAQ - responsável pela certificação e essa notificará no sistema Integrare da ONA.

Cronograma de Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE												
Ações/mês execução	**1º**	**2º**	**3º**	**4º**	**5º**	**6º**	**7º**	**8º**	**9º**	**10º**	**11º**	**12º**
Contratação Enfermeiro Qualidade (única para as duas UPAs)												
Nomeação dos membros da Comissão de segurança												
Reuniões das Comissões												
Definição dos Planos de Segurança de cada UPA												
Definição dos Indicadores de segurança												
Treinamento da Política de Segurança (todos os colaboradores)												
Treinamento dos Protoclos da Política de Segurança (todos os colaboradores)												
Desenvolvimento de ações de incentivo à notificações												
Implantar metodologia de "Gestão à Vista"												
Analise e tratamento das notificações												
Apresentação mensal de indicadores para os colaboradores												

Iniciativas e Programas da Qualidade

Política documentada para gestão de qualidade e Segurança do Paciente na UPA

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Uma política documentada para gestão de qualidade e segurança do paciente na UPA é essencial para garantir que os mais altos padrões de cuidado sejam mantidos e que os riscos para os pacientes sejam minimizados. Aqui está um esboço geral dessa política:

Objetivo: O objetivo desta política é estabelecer diretrizes claras e procedimentos para a gestão de qualidade e segurança do paciente na UPA, visando garantir um ambiente seguro e de alta qualidade para o atendimento médico de emergência.

Princípios:

- Prioridade à segurança do paciente em todas as atividades e decisões.
- Adoção de uma abordagem baseada em evidências para a prestação de cuidados.
- Promoção de uma cultura de aprendizado contínuo e melhoria.
- Respeito aos direitos e dignidade dos pacientes.
- Colaboração e comunicação eficaz entre membros da equipe multidisciplinar.

Responsabilidades:

- A Direção da UPA é responsável por garantir a implementação efetiva desta política e fornecer recursos adequados para a gestão de qualidade e segurança do paciente.
- A equipe médica, de enfermagem e demais profissionais de saúde são responsáveis por aderir aos procedimentos estabelecidos e relatar quaisquer preocupações relacionadas à qualidade e segurança do paciente.
- O Comitê de Qualidade e Segurança do Paciente é responsável por monitorar e revisar regularmente os indicadores de qualidade, identificar áreas de melhoria e implementar ações corretivas necessárias.

Procedimentos:

- Identificação e avaliação de riscos: Realização de análise de riscos regulares para identificar potenciais ameaças à segurança do paciente e implementar medidas preventivas.
- Monitoramento de indicadores de qualidade: Coleta e análise sistemática de dados sobre desempenho clínico, satisfação do paciente e incidentes adversos para avaliar a qualidade do atendimento e direcionar melhorias.
- Educação e treinamento: Fornecimento de treinamento regular para todos os funcionários sobre práticas de segurança do paciente, protocolos de emergência e uso seguro de equipamentos médicos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Comunicação eficaz: Estabelecimento de canais de comunicação abertos e transparentes entre membros da equipe e pacientes para garantir uma troca eficaz de informações.
- Gerenciamento de incidentes: Implementação de um sistema de relatório e investigação de incidentes para garantir que eventos adversos sejam prontamente identificados, investigados e mitigados.
- Melhoria contínua: Promoção de uma cultura de melhoria contínua, incentivando sugestões de melhorias por parte dos funcionários e implementando mudanças baseadas em resultados de análise de dados e feedback dos pacientes.

Revisão e Atualização: Esta política será revisada periodicamente para garantir sua relevância e eficácia contínua. Alterações significativas serão comunicadas a todos os funcionários e partes interessadas relevantes.

Essa é uma estrutura básica para uma política documentada de gestão de qualidade e segurança do paciente na UPA. A política real pode ser adaptada e expandida de acordo com as necessidades específicas da unidade e as regulamentações locais.

O INDSH, como uma organização que gerencia serviços de saúde, pode buscar certificações como a ONA e Qmentum para garantir a qualidade e a segurança dos serviços que oferece.

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é responsável por avaliar e certificar a qualidade de serviços de saúde no Brasil. A certificação ONA é concedida a instituições que atendem a determinados padrões de qualidade e segurança estabelecidos pela ONA.

Por outro lado, o Qmentum é um programa de acreditação internacional desenvolvido pela Accreditation Canada, que também avalia e certifica organizações de saúde em todo o mundo. O Qmentum é reconhecido por seus rigorosos padrões de qualidade e segurança.

A obtenção de certificações como ONA e Qmentum demonstra o compromisso de uma organização com a excelência na prestação de serviços de saúde. No site do Instituto apresentamos as certificações atualizadas de nossas unidades:

https://www.indsh.org.br/quem-somos/

CERTIFICAÇÕES

BOAS PRÁTICAS AMBIENTAIS

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Obrigações e Responsabilidades Específicas

É de fundamental importância manter um plano de práticas ambientais. Cabe aos coordenadores da Unidade:

Elaborar treinamentos de seus colaboradores para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos;

Receber informações a respeito dos programas de uso racional dos recursos que impactem no meio ambiente.

Quando houver ocorrências como: vazamentos nas torneiras em geral, saboneteiras e toalheiros quebrados, lâmpadas queimadas ou piscando, tomadas e espelhos soltos, fios desencapados, janelas, fechaduras ou vidros quebrados, carpete solto entre outras. O supervisor/encarregado deverá avisar, registrando em impresso próprio, o serviço de manutenção quando uma destas ocorrências acontecer.

Uso racional de água.

Capacitar seus colaboradores quanto ao uso da água;

Adotar medidas para se evitar o desperdício de água tratada;

Colaborar com as medidas de redução de consumo e uso racional da água, cujos supervisores/encarregados devem atuar como facilitadores das mudanças de comportamento de empregados, esperadas com esta mudança;

Sempre que adequado e necessário, 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. Em caso de utilização de lavadoras, sempre adotar as de pressão com vazão máxima de 360 litros/hora.

Uso racional de energia elétrica

Durante a limpeza noturna, quando permitida, acender apenas as luzes das áreas que estiverem sendo ocupadas;

Comunicar sobre equipamentos com mau funcionamento ou danificados como lâmpadas queimadas ou piscando, zumbido excessivo de reatores de luminárias e mau funcionamento em instalações energizadas;

Ao remover pó das cortinas/persianas, verificar se estas não se encontram impedindo a saída do ar-condicionado ou aparelho equivalente;

Verificar se existem vazamentos de vapor ou ar nos equipamentos de limpeza, sistema de proteção elétrica e as condições de segurança de extensões elétricas utilizadas em aspiradores de pó, enceradeiras etc.;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Repassar a seus empregados todas as orientações referentes à redução do consumo de energia fornecidas.

Redução de produção de resíduos sólidos

Separar e entregar 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. Esta obrigação atende a Resolução CONAMA nº 401, de 04 de novembro de 2008.

Tratamento idêntico deverá ser dispensado a lâmpadas fluorescentes e frascos de aerossóis em geral.

Uma vez implantado o programa de coleta seletiva de resíduos sólidos, colaborar de forma seletiva no desenvolvimento das atividades do programa interno de separação de resíduos sólidos, em recipiente para coleta seletiva nas cores internacionalmente identificadas, disponibilizados;

No programa de coleta seletiva de resíduos sólidos, deverá observar as seguintes regras:

Materiais não recicláveis: São todos os materiais que ainda não apresentam técnicas de reaproveitamento e estes são denominados Rejeitos, como: 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 – são 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 – são acondicionadas em separado e enviadas para fabricante.

Materiais recicláveis: Para os materiais secos recicláveis, deverá ser seguida a padronização internacional para identificação, por cores, nos recipientes coletores (verde para vidro, azul para papel, amarelo para metal , vermelho para plástico e branco para lixo não reciclável)

Deverão ser disponibilizados recipientes adequados para coleta seletiva.

Fornecer sacos de lixo nos tamanhos adequados a sua utilização, com vistas à otimização em seu uso, bem como, a redução da destinação de resíduos sólidos;

Otimizar a utilização dos sacos de lixo, adequando sua disponibilização quanto à capacidade e necessidade, esgotando dentro do bom senso e da razoabilidade o seu volume útil de acondicionamento, objetivando a redução da destinação de resíduos sólidos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Cronograma

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	1º SEM	2º SEM	3º SEM	4º SEM
Criação da Comissão da Qualidade	X			
Uso racional de água		X	X	X
Uso racional de energia elétrica		X	X	X
Redução de produção de resíduos sólidos				X

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS	**MÊS 1**	**MÊS 2**	**MÊS 3**	**MÊS 4**	**MÊS 5**	**MÊS 6**	**MÊS 7**	**MÊS 8**	**MÊS 9**	**MÊS 10**	**MÊS 11**	**MÊS 12**
ASSINATURA DO CONTRATO												
CONTRATAÇÕES												
PROCESSO SELETIVO E CONTRATAÇÃO DO PESSOAL (CLT)	IMEDIATO											
CONTRATAÇÃO DAS EQUIPES MÉDICAS	IMEDIATO											
CONTRATAÇÃO DAS EMPRESAS TERCEIROS	IMEDIATO											
PROPOSTAS PARA A ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR												
NORMAS E ROTINAS PARA FUNCIONAMENTO DA URGÊNCIA / EMERGÊNCIA:	IMEDIATO											
IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ACOLHIMENTO E	IMEDIATO											

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO												
IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS												
FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITAS, EXTERNAS E INTERNAMENTO											REVISÃO	REVISÃO
FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS;											REVISÃO	REVISÃO
FLUXO UNDIRECIONAL DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO											REVISÃO	REVISÃO
FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS;											REVISÃO	REVISÃO
FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS;											REVISÃO	REVISÃO
FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE											REVISÃO	REVISÃO
IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS											REVISÃO	REVISÃO
ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO											REVISÃO	REVISÃO

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

SERVIÇO DE FARMÁCIA												
NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO NO HOSPITAL											REVISÃO	REVISÃO
IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO												
NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA												REVISÃO
PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE												REVISÃO
PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM												REVISÃO
PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO												REVISÃO
IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS												

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

APRESENTAR MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS											REVISÃO	REVISÃO
APRESENTAR MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS											REVISÃO	REVISÃO
APRESENTAR MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA											REVISÃO	REVISÃO
APRESENTAR MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO											REVISÃO	REVISÃO
APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIRO											REVISÃO	REVISÃO
APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO HOSPITALAR											REVISÃO	REVISÃO
IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS												
INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO												

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

SERVIÇO SOCIAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, DEFINIDAS AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO												
ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS: MEMBROS QUE O COMPÕEM, TURNOS DE FUNCIONAMENTO, MODELOS DE FICHAS, SISTEMA DE ARQUIVAMENTO E CONTROLE, PROTOCOLOS, COMISSÃO DE REVISÕES DE PRONTUÁRIOS, ETC;												
DESCRIÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE ESTATÍSTICAS												
MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR DE QUALIDADE, DE PRODUTIVIDADE E ECONÔMICO-												

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

FINANCEIROS: INDICADORES SELECIONADOS, SISTEMÁTICAS DE APLICAÇÃO DE AÇÕES CORRETIVAS;												
PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DAS COMISSÕES												
CCIH												
COMISSÃO DE ÓBITOS												
COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS												
COMISSÃO DE ÉTICA												
COMISSÃO DE FARMÁCIA												
OUTRAS COMISSÕES – CIPA												
ACOLHIMENTO												
MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES NA EMERGÊNCIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO												
INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE												

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS												
ATENDIMENTO												
PROPOSTA PARA A IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES												
PROPOSTA P/ IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM REALIZAÇÃO PERIÓDICA DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO, COM DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES												
INFORMAÇÃO AOS USUÁRIOS (USUÁRIOS E FAMILIARES) ACERCA DO PROCESSO DE ATENÇÃO, TANTO EM ASPECTOS PRÉVIOS (EM QUANTOS SERVIÇOS IRÁ												

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

IMPLANTAR O CONSENTIMENTO INFORMADO), E, ESPECIALMENTE, A INFORMAÇÃO DURANTE O PROCESSO DE ATENÇÃO (LUGARES ONDE SE EFETUARÁ A INFORMAÇÃO; HORÁRIOS E FREQUÊNCIA DA INFORMAÇÃO, PARA CADA UMA DAS CLÍNICAS);												
PESQUISA DA OPINIÃO OU NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO: INSTRUMENTO DE PESQUISA, FREQUÊNCIA, SISTEMÁTICA DAS AÇÕES CORRETIVAS;												
POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO: COMO DESENVOLVERÁ OS DISPOSITIVOS DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE												REVISÃO

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

RISCO, DENTRE OUTROS												
IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR												
PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA												REVISÃO
APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA												REVISÃO
APRESENTAÇÃO DE PROJETO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE COM VISTA À CAPACITAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DA UNIDADE HOSPITALAR												REVISÃO
POLÍTICA DE CARGOS, SALÁRIOS												
TABELA DE CARGOS E RESPECTIVA REMUNERAÇÃO												

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

COMPOSTA DE SALÁRIOS, GRATIFICAÇÕES E BENEFÍCIOS DESCREVER OS MECANISMOS DE PROMOÇÃO E CRITÉRIOS PARA GRATIFICAÇÃO, QUANDO EXISTIREM												
APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES												
APRESENTAR PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE / CAPACITAÇÃO												

Iniciativas como programas de qualidade voltadas ao serviço da UPA com interface com as Unidades Básicas que compõem a rede

A integração entre a UPA, as UBSs e a Rede Hospitalar é essencial para otimizar o uso dos recursos, reduzir o tempo de espera e melhorar a coordenação do cuidado, garantindo que as necessidades dos pacientes sejam atendidas de forma mais eficaz e contínua, desde a atenção básica até a urgência e emergência. Sugestões de ações:

1. Programa de Atenção Integral ao Paciente (Atenção Continuada)

Objetivo: Garantir a continuidade do atendimento ao paciente, desde a **atenção básica** nas UBS até a **emergência** na UPA e o **retorno** ao cuidado básico, promovendo uma **gestão integrada** do paciente e evitando internações desnecessárias ou repetidas.

Ações Principais:

Assinado por 1 pessoa: DANIELI CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Protocolos de Referência e Contrarreferência**: Estabelecer protocolos claros e eficientes entre a UPA e as UBSs para garantir a **referência** (encaminhamento para tratamento especializado) e **contrarreferência** (encaminhamento de volta à UBS após atendimento de urgência/emergência).
- **Acompanhamento Pós-Alta**: Após a alta da UPA, as UBSs devem realizar o acompanhamento dos pacientes, garantindo que continuem o tratamento adequado (ex.: hipertensos, diabéticos, pacientes com doenças crônicas). Para isso, será necessário um **sistema de comunicação eficiente** (como registros no prontuário eletrônico compartilhado ou comunicação direta entre os profissionais).
- **Planejamento de Cuidado Integrado**: Implantação de planos de cuidado individualizados, com a colaboração entre médicos da UPA e as equipes das UBSs. Isso inclui a elaboração de **listas de acompanhamento de pacientes** com condições crônicas ou que necessitam de cuidados contínuos.

2. Programa de Gestão de Casos Complexos (Atenção Domiciliar e Vigilância em Saúde)

Objetivo: Identificar pacientes com condições clínicas complexas ou crônicas, e criar estratégias de **gestão e monitoramento contínuo**, tanto na UPA quanto nas UBSs, para evitar a busca recorrente por serviços de urgência/emergência.

Ações Principais:

- **Equipe Multiprofissional**: Criar equipes multiprofissionais que envolvem médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros profissionais para atender pacientes com **doenças crônicas** (ex: hipertensão, diabetes) ou **condições de saúde complexas**. Essas equipes devem trabalhar em conjunto para planejar e monitorar os casos tanto na UPA quanto nas UBSs.
- **Atenção Domiciliar**: Implantar um **programa de atenção domiciliar** que, em parceria com as UBSs, possa realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de pacientes com condições crônicas ou pacientes em recuperação pós-urgência/emergência.
- **Vigilância de Agravos e Situações de Risco**: As UBSs, em parceria com a UPA, devem realizar programas de **vigilância de agravos**, acompanhando casos de surtos de doenças, atendendo pacientes em risco e fortalecendo o sistema de notificação precoce de doenças.

3. Programa de Educação Continuada e Capacitação Conjunta

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Objetivo: Promover a formação contínua de todos os profissionais de saúde da UPA e das UBSs, com o intuito de melhorar o atendimento, a qualidade da assistência e a integração entre os serviços.

Ações Principais:

- **Treinamentos Conjuntos**: Organizar **programas de educação continuada** que envolvam tanto as equipes da UPA quanto as equipes das UBSs. Isso pode incluir treinamentos sobre protocolos clínicos, **atendimento humanizado**, **gestão de doenças crônicas**, **classificação de risco**, entre outros.
- **Simulações de Atendimento Conjunto**: Realizar simulações de atendimentos para promover a integração das equipes da UPA com as das UBSs, trabalhando em conjunto em cenários de urgência/emergência, e simulando encaminhamentos entre os serviços.
- **Capacitação em Tecnologia da Informação**: Promover o uso do **prontuário eletrônico** compartilhado entre a UPA e as UBSs, capacitando os profissionais para usar as tecnologias de **gestão integrada de saúde**, como sistemas de agendamento de consultas, histórico de pacientes e sistemas de comunicação entre as unidades.

4. Programa de Qualidade na Acolhida e Classificação de Risco Integrada

Objetivo: Garantir que todos os pacientes sejam atendidos de maneira eficaz, com base na **gravidade do quadro clínico**, e que a **classificação de risco** seja realizada de forma eficiente, tanto na UPA quanto nas UBSs, garantindo uma **entrada ágil e adequada** no sistema de saúde.

Ações Principais:

- **Unificação de Protocolos de Triagem**: Implementação de protocolos de triagem e **classificação de risco** (como o **Protocolo de Manchester**) tanto na UPA quanto nas UBSs. Isso garante que a gravidade do quadro de saúde do paciente seja identificada de forma precoce e ele seja encaminhado para o serviço adequado.
- **Educação para Pacientes**: Informar os usuários sobre a **classificação de risco** e como o **acolhimento** funciona, educando-os sobre a importância de procurar a UPA em casos de emergência e a UBS para questões de saúde de menor complexidade.
- **Melhoria na Comunicação entre as Equipes**: Implementar estratégias para garantir que as UBSs possam rapidamente **comunicar os casos de urgência/emergência** à UPA e, da mesma forma, que a UPA possa facilmente comunicar as **informações de alta** e **necessidades de acompanhamento** para as UBSs.

5. Programa de Monitoramento e Melhoria Contínua da Qualidade

Objetivo: Monitorar e avaliar continuamente a qualidade do atendimento prestado nas UPAs e nas UBSs, para garantir que as ações de melhoria estejam sendo eficazes e os padrões de qualidade sejam mantidos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Ações Principais:

- **Avaliação de Desempenho e Indicadores de Qualidade**: Criar um sistema de **indicadores de desempenho** (ex: tempo de espera, taxa de readmissão, taxa de satisfação do paciente) para monitorar a qualidade dos serviços prestados nas UPAs e nas UBSs. Esses indicadores devem ser analisados periodicamente, e os dados devem ser compartilhados entre as unidades para identificar pontos de melhoria.
- **Pesquisa de Satisfação e Feedback**: Realizar **pesquisas de satisfação** com pacientes atendidos tanto em UPAs quanto em UBSs, para identificar áreas que necessitam de aprimoramento. O feedback dos usuários é crucial para o processo de melhoria contínua.
- **Reuniões Interinstitucionais Regulares**: Estabelecer reuniões periódicas entre as equipes das UPAs e das UBSs para revisar casos, avaliar o cumprimento dos protocolos e discutir melhorias no processo de atendimento. Essas reuniões também podem servir para **disseminar melhores práticas** e resolver dificuldades operacionais.
- **Auditoria de Qualidade e Segurança do Paciente**: Implantar uma auditoria regular de **qualidade e segurança do paciente** para avaliar o cumprimento de padrões de cuidado e garantir a qualidade do atendimento nas duas unidades.

6. Programa de Saúde Mental e Apoio Psicossocial Integrado

Objetivo: Oferecer suporte contínuo para pacientes com condições de saúde mental ou que necessitam de acompanhamento psicossocial, garantindo que esses pacientes recebam o atendimento necessário tanto nas UBSs quanto nas UPAs.

Ações Principais:

- **Apoio Psicossocial**: Integrar equipes de apoio psicossocial nas Unidades para garantir acompanhamento regular dos pacientes com transtornos mentais ou problemas de saúde mental. Isso inclui terapias, acompanhamento psicológico e suporte a famílias.
- **Serviço de Atenção Psicológica de Emergência**: Implementar serviços de suporte psicológico de emergência na UPA para atender pacientes que cheguem em crises de saúde mental ou vítimas de trauma emocional devido a acidentes ou outras emergências.
- **Encaminhamento e Acompanhamento**: Estabelecer um sistema de encaminhamentos rápidos e eficientes para serviços especializados em saúde mental, integrando as UPAs e as UBSs a unidades de atendimento especializado, como CAPS (Centros de Atenção Psicossocial).

A implementação de programas de qualidade com interface entre a UPA, as UBSs e as Redes Hospitalares da região são fundamentais para garantir a integração do cuidado, a eficiência dos recursos e a continuidade do atendimento ao paciente. As iniciativas descritas acima podem contribuir para melhorar o atendimento, reduzir a sobrecarga da UPA, otimizar o uso de recursos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

e garantir um cuidado mais humanizado e coordenação eficiente entre os níveis de atenção à saúde. Com foco em educação continuada, monitoramento de desempenho e protocolos integrados, a região pode alcançar um atendimento de saúde mais acessível, eficiente e de qualidade para a população.

Outras Iniciativas e Programas da Qualidade

O CASE DA UPA PONTA GROSSA/PR

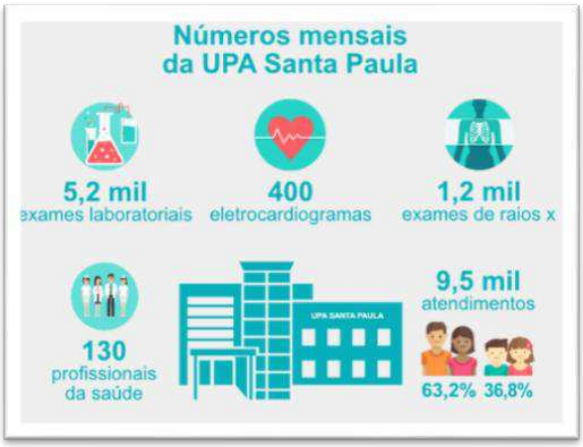
O INDSH em julho/2014 iniciou a gestão da Unidade de Pronto Atendimento e Pronto Atendimento Infantil Santa Paula Ponta Grossa/PR após processo licitatório onde consagrou-se vencedor, assinando o Contrato Administrativo no. 422/2014 com a Prefeitura local.

Os serviços prestados são em torno de 300 atendimentos/dia de consultas nas especialidades de urgência e emergência nas especialidades de Clínica Geral Adulto e Clínica Pediatria, no conceito de Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Porte VI (antigo Tipo II) da PORTARIA Nº 10 DE 3 DE JANEIRO DE 2017.

Em pouco tempo o modelo instituído pelo INDSH gerou muitos resultados a população não só local, como diversos munícipes adjacentes começaram a ouvir sobre a qualidade de atendimento prestados na UPA Santa Paula, que ocasionou um aumento na quantidade de atendimentos que passaram de 7.000 atendimentos/mês para mais de 12.000 atendimentos/mês, e mesmo com esse impacto de volume de atendimento, a satisfação da população com o trabalho realizado foi e continua sendo superior a 90% dos pacientes que foram atendidos e conceituaram o seu atendimento como sendo bom ou ótimo.

Diante disso a UPA Santa Paula evoluiu seu nível de gestão e conforme podemos ver a seguir, alcançou um MODELO vitorioso de gerenciamento de Unidade Pronto Atendimento, garantindo assim para a população um aparelho 100% financiada com dinheiro Público, mas com níveis de excelência das melhores Unidades Hospitalares Privadas do país, através da parceria entre a Organização Social (INDSH) e a Prefeitura Municipal de Ponta Grossa/PR.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



PRIMEIRA UPA ACREDITADA PELA ONA NO SUL/SUDESTE

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto Atendimento Infantil (PAI) Santa Paula, em Ponta Grossa (PR), administradas pelo INDSH, são o primeiro e único serviço de saúde 'ACREDITADO PLENO' do munícipio, e também se torna a única UPA porte VIII reconhecida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) com a Acreditação Hospitalar em nível 2, principal certificação de qualidade do país na área da saúde.



Segundo a ONA a Acreditação é um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde. Para ser acreditada, a organização precisa comprovadamente atender aos padrões definidos pela ONA, reconhecidos internacionalmente.

Realizado de forma voluntária e reservada, o método de avaliação para Acreditação não tem caráter fiscalizatório e constitui, essencialmente, um programa de educação continuada das

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

organizações prestadoras de serviços de saúde, revisto periodicamente para estimular a melhoria contínua.

Por não ter caráter prescritivo, a metodologia de acreditação da ONA não traz recomendações específicas sobre ferramentas, técnicas, processos ou linhas metodológicas a serem seguidas pelas organizações que se submetem à avaliação.

A metodologia ONA é a única no país que acredita em diferentes níveis, o que permite auxiliar as organizações no desenvolvimento da segurança dos processos, na gestão integrada e na maturidade institucional.

O reconhecimento foi fruto de um rigoroso processo de auditoria realizada por uma equipe de avaliadores do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), com base em critérios estabelecidos pela ONA e validados internacionalmente pela ISQua (International Society for Quality in Health Care), para que o atendimento ofertado aos pacientes seja realizado com segurança e qualidade.

"Para isso, diversas ações de melhoria foram implantadas na Unidade nos últimos anos e os profissionais passaram a adotar protocolos de atendimento utilizados nas melhores instituições de saúde do país e do mundo", destaca o presidente do INDSH, José Rizoli.

A Acreditação no Nível 2 – "Acreditado Pleno" a organização precisa atender a dois critérios:
1) cumprir ou superar, em 80% ou mais, os padrões de qualidade e segurança;
2) cumprir ou superar, em 70% ou mais, os padrões ONA de gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.

MODELO PARA BENCHMARKING EM GESTÃO DE UPA's

O modelo de gestão da UPA Santa Paula repercutiu positivamente não só no Estado do Paraná, mas como em diversas capitais do país, atraindo diversas visitas na Unidade a fim de que pudessem visualizar o excelente grau de competência profissional, e a eficiência na utilização dos recursos públicos no qual resultou alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde como um todo naquela população ali assistida.

Benchmarking Institucional – UPA Santa Paula 2019

DATA	UNIDADES HOSPITALARES	N° PESSOAS
Mar/19	UPA-Medianeira/PR	3

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Mar/19	UPA-Castro/PR	5
Mar/19	UPA-Telêmaco Borba/PR	5
Mai/19	UPA-Manaus/PR	1
Jul/19	UPA-Colombo/PR	4
Out/19	UPA-Cambé/PR	3
Nov/19	UPA- São Francisco do Sul-SC	4
Nov/19	UPA-Tatuquara	10
Data	**Outras Instituições**	**N° PESSOAS**
abr/19	Secretaria de Saúde- União da Vitória/PR	4
Abr/19	Secretaria de Saúde-União da Vitória/PR	5
Abr/19	Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais	5
Jun/19	Vereadora PG- Mabel Canto	5
Jun/19	Acadêmicos do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais	5
Set/19	Acadêmicos do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais	5
jul/19	Alunos Pró- Ensino	5
Set/19	Acadêmicos UEPG	2
Set/19	Acadêmicos de Farmácia-UEPG	7
Set/19	Mestrado Ciência da Saúde- UEPG	1
Out/19	Secretário da Saúde do Estado, Beto Preto.	1
Nov/19	Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais	3
TOTAL 19 INSTITUIÇÕES COM 82 VISITANTES.		

A seguir, algumas imagens das visitas técnicas do ano 2019:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



Imagem 1: Visita Técnica UPA-Medianeira



Imagem 5: Visitantes da UPA de Cambé-PR. Out/19.



Imagem 2: Visita Técnica UPA-Castro



Imagem 6: Visita do Secretário da Saúde do Estado, Beto Preto.



Imagem 3: Visita Técnica Telêmaco Borba



Imagem 7: Visitantes da UPA- São Francisco do Sul-SC. Nov/19.



Imagem 4: Residentes de Serviço Social HRCG. Maio de 2019. Arquivo NEP.



Imagem 8: Visitantes da UPA-Tatuquara. Nov/19.

GESTÃO DE INDICADORES – MODELO INDSH.

A gestão do INDSH na UPA Santa Paula – Ponta Grossa/PR é marcada pela eficiência na mensuração de resultados por indicadores. Em essência, os indicadores têm a missão de

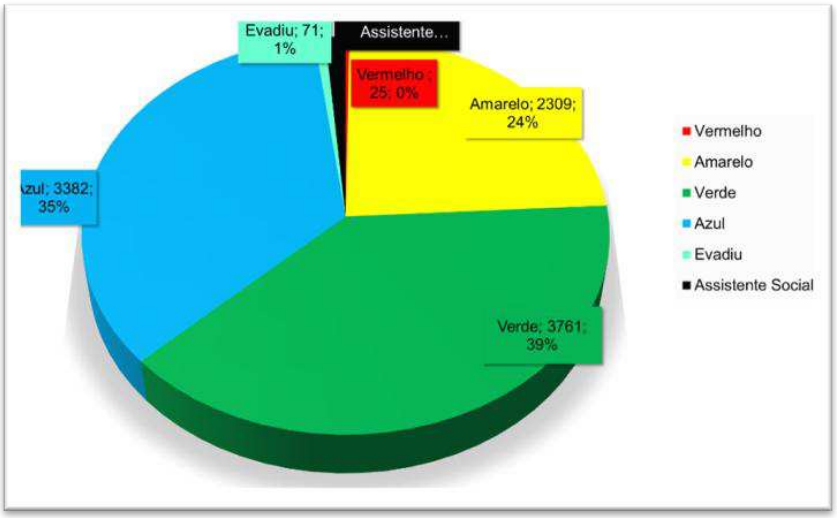
Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

comunicar, de forma simples e por meio da quantificação, os resultados diretos de determinado processo ou operação. A partir deles, o gestor tem segurança na avaliação de atividades e mais agilidade para empreender os eventuais ajustes que se fizerem necessários.

A gestão de indicadores baseia-se justamente no adequado monitoramento de métricas preestabelecidas, também conhecidas como KPIs ou indicadores-chave. Isso porque garante o acompanhamento recorrente a respeito do desempenho na execução de tarefas que são essenciais para o crescimento e para a sustentabilidade do negócio.

Vamos demonstrar alguns destes indicadores, que tornam o INDSH diferencial na gestão de Unidades Hospitalares:

INDICADOR 1 - **ATENDIMENTOS DIÁRIOS E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO,** que visa em tempo real demonstrar a evolução dos atendimentos por especialidades, bem como o volume de atendimento na classificação de risco, diferenciando conforme o Protocolo de ACR que classifica os doentes por cores, após uma triagem baseada em sintomas, de forma a representar a gravidade do quadro e o tempo de espera para cada paciente.



Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Agosto/2019

Atendimentos Diários e Classificação de Risco

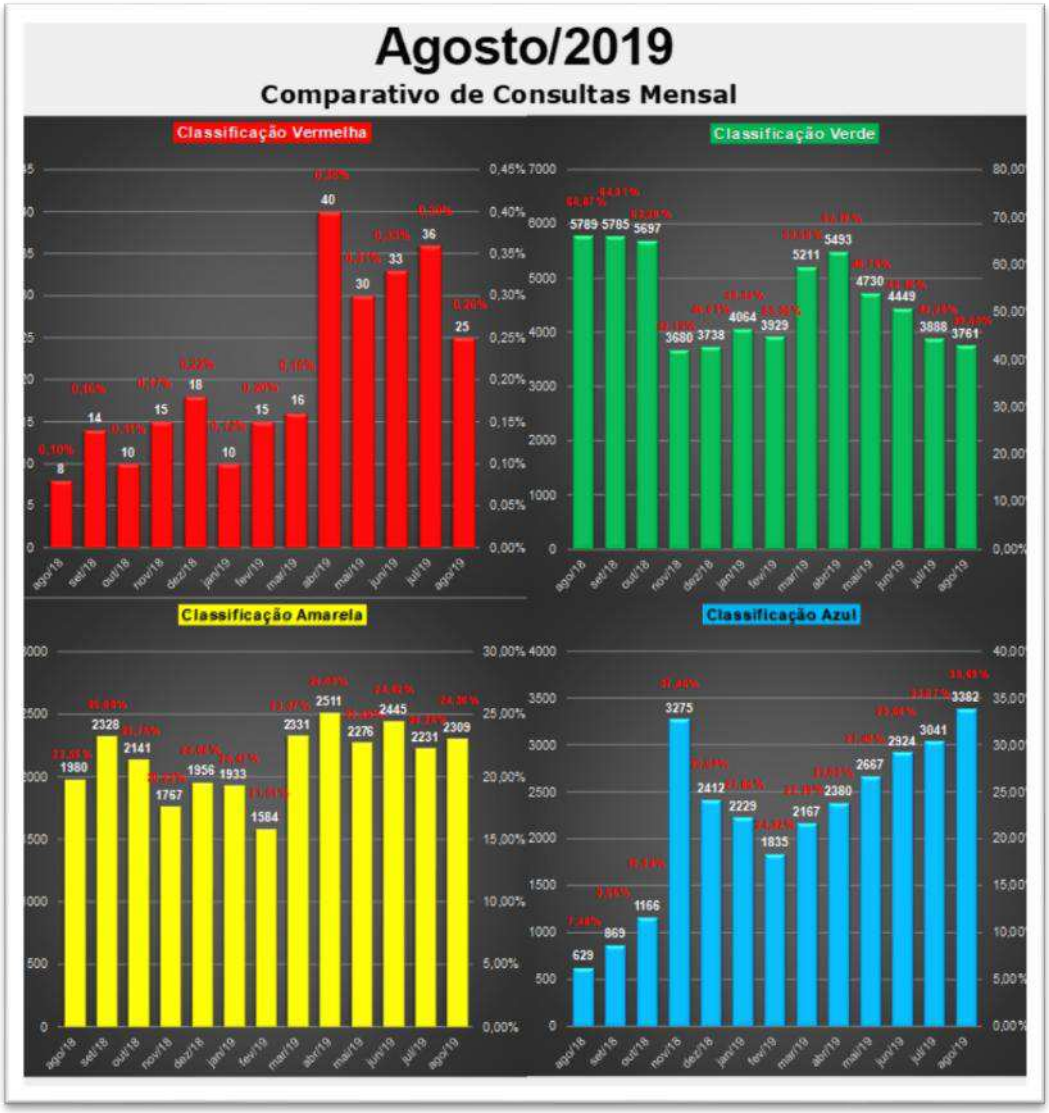
	Pediátrico	Clínico Geral	Consulta Nível Superior		Total Dia	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	Evadiu
			Enfermagem	Assistente Social						
Mês Anterior Julho	2507	6689	9196	111	9259	36	2231	3888	3041	63
Atendimentos			9307							
Média Dia	81,97	214,80	296,77	3,57	298,70	1,13	72,03	125,73	97,87	1,93

Relatório de Atendimento Diário						Classificação de Risco				
Dia	Pediátrico	Clínico Geral	Consulta Nível Superior		Total Dia	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	Evadiu
			Enfermagem	Assistente Social						
01/ago	77	236	313	7	317	0	64	129	120	4
02/ago	47	188	235	7	237	0	51	97	87	2
03/ago	45	157	202	2	204	0	32	74	96	2
04/ago	49	151	200	0	201	0	61	55	84	1
05/ago	83	201	284	4	286	3	50	108	123	2
06/ago	66	219	285	3	287	0	64	112	109	2
07/ago	88	218	306	1	306	0	56	131	119	0
08/ago	84	216	300	2	301	0	77	108	115	1
09/ago	76	168	244	5	244	0	46	113	85	0
10/ago	70	212	282	2	286	0	80	120	82	4
11/ago	74	161	235	2	237	1	63	97	74	2
12/ago	136	231	367	6	373	0	86	140	141	6
13/ago	101	238	339	4	340	0	47	160	132	1
14/ago	99	185	284	6	286	0	65	106	113	2
15/ago	105	233	338	5	342	0	69	130	139	4
16/ago	86	215	301	9	304	2	101	92	106	3
17/ago	78	174	252	3	252	1	67	108	76	0
18/ago	89	202	291	2	293	1	99	137	54	2
19/ago	93	237	330	2	330	0	58	143	129	0
20/ago	104	234	338	5	343	2	78	152	106	5
21/ago	97	233	330	9	336	3	75	123	129	6
22/ago	94	217	311	4	313	0	71	110	130	2
23/ago	81	208	289	3	289	1	64	117	107	0
24/ago	73	194	267	0	270	2	76	101	88	3
25/ago	109	187	296	2	296	4	81	108	103	0
26/ago	173	238	411	5	412	1	130	168	112	1
27/ago	165	274	439	6	443	0	125	177	137	4
28/ago	126	256	382	10	385	1	103	163	115	3
29/ago	147	238	385	7	391	1	107	135	142	6
30/ago	111	241	352	8	354	1	89	120	142	2
31/ago	80	209	289	1	290	1	74	127	87	1
Total Período	2906	6571	9477	132	9548	25	2309	3761	3382	71
			9609							
Média Paciênte/dia	94,20	212,07	306,27	4,37	308,60	0,80	74,50	121,13	109,83	2,33
Meta Contratual			300		7000					
			Meta Cumprida		Meta Cumprida					

Obs: O número de atendimentos médicos na pediatria e n
clínica geral já está subtraindo o número de evasões

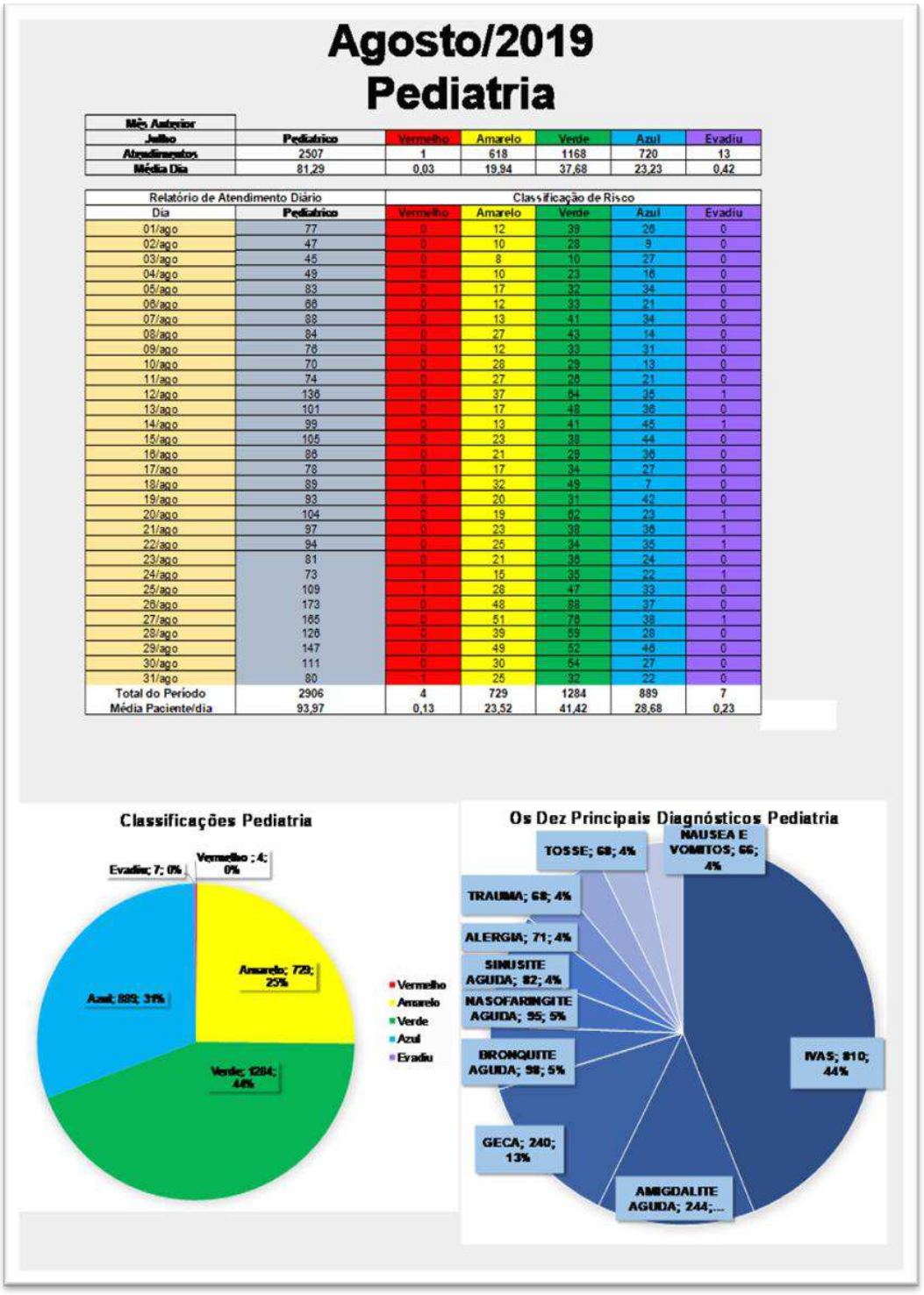
Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDICADOR 2 - COMPARATIVO DE CONSULTAS MENSAL, onde avalia a evolução das consultas mensais conforme a classificação de risco, no intuito de definir a melhor estratégia do dimensionamento médico, a fim de garantir agilidade e segurança nos atendimentos médicos.



INDICADOR 3 – INDICADORES DE ATENDIMENTO POR ESPECIALIDADE E PRINCIPAIS DIAGNÍSTICOS, onde mensura o volume de atendimento por especialidade e as principais patologias atendidas, colaborando não só para a própria Unidade, mas sim junto a Secretaria de Saúde local nas garantias preventivas na saúde da população local.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



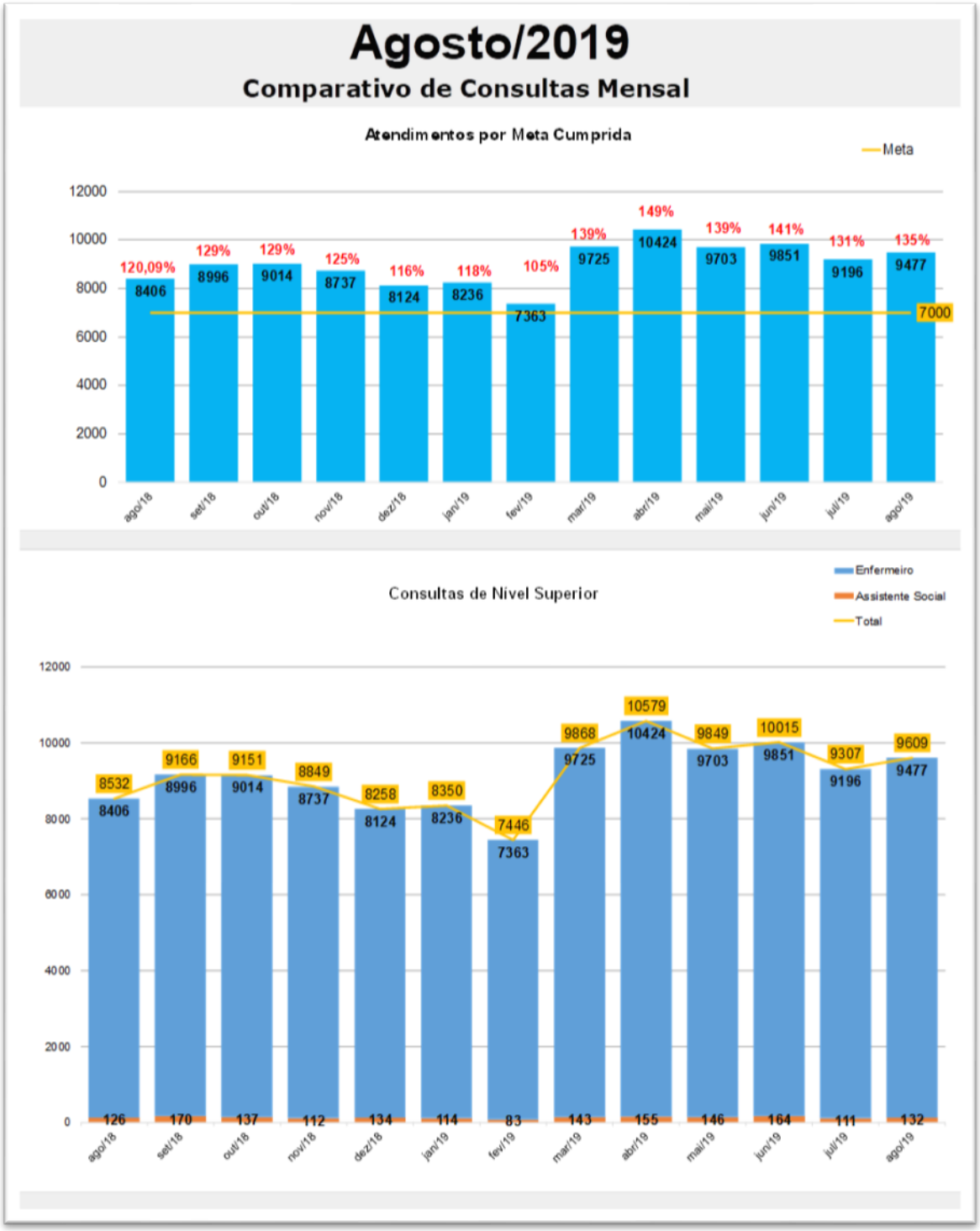
Agosto/2019
Pediatria

Mês Anterior						
Julho	Pediatrico	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	Evadiu
Atendimentos	2507	1	618	1168	720	13
Média Dia	81,29	0,03	19,94	37,68	23,23	0,42

Relatório de Atendimento Diário		Classificação de Risco				
Dia	Pediatrico	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	Evadiu
01/ago	77	0	12	39	26	0
02/ago	47	0	10	28	9	0
03/ago	45	0	8	10	27	0
04/ago	49	0	10	23	16	0
05/ago	83	0	17	32	34	0
06/ago	66	0	12	33	21	0
07/ago	88	0	13	41	34	0
08/ago	84	0	27	43	14	0
09/ago	76	0	12	33	31	0
10/ago	70	0	28	29	13	0
11/ago	74	0	27	26	21	0
12/ago	136	0	37	64	35	1
13/ago	101	0	17	48	36	0
14/ago	99	0	13	41	45	1
15/ago	105	0	23	38	44	0
16/ago	86	0	21	28	36	0
17/ago	78	0	17	34	27	0
18/ago	89	1	32	49	7	0
19/ago	93	0	20	31	42	0
20/ago	104	0	19	82	23	1
21/ago	97	0	23	38	36	1
22/ago	94	0	25	34	35	1
23/ago	81	0	21	36	24	0
24/ago	73	1	15	35	22	1
25/ago	109	1	28	47	33	0
26/ago	173	0	48	88	37	0
27/ago	165	0	51	78	38	1
28/ago	126	0	39	59	28	0
29/ago	147	0	49	52	46	0
30/ago	111	0	30	54	27	0
31/ago	80	1	25	32	22	0
Total do Período	2906	4	729	1284	889	7
Média Paciente/dia	93,97	0,13	23,52	41,42	28,68	0,23

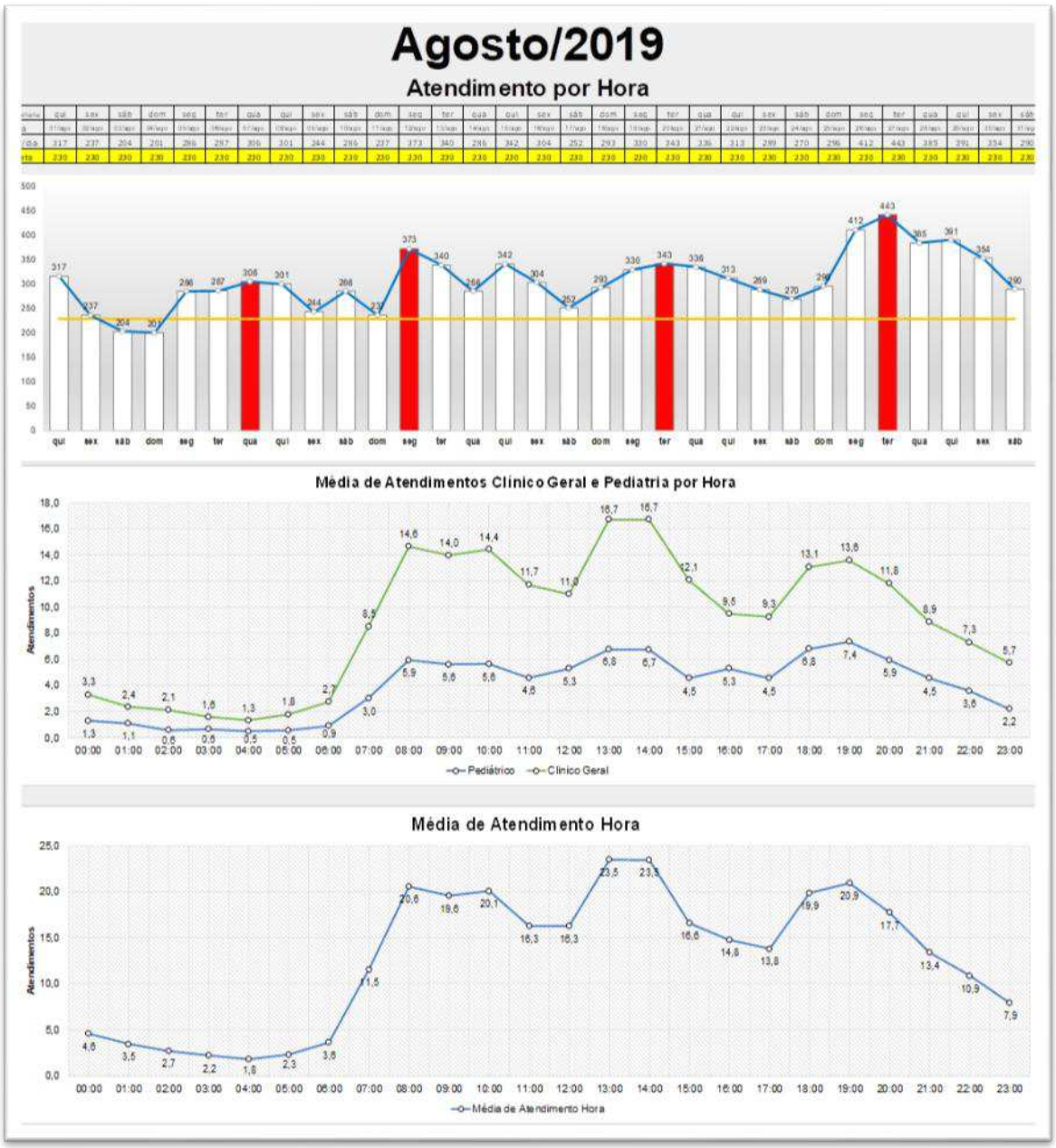
INDICADOR 4 – META QUANTITATIVA, onde mensura a evolução dos atendimentos mensais e a quantidade estabelecida contratualmente.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



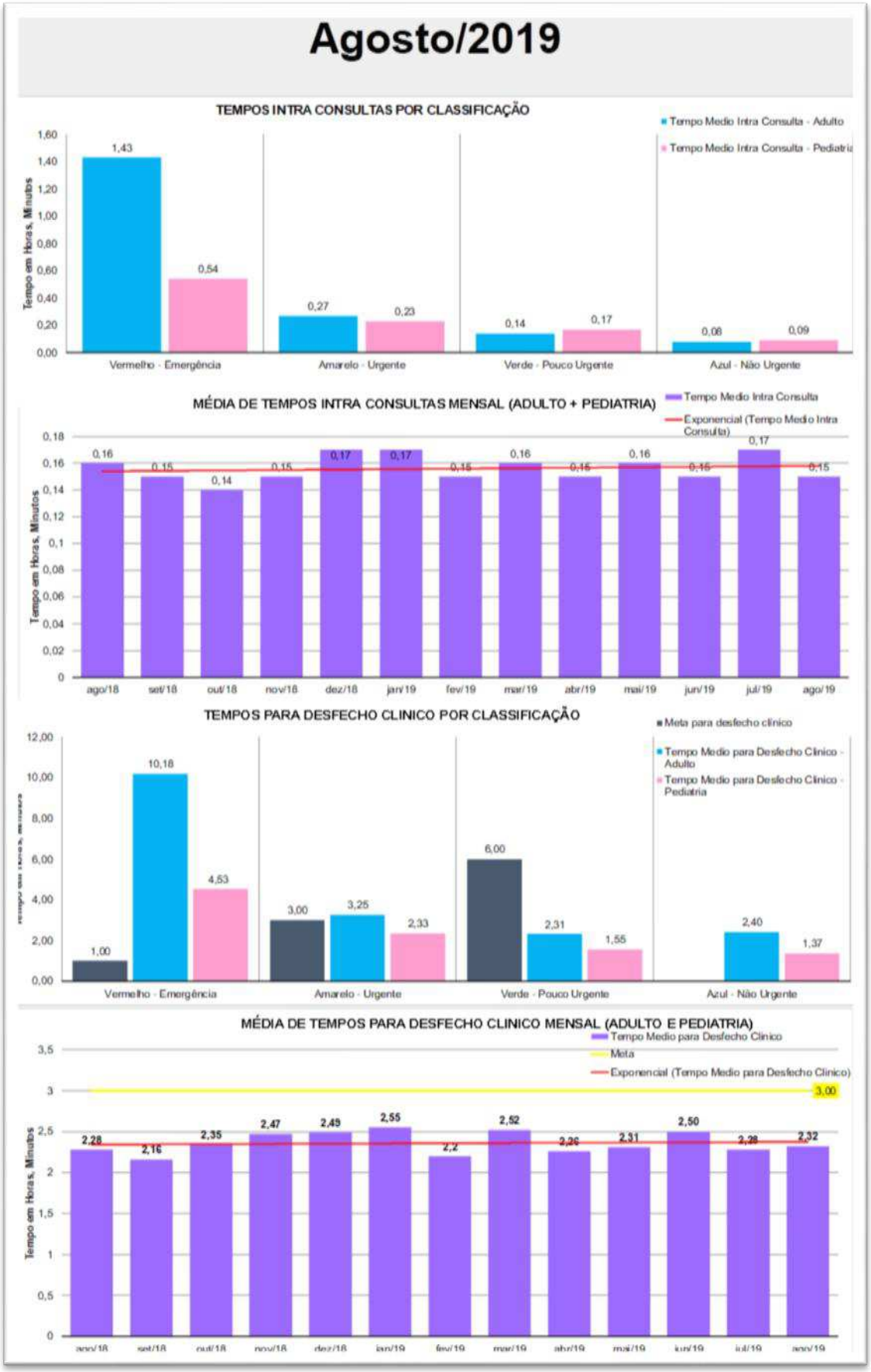
INDICADOR 5 – VOLUME DE ATENDIMENTO POR HORA, este indicador demonstra a sazonalidade dos dias da semana, e principalmente os horários de picos nos atendimentos médicos. O INDSH foi um dos precursores a implantar um plantão médico, que apelidou de "CINDERELA", pois justamente após avaliar este indicador percebeu a necessidade de oferecer mais um plantão médico no horário de maior volume após as 19:00.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



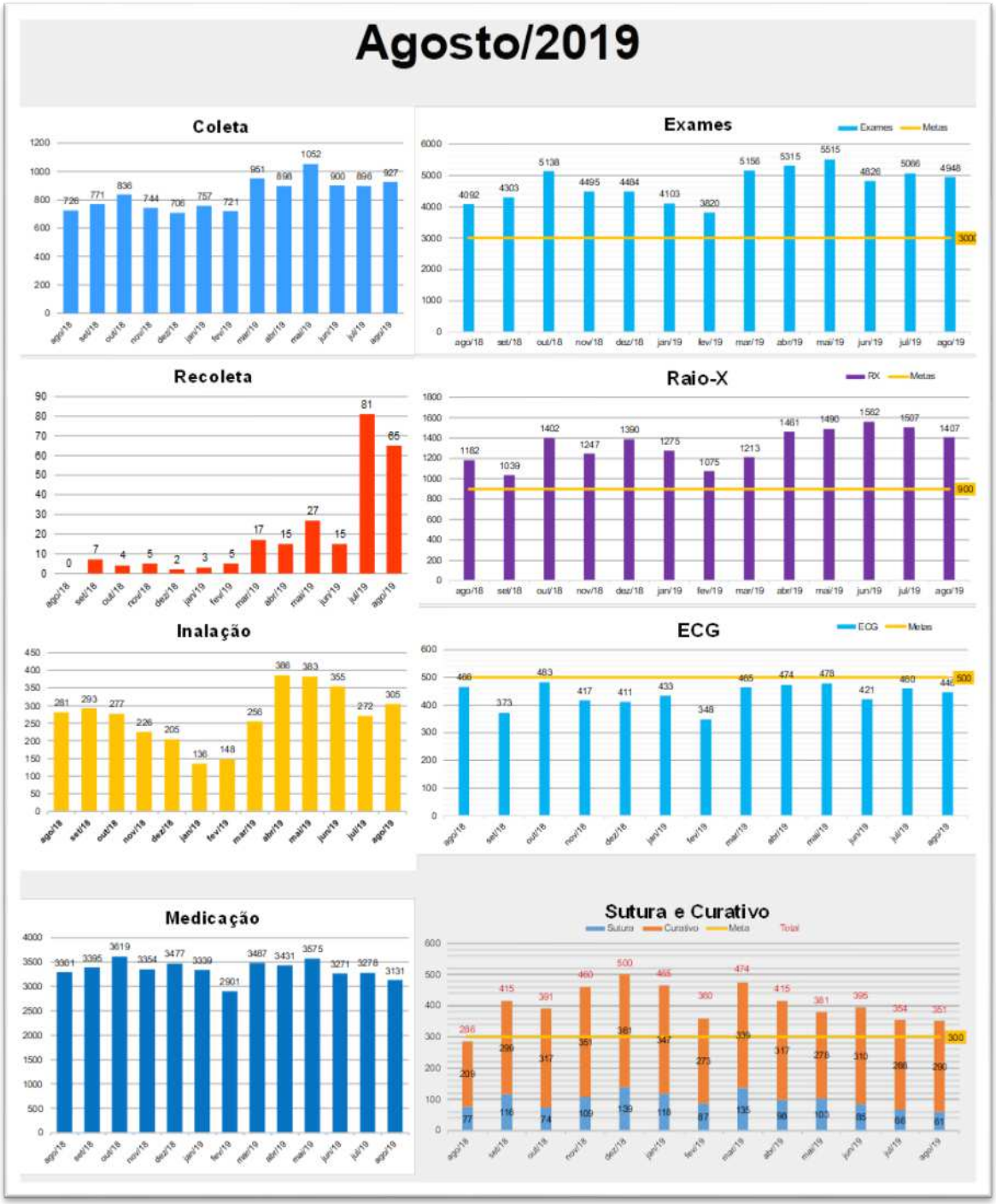
Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA



Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

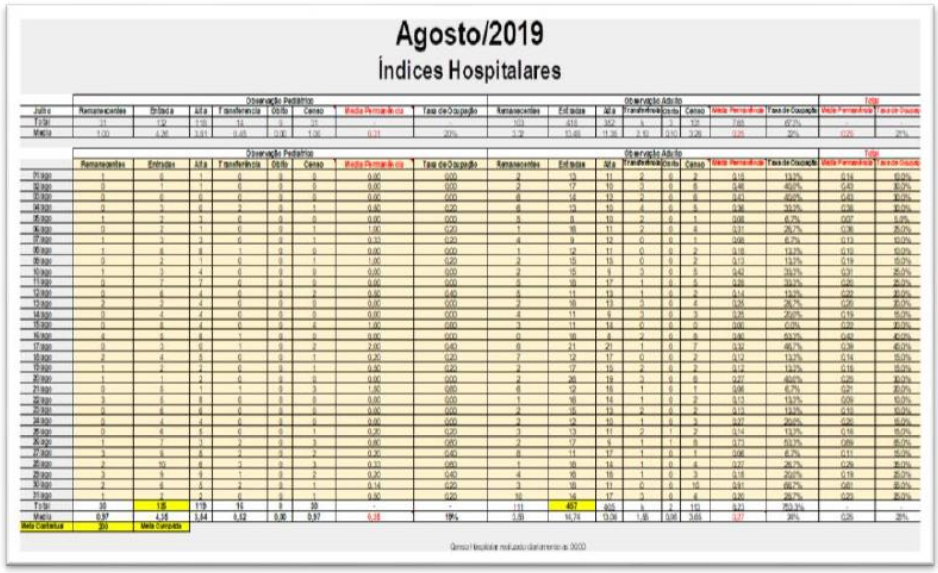
INDICADOR 6 – COMPARATIVO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS, um indicador eficiente para garantir a evolução técnica dos atendimentos e nos volumes de SADT's e procedimentos realizados.

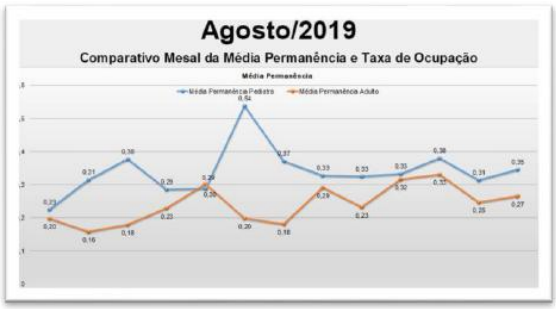


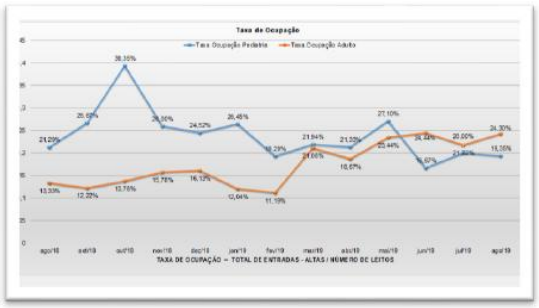
Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

INDICADOR 7 – INDICADORES HOSPITALARES – onde o indicador mensura o tempo médio de permanência nas observações da Unidade (UPA) e a referida taxa de ocupação de seus leitos. Tais indicadores são extremamente importantes para o gestor (INDSH), assim como para seu ente contratante (Prefeitura), pois indica o tempo estimado nas transferências para outras unidades da rede referenciadas.

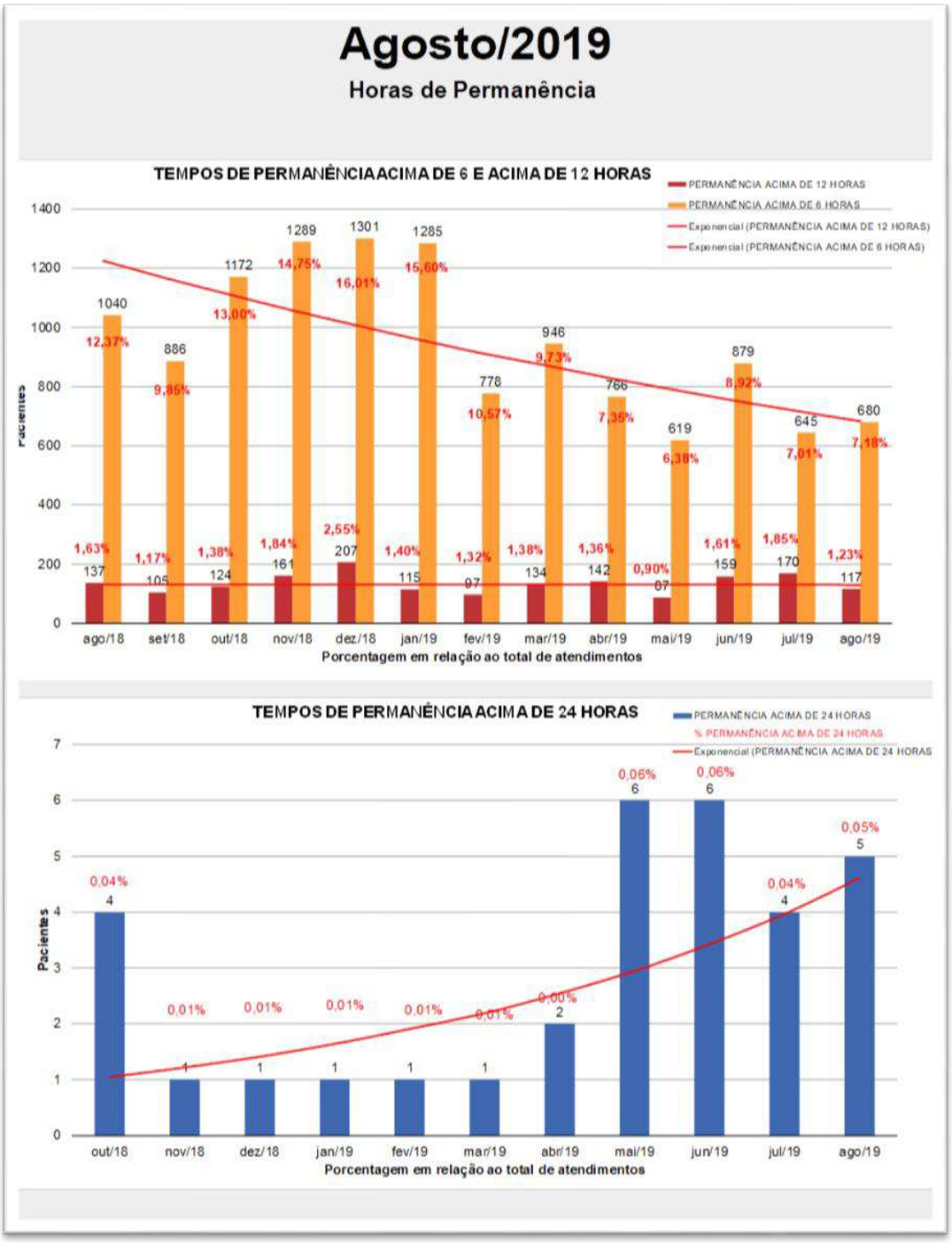






Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

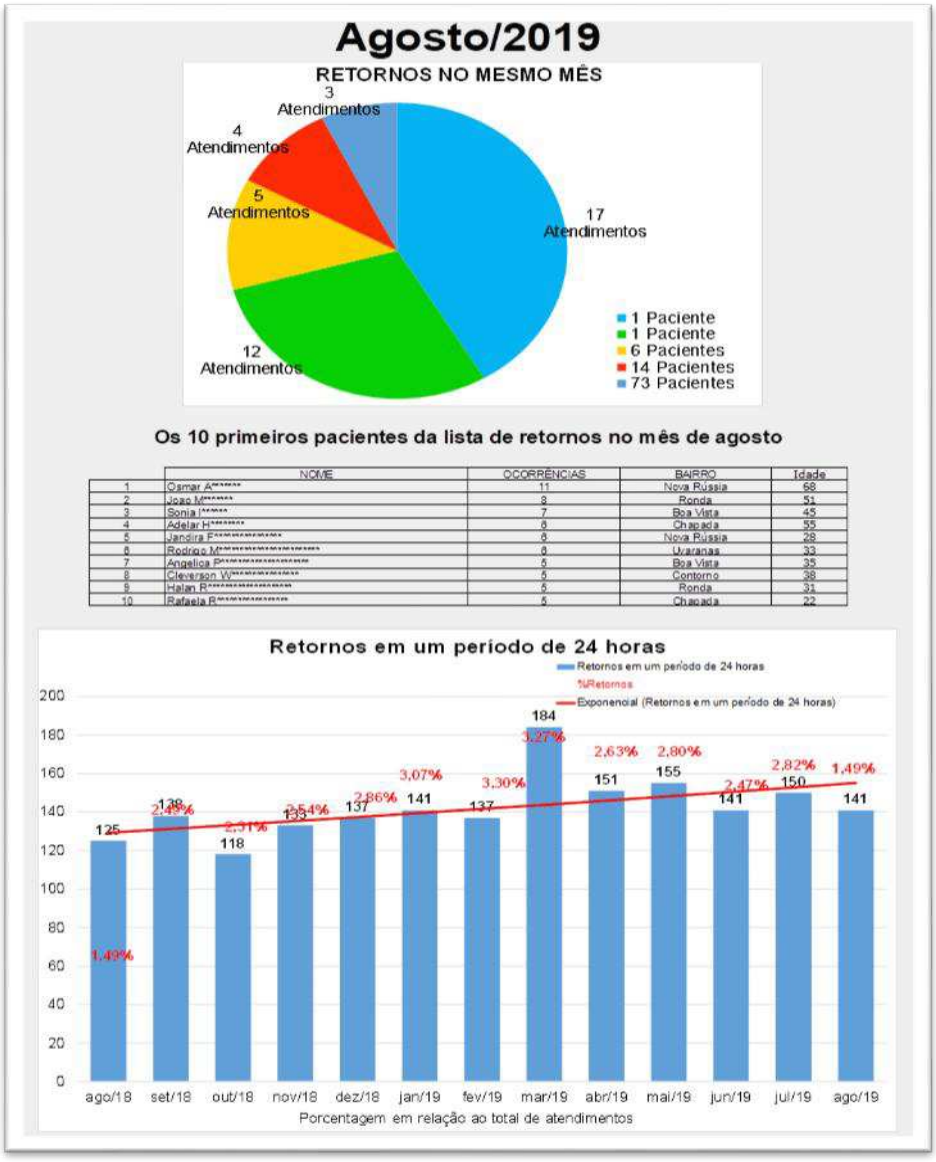
Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org



INDICADOR 8 – RETORNOS NO MESMO MÊS, um grande diferencial da gestão do INDSH, pois mensalmente é enviado a Secretaria de Saúde local, os principais NOMES dos clientes, que MAIS retornaram na Unidade de Pronto Atendimento durante aquele mesmo mês, a fim de garantir ao ente público que possa desenvolver ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para promover a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos

Assinado por 1 pessoa: DANILO CAVALCANTE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

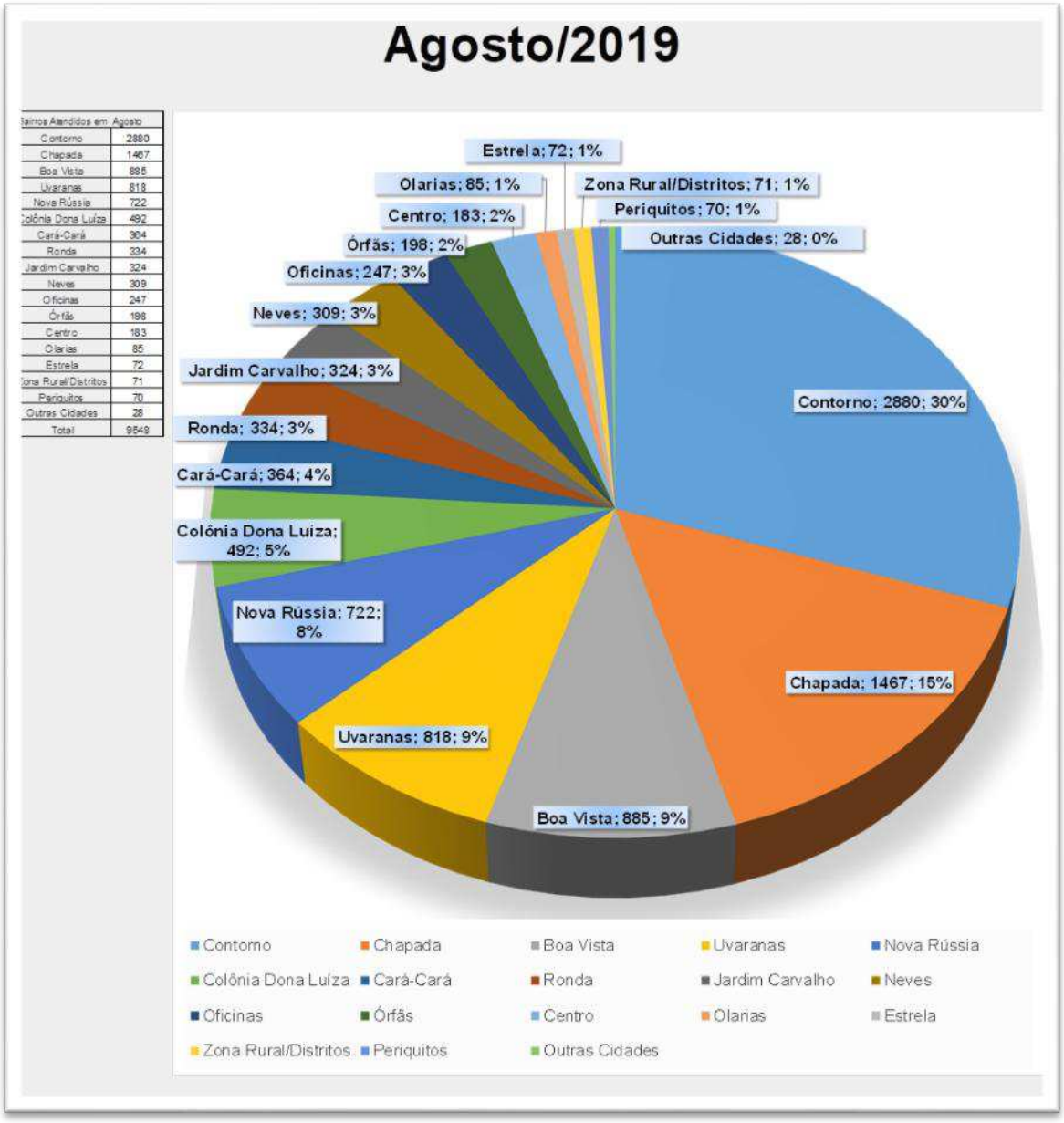
e a manutenção da saúde de sua POPULAÇÃO com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades na Atenção Primária de sua Rede.



Obs. Em respeito à integridade e a leis vigentes, os nomes dos pacientes foram aqui preservados.

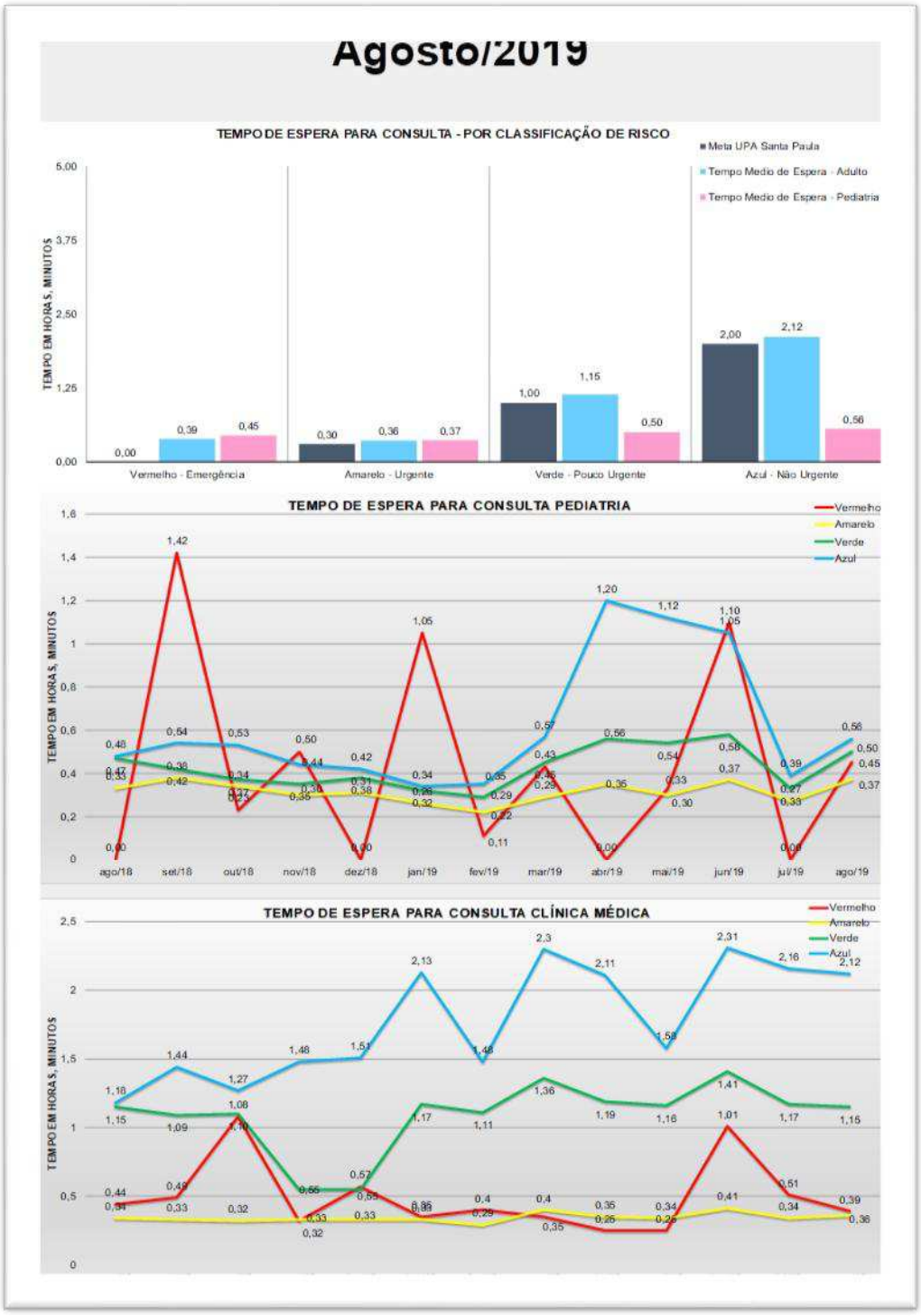
INDICADOR 9 – ATENDIMENTOS POR BAIRRO, esse indicador permitiu para a Prefeitura local verificar os deslocamentos de sua população para a Unidade de Pronto Atendimento – UPA, e tomar ações importantes como construir um novo aparelho (UPA) nas regiões mais longínquas, de forma a beneficiar seu pacientes e garantir uma saúde eficiente mais próximo de suas residências.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CAMPAGNOLO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



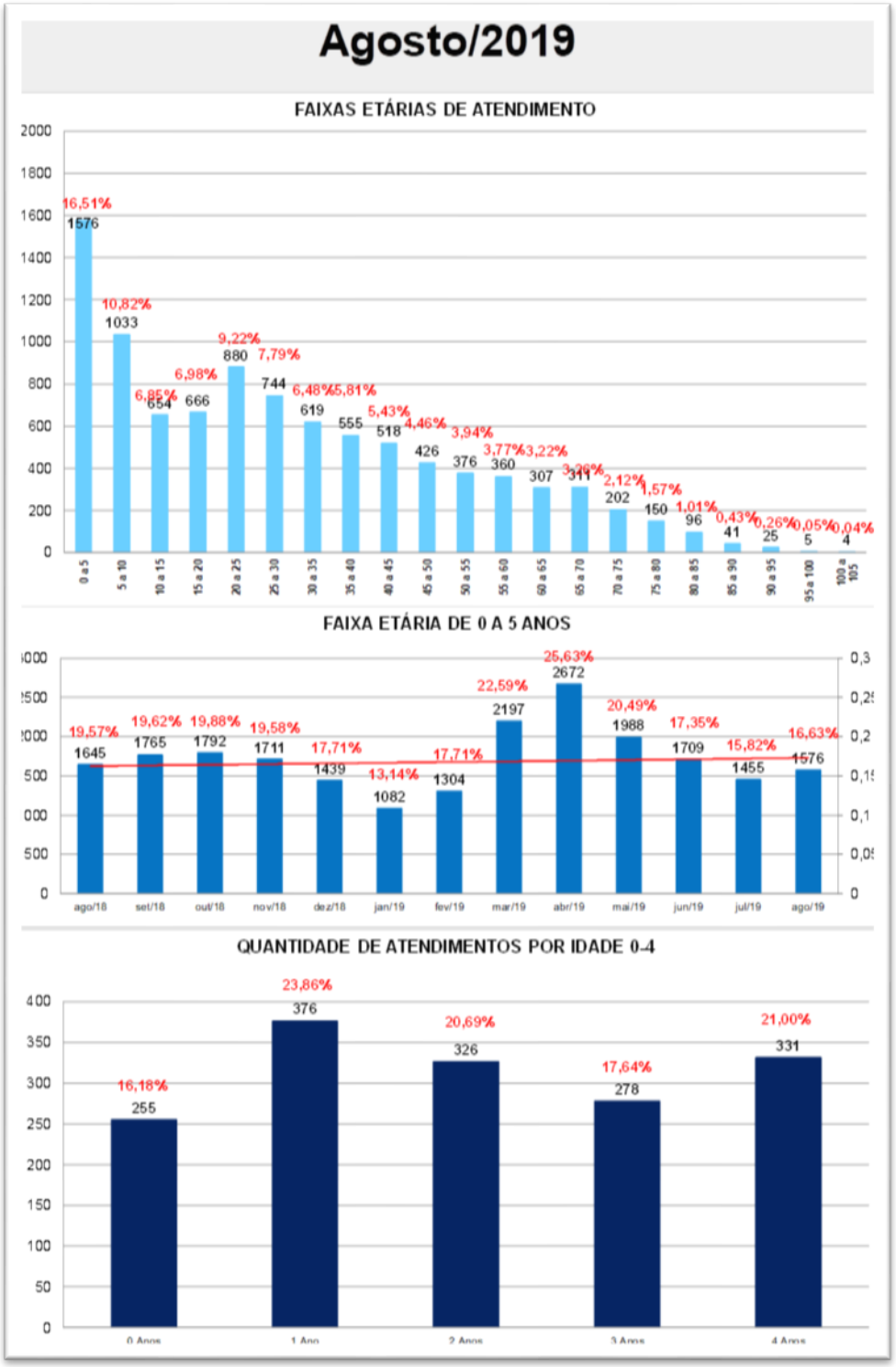
INDICADOR 10 – TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTAS, este importante indicador tem a finalidade de avaliar o tempo médio em que leva cada paciente classificado, conforme sua gravidade, até o pleno atendimento médico. Este indicador avalia a capacidade qualitativa do INDSH, a fim de garantir NÃO somente a agilidade no atendimento, mas a segurança nos procedimentos clínicos, com um dimensionamento médico e assistencial adequado conforme a sazonalidade local.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



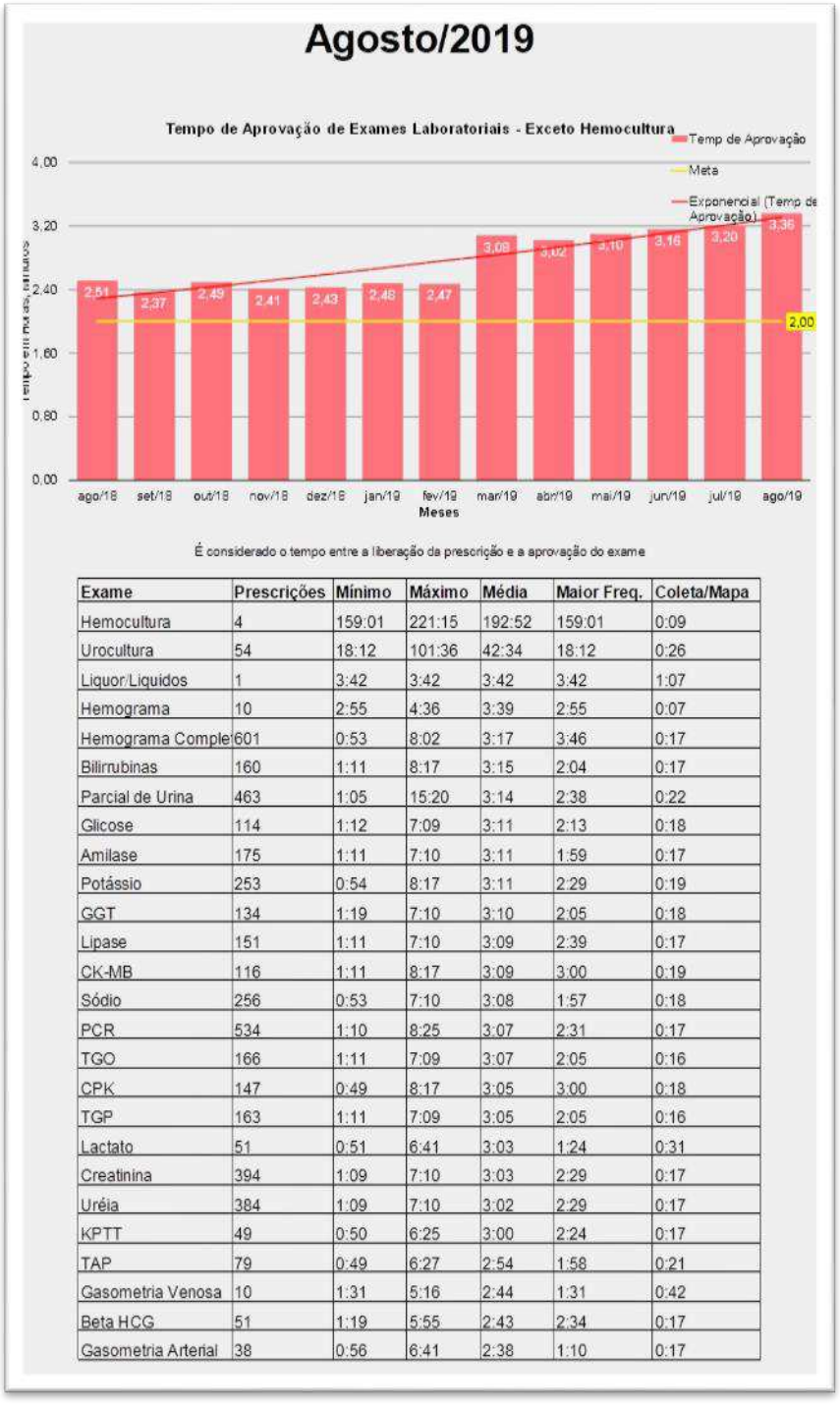
INDICADOR 11 – FAIXA ETÁRIA DE ATENDIMENTO, onde mensura a quantidade de atendimentos pela faixa etária da população ali assistida. Um precioso dado tanto para a Unidade, bem como a Secretária de Saúde a fim de tomar medidas preventivas para sua população.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



INDICADOR 12 – TEMPO MÉDIO DE APROVAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS, esse importante indicador mensura o tempo médio entre a solicitação do exame laboratorial a seu paciente, e a efetiva entrega do resultado do exame, a fim de garantir melhor eficiência no tratamento a seus pacientes.

Assinado por 1 pessoa: DAILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E



É considerado o tempo entre a liberação da prescrição e a aprovação do exame

Exame	Prescrições	Mínimo	Máximo	Média	Maior Freq.	Coleta/Mapa
Hemocultura	4	159:01	221:15	192:52	159:01	0:09
Urocultura	54	18:12	101:36	42:34	18:12	0:26
Liquor/Liquidos	1	3:42	3:42	3:42	3:42	1:07
Hemograma	10	2:55	4:36	3:39	2:55	0:07
Hemograma Comple	601	0:53	8:02	3:17	3:46	0:17
Bilirrubinas	160	1:11	8:17	3:15	2:04	0:17
Parcial de Urina	463	1:05	15:20	3:14	2:38	0:22
Glicose	114	1:12	7:09	3:11	2:13	0:18
Amilase	175	1:11	7:10	3:11	1:59	0:17
Potássio	253	0:54	8:17	3:11	2:29	0:19
GGT	134	1:19	7:10	3:10	2:05	0:18
Lipase	151	1:11	7:10	3:09	2:39	0:17
CK-MB	116	1:11	8:17	3:09	3:00	0:19
Sódio	256	0:53	7:10	3:08	1:57	0:18
PCR	534	1:10	8:25	3:07	2:31	0:17
TGO	166	1:11	7:09	3:07	2:05	0:16
CPK	147	0:49	8:17	3:05	3:00	0:18
TGP	163	1:11	7:09	3:05	2:05	0:16
Lactato	51	0:51	6:41	3:03	1:24	0:31
Creatinina	394	1:09	7:10	3:03	2:29	0:17
Uréia	384	1:09	7:10	3:02	2:29	0:17
KPTT	49	0:50	6:25	3:00	2:24	0:17
TAP	79	0:49	6:27	2:54	1:58	0:21
Gasometria Venosa	10	1:31	5:16	2:44	1:31	0:42
Beta HCG	51	1:19	5:55	2:43	2:34	0:17
Gasometria Arterial	38	0:56	6:41	2:38	1:10	0:17

3.2 Satisfação do Usuário

Modelo de Serviço de Atendimento ao Usuário – S.A.U

O Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU, deve estabelecer contato com os usuários, abrindo espaço para que eles realizem reclamações e sugestões através da pesquisa de satisfação, sendo

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

a unidade responsável por receber, registrar, conduzir internamente, promover a solução das manifestações (reclamações, denúncias, sugestões, elogios e/ou solicitação de informação) do usuário sobre o atendimento, instalações e serviços oferecidos na instituição. O Serviço de Atendimento do Usuário é o elo de comunicação, entre o usuário e a Instituição.

Os usuários e/ou seus familiares são ouvidos, através de um espaço democrático, e prontamente atendidos com intuito de aprimorar ou corrigir os serviços prestados.

O grande diferencial é a ferramenta utilizada sendo a Net Promoter Score – NPS sendo usada desde julho de 2017, por sua capacidade de melhor mensurar o desempenho dos serviços prestados, sendo uma abordagem voltada para o paciente, onde os resultados extraídos se aplicam no apoio a tomada de decisões estratégicas na qualidade dos serviços prestados e na segurança do paciente.

O NPS aponta com clareza os motivos que levam o paciente a avaliar sua satisfação, classificando-os como promotores, passivos e detratores, facilitando assim na elaboração de estratégias nas melhorias dos serviços prestados.

A ideia do NPS é tornar o fluxo de pesquisa totalmente simples ao consumidor, obtendo através da "Pergunta Definitiva" os dados quantitativos da pesquisa e através uma ou mais perguntas abertas, os pontos de destaque da experiência do cliente.



Como calcular o NPS

O NPS é classificado através de uma pergunta simples: "Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria nossa empresa para um amigo?" A fórmula é simples:

Net Promoter Score = % CLIENTES PROMOTORES – % CLIENTES DETRATORES = %NPS.

Mas quais são os tipos de clientes? Com base nas notas de 0 a 10, os clientes serão classificados em 03 formas:

- **Notas de 0 a 06 – Clientes Detratores** – São aqueles clientes que indicam que a suas vidas pioraram depois da compra do produto ou serviço da empresa mencionada. Criticam a empresa em público e jamais voltariam a fazer negócio com a empresa, exceto em situações extremas.
- **Notas de 07 e 08 – Clientes Neutros** – São aqueles clientes que compram somente os produtos e serviços realmente necessários. Não são leais e não são entusiastas da empresa.
- **Notas de 09 a 10 – Clientes Promotores** – Passaram a ter uma vida melhor depois do início do relacionamento com a empresa/produto/serviço/marca. São leais, oferecem feedbacks e são entusiasmados.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Zonas de Classificação

De acordo com as notas do Net Promoter Score é possível classificar as empresas em 4 Zonas de Classificação, que em termos gerais exemplificam o quão bem a empresa está em relação a satisfação de clientes.

As zonas são:

Zona de Excelência – NPS **entre 76 e 100**

Zona de Qualidade – NPS entre **51 e 75**

Zona de Aperfeiçoamento – NPS **entre 1 e 50**

Zona Crítica – NPS entre **-100 e 0**

NPS GERAL E SETORIAL | NÚMERO DE PARTICIPANTES				
	DETRATORES	PASSIVOS	PROMOTORES	NPS
Recepção	12,60% | 33	7,25% | 19	80,15% | 210	68%
Classificação de Risco	17,86% | 45	11,51% | 29	70,63% | 178	53%
Médicos/Espera para consulta	28,96% | 75	13,90% | 36	57,14% | 148	28%
Médicos/cordialidade no atendimento	13,60% | 34	8,80% | 22	77,60% | 194	64%
Enfermagem/ Medicação	16,81% | 39	9,05% | 21	74,14% | 172	57%
Raio X	15,60% | 22	5,67% | 8	78,72% | 111	63%
Manutenção/Higiene e Limpeza	8,09% | 19	7,23% | 17	84,68% | 199	77%
Sua necessidade foi resolvida	16,07% | 36	9,38% | 21	74,55% | 167	58%
NPS Geral	18,40% | 129	14,98% | 105	66,62% | 467	48%

O CONCEITO INOVADOR DO INDSH PARA S.A.U.

A pesquisa é realizada através do preenchimento do questionário impresso disponível nas urnas em pontos de atendimento da Unidade, através do QR Code ou link espalhado em painéis pela unidade, ou via SMS.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Imediatamente o cliente / paciente ou acompanhante será remitido a pesquisa de satisfação.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Gostariamos de saber como foi seu atendimento em nossa unidade.

Ao final, preencha a nossa pesquisa de satisfaçãoe assinalea sua resposta.

1 – Qual a probabilidade de você recomendar nossa Unidade para um amigo ou familiar?

Nem um pouco provável										Extremamente provável
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2 – Como você avalia a cordialidade de nossa Recepção?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Uma das ferramentas de gestão utilizadas pelo Instituto é a implantação do serviço de avaliação de atendimento ao usuário. Este será estruturado por meio de um sistema de avaliação periódico e sistemático para acompanhar a efetividade das ações relativas à melhoria contínua do atendimento ao usuário. Esse sistema constitui-se das seguintes etapas:

1. **Coleta de informações;**
2. **Tabulação e análise dos resultados;**
3. **Plano de Ação;**
4. **Avaliação e Validação.**

1- Coleta de Informações: No que se ao método utilizado para mensuração do índice de Satisfação do Usuário, há dois conjuntos de resultados, especificados abaixo:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- Serão coletadas informações junto ao usuário, por meio da abordagem direta, realizada pelo colaborador responsável pelo serviço. Nesse momento, serão registradas opiniões, críticas e sugestões dos clientes, por amostragem.
- A pesquisa é realizada através do preenchimento do questionário impresso disponível nas urnas em pontos de atendimento da Unidade, através do QR Code ou link espalhado em painéis pela unidade, ou via SMS.

2- Tabulação e análise dos resultados: A tabulação e análise dos dados será operacionalizada pelo colaborador responsável pelo serviço, semanalmente, onde serão analisados os itens de avaliação de satisfação e todos os fatores que os compõem.
A partir da análise dos dados, serão definidos planos de ação em busca da melhoria dos serviços prestados. Vale ressaltar que na ocasião de análise, serão fornecidos feedback aos usuários das medidas que foram ou serão adotadas.

3- Plano de Ação: O resultado obtido na etapa anterior será a base para a construção dos planos de ação, que serão desenvolvidos pelas respectivas áreas. Preconiza-se a utilização da ferramenta da qualidade 5w2h.

4- Avaliação e Validação: Após intervenção do plano de ação será realizada a avaliação e validação dos problemas detectados por meio do acompanhamento dos questionários de avaliação dos serviços prestados. Este processo utilizará o Ciclo do P.D.C.A, sendo que todas as etapas destas atividades estarão registradas no relatório mensal emitido pelo serviço. Vale ressaltar que o relatório fará parte da pauta da reunião mensal dos dirigentes da Unidade. O serviço utilizará após validação dos gestores encontrados no formulário abaixo descrito:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Prezado (a) Cliente: **Estamos em constante busca pela excelência. Para isso, precisamos da sua opinião sobre nosso atendimento e principais serviços.**					
É a primeira vez que utiliza nossos serviços? ☐ Sim ☐ Não Qual foi o Tipo de Atendimento? ☐ Consulta ☐ Urgência e Emergência ☐ Outros					
Como você avalia os Serviços abaixo?					**Neste campo, você poderá justificar sua avaliação para cada Serviço:**
Marque X na Opção Desejada	**Ótimo**	**Bom**	**Reg**	**Ruim**	
Recepção					
Médicos					
Enfermagem					
Limpeza					
Nutrição					
Outras Equipes					
Atendimento geral					

De acordo com a sua opinião o que precisamos melhorar para alcançarmos a sua satisfação?

_____
_____
_____

_____

Se possível, deixe seu contato para mantermos comunicação:
Nome: _____
Fone: _____
E-mail: _____

O Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU, contara com um profissional da área administrativa que estará subordinado a Diretoria Executiva. Terá como horário de atendimento das 8hs às 18hs (Horário comercial).

Será competência do colaborador responsável pelo serviço no S.A.U:

- Preservar e respeitar os princípios da "Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Constituição Federal e das Constituições Estaduais".
- Estabelecer canais de comunicação de forma aberta, honesta e objetiva, procurando sempre facilitar e agilizar as informações.
- Agir com transparência, integridade e respeito.
- Atuar com agilidade e precisão. Respeitar toda e qualquer pessoa, preservando sua dignidade e identidade.
- Reconhecer a diversidade de opiniões, preservando o direito de livre expressão e julgamento de pessoa.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Ouvir o usuário com paciência, compreensão, ausência de pré-julgamento e de todo e qualquer preconceito.
- Resguardar o sigilo das informações.
- Responder ao usuário no menor prazo possível, com clareza e objetividade.
- Atender com cortesia e respeito às pessoas.
- Buscar a constante melhoria das suas práticas, utilizando eficaz e eficientemente os recursos colocados à sua disposição
- Atuar de modo diligente e fiel no exercício de seus deveres e responsabilidades.
- Buscar junto as áreas medidas de melhoria visando o atendimento de excelência aos usuários da unidade.

Nota: As competências acima descritas, foram baseadas no Código de ética do Ouvidor.

Proposta para Implantação de Serviço de Atenção ao Usuário-SAU (usuário e acompanhantes)

Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)

O Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU, tem o objetivo de atender aos usuários e acompanhantes de forma imparcial e efetiva, recebendo as manifestações e mensurando o nível de satisfação através da apuração dos indicadores que, analisados, serão fundamentais para a melhoria contínua dos serviços prestados.

Este Serviço será estruturado por meio de um sistema de avaliação periódico e sistemático para acompanhar a efetividade das ações relativas à melhoria contínua do atendimento ao usuário. Constitui-se das seguintes etapas:

- Coleta de informações;
- Tabulação e análise dos resultados;
- Plano de Ação;
- Avaliação e Validação.

Coleta de Informações: No que se ao método utilizado para mensuração do índice de Satisfação do Usuário, há dois conjuntos de resultados, especificados abaixo:
Serão coletadas informações junto ao usuário, por meio da abordagem direta, realizada pelo colaborador responsável pelo serviço. Nesse momento, serão registradas opiniões, críticas e sugestões dos clientes, por amostragem.
A pesquisa é realizada através do preenchimento do questionário impresso disponível nas urnas, através do QR Code (link espalhado em painéis), via SMS (WhatsApp) ou ainda com a utilização de totens disponíveis em pontos estratégicos de atendimento na Unidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Tabulação e análise dos resultados: A tabulação e análise dos dados será operacionalizada pelo colaborador responsável pelo serviço, diariamente, onde serão analisados os itens de avaliação de satisfação e todos os fatores que os compõem.
A partir da análise dos dados, serão definidos planos de ação em busca da melhoria dos serviços prestados. Vale ressaltar que na ocasião de análise, serão fornecidos feedback aos usuários das medidas que foram ou serão adotadas.
O Foco principal na análise diária será a verificação de pedidos de esclarecimentos e críticas aos serviços, que serão tratadas nos prazos previamente estabelecidos com o Contratante (atualmente o INDSH aplica nas Unidades sob gestão o prazo máximo de 72 horas).

Plano de Ação: O resultado obtido na etapa anterior será a base para a construção dos planos de ação, que serão desenvolvidos pelas respectivas áreas. Preconiza-se a utilização da ferramenta da qualidade 5w2h.

Avaliação e Validação: Após execução do plano de ação será realizada a avaliação e validação dos problemas detectados por meio do acompanhamento dos questionários de avaliação dos serviços prestados. Este processo utilizará o Ciclo do P.D.C.A, sendo que todas as etapas desta atividades estarão registradas no relatório mensal emitido pelo SAU. Vale ressaltar que o relatório fará parte da pauta da reunião mensal dos dirigentes da Unidade.

O Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU - é independente, autônomo e imparcial, terá um profissional subordinado diretamente à Direção Executiva, promovendo assim, em qualquer instância, os encaminhamentos cabíveis, acompanhando e retornando em tempo hábil (72 horas) ao usuário as providências adotadas. Terá como horário de atendimento das 8hs às 18hs (Horário comercial).

Será competência do colaborador responsável pelo SAU:
Preservar e respeitar os princípios da "Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Constituição Federal e das Constituições Estaduais";
Estabelecer canais de comunicação de forma aberta, honesta e objetiva, procurando sempre facilitar e agilizar as informações;
Agir com transparência, integridade e respeito;
Atuar com agilidade e precisão;
Respeitar toda e qualquer pessoa, preservando sua dignidade e identidade;
Reconhecer a diversidade de opiniões, preservando o direito de livre expressão e julgamento de pessoa;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Ouvir o usuário com paciência, compreensão, ausência de pré-julgamento e de todo e qualquer preconceito;

Resguardar o sigilo das informações;

Receber, analisar e registrar as queixas, sugestões e elogios dos usuários, encaminhando aos gestores dos setores correspondentes;

Responder ao usuário de acordo com o prazo estabelecido, com clareza e objetividade;

Atender com cortesia e respeito às pessoas;

Buscar a constante melhoria das suas práticas, utilizando eficaz e eficientemente os recursos colocados à sua disposição;

Atuar de modo diligente e fiel no exercício de seus deveres e responsabilidades;

Buscar junto as áreas medidas de melhoria visando o atendimento de excelência aos usuários da Unidade;

Todos os atendimentos serão registrados em impresso específico pelo próprio usuário e posteriormente transcrito integralmente para o livro Ata (numerada) e encaminhado por e-mail para as áreas citadas com cópia para diretoria executiva ou através do impresso próprio com o registro de protocolo de entrega;

O atendimento ocorrerá numa sala específica de forma a preservar a privacidade do usuário;

O profissional do SAU deverá atender cordialmente o usuário ou acompanhante, orientá-lo e certificar que ele tenha compreendido as orientações;

O profissional do SAU deve ter um comportamento neutro, sem interferir em condutas, saber ouvir o usuário e/ou acompanhante, sem expressar opiniões pessoais, conhecer todos os fluxos da Unidade, para informar ao usuário com maior precisão possível;

Resolver as queixas, quando possível, durante o atendimento ou a devolutiva no prazo estabelecido a partir da data de protocolo, com devolutiva de 100% dos atendimentos ou registros;

Mediar situações de conflito entre colaboradores e usuários;

O abastecimento e o recolhimento das pesquisas nas caixas de sugestões serão diários;

A verificação das pesquisas eletrônicas (Totem e QR Code) serão diárias;

Tabular os dados das pesquisas e entrevistas;

Elaborar relatório gerencial com dados quantitativos e qualitativos;

Toda reclamação deve, obrigatoriamente, gerar uma ação, seja uma nota explicativa ou ação corretiva com a equipe;

Acompanhar as providências adotadas do início até a finalização do processo;

Divulgar no mural interno os elogios e os indicadores de satisfação dos usuários;

Realizar a pesquisa diária nos leitos da Unidade;

Realizar apresentações diárias na recepção, orientando sobre a existência do SAU, a importância para os usuários, a finalidade do Serviço e os meios para manifestação da opinião;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Para os usuários em observação, o profissional do SAU deve se dirigir diariamente aos leitos e informar sobre a pesquisa de satisfação, se o usuário desejar fazer o relato, aguardar o preenchimento do formulário ou o preenchimento através do código QR;
Nos casos, específicos, em que o usuário tiver dificuldades na escrita e solicitar auxílio, o profissional do SAU deverá registrar a queixa, utilizando nestes casos a terceira pessoa e após a descrição fará a leitura e solicitará a assinatura;
Elaborar relatório mensal, até o quinto dia do mês subsequente, com os resultados do nível de satisfação do usuário referente às Unidades e os serviços oferecidos, o relato de todas os formulários preenchidos pelos usuários, as ações e devolutivas para os usuários, consolidado mensal dos indicadores, desafios encontrados para realização das atividades e sugestões de melhoria;
Todas as informações geradas no SAU são consolidadas e apresentadas em reunião mensal com a Direção e os gestores das áreas envolvidas a fim de que possam acompanhar os indicadores, nº de amostras, sugestões, elogios, ações desencadeadas e evolução;
Relato semanal para direção executiva das relações recebidas e as ações desenvolvidas pelos gestores de área.

Nota: As competências acima descritas, foram baseadas no Código de ética do Ouvidor.

Desta forma, tem a função de ouvir, orientar, esclarecer dúvidas e questionamentos a respeito do atendimento na Unidade. Através do SAU e da participação do usuário, que a Direção da Unidade aprimora os serviços ofertados.

Atuação do SAU:
O SAU atua através das pesquisas de satisfação impressas, por meios eletrônicos ou presencialmente, independente da forma escolhida pelo usuário, a informação será registrada em livro específico (ATA) e encaminhada aos gestores via sistema informatizado para conhecimento e providências necessárias de acordo com processo e fluxos estabelecidos.

1 - Impressos de pesquisa de satisfação: disponíveis nas caixas de opiniões do SAU, espalhadas pela Unidade;
2 - Presencialmente: horário de atendimento é das 08:00h às 18:00h de segunda a sexta-feira;
Visita do profissional do SAU nas áreas de atendimento da Unidade;
Sala de atendimento do SAU localizada em local de fácil acesso aos usuários;
3 - Meios eletrônicos: Telefone: (xx) – xxxx-xxxx / (xx) xxxx-xxxx (whatsApp);
E-mail: sau.unidadexxxx@indshsaude.org.br

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

4 - Código QR: fixados em locais estratégicos na Unidade e apurado eletronicamente;

5 - Totem – pesquisa de satisfação: o INDSH é favorável a instalação de totens para pesquisa de satisfação nas Unidades sob sua gestão, facilitando o acesso ao Contratante aos resultados da pesquisa de forma contínua.

6 – Registros das Pesquisas de Satisfação: os registros são distribuídos entre: elogios, sugestões e reclamações, sendo que cada tipo de registro tem seu destino.

7 – Sugestões: analisadas e encaminhadas à Diretoria executiva e ao respectivo gestor da área citada, para análise e providências, se necessário será elaborado um plano de ação para acompanhamento e envolvimento de outras áreas.

8 – Elogios: selecionados e expostos no mural de elogios mensalmente.

9 – Reclamações: são encaminhadas ao gestor da área para os devidos esclarecimentos e providências, com a obrigatoriedade de resposta formal ao usuário e à Direção Executiva no prazo de 48 horas do protocolo de recebimento.

10 – Site Institucional: O canal para dúvidas, críticas e elogios, está aberto pelo formulário no endereço que segue https://www.indsh.org.br/contato/

11 - Assessoria de Imprensa – temos um e-mail de comunicação E-mail: comunicacao@indsh.org.br.

Cronograma de Implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)

Este cronograma serve como guia para a implementação eficiente do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) em uma unidade de saúde. Cada fase tem um período estimado de execução e objetivos específicos, de forma a estabelecer uma estrutura de atendimento ao usuário robusta, eficiente e focada no paciente.

Fase 1: Planejamento e Estruturação (Mês 1)

Atividades:

1. Definição de objetivos e escopo do SAU.
2. Levantamento de recursos humanos e materiais necessários.
3. Identificação e seleção de sistemas de gestão e ferramentas para o atendimento ao usuário.
4. Definição das funções e responsabilidades da equipe do SAU.

Resultados Esperados:

- Estrutura e recursos definidos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO DE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- Equipe de implantação designada.

Fase 2: Contratação e Capacitação da Equipe (Mês 2 a Mês 3)

Atividades:

1. Recrutamento e seleção de profissionais de atendimento.
2. Capacitação inicial sobre comunicação eficaz, acolhimento e sistemas de atendimento.
3. Treinamento específico em protocolos da unidade e sobre resolução de conflitos e suporte ao usuário.
4. Simulação de cenários de atendimento para treinamento prático.

Resultados Esperados:

- Equipe treinada e capacitada.
- Preparação para atendimento ao usuário.

Fase 3: Infraestrutura e Sistemas (Mês 2 a Mês 3)

Atividades:

1. Instalação dos sistemas de atendimento e gestão do SAU.
2. Configuração e testes de sistemas de comunicação (telefone, e-mail, chat).
3. Montagem física do ambiente do SAU (espaço de recepção, cabines, etc.).
4. Integração do sistema do SAU com outros sistemas da unidade (agendamento, prontuário eletrônico).

Resultados Esperados:

- Sistemas de atendimento instalados e testados.
- Espaço físico do SAU pronto.

Fase 4: Comunicação e Divulgação (Mês 4)

Atividades:

1. Elaboração de material informativo sobre o SAU para usuários e colaboradores.
2. Campanha de divulgação interna e externa (anúncios, murais, folhetos).
3. Treinamento para equipe sobre orientações aos usuários para acesso ao SAU.
4. Sessões de esclarecimento para todas as equipes da unidade.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Resultados Esperados:

- Público informado sobre o novo SAU.
- Colaboradores preparados para orientar os usuários.

Fase 5: Implantação Piloto e Avaliação (Mês 5)

Atividades:

1. Início da operação do SAU em caráter piloto.
2. Monitoramento das atividades, feedback dos usuários e análise de melhorias.
3. Reuniões semanais para ajustes e melhorias.
4. Avaliação do desempenho inicial e realização de treinamentos adicionais, se necessário.

Resultados Esperados:

- Identificação dos ajustes necessários.
- Experiência real de atendimento e feedback inicial.

Fase 6: Operação Completa e Monitoramento Contínuo (Mês 6 em diante)

Atividades:

1. Início do funcionamento pleno do SAU.
2. Monitoramento contínuo da qualidade e eficiência do atendimento.
3. Reuniões mensais para avaliação e otimização de processos.
4. Pesquisa de satisfação com usuários e implementação de melhorias contínuas.

Resultados Esperados:

- SAU operando em plena capacidade.
- Processo de melhoria contínua programado.

Resumo do Cronograma

Fase	Atividades Principais	Duração
Planejamento e Estruturação	Definir objetivos, equipe e estrutura	Mês 1
Contratação e Capacitação	Seleção e treinamento da equipe	Mês 2 - Mês 3
Infraestrutura e Sistemas	Instalação de sistemas e preparação do espaço	Mês 2 - Mês 3

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Fase	Atividades Principais	Duração
Comunicação e Divulgação	Divulgação interna e externa	Mês 4
Implantação Piloto e Avaliação	Operação piloto e ajustes	Mês 5
Operação Completa	SAU em pleno funcionamento	Mais 6 em diante

Este cronograma garante que o SAU seja implantado com qualidade e preparado para oferecer um atendimento eficiente, acolhedor e seguro ao usuário.

Instrução de definição de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes de crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente

Já apresentamos, no item anterior, o manual que contém informações importantes, procedimentos e recomendações necessárias para assegurar conforto, tranquilidade e segurança durante a permanência do paciente conosco.

O INDSH, espera que a estadia em nossas UNIDADES seja rápida e tranquila, que os problemas sejam resolvidos e que possamos atender com o que há de melhor em relação a pessoal e equipamentos, com uma assistência segura, oferecendo todo o cuidado necessário ao paciente de maneira profissional e humanizada.

Em caso de dificuldade ou problema, contará com a orientação com nossa equipe de enfermagem, Serviço Social, Psicologia, SAU ou Grupo de Humanização.

A legislação brasileira, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei nº 8.069/1990) e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) (Lei nº 13.146/2015), garante o direito à presença de acompanhantes em serviços de saúde para crianças, adolescentes e pessoas com necessidades especiais. Abaixo estão as instruções para a organização desse acolhimento em unidades de saúde:

1. Acomodação dos Acompanhantes

1.1 Direito à Permanência

- **Crianças e Adolescentes:** De acordo com o ECA, é obrigatório que as crianças e adolescentes em atendimento tenham o direito à presença de um acompanhante,

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

preferencialmente um dos pais ou responsável, durante todo o período de permanência na unidade.

- **Pessoas com Necessidades Especiais:** Conforme a LBI, os pacientes com deficiência têm o direito de contar com o acompanhamento de um responsável ou cuidador sempre que necessário.

1.2 Espaços Físicos

- **Acomodações Adequadas:** A unidade deve disponibilizar espaços específicos para acompanhantes, como cadeiras reclináveis ou poltronas, em áreas próximas ao paciente.
- **Acessibilidade:** Garantir que os espaços destinados aos acompanhantes sejam acessíveis para pessoas com mobilidade reduzida ou outras necessidades especiais.

1.3 Condições Básicas

- Fornecer infraestrutura mínima, como acesso a banheiros, bebedouros e áreas de descanso, garantindo o conforto e dignidade dos acompanhantes.

2. Conduta dos Acompanhantes

2.1 Orientações Gerais

- Respeitar as normas internas da unidade, incluindo horários de visitação e regras de convivência em áreas coletivas.
- Colabore com as equipes de saúde, seguindo orientações específicas sobre cuidados e procedimentos.
- Manter o ambiente organizado e higienizado, respeitando a privacidade de muitos pacientes.

2.2 Comunicação com a Equipe

- Informar prontamente à equipe de saúde sobre alterações no estado do paciente ou qualquer outra necessidade identificada.
- Participe de discussões ou orientações sobre o tratamento e cuidado, quando solicitado.

2.3 Proibição de Comportamentos Inadequados

- Não interfira nas condutas médicas ou na realização de procedimentos sem autorização.
- Evite comportamentos que possam prejudicar o bem-estar de outros pacientes, como ruídos excessivos ou extensos.

3. Legislação e Normas de Referência

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- **ECA (Lei nº 8.069/1990):** Artigo 12 – Garantir o direito à presença de acompanhante em internações hospitalares.
- **LBI (Lei nº 13.146/2015):** Artigos 18 e 19 – Reafirma o direito à acessibilidade e à presença de acompanhantes para pessoas com deficiência.
- **Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso):** Artigo 16 – Também garante o direito ao acompanhante em unidades de saúde.

4. Responsabilidades da Unidade de Saúde

4.1 Informar os Acompanhantes

- Explique, no momento do acolhimento, as normas e direitos do paciente e do acompanhante.
- Disponibilizar material informativo sobre os direitos previstos na legislação vigente.

4.2 Oferecer Suporte

- Garantir suporte emocional e orientação aos acompanhantes em momentos de dúvidas ou dificuldades.
- Promover atividades educativas que ajudem os acompanhantes a entenderem e colaborarem com os cuidados ao paciente.

4.3 Monitorar e Avaliar

- Estabelecer um sistema de feedback para identificar melhorias nas condições e condutas relacionadas ao acolhimento de pacientes acompanhantes.

Estas instruções visam garantir o cumprimento da legislação, o bem-estar dos pacientes e acompanhantes, e a manutenção de um ambiente harmonioso e funcional na unidade de saúde gerida pelo INDSH.

Acomodação, Acessibilidade e Transporte até a UPA

A acessibilidade busca diretrizes que garantem transporte, acomodação e condições de permanência para usuários e seus acompanhantes na Unidade de Saúde, em conformidade com a legislação vigente. O foco inclui crianças, adolescentes, idosos, gestantes e pessoas com deficiência, proporcionando um ambiente seguro e acessível para o atendimento e realização de exames, caso necessário.

1. Acessibilidade

1.1 Entradas e Acessos:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CAVALLO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Portas e Corredores**: Largura mínima de 0,80m nas portas e 1,20m nos corredores, permitindo o acesso fácil aos cadeirantes e aos usuários com mobilidade reduzida.

1.2 Sinalização:

- **Visual**: Placas com letras em tamanho grande, indicando áreas de recepção, salas de exame e banheiros acessíveis.
- **Mapas de Orientação**: Implantação de faixas (no chão) de sinalização e painéis com limitação sobre localização de setores e áreas de acomodação, posicionados em locais estratégicos, visíveis e de fácil compreensão.

1.3 Sanitários Acessíveis:

- **Localização**: Sanitários acessíveis próximos às áreas de recepção e exames.
- **Equipamentos**: Pias e vasos sanitários adaptados com barras de apoio, torneiras de fácil instalação e alarmes de emergência.

2. Transporte

2.1 Estacionamento:

- **Vagas Exclusivas**: Disponibilizar vagas exclusivas para idosos, gestantes e pessoas com deficiência, localizadas próximas à entrada principal e devidamente sinalizadas.
- **Dimensões Adequadas**: As vagas acessíveis devem ter dimensões mínimas de 3,5m x 5,5m, conforme normas da ABNT NBR 9050.

2.2 Transporte Público e Acessibilidade:

- **Parcerias com o Município**: Alinhar com a Secretaria de Saúde e a Central de Regulação para informar e orientar o uso de transporte público acessível, como vans adaptadas e transporte social.

2.3 Transporte Interno:

- **Cadeiras de Rodas e Macas**: Disponibilizar cadeiras de rodas e macas na entrada principal para pacientes com dificuldades de locomoção.

3. Acomodação e Permanência de Usuários

3.1 Acompanhantes de Crianças, Adolescentes, Gestantes e Idosos:

- **Acesso Prioritário**: Garantia de atendimento prioritário e vagas específicas na recepção para acompanhantes de crianças, adolescentes, pessoas com necessidades especiais, idosos e gestantes, oferecendo um atendimento mais ágil.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Espaço de Conforto**: Área reservada para acompanhantes com cadeiras e poltronas ergonômicas e encaixes para descanso.

3.2 Áreas de Espera:

- **Espaço para Mobilidade**: Áreas de espera com assentos adaptados para idosos e gestantes, espaço para cadeiras de rodas, assentos com apoio para braços.
- **Recursos Visuais e Auditivos**: Painéis eletrônicos e avisos sonoros para chamada de pacientes, auxiliando aqueles com deficiência auditiva e visual.

3.3 Infraestrutura para Portadores de Necessidades Especiais:

- **Assistência de Atendimento Especializado**: Oferta de atendimento preferencial para pacientes com deficiência visual, auditiva ou cognitiva, com profissionais capacitados para orientar e facilitar a comunicação.
- **Banheiros Acessíveis**: Banheiros próximos às áreas de espera, dimensionados conforme normas de acessibilidade, com alarmes e equipamentos de segurança.

4. Procedimentos para Atendimento e Acompanhamento

4.1 Triagem e Atendimento Humanizado:

- **Capacitação da Equipe**: Realizar treinamentos regulares para a equipe sobre técnicas de atendimento humanizado, com foco em Acolhimento e suporte emocional para pacientes e acompanhantes.
- **Identificação de Necessidades Específicas**: Identificação prévia, no momento do agendamento, de necessidades específicas dos pacientes para preparação antecipada dos recursos necessários.

4.2 Acolhimento e Orientação:

- **Recepção e Orientação sobre Exames**: Instruções claras e fornecidas sobre os procedimentos a serem realizados, com explicação sobre o tempo de espera, preparação e qualquer desconforto possível.
- **Acompanhamento Durante o Exame**: Quando necessário, permite que o acompanhante entre na sala de exame, especialmente no caso de crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência.

5. Procedimentos de Conformidade Legal

5.1 Legislação Vigente:

- Cumprimento das normas e legislações nacionais de acessibilidade e direitos do paciente, conforme estabelecido no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015),

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069). /1990) e demais normativas específicas do Município.

5.2 Monitoramento e Avaliação Contínua:

- **Auditorias Regulares**: Realizar auditorias periódicas para garantir que todas as adaptações e acessos estejam em conformidade com as normas de acessibilidade.
- **Feedback dos Usuários**: Crie um canal para feedback de pacientes e acompanhantes para aprimorar continuamente o atendimento e a acessibilidade.

O INDSH visa implementar um atendimento inclusivo e acessível na Unidade, promovendo acolhimento humanizado e respeitoso às necessidades individuais de cada usuário e seus acompanhantes. Por meio da adaptação estrutural, capacitação de colaboradores e conformidade com a legislação, a Unidade de Saúde gerida pelo INDSH poderá garantir uma experiência de qualidade e segurança para toda a população atendida.

Proposta de pesquisa periódica/contínua de satisfação do usuário, instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas

Detalhamento de estratégias de implementação de ações voltadas à apuração da satisfação dos usuários e acompanhantes. Serão descritos os instrumentos que o INDSH pretende utilizar para aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes do serviço, bem como a metodologia de aplicação quanto a forma, periodicidade e análise de resultados.

A implementação de uma pesquisa contínua de satisfação dos usuários é fundamental para o aprimoramento dos serviços prestados pela Unidade. Uma pesquisa de satisfação permite avaliar a percepção dos pacientes e acompanhantes sobre o atendimento, infraestrutura, agilidade e precisão dos exames e a qualidade dos serviços em geral. Com base nesses feedbacks, ações corretivas e melhorias podem ser planejadas e realizadas para garantir uma experiência de alta qualidade e segurança para os usuários.

Objetivo da Pesquisa de Satisfação

- Coletar dados para medir a satisfação dos usuários em relação aos diversos aspectos do atendimento e dos serviços.
- identificar áreas que refletem de melhorias, garantindo que os serviços oferecidos atendam às expectativas e necessidades dos usuários.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Implementar uma cultura de melhoria contínua com base nos resultados da pesquisa, proporcionando um ambiente de cuidado e qualidade.

Metodologia

1. **Instrumento de Pesquisa**
    - O questionário será o principal instrumento para a coleta de dados e será projetado de forma objetiva e clara para facilitar a resposta dos usuários.
    - **Estrutura do Questionário**: Inclui questões sobre:
        - **Atendimento**: Eficiência, cortesia e empatia da equipe.
        - **Infraestrutura**: Conforto, limpeza e adequação do espaço físico.
        - **Agilidade e Prazo**: Tempo de espera para atendimento e para receber resultados.
        - **Orientações e Informações**: Clareza das instruções recebidas e facilidade de compreensão dos laudos e relatórios.
        - **Satisfação Geral**: Avaliação geral da experiência na Unidade.
    - **Tipo de perguntas**: Escala de 1 a 5 (muito insatisfeito a muito satisfeito), perguntas abertas para sugestões, e uma pergunta final sobre o nível de recomendação do serviço.
2. **Frequência da Pesquisa**
    - **Mensalmente**: Coleta de feedback dos usuários mensalmente para monitorar a satisfação de forma contínua e ter uma amostra representativa.
    - **Relatórios Trimestrais**: Consolidação dos resultados mensais em relatórios trimestrais para análise aprofundada e tomada de decisão.
3. **Métodos de Coleta**
    - **Formulário Eletrônico**: Disponível por meio de tablets no local de atendimento e por QR code nos relatórios entregues aos usuários, para que possam acessar uma pesquisa por celular.
    - **Entrevistas Presenciais**: Com um entrevistador treinado para usuários que sabem se relacionar verbalmente, principalmente para grupos como idosos.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Telefone/WhatsApp**: Opcionalmente, o contato com o usuário poderá ser feito para aqueles que autorizaram a participação na pesquisa.

4. **Amostragem**

- Coleta contínua, buscando feedback de 15% a 20% dos atendimentos realizados mensalmente, o que permitirá uma amostra consistente e representativa.

Sistematização das Ações Corretivas

1. **Análise dos Dados**

- **Relatórios Mensais e Trimestrais**: Relatório mensal para análise de tendências e relatórios trimestrais detalhados que incluem comparativos e identificação de áreas críticas.

- **Avaliação dos Indicadores-Chave de Satisfação (KPI's)**: Monitoramento de índices críticos de satisfação, incluindo atendimento, infraestrutura e tempo de espera.

2. **Ações Corretivas e Melhorias**

- **Identificação de Áreas de Melhoria**: Identificação das áreas com baixa avaliação, como atendimento ou infraestrutura, para implementação de ações corretivas.

- **Planejamento de Ações**: Planejamento detalhado das ações corretivas e estabelecimento de metas para melhorias, com prazos e responsáveis.

- **Execução e Avaliação de Ações Corretivas**: Implementação de melhorias e verificação periódica para garantir a eficácia das mudanças.

3. **Monitoramento Contínuo e Feedback**

- **Feedback à Equipe**: Reuniões periódicas para comunicação dos resultados e feedback à equipe, incentivando o engajamento na melhoria contínua.

- **Reavaliação de Indicadores**: Reavaliação dos indicadores afetados pelas ações corretivas em cada ciclo trimestral, com foco na análise de progressos e ajustes.

4. **Plano de Comunicação com Usuários**

- **Informação sobre Melhorias**: Comunicar aos usuários as melhorias realizadas com base em seu feedback para fortalecer a confiança e o relacionamento.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Agradecimento e Conscientização**: Demonstrar o preço pela participação dos usuários na pesquisa e esclarecer o impacto do feedback na qualidade dos serviços.

Benefícios da Pesquisa Contínua de Satisfação

- **Melhoria da Qualidade dos Serviços**: Permite identificar áreas para aprimoramento e aplicar ações corretivas que elevam a qualidade do atendimento.
- **Engajamento da Equipe**: Sensibiliza e motiva a equipe para o aprimoramento constante, com foco na excelência e no acolhimento ao paciente.
- **Aprimoramento da Experiência do Paciente**: Os feedbacks permitem criar um ambiente de maior conforto e atenção ao paciente e seus acompanhantes.
- **Eficiência Operacional**: A análise contínua dos processos contribui para o desenvolvimento de uma operação mais ágil e eficiente.

A implementação da pesquisa de satisfação possibilita uma visão mais clara das expectativas dos usuários, direcionando a unidade para práticas de excelência e garantindo uma resposta rápida e eficaz para as necessidades e sugestões dos usuários.

Registros das Pesquisas de Satisfação

Os registros são distribuídos entre: elogios, sugestões e reclamações, sendo que cada tipo de registro tem seu destino.

Sugestões: analisadas e encaminhadas à Diretoria executiva e ao respectivo gestor da área citada, para análise e providências, se necessário será elaborado um plano de ação para acompanhamento e envolvimento de outras áreas;

Elogios: selecionados e expostos no mural de elogios quinzenalmente;

Reclamações: são encaminhadas ao gestor da área para os devidos esclarecimentos e providências, com a obrigatoriedade de resposta formal ao usuário e à Direção Executiva no prazo de 48 horas do protocolo de recebimento.

Pesquisa de Satisfação – formulário físico

O formulário físico terá, no mínimo, as informações abaixo, sendo que o layout será elaborado e definido juntamente com o Contratante (quem este designar para fiscalização do Contrato de Gestão). Os dados serão tabulados e analisadas individualmente.

Modelo de Pesquisa: este formulário será adaptado de acordo com o perfil de atendimento de cada Unidade de Saúde e, posteriormente, aprovado pelo Contratante.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Prezado (a) Cliente: **Estamos em constante busca pela excelência.**
Para isso, precisamos da sua opinião sobre nosso atendimento e principais serviços.

É a primeira vez que utiliza nossos serviços? ☐ Sim ☐ Não
Qual foi o Tipo de Atendimento? ☐ Consulta ☐ Urgência e Emergência ☐ Outros

Como você avalia os Serviços abaixo?					**Neste campo, você poderá justificar sua avaliação para cada Serviço:**
Marque X na Opção Desejada	**Ótimo**	**Bom**	**Reg**	**Ruim**	
Recepção					
Médicos					
Enfermagem					
Limpeza					
Nutrição					
Outras Equipes					
Atendimento geral					

De acordo com a sua opinião o que precisamos melhorar para alcançarmos a sua satisfação?

_____
_____
_____

_____

Se possível, deixe seu contato para mantermos comunicação:
Nome: _____
Fone: _____
E-mail: _____

PESQUISA DE SATISFAÇÃO QUESTIONÁRIO
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

A **Unidade de Pronto Atendimento** (UPA) deseja proporcionar um atendimento de acordo com as suas expectativas.

Contamos com sua participação e trataremos suas respostas com sigilo e atenção.

Data: ____/____/____ Hora:

( ) Usuário ( ) Acompanhante

COMO VOCÊ CLASSIFICA:	**Ruim**	**Reg.**	**Bom**	**Ótimo**	**N/R**
1. Limpeza da Unidade?					
2. Você teve informações e esclarecimentos satisfatórios?					
3. Esta bem sinalizado?					
4. Pela Portaria?					
5. Pela Recepção?					
6. Atendimento na Triagem pelo Enfermeiro?					
7. Atendimento médico (consulta)?					
8. Atendimento durante a medicação?					
9. Atendimento do Serviço Social?					
10. Como estava a alimentação?					
11. Tempo de espera da hora que fez a ficha de atendimento até a alta da Unidade?					
12. Como classifica a confiança em relação aos atendimentos por esta UPA24h?					
13. O interesse do médico em ouvir as queixas e o exame físico que foi realizado?					
14. As explicações do médico sobre a doença e o tratamento que foi realizado?					
15. A realização de exames atendeu a expectativa em tempo hábil?					
16. O local para reclamações / sugestões é de facil acesso?					

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Uso de QRCode nas pesquisas do S.A.U.

A pesquisa é realizada através do preenchimento do questionário impresso disponível nas urnas em pontos de atendimento da Unidade, através do QR Code ou link espalhado em painéis pela Unidade, ou via SMS.

Imediatamente o usuário/paciente ou acompanhante será remitido a pesquisa de satisfação. Abaixo alguns itens do questionário:

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Gostariamos de saber como foi seu atendimento em nossa unidade.

Ao final, preencha a nossa pesquisa de satisfaçãoe assinalea sua resposta.

1 – Qual a probabilidade de você recomendar nossa Unidade para um amigo ou familiar?

Nem um pouco provável										Extremamente provável
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2 – Como você avalia a cordialidade de nossa Recepção?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Uso de Totem no hall de entrada da Unidade e outros pontos estratégicos

O totem é um dispositivo digital, geralmente com tela touchscreen, que oferece diversas funcionalidades, entre elas a pesquisa de satisfação dos usuários. Favorece a continuidade das pesquisas mesmos em horários distintos do horário comercial e com emissão de relatórios diretamente no dispositivo ou online, facilitando o acompanhamento do ente Contratante.

Funcionalidades:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO DE OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Recepção e identificação: o totem pode recepcionar os acompanhantes (visitas), fornecedores, agilizando o cadastro (banco de dados e controles) para acesso à Unidade, liberando a equipe para se concentrar no atendimento ao usuário que necessita de atendimento;

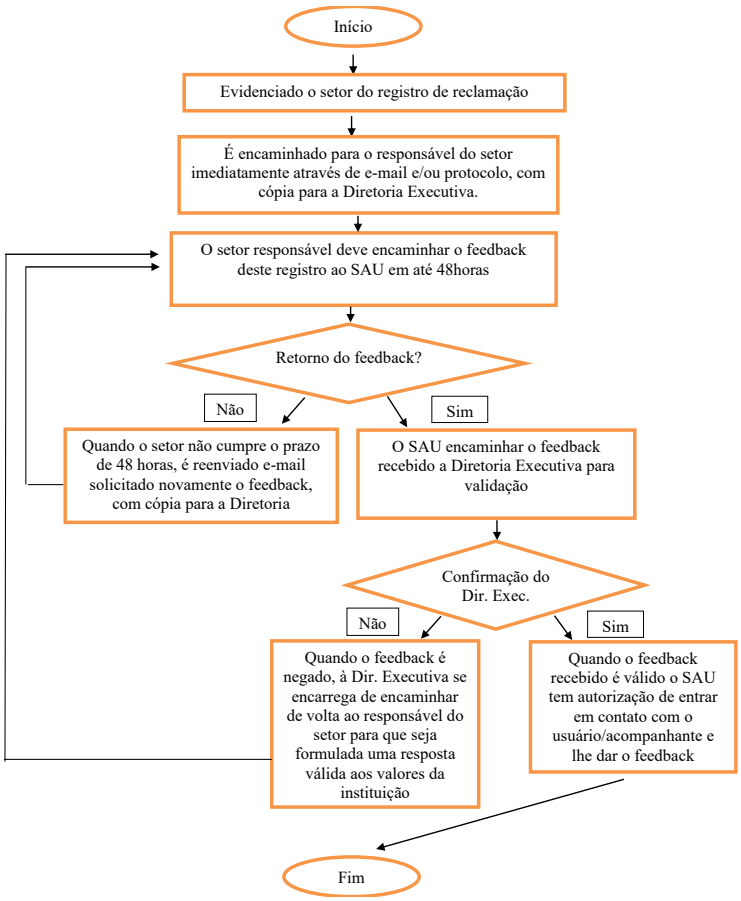
Informação e comunicação: é possível divulgar informações relevantes sobre a Unidade enquanto estiver em "modo de espera".

Interatividade e entretenimento: também é possível disponibilizar "quizzes", e outras atividades interativas.

Acessibilidade: O totem pode ser configurado para atender às necessidades de pessoas com deficiência, como deficiência visual ou auditiva, promovendo a inclusão e a acessibilidade para todos.

O totem é uma ferramenta importante que pode facilitar o atendimento, pesquisas e a interação com usuários e colaboradores, porém não um substituto para o atendimento humano.

Fluxo de atendimento:



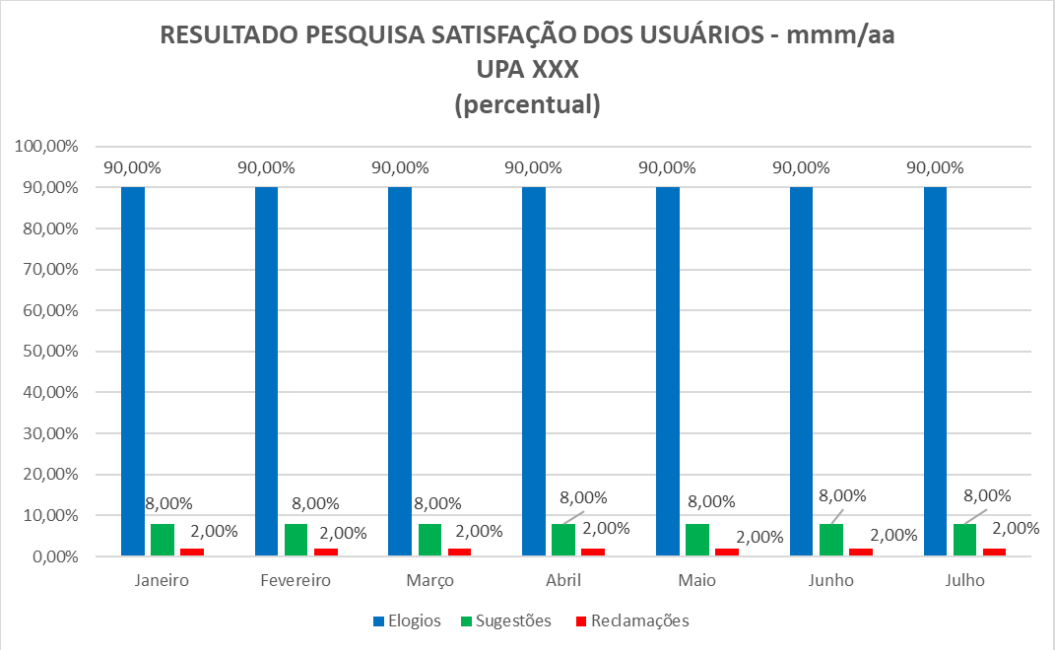
Indicadores

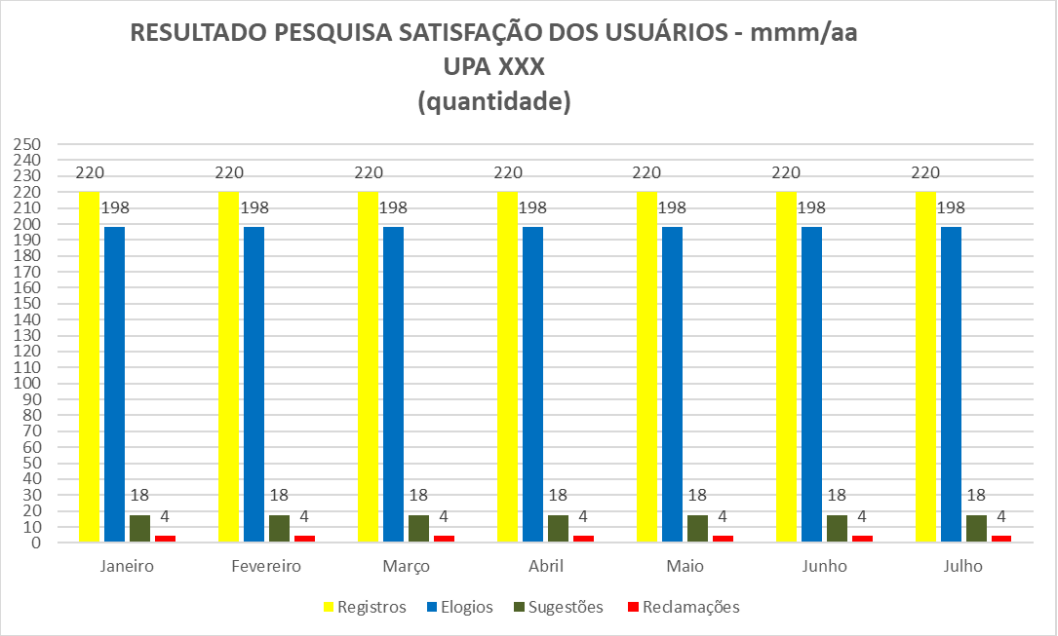
Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

O resultado sempre será utilizado para a melhoria contínua dos diversos serviços oferecidos, com uma cultura de voltada para a solução dos apontamentos recebidos e posterior orientação aos usuários sobre as situações relatadas e suas demandas, gerando indicadores de satisfação.

Modelo de relatório de pesquisa de satisfação:





Outros indicadores são desenvolvidos e apresentados pelo SAU para acompanhamento, como:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Índice de satisfação dos usuários com análise das opções: ótimo, bom, regular, ruim e não avaliado. Este cálculo é a soma do número de respostas de ótimo e bom dividido pelo nº total de respostas sem considerar as respostas em branco e não avaliado;
Taxa de devolutivas de formulários enviados pelo whatsApp para pesquisa eletrônica aos usuários atendidos nas Unidades;
Percentual de abrangência da pesquisa de satisfação: total de pesquisas de satisfação recebidas dividido pelo número de pacientes atendidos no período. Mínimo de 10% do total de pacientes atendidos na Unidade.

Os indicadores serão elaborados e implantados de acordo com a necessidade apontadas pelo "Conselho Gestor" determinado pelo Contratante, sempre visando obter o máximo de informações que contribuam com a melhoria dos serviços prestados.

Zonas de Classificação

De acordo com as notas do Net Promoter Score é possível classificar as empresas em 4 Zonas de Classificação, que em termos gerais exemplificam o quão bem a empresa está em relação a satisfação de clientes.

As zonas são:

Zona de Excelência – NPS **entre 76 e 100**

Zona de Qualidade – NPS entre **51 e 75**

Zona de Aperfeiçoamento – NPS **entre 1 e 50**

Zona Crítica – NPS entre **100 e 0**

Como calcular o NPS

O NPS é classificado através de uma pergunta simples: "Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria nossa empresa para um amigo?" A fórmula é simples:

Net Promoter Score = % CLIENTES PROMOTORES-% CLIENTES DETRATORES = %NPS.

Mas quais são os tipos de clientes? Com base nas notas de 0 a 10, os clientes serão classificados em 03 formas:

Notas de 0 a 06 - **Clientes Detratores**: São aqueles clientes que indicam que a suas vidas pioraram depois da compra do produto ou serviço da empresa mencionada. Criticam a empresa em público e jamais voltariam a fazer negócio com a empresa, exceto em situações extremas.

Notas de 07 e 08 - **Clientes Neutros**: São aqueles clientes que compram somente os produtos e serviços realmente necessários. Não são leais e não são entusiastas da empresa.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Notas de 09 a 10 - **Clientes Promotores**: Passaram a ter uma vida melhor depois do início do relacionamento com a empresa/produto/serviço/marca. São leais, **oferecem feedbacks e são entusiasmados.**



NPS GERAL E SETORIAL | NÚMERO DE PARTICIPANTES				
	DETRATORES	PASSIVOS	PROMOTORES	NPS
Recepção	12,60% | 33	7,25% | 19	80,15% | 210	68%
Classificação de Risco	17,86% | 45	11,51% | 29	70,63% | 178	53%
Médicos/Espera para consulta	28,96% | 75	13,90% | 36	57,14% | 148	28%
Médicos/cordialidade no atendimento	13,60% | 34	8,80% | 22	77,60% | 194	64%
Enfermagem/ Medicação	16,81% | 39	9,05% | 21	74,14% | 172	57%
Raio X	15,60% | 22	5,67% | 8	78,72% | 111	63%
Manutenção/Higiene e Limpeza	8,09% | 19	7,23% | 17	84,68% | 199	77%
Sua necessidade foi resolvida	16,07% | 36	9,38% | 21	74,55% | 167	58%
NPS Geral	18,40% | 129	14,98% | 105	66,62% | 467	48%

O Serviço de Atendimento ao Usuário deverá ser composto por uma supervisão e quatro auxiliares administrativos

O Serviço funciona de Segunda à quinta de 08h00 às 18h00 e à sexta de 08h às 17h00. O setor deverá possuir interação de processo com todos os setores da unidade afim de garantir a melhor comunicação entre os setores, contribuindo com o bom atendimento aos usuários.

Proposta de Melhoria

Capacitação de profissionais da unidade sobre a função do SAU

Objetivo: Divulgar a importância e a função do SAU na unidade para contribuir nos processos de qualidade do atendimento.

Migração do formato de Serviço de Atendimento ao Usuário para Ouvidoria

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Objetivo: Aumentar a área de atendimento do setor para toda a unidade, contribuindo com o processo de qualidade e melhoria dos processos de trabalho.

Regimento Interno Ouvidoria

Abaixo apresentamos o modelo de Regimento do Setor de Ouvidoria que poderá ser alterado conforme as necessidades da Unidade, da população e da SMS.

I – OBJETIVO DO REGIMENTO INTERNO

Artigo 1º - O presente Regimento Interno (Regimento) tem por objetivo disciplinar o funcionamento da Ouvidoria da Unidade.

II – ATUAÇÃO DA OUVIDORIA

Artigo 2º - A Ouvidoria é um canal de comunicação entre a Unidade, seus parceiros, pacientes e seus clientes e usuários de seus produtos e serviços, inclusive na mediação de conflitos.

Artigo 3º - Princípios:

I. Atuar com transparência, integridade e respeito;
II. Resguardar o sigilo das informações;
III. Exercer suas atividades com independência e autonomia;
IV. Facilitar o acesso à Ouvidoria, simplificando seus procedimentos, agindo com imparcialidade e justiça;
V. Preservar e respeitar os princípios da "Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Constituição Federal e das Constituições Estaduais".

Artigo 4º - Compete à Ouvidoria:

I. Receber manifestações, denúncias, reclamações, sugestões e elogios;
II. Dar ampla divulgação sobre a existência da Ouvidoria, bem como de informações completas acerca da sua finalidade e forma de utilização, inclusive por meio de canais de comunicação utilizados para difundir os produtos e serviços da instituição;
III. Garantir o acesso gratuito dos parceiros, clientes e usuários de produtos e serviços ao atendimento da Ouvidoria, por meio de canais ágeis e eficazes;
IV. Disponibilizar acesso telefônico gratuito e divulgar o número, bem como mantê-lo atualizado no sítio eletrônico da instituição na internet, nos demais canais de comunicação utilizados para difundir produtos e serviços da instituição e nos documentos que se destinam aos clientes e usuários;
V. Atender, registrar, instruir, analisar e dar tratamento formal e adequado às demandas dos clientes e usuários de produtos e serviços que não forem solucionadas pelo atendimento habitual, ou encaminhadas pela Diretoria;
VI. Prestar os esclarecimentos necessários e dar ciência aos demandantes acerca do andamento de suas demandas e das providências adotadas;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

VII. Informar aos demandantes o prazo previsto para resposta, o qual não pode ultrapassar dez dias úteis, podendo ser prorrogado, excepcionalmente e de forma justificada, uma única vez, por igual período, limitado número de prorrogações a 10% (dez por cento) do total de demandas no mês, devendo o demandante ser informado sobre os motivos da prorrogação;

VIII. Encaminhar resposta fundamentada e conclusiva para as demandas, com clareza e objetividade, nos prazos previstos;

IX. Fazer recomendações para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, sugerindo soluções de problemas, correções de erros, omissões ou abusos cometidos;

X. Promover sensibilização sobre as atividades da Ouvidoria na Unidade;

XI. Elaborar estudos e pesquisas na sua área de atuação;

XII. Manter A Secretaria de saúde e a Diretoria da instituição informados sobre os problemas e deficiências detectados durante a análise das demandas recebidas, e sobre o resultado das medidas adotadas para solucioná-los;

XIII. Elaborar e encaminhar à Auditoria Interna, ao Comitê de Auditoria, e a Secretaria de Saúde, ao final de cada semestre, relatório quantitativo e qualitativo acerca das atividades desenvolvidas pela Ouvidoria no cumprimento de suas atribuições, o qual será divulgado no sítio eletrônico da instituição na internet;

XIV. Atender as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Saúde e pela Diretoria Geral;

XV. Definir e publicar em documentos normativos internos os critérios utilizados para qualificar a procedência das reclamações registradas no período e a sua classificação como solucionada ou não;

XVI. Zelar pela imagem da instituição e pela satisfação dos clientes;

XVII. Atuar de forma integrada com o Serviço de Informações.

Artigo 5º - Compete exclusivamente ao Ouvidor:

I. Dirigir a Ouvidoria garantindo o atendimento aos seus princípios e o exercício de suas atribuições;

II. Representar a Ouvidoria interna e externamente;

III. Atuar de ofício;

IV. Controlar o cumprimento dos prazos previstos;

V. Elaborar os relatórios da Ouvidoria, sob a supervisão do Diretor Ouvidor;

VI. Garantir a racionalização de meios tendo em vista sua demanda e os fins a que se destinam.

III - COMPOSIÇÃO, ELEIÇÃO E MANDATO

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Artigo 6º - A Ouvidoria contará com um Ouvidor, escolhido pela Diretoria da unidade e Secretaria de Saúde, preferencialmente dentre os funcionários da Agência, para um mandato de dois anos, permitida a sua recondução, de forma sucessiva, sem limite máximo. O Ouvidor somente poderá ser destituído por decisão fundamentada da Unidade, em reunião especialmente convocada para tanto, após o devido processo administrativo autorizado pela Diretoria, conduzido pela Diretoria Geral e acompanhado pela SMS. Fica designado como Diretor responsável pela Ouvidoria, o Diretor Geral da Unidade.

Parágrafo Primeiro: O Ouvidor deve ter formação e estar devidamente apto para o exercício da atividade, comprovado por meio de exame de certificação, que deve abranger, no mínimo, temas relacionados à ética, aos direitos e defesa do consumidor e à mediação de conflitos.

Parágrafo Segundo: Nas ausências legais e temporárias do Ouvidor, a Diretoria designará, dentre os funcionários da Unidade, que preencherem os requisitos exigidos para o exercício do cargo, o substituto que responderá como Ouvidor durante o período de afastamento do titular, sem prejuízo da ratificação da indicação pela Diretoria.

Parágrafo Terceiro: Os nomes do Ouvidor e do Diretor responsável pela Ouvidoria devem ser devidamente registrados no sistema de informações da Unidade.

IV – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 7º - À Ouvidoria é assegurada plena autonomia e independência no exercício de suas atribuições.

Parágrafo Primeiro – Ao Ouvidor é garantida a autonomia na elaboração de pareceres, atos e relatórios, sendo vedada a alteração ou influência sobre estes.

Parágrafo Segundo - Os registros das manifestações, documentos e informações gerados em decorrência das atividades da Ouvidoria são de responsabilidade do Ouvidor, sendo vedada a exclusão, alteração ou eliminação destes.

Artigo 8º - Para desempenho de suas funções, à Ouvidoria é assegurado o acesso direto às unidades internas, bem como a documentos e informações, no âmbito da Unidade.

Parágrafo Único: Todas as Unidades geridas pelo INDSH deverão prestar, quando solicitadas, apoio e informações à Ouvidoria, assegurados os direitos constitucionais ao sigilo.

Artigo 9º - O atendimento prestado pela Ouvidoria deve ser gravado, quando realizado por telefone, e, quando realizado por meio de documento escrito ou por meio eletrônico, arquivada a respectiva documentação.

Artigo 10 - Ao receber uma demanda, a Ouvidoria deve:

I. Registrar a demanda e comunicar ao demandante o número de protocolo de atendimento e o prazo final para a resposta;

II. Se necessário, solicitar esclarecimentos às unidades internas diretamente envolvidas, observado o prazo estipulado de resposta no corpo da solicitação;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

III. Caso seja detectada a necessidade de medidas corretivas ou de aprimoramento de procedimentos e rotinas internas, a Ouvidoria, em conjunto com a unidade gestora, deve providenciar as adequações necessárias, sendo posteriormente submetidas à apreciação da Diretoria Secretaria de Saúde;

IV. A resposta conclusiva ao demandante deve ser elaborada pela Ouvidoria com os devidos esclarecimentos necessários, com base nas informações das unidades gestoras, quando houver, dentro do prazo estipulado de resposta informado quando do registro da demanda;

V. Manter sistema de informações e de controle atualizado das demandas recebidas, de forma que possam ser evidenciados o histórico de atendimentos e os dados de identificação dos demandantes, com toda a documentação e as providências adotadas.

Artigo 11 - O presente Regimento entrará em vigor na data da aprovação.

Objetivos da Ouvidoria

Escuta Ativa: Proporcionar um espaço para que os usuários possam compartilhar suas experiências.

Identificação de Problemas: Detectar falhas e áreas de melhoria nos serviços oferecidos.

Promoção da Transparência: Garantir que as ações da Unidade sejam claras e acessíveis aos usuários.

Melhoria Contínua: Implementar ações corretivas e preventivas baseadas no feedback recebido.

Estrutura da Ferramenta de Ouvidoria

Canais de Acesso

- **Presencial**: Um espaço na Unidade dedicado à ouvidoria, onde os usuários podem fazer reclamações e sugestões.
- **Telefone**: Um número específico para atendimento de ouvidoria, com horários definidos.
- **E-mail**: Um endereço eletrônico exclusivo para receber manifestações dos usuários.
- **Formulário Online**: Uma plataforma digital onde os usuários podem preencher um formulário de ouvidoria.

Proposta de pesquisa periódica/contínua de satisfação do colaborador, com definição de uso das informações

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Pesquisa de Clima Organizacional - PCO

A **Pesquisa de Clima Organizacional** (PCO) é uma estratégia organizacional em gestão de pessoas que permite mensurar a percepção coletiva quanto aos aspectos do ambiente organizacional.

Esta importante ferramenta, possibilita mapear e analisar o ambiente interno a partir do levantamento de suas necessidades aos aspectos críticos que configuram o momento motivacional da empresa, identificando e compreendendo os pontos positivos e negativos que impactam no **Clima**.

Compreender os níveis de satisfação dos colaboradores neste âmbito, assume um valor estimado frente ao equilíbrio organizacional, visando a maior qualidade de vida no trabalho e consequentemente, a melhora na produtividade e motivação de seus recursos humanos, alinhando a cultura organizacional com as medidas efetivas da empresa, otimizando as ações estratégicas.

A PCO é realizada anualmente com todos os colaboradores ativos do período e desenvolvida em parceria entre os setores: SAU, RH.

A ferramenta é organizada, analisada e revisada pelo RH, juntamente com as Diretorias e o **RH da Sede do INDSH**. O RH divulga o período de realização da PCO em um prazo de 10 dias de antecedência, via mural e e-mail aos gestores.

O Serviço de Atendimento ao Usuário (S.A.U.) é o responsável em realizar a sensibilização e aplicação da ferramenta junto aos colaboradores divididos em turmas por turnos. Os dados são tabulados, conferidos e analisado pelo RH, sendo propostas ações de melhoria macro. Este resultado posteriormente é apresentando a Direção através de relatório específico e apresentações presenciais junto aos gestores e colaboradores. Os resultados mais específicos da PCO são tratados diretamente pela Diretoria junto aos gestores, buscando desenvolverem ações de melhorias pontuais. Estas ações macro e específicas passam a compor o Plano de Ação da PCO anual a qual é implantado e implementada, durante o período de 12 meses sequenciais.

Os Recursos Humanos estimados, apontando, por categoria, número de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total com encargos (em reais), por perfil de profissional, conforme modelo de planilhas demonstradas no quadro de recursos humanos para execução do projeto conforme especificações, do anexo II do edital, encontra-se em anexo.

Pesquisa de Clima Organizacional:

- **Instrumento:** Pesquisa de clima organizacional.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- **Frequência:** Anualmente.
- **Público-alvo:** Todos os colaboradores, incluindo estagiários e jovens aprendizes.
- **Uso das informações:**
    - Apresentação dos resultados para a liderança da equipe, especificando os níveis de favorabilidade obtidos.
    - Responsabilidade das lideranças em desenvolver planos de ações para melhorias em suas áreas de atuação.
    - Elaboração de um plano de ação institucional pela área de Recursos Humanos.
    - Acompanhamento periódico dos planos de ação em fóruns específicos.

eNPS em Diversas Etapas:

- **Instrumento:** eNPS (Employee Net Promoter Score).
- **Frequência:**
    - Admissão: Ao final da etapa de admissão.
    - Ambientação: No início e ao final do Programa de Ambientação.
    - Desligamento: Ao final da etapa de desligamento.
    - Programa de Ambientação: Em duas fases, após a primeira fase e após 90 dias (final do programa).
    - Período de Experiência: Ao final do período de experiência.
    - Entrevista de Desligamento: Após a entrevista de desligamento.
    - Recrutamento e Seleção: Após o processo seletivo.
- **Público-alvo:**
    - Profissionais contratados (admissão, desligamento).
    - Novos colaboradores (ambientação, período de experiência).
    - Colaboradores demitidos ou demissionários (entrevista de desligamento).
    - Candidatos (recrutamento e seleção).

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- **Uso das informações:**
    - Mensurar a satisfação em relação a diferentes etapas e processos.
    - Identificar oportunidades de melhoria e pontos fortes.
    - Propor ações para sanar problemas e promover melhorias.
    - Acompanhar o status das ações definidas nos planos de ação e verificar a efetividade das melhorias.

Avaliação de Evento:

- **Instrumento:** Formulário de avaliação de evento.
- **Frequência:** Aplicado após cada evento de treinamento.
- **Público-alvo:** Participantes dos eventos de treinamento.
- **Uso das informações:**
    - Analisar a satisfação dos participantes em relação ao conteúdo, metodologia, carga horária e material de apoio.
    - Promover melhorias nos processos de treinamento.

Pesquisa PULSE:

- **Instrumento:** Pesquisa PULSE (pesquisa de pulso).
- **Frequência:** Regularmente (mensal, trimestral etc.).
- **Público-alvo:** Colaboradores.
- **Uso das informações:**
    - Entender a satisfação das pessoas no ambiente de trabalho.
    - Obter feedback rápido e frequente sobre o clima organizacional.

Outras Formas de Avaliação:

As fontes também mencionam outras formas de avaliar a satisfação e o desempenho dos colaboradores, como:

- **Avaliação de Estágio:** Realizada semestralmente e ao final do programa, com feedbacks regulares por meio de "Diálogos de Performance".

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- **Avaliação de Período de Experiência:** Realizada após 45 e 90 dias, com feedbacks regulares e "Diálogos de Performance".

- **Avaliação de Desempenho:** Realizada anualmente, com acompanhamento trimestral, feedbacks regulares e definição de metas e planos de desenvolvimento individual (PDI).

Política de Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional no INDSH

As fontes fornecidas indicam a existência de medidas relacionadas à segurança do trabalho e saúde ocupacional no INDSH.

- **Política de Recursos Humanos:** As diretrizes estratégicas relacionadas a todos os processos de trabalho no INDSH, incluindo segurança e saúde, estão contidas na Política de Recursos Humanos. Todos os colaboradores, incluindo estagiários e aprendizes, estão sujeitos a esta política.

- **Segurança do Trabalho:** O INDSH possui um setor de Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional responsável por esclarecer as normas e regras de segurança do trabalho, incluindo as Normas Regulamentadoras (NRs) e orientações sobre meio ambiente e saúde ocupacional.

- **Entrega de EPIs:** Durante o processo de integração dos novos colaboradores (Onboarding), são fornecidos uniformes e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) acompanhados de um Termo de Recebimento e instruções sobre seu uso, conservação e guarda.

- **Treinamento em Segurança:** A "Palestra 04 - Normas de Segurança", ministrada pela equipe de Segurança do Trabalho, aborda as normas de segurança do trabalho, patrimonial e regras gerais. A agenda do Programa de Ambientação inclui essa palestra com duração de 30 minutos. Há também treinamento sobre CIPA e Primeiros Socorros, com duração de 2 horas, para o público em geral.

- **CIPA:** A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) está presente no INDSH e se reúne com a gerência para discutir questões relacionadas à segurança e saúde dos trabalhadores, incluindo a necessidade de contratação de mão de obra para evitar excesso de horas extras.

Comissão Específica: As fontes não mencionam explicitamente a criação de uma comissão específica para Segurança do Trabalho, Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e Prevenção de Acidentes. No entanto, a existência do setor de Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional e da CIPA sugere que a instituição se preocupa com esses aspectos e possui mecanismos para gerenciá-los.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional: As informações fornecidas não detalham um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional específico. Contudo, a exigência de exames médicos admissionais para novos colaboradores e a menção a NRs como a NR-32, que trata da segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, indicam a existência de práticas relacionadas à saúde ocupacional.

3.3 Projeto Estrutural

PROPOSTA DE ADEQUAÇÃO E REFORMAS DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) ANTÔNIO ZANAGA

1. INTRODUÇÃO

A presente proposta tem como objetivo apresentar as adequações e reformas necessárias na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Antônio Zanaga, localizada na Rua Ari Barroso, 485 – Zanaga I – Americana/SP. As intervenções visam garantir a segurança, funcionalidade e qualidade dos serviços prestados à população, conforme exigências técnicas e normativas.

A proposta foi desenvolvida com base no memorial descritivo apresentado no edital e na visita técnica realizada, garantindo que todas as intervenções estejam alinhadas às necessidades da unidade e às normativas vigentes. O planejamento foi estruturado para minimizar impactos operacionais, garantindo a continuidade dos atendimentos.
Após a assunção da gestão da unidade, será realizada a confirmação das obras necessárias e a proposta será enviada para a devida aprovação da prefeitura antes do início da execução.

2. OBJETIVOS DA REFORMA

- Melhorar a infraestrutura e adequar os ambientes conforme normativas vigentes;
- Garantir a segurança estrutural e sanitária da unidade;
- Otimizar o funcionamento dos setores e fluxos de atendimento;
- Melhorar as condições de trabalho dos profissionais da saúde.

3. INTERVENÇÕES PROPOSTAS

1. **Demolições e Remoções**

✓ Remoção total do forro de gesso em áreas específicas.
✓ Retirada de luminárias e fiação deteriorada para substituição por novos sistemas.
✓ Demolição completa do telhado comprometido, contemplando reforço estrutural.
✓ Remoção e fechamento de domus para maior controle térmico e de iluminação.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- ✓ Substituição de revestimentos de pisos em áreas estratégicas.
- ✓ Demolição da fachada principal para aplicação de novo acabamento arquitetônico.
- ✓ Remoção do forro do corredor de acesso à copa, copa, almoxarifado, arquivo, banheiro e sala de comando de raios-X.
- ✓ Remoção de luminárias e fiação comprometida.
- ✓ Demolição de pisos deteriorados e reconstrução de superfícies adequadas.
- ✓ Erradicação de árvore na fachada principal devido às implicações estruturais.

2. Intervenção Estrutural e Cobertura

- ✓ Implementação de estrutura metálica reforçada para sustentação do novo telhado.
- ✓ Instalação de telhas termoacústicas para melhor isolamento térmico e sonoro.
- ✓ Redimensionamento do sistema de drenagem pluvial, garantindo escoamento eficiente.
- ✓ Revisão e reinstalação dos painéis solares com suporte adequado.

3. Esquadrias e Acessibilidade

- ✓ Instalação de novas portas de madeira nos consultórios, seguindo normas hospitalares.
- ✓ Adequação de acessibilidade em sanitários e corredores, conforme NBR 9050/2004.
- ✓ Implantação de corrimãos e barras de apoio em pontos críticos da edificação.

4. Pisos e Revestimentos

- ✓ Aplicação de revestimento vinílico hospitalar para maior assepsia e segurança.
- ✓ Utilização de granilite em áreas de circulação para durabilidade e fácil manutenção.
- ✓ Proteção das paredes da sala de raios-X com argamassa especial, garantindo blindagem.

5. Instalações

- ✓ Substituição de luminárias convencionais por iluminação de LED de alto rendimento.
- ✓ Instalação de exaustores nos banheiros para melhor ventilação.
- ✓ Implantação de sistema de esgoto revisado e adequado às normas sanitárias.
- ✓ Fixação estruturada e impermeabilização de painéis solares para otimizar eficiência.
- ✓ Adequação das instalações elétricas e hidráulicas;
- ✓ Instalação de novo telhado com estrutura metálica, calhas e rufos para drenagem eficiente;
- ✓ Adequação de portas e acessibilidade nos consultórios;
- ✓ Revestimento de paredes e instalação de forro de gesso nos ambientes necessários;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- ✓ Instalação de novo piso de granilite nos banheiros e corredores de espera;
- ✓ Instalação de exaustores elétricos nos banheiros para ventilação adequada.

6. Pintura e Acabamentos

- ✓ Aplicação de tinta acrílica hospitalar de alta resistência e proteção antimicrobiana.
- ✓ Pintura especial na fachada principal, com destaque para identidade visual da unidade.
- ✓ Pintura de ambientes internos com tintas hospitalares antimicrobianas;
- ✓ Tratamento e pintura de esquadrias metálicas e corrimãos de escadas.

7. Serviços Complementares

- ✓ Limpeza geral e remoção de resíduos pós-obra.
- ✓ Implementação de um plano de manutenção preventiva para a unidade reformada.

8. Paisagismo

- ✓ Plantio de grama na área externa, próximo à entrada da UPA e ao redor.

9. Comunicação Visual

- ✓ Placas de identificação dos ambientes
- ✓ Revestimento em laminado nas áreas da recepção e do balcão.
- ✓ Pórtico em alumínio composto na entrada do prédio.

Específicos da Sala de Raios-X

- Manutenção do reboco existente, garantindo a preservação da estrutura;
- Aplicação de proteção radiológica conforme exigências sanitárias;
- Pintura completa do ambiente para reforço da biossegurança.

4. CUSTOS E EXECUÇÃO

Os orçamentos serão elaborados conforme as diretrizes estabelecidas no Manual de Compras, assegurando conformidade com as normas institucionais e legais. A execução será fiscalizada pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Obras, respeitando as normas da ANVISA, RDCs e NBRs aplicáveis.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Esta proposta de adequação e reforma foi elaborada para atender às exigências do edital e às necessidades da unidade. A execução será acompanhada por equipe técnica especializada, garantindo conformidade com normas da ABNT, RDC 050/2002, RDC 306/2004, NBR 9050/2004, NBR 7256/2005 e outras legislações vigentes.
O cronograma foi estruturado para minimizar interferências no atendimento ao público, assegurando que as melhorias tragam benefícios significativos à comunidade, com infraestrutura moderna e acessível.

Cronograma de Execução

Etapa	Descrição	Prazo
1	Aprovação do projeto pela prefeitura	Semana 1
2	Mobilização da equipe e preparação do local	Semana 2
3	Demolições e remoções	Semanas 3 e 4
4	Instalação de estrutura metálica e cobertura	Semanas 5 e 6
5	Readequação das instalações elétricas e hidráulicas	Semanas 7 e 8
6	Instalação de revestimentos, esquadrias e pisos	Semanas 9 e 10
7	Pintura e acabamentos finais	Semana 11
8	Limpeza geral e testes finais	Semana 12
9	Entrega da obra e início das operações	Semana 13

Após a assunção da gestão da unidade, será realizada uma nova verificação in loco para confirmar as necessidades reais da obra e possíveis ajustes ao escopo proposto. A proposta será submetida à aprovação da prefeitura antes da execução das melhorias.

5. CONCLUSÃO

A adequação e reforma da UPA Antônio Zanaga são essenciais para garantir a eficiência no atendimento à população, assegurando qualidade, segurança e conformidade com as normas sanitárias. O projeto visa oferecer um ambiente funcional, acessível e moderno, contribuindo para a melhoria dos serviços de urgência e emergência na região ao mesmo tempo em que otimiza os recursos financeiros disponíveis.

Esta proposta de adequação e reforma foi elaborada para atender às exigências do edital e às necessidades da unidade. A execução será acompanhada por equipe técnica especializada,

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

garantindo conformidade com normas da ABNT, RDC 050/2002, RDC 306/2004, NBR 9050/2004, NBR 7256/2005 e outras legislações vigentes.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

PINTURAS

Só serão aplicadas tintas de primeira linha de fabricação, e de linha Hospitalar.

As superfícies a pintar serão cuidadosamente limpas e convenientemente preparadas para o tipo de pintura a que se destinam.

A eliminação da poeira deverá ser completa, tomando-se precauções especiais contra o levantamento de pó durante os trabalhos até que as tintas sequem inteiramente. As superfícies só poderão ser pintadas quando perfeitamente secas.

EMASSAMENTO DE PAREDES COM MASSA ACRÍLICA.

Deve ser utilizada massa acrílica branca, primeira linha, de fácil aplicação, elevada consistência, secagem rápida, ótima aderência, resistência à alcalinidade e a ação de intempéries.

Utilização: Em todos os ambientes, em que não houver especificação particular.

TINTA ACRÍLICA SEMI-BRILHO LINHA HOSPITALAR.

Tinta látex acrílica semibrilho, de primeira linha, linha hospitalar, sem cheiro, com aditivo antimicrobiano que evita proliferação de micro-organismos, de rápida secagem, boa impermeabilidade e mínimo espigamento.

EMASSAMENTO DE PAREDES COM MASSA ACRÍLICA.

Deve ser utilizada massa acrílica branca, primeira linha, de fácil aplicação, elevada consistência, secagem rápida, ótima aderência, resistência à alcalinidade e a ação de intempéries.

Utilização: Em todos os ambientes, em que não houver especificação particular.

TINTA ACRÍLICA SEMI-BRILHO LINHA HOSPITALAR.

Tinta látex acrílica semi-brilho, de primeira linha, linha hospitalar, sem cheiro, com aditivo antimicrobiano que evita proliferação de micro-organismos, de rápida secagem, boa impermeabilidade e mínimo respingamento.

Utilização: Em todos os ambientes, em que não houver especificação particular.

ESMALTE SINTÉTICO ACETINADO.

Tinta esmalte sintético acetinado, de primeira linha, a ser utilizado nos marcos e guarnições em cor similar à do revestimento em laminado melamínico das portas.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

PINTURA EPÓXI

Tinta epóxi, primeira linha, resistente à lavagem, ao uso de desinfetantes, não podendo ser aplicada com pincel.

Deverá ser utilizada nas seguintes áreas: salas de utilidades; copas; depósitos de materiais de limpeza; postos de enfermagem; Salas de preparo de equipamentos e materiais; Sala de recepção, descontaminação e lavagem de materiais; Sala de Esterilização química liquida; Área de preparo de material e roupa limpa; Sala de Armazenagem e distribuição de materiais e roupas esterilizadas. Em todos os ambientes, em que não houver especificação particular.

ESMALTE SINTÉTICO ACETINADO.

Tinta esmalte sintético acetinado, de primeira linha, a ser utilizado nos marcos e guarnições em cor similar à do revestimento em laminado melamínico das portas.

PINTURA EPÓXI

Tinta epóxi, primeira linha, resistente à lavagem, ao uso de desinfetantes, não podendo ser aplicada com pincel.

Deverá ser utilizada nas seguintes áreas: salas de utilidades; copas; depósitos de materiais de limpeza; postos de enfermagem; Salas de preparo de equipamentos e materiais; Sala de recepção, descontaminação e lavagem de materiais; Sala de Esterilização química liquida; Área de preparo de material e roupa limpa; Sala de Armazenagem e distribuição de materiais e roupas esterilizadas.

4 – EXPERIÊNCIA

4.1 Certificação CEBAS em Saúde

Apresentamos nos anexos deste projeto técnico o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), ativo e regular na área da saúde.

Proposta de Aplicação do Recurso:

Destinação de Recursos:

- Aplicação em programas de saúde preventiva e curativa.
- Melhoria da infraestrutura hospitalar.
- Capacitação de profissionais de saúde.

Transparência:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

- Relatórios periódicos sobre a utilização dos recursos.

Anuência da SMS:

- Submissão do plano de aplicação de recursos para aprovação.
- Adequação às diretrizes e normativas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Monitoramento e Avaliação:

- Realização de avaliações regulares para medir o impacto das ações implementadas.

Articulação com a Comunidade:

- Envolvimento da comunidade nas decisões e na execução dos projetos.

Além das aplicações acima temos os benefícios:

- Isenção Fiscal: Isenção de alguns impostos, como IR e ISS, permitindo maior investimento em serviços.
- Acesso a Recursos Públicos: Facilita a obtenção de convênios e parcerias com órgãos públicos.
- Reconhecimento Oficial: Aumenta a credibilidade da instituição perante a comunidade e financiadores.
- Apoio a Projetos Sociais: Possibilita a implementação de programas de saúde e assistência social.
- Redução de Custos: Ajuda na diminuição dos encargos financeiros, liberando recursos para serviços essenciais.

O CEBAS (Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social) traz inúmeros benefícios para as unidades de saúde que o possuem, destacando-se em aspectos fiscais, sociais e de melhoria no atendimento. Entre os principais benefícios alcançados, estão:

1. Isenção de Contribuições Sociais:

- As unidades de saúde que possuem o CEBAS têm direito à isenção de contribuições à seguridade social (como o INSS), o que representa uma importante economia financeira. Esses recursos podem ser redirecionados para investimentos em infraestrutura, aquisição de equipamentos e melhoria dos serviços oferecidos.

2. Acesso a Recursos Públicos e Parcerias:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

- Com o CEBAS, a instituição se torna apta a firmar parcerias e convênios com o poder público, além de receber recursos de fundos governamentais destinados à saúde. Isso amplia a capacidade de captação de recursos e de financiamento para projetos assistenciais e melhorias no atendimento.

3. Reconhecimento como Entidade Filantrópica:

- O CEBAS confere à instituição o status de entidade beneficente de assistência social, fortalecendo sua imagem institucional. Este reconhecimento pode facilitar a captação de doações, apoio da comunidade e parcerias com o setor privado.

4. Ampliação do Atendimento Gratuito:

- O certificado exige que a unidade de saúde ofereça um percentual mínimo de atendimento gratuito a usuários do SUS (Sistema Único de Saúde). Assim, a obtenção do CEBAS estimula a ampliação do acesso à saúde para as populações mais vulneráveis, contribuindo para a promoção da equidade no atendimento.

5. Fomento à Qualidade dos Serviços:

- Para manter o certificado, a unidade deve cumprir uma série de exigências relacionadas à qualidade dos serviços prestados, incluindo a transparência na gestão e a prestação de contas à sociedade. Isso gera um compromisso constante com a melhoria da gestão e dos processos assistenciais.

6. Sustentabilidade Financeira e Operacional:

- A economia gerada pelas isenções fiscais e o acesso a novos recursos permitem que a unidade tenha maior sustentabilidade financeira e operacional, assegurando a continuidade dos serviços e promovendo a expansão das suas atividades assistenciais.

Com o CEBAS, as unidades de saúde podem fortalecer sua missão de oferecer cuidados de saúde de qualidade, especialmente para as populações mais carentes, contribuindo de forma significativa para a melhoria do sistema de saúde como um todo.

Considerando que os recursos públicos obtidos através de contratos de gestão são de uso restrito para custeio e/ou investimento das atividades operacionais da unidade, o montante dos recursos provenientes da isenção da cota patronal do INSS usufruída durante o exercício será contabilizado em conta própria em balanço patrimonial, no fechamento contábil, em atendimento

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

do Princípio de Transparência, demonstrando o valor economizado, sendo certo que a proposta financeira apresentada leva em consideração o valor economizado no custeio da Unidade.

4.2 Comprovação de experiência na parceria em administração pública

A documentação solicitada, conforme requisitos estabelecidos no Edital, encontra-se devidamente organizada nos Anexos do Projeto.

5 - PROPOSTA FINANCEIRA

5.1 Proposta Orçamentária de acordo com modelo

A presente Proposta Orçamentária é apresentada em anexo, conforme o modelo estabelecido no edital, atendendo integralmente às exigências e especificações contidas no Termo de Referência. Esta proposta foi elaborada com base na análise detalhada dos requisitos técnicos, operacionais e financeiros necessários para a execução do objeto do edital, garantindo plena aderência às necessidades do contratante.

Durante o processo de elaboração, foram consideradas as informações obtidas na visita técnica, que permitiram um entendimento aprofundado das condições do local, dos recursos necessários e das especificidades que influenciam a execução dos serviços. Dessa forma, todos os elementos que compõem esta proposta foram dimensionados de maneira criteriosa, assegurando a viabilidade técnica e econômica do projeto.

O orçamento apresentado detalha todos os itens, custos diretos e indiretos, insumos, equipamentos e mão de obra necessários para a execução eficiente do contrato, garantindo a melhor relação custo-benefício e plena conformidade com os requisitos estabelecidos no edital.
Levantamento da Estrutura Física, Mobiliário e Equipamentos
Com o objetivo de otimizar a aplicação do investimento previsto no edital, será realizado um levantamento detalhado da estrutura física, do mobiliário e dos equipamentos da UPA. Esse processo permitirá identificar as necessidades prioritárias e garantir que os recursos sejam alocados de forma eficiente e transparente.
Os orçamentos serão elaborados conforme as diretrizes estabelecidas no Manual de Compras, assegurando conformidade com as normas institucionais e legais.
Para referência, apresentamos em anexo uma cotação preliminar dos equipamentos listados no edital, a fim de embasar as próximas etapas do processo de aquisição.
Com relação a reforma será considerado orçamento da prefeitura.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

ESCOLA DE SAÚDE, CIÊNCIA E TECNOLOGIA

Proposta para convênio de cooperação técnica com instituições de ensino para estágios curriculares

Além do NEP temos outras estratégias para implementar ações mais amplas na área educacional e de desenvolvimento, programas de capacitação e pesquisas em saúde apoiadas na celebração de Acordos de Cooperação Técnica com instituições de Ensino, Órgãos de Classe, Órgãos Governamentais e Instituições de Referência na Saúde. O INDSH manterá os acordos existentes voltados ao desenvolvimento do ensino e pesquisa, formação profissional e práticas assistenciais, nas instituições de saúde sob sua gestão e responsabilidade técnica.

A Unidade passará a contar com apoio técnico para implementação de programas de pós-graduação, intercâmbios, estágios e capacitações técnico-profissionais, além de Eventos Científicos na área da saúde.

Serão desenvolvidas as seguintes atividades:

- Desenvolvimento de ações de capacitação e educação permanente para equipes multiprofissionais de assistência à saúde, em conformidade com as necessidades locais e políticas prioritárias do SUS;
- Assessoria no desenvolvimento de práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo do paciente;
- Capacitação profissional em programas de qualidade e segurança do paciente;
- Assessoria na elaboração e implantação de protocolos clínicos, na gestão clínica e práticas assistenciais;
- Orientação no desenvolvimento de atividades relacionadas a pesquisa, diagnóstico e tratamento de doenças e segmentos de interesse do SUS.
- Assessoria na avalição e definição de tecnologias em consonância com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS;
- Capacitação na formação de preceptorias para atuação na graduação e pós-graduação, em residências uni ou multiprofissionais.

Abaixo apresentamos um modelo de Termo de Compromisso e em anexo apresentamos alguns termos já em vigor em nossas unidades.

"O presente TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO tem como CONCEDENTE e a UNIDADE, CNPJ xxxxxxxxxxxx, localizado no endereço xxxxxxxxxx, representado pelo responsável pela Gerência de Ensino e Pesquisa xxxxxxxxxxxxxx, celebra o termo de compromisso de estágio,

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

sem vinculação empregatícia, do estagiário_____, matriculado no curso de _____ cumprindo semestre, tendo como interveniente_____, localizado na(o)_____ e representado por_____ (nome seguido de cargo). CLÁUSULA I- Este Termo de compromisso reger-se-á pelo disposto na Lei nº. 11.788/08, e ainda pelo termo de convênio/acordo cooperação entre as instituições envolvidas, não configurando qualquer vínculo empregatício entre o ESTAGIÁRIO e a Unidade, por tanto, não se aplica a este, as Normas de Legislação Trabalhista e de Previdência Social. CLÁUSULA II- O CONCEDENTE (Unidade) compromete-se e lotar o(a) ESTAGIÁRIO(A) em um setor condizente com o planos das atividades disciplinares, que deve ser previamente encaminhada pela instituição interveniente, devendo para tal, designar um coordenador de estágio para acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário no campo de estágio. CLÁUSULA III- O ESTÁGIO é de natureza acadêmica obrigatória e acontecerão no período de_____a _____ com carga horária de_____semanais, nos dias____, no horário de_____às_____. CLÁUSULA IV- O ESTÁGIO desenvolver-se-á sob a supervisão de professor docente/preceptor vinculado a instituição de ensino seguindo o planejamento de atividade definida pela CONCEDENTE, o qual obedecerá às diretrizes do Plano de Estágio fornecido pela Instituição interveniente, parte integrante do presente termo. CLÁUSULA V- O ESTÁGIARIO obriga-se a cumprir fielmente a programação de estágio, comunicando em tempo hábil, a impossibilidade de fazê-lo, se for o caso. CLÁUSULA VI- O ESTÁGIÁRIO obriga-se a cumprir todas a normas internas da unidade, especialmente as relativas ao estágio, as quais será orientado ao início das atividades de forma verbal e através de cartilha de orientações. CLÁUSULA VII- O ESTÁGIARIO sob pena de ser responsabilizado civil ou criminalmente, obriga se a guardar sigilo quanto ás informações e dados que, direta ou indiretamente, venham tomar conhecimento no exercício de suas atividades de estágio Na Unidade. CLÁUSULA VIII- a Unidade não terá interferência quanto à forma de avaliação definidas pelo preceptor ou instituição interveniente, assim como não se responsabiliza pelas notas ou conceitos do ESTÁGIARIO. CLÁUSULA IX- O ESTÁGIARIO não receberá nenhum valor ou bolsa auxílio por se tratar de estágio acadêmico curricular, porém terá direito a recesso de suas atividades em período definido pela instituição a qual está vinculado. CLÁUSULA X- Este Termo obriga a instituição interveniente, em período de vigência previsto, a efetuar SEGURO em favor do ESTÁGIARIO contra acidentes pessoais ocorridos no local de estágio. CLÁUSULA XI- Para que o ESTÁGIARIO possa iniciar suas atividades de estágio, é necessário à validação deste termo de compromisso assinado através da assinatura pelo ESTÁGIARIO, representante da instituição INTERVENIENTE e por fim assinatura do representante da instituição CONCEDENTE. Ainda encaminhar ao DEP da unidade uma foto 3x4 e cópia de carteira de vacina contendo as seguintes vacinas: Tétano, Tríplice Viral, Hepatite B, Febre Amarela e Influenza. CLÁUSULA XII- Fica assegurado às partes compromissárias, o direito recíproco de rescisão do presente TREMO DE COMPROMISSO, sem aviso prévio, nem indenização de qualquer espécie frente os seguintes

Assinado por 1 pessoa: CARLOS CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

casos: a) Automaticamente ao término do estágio ou no período pré-determinado no presente termo de compromisso; b) Por interesse da CONCEDENTE ou do INTERVENIENTE; c) A pedido do estagiário; d) Por abandono das atividades acadêmicas ou trancamento de matrícula; e) Pelo descumprimento de qualquer cláusula do presente termo de compromisso; f) Por abandono do estágio. E, por estarem de pleno acordo com o estabelecido acima, firmam o presente Termo de compromisso, dele extraindo-se três vias de igual teor, para que produzam todos os efeitos legais, as quais se destinam a CONCEDENTE, o ESTAGIÁRIO e a INTERVENIENTE."

UNIDADE
(CONCEDENTE)
XXXXXXXXXXXX
(ESTAGIÁRIO)
XXXXXXXXXXXX
(INTERVENIENTE)

Proposta para parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área hospitalar e ambulatorial

Projeto de Implantação de Pesquisa por Parcerias

Para estruturação do desenvolvimento de Ensino e Pesquisa na instituição será necessário a implantação da Diretoria de Pesquisa, visando intensificar o relacionamento entre Instituições de Ensino Superior e Pesquisa, por meio da realização de projetos de pesquisa cooperativos. Para Diretoria de Ensino e Pesquisa deve-se ter obrigatoriamente o título de Doutorado ou Pós-Doutorado.

Os projetos devem ser desenvolvidos sob a responsabilidade de um Pesquisador Responsável com título de doutor ou qualificação equivalente, avaliada por sua súmula curricular, que possua vínculo empregatício com a Instituição de pesquisa no estado (pública ou privada), proposta para sediar o projeto.

Uma vez que o desenvolvimento do projeto de pesquisa é feito de forma cooperativa, espera-se que os resultados contribuam para a criação de conhecimento ou inovações tecnológicas de interesse da unidade, além de contribuírem para o avanço do conhecimento e para a formação de recursos humanos altamente qualificados. As instituições parceiras devem necessariamente contribuir para o financiamento do projeto de pesquisa com uma contrapartida de recursos próprios ou de terceiros.

Para efetivação do projetos aprovados, um Termo de Convênio deverá ser assinado entre a Instituição de Ensino Superior e Pesquisa que sedia o projeto, a(s) Empresa(s) Parceira(s), a Unidade e as Instituições de Pesquisa Parceiras, especificando o compromisso de cada um com as atividades a serem desenvolvidas, os valores aportados pelas Partes, o cronograma de

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

desembolso comprometido pela(s) Empresa(s) Parceira(s) e as cláusulas sobre Propriedade Intelectual, tendo o Projeto de Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética da instituição de Ensino e anuência da Secretaria Municipal de Saúde, como anexo descritivo das atividades a serem desenvolvidas.

Devendo seguir a seguinte estrutura organizacional de Diretoria e Coordenação e Supervisão de Ensino e Pesquisa, Comitê de Ensino e Pesquisa.

Serão consideradas como modelo de participação das Atividades de Ensino e Pesquisa pelo INDSH:

Produção científica em revistas científicas, congressos, simpósios, seminários nacionais e internacionais;

Publicação de artigos em seminários de iniciação científica;

Atividades para ampliação, melhoria e desenvolvimento das atividades de Pesquisa;

Participação em congressos, simpósios, seminários e outros eventos técnico científicos, de abrangência nacional ou internacional, como moderador, debatedor, coordenador, secretário ou palestrante;

Produção de livro técnico ou científico, capítulo de livro ou citação em artigos de periódicos indexados;

Editoração, organização e/ou tradução de livros técnicos/científicos;

Inventos e demais produtos de pesquisa com registro e patente;

Produção de manual técnico e/ou didático e relatório técnico;

Participação, como editor-chefe, associado ou membro de conselho científico, em editoras de revistas científicas indexadas; e

Outras atividades correlatas de interesse institucional e acordadas com o(s) superior(es) imediato(s).

Compete à Diretoria de Ensino e Pesquisa:

I – A supervisão das atividades de ensino, pesquisa e controle de endemias, de acordo com as normas legais, regulamentares e de instrução aplicáveis e mediante o estabelecimento de mecanismos de articulação técnico-científica com os organismos de assistência à saúde;

II – O desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa científica, através de convênios com Universidades ou Instituições de Pesquisa, objetivando estimular o estudo das doenças tropicais; e,

III – A execução de outras ações, pertinentes à natureza da Diretoria.

Ao Diretor de Ensino e Pesquisa compete:

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

I - Supervisionar, dirigir e orientar a execução das atividades desenvolvidas pelo Departamento de Pesquisa e Ensino.

II - Manter, permanentemente atualizado, um sistema de informação referente ao desenvolvimento das atividades de pesquisa da instituição;

III - Assegurar, no âmbito de sua atuação, o cumprimento das decisões dos Colegiados superiores do EAS;

IV- Prestar assessoria a órgãos, entidades estaduais e municipais de saúde, colaborando para o diagnóstico e a orientação de combate a surtos epidêmicos;

V - Exercer outras atividades, em razão da natureza da Diretoria.

Coordenação de Ensino e Pesquisa, compete:

I - Coordenar as atividades de pesquisa, de acordo com a legislação aplicável, articulando-se com outros organismos nacionais e internacionais;

II – Acompanhar, através de relatórios, o desenvolvimento dos projetos de pesquisa em andamento;

III – Realizar encontros periódicos com os pesquisadores no sentido de acompanhar o desempenho de suas atividades;

IV – Promover com a Diretoria de Ensino e Pesquisa a oferta de cursos de atualização dirigidos aos pesquisadores e outros, envolvidos na atividade de produção científica.

Comitê de ética em pesquisa

O Comitê de Ética em Pesquisa, de caráter multiprofissional e multidisciplinar será composto por 07 (sete) membros, indicados e nomeados pelo Diretor do EAS, representando as diferentes especialidades, para cumprir mandato de 03 (três) anos, em conformidade com o item VII da Resolução n.º 196, de 09 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, ou pela legislação que a suceder.

O Presidente do Comitê será indicado pelos seus membros e nomeado pelo Diretor do EAS para cumprir igualmente mandato de 03 (três) anos, sendo permitida recondução do comitê de ética em pesquisa.

É competência do Comitê de Ética em Pesquisa:

I – Revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

II – Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão. A revisão de cada protocolo culminará com seu enquadramento em uma das seguintes categorias;

III – Manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

IV – Acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores;

V – Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

VI – Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o termo de consentimento. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou;

VII – Requerer instauração de sindicância à direção da instituição em caso de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas e, em havendo comprovação, comunicar à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/MS e, no que couber, a outras instâncias; e

VII – Manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS.

VIII – Estabelecer que os processos julgados pelo Comitê de Ética em Pesquisa tenham como parecer final o seguinte:

a) Aprovado:

1. Com pendência: quando o Comitê considera o protocolo como aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solicita uma modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias pelos pesquisadores;

2. Retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

3. Aprovado e encaminhado, com o devido parecer, para a apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/MS, nos casos previstos no Capítulo VIII, item 4.c., da Resolução n.º 196, do Conselho Nacional de Saúde;

b) Não Aprovado:

Supervisão de Informação e Documentação

A Supervisão de Informação e Documentação, compete:

I – Supervisionar e controlar o uso do acervo bibliográfico da Fundação;

II – Manter intercâmbio com outros serviços congêneres, de forma a garantir aos usuários a variedade de periódicos necessários às suas especializações;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

III – Armazenar, catalogar e classificar o material bibliográfico;

IV – Divulgar, no âmbito da Fundação, o acervo incorporado à Biblioteca;

V – Orientar o usuário, disponibilizando as publicações e informações técnicas;

VI – Planejar e executar os trabalhos de seleção e aquisição de livros, periódicos e demais materiais técnico-científicos;

VII – Executar outras atividades inerentes à sua área de competência.

Cronograma de Implantação:

Previsão de 6-12 meses para estruturar todos os requisitos obrigatórios para estabelecimento de Ensino e Pesquisa com instituição de Ensino Superior parceira e adequação de fluxos de atendimento e operacionais para melhor recebimento dos alunos na instituição.

OBS. Apresentamos em anexo algumas parcerias com instituições vigentes em nossas unidades.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Declaramos que as informações constantes nesta proposta técnica refletem a expressão da verdade, sendo de nossa inteira responsabilidade quaisquer omissões, exceções ou incorreções que, porventura, possam elas apresentar.

O projeto apresentado reflete a realidade do modelo de gestão do INDSH. Os serviços serão ajustados conforme demanda e os modelos serão adaptados seguindo a necessidade do projeto em questão, portanto, poderá sofrer alterações conforme necessidade da população e da Secretaria de Saúde.

Esta proposta técnica tem validade conforme lei.

ESTE É O MODELO DO INDSH DE FAZER GESTÃO: RESPEITO Á VIDA!

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

PLANO FINANCEIRO

CHAMAMENTO PÚBLICO PMA Nº 002/2025

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 6.417/2024

PREFEITURA DE AMERICANA - SP

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

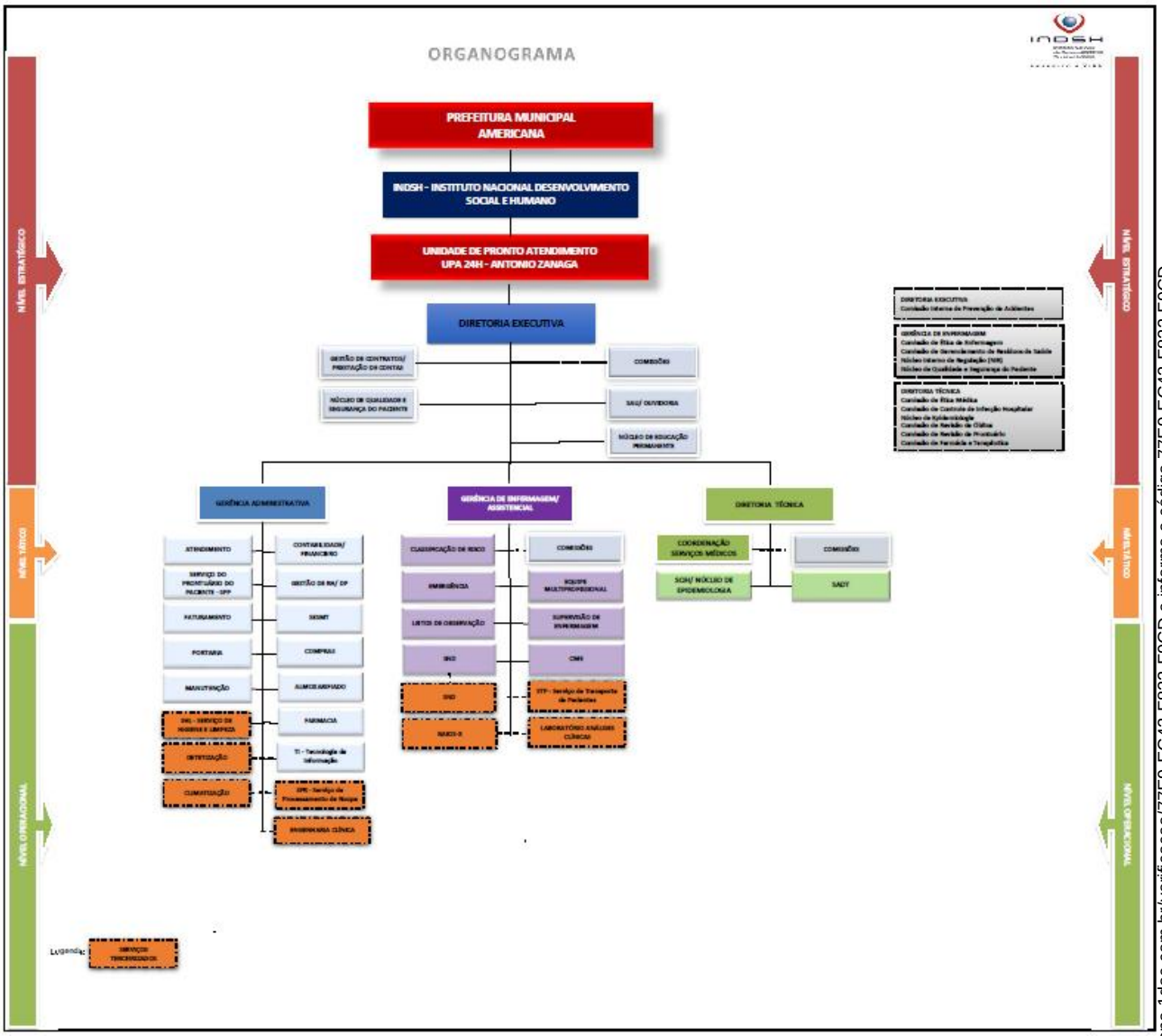
Unidade de Pronto Atendimento Antônio Zanaga

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

ORGANOGRAMA



Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E
Essa cópia é um documento assinado digitalmente.

INDSH - INSTITUTO NACIONAL DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO

PREFEITURA DE AMERICANA
CHAMAMENTO PÚBLICO PMA Nº 002/2025
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H ANTONIO ZANAGA

RECURSOS HUMANOS - REGIME DE CONTRATAÇÃO CLT

PROFISIONAIS / CATEGORIAS	CH Mensal	Quant	Vínculo	Salário Base	Insalubridade	Add. Noturno	Total Salário Individual	SALÁRIO TOTAL
Aprendiz	150	1	CLT	1.000,00	303,60		1.303,60	1.303,60
Assistente Administrativo Almoxariado	220	1	CLT	1.900,00	303,60		2.203,60	2.203,60
Assistente Administrativo SAU	220	1	CLT	1.900,00	303,60		2.203,60	2.203,60
Analista Administrativo de Faturamento	220	1	CLT	2.100,00	303,60		2.403,60	2.403,60
Assistente Social	150	3	CLT	3.500,00	910,80	659,78	4.023,53	12.070,58
Analista Administrativo de Departamento Pessoal	220	1	CLT	2.100,00	303,60		2.403,60	2.403,60
Auxiliar de Farmácia	220	8	CLT	1.820,00	2.428,80	1.143,62	2.266,55	18.132,42
Auxiliar de Limpeza	220	7	CLT	1.650,00	2.125,20	907,20	2.083,20	14.582,40
Compras - Assistente Administrativo	220	1	CLT	2.500,00	303,60		2.803,60	2.803,60
Controlador de Acesso	220	5	CLT	1.820,00	1.518,00	714,76	2.266,55	11.332,76
Diretor Geral	220	1	CLT	22.000,00	303,60		22.303,60	22.303,60
Enfermeiro Assistêncial	220	18	CLT	4.750,00	5.464,80	6.715,64	5.426,69	97.680,44
Enfermeiro NEP / Qualidade	220	1	CLT	5.800,00	303,60		6.103,60	6.103,60
Enfermeiro Vigilância epidemiológica / SCIH	220	1	CLT	5.800,00	303,60		6.103,60	6.103,60
Farmacêutico RT	220	1	CLT	6.250,00	303,60		6.553,60	6.553,60
Farmacêutico Clínico	220	5	CLT	4.100,00	1.518,00	1.610,18	4.725,64	23.628,18
Gerente Assistencial de Enfermagem (enfermeiro RT)	220	1	CLT	12.000,00	303,60		12.303,60	12.303,60
Recepcionista	220	10	CLT	1.820,00	3.036,00	1.429,53	2.266,55	22.665,53
Técnico de Enfermagem	220	26	CLT	3.325,00	7.893,60	6.790,25	3.889,76	101.133,85
Técnico em Segurança do Trabalho	220	1	CLT	3.500,00	303,60		3.803,60	3.803,60
Técnico de Informática	220	1	CLT	3.500,00	303,60		3.803,60	3.803,60
Técnico de manuntenção geral	220	1	CLT	2.500,00	303,60		2.803,60	2.803,60
TOTAL		96			29.145,60	19.970,97		378.326,57

Técnico e Raios X - serviço tercerizado
SESMT - serviço terceirizado
Segurança 24h - serviço terceirizado

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-000
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH - INSTITUTO NACIONAL DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO

PREFEITURA DE AMERICANA
CHAMAMENTO PÚBLICO PMA Nº 002/2025
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H ANTONIO ZANAGA

RECURSOS HUMANOS - REGIME DE CONTRATAÇÃO CLT

V.T.	V.R.	V.A.	Cesta Básica	Aux. Creche	Auxilio Funeral	Seguro de Vida	Assist. Odonto	Uniformes	Total Benefícios individual	Total Benefícios
151,20	-	-	225,00	12,84	4,00	10,00	-	25,00	428,04	**428,04**
97,20	-	-	225,00	12,84	4,00	10,00	-	25,00	374,04	**374,04**
97,20	-	-	225,00	12,84	4,00	10,00	-	25,00	374,04	**374,04**
85,20	-	-	225,00	12,84	4,00	10,00	-	25,00	362,04	**362,04**
3,60	-	-	675,00	38,52	12,00	30,00	-	75,00	278,04	**834,12**
85,20	-	-	225,00	12,84	4,00	10,00	-	25,00	362,04	**362,04**
816,00	-	-	1.800,00	102,72	32,00	80,00	-	200,00	378,84	**3.030,72**
785,40	-	-	1.575,00	89,88	28,00	70,00	-	175,00	389,04	**2.723,28**
61,20	-	-	225,00	12,84	4,00	10,00	-	25,00	338,04	**338,04**
510,00	-	-	1.125,00	64,20	20,00	50,00	-	125,00	378,84	**1.894,20**
	-	-	225,00	12,84	4,00	10,00	-	25,00	276,84	**276,84**
	-	-	4.050,00	231,12	72,00	180,00	-	450,00	276,84	**4.983,12**
	-	-	225,00	12,84	4,00	10,00	-	25,00	276,84	**276,84**
	-	-	225,00	12,84	4,00	10,00	-	25,00	276,84	**276,84**
	-	-	225,00	12,84	4,00	10,00	-	25,00	276,84	**276,84**
	-	-	1.125,00	64,20	20,00	50,00	-	125,00	276,84	**1.384,20**
	-	-	225,00	12,84	4,00	10,00	-	25,00	276,84	**276,84**
1.020,00	-	-	2.250,00	128,40	40,00	100,00	-	250,00	378,84	**3.788,40**
- 1.443,00	-	-	5.850,00	333,84	104,00	260,00	-	650,00	221,34	**5.754,84**
1,20	-	-	225,00	12,84	4,00	10,00	-	25,00	278,04	**278,04**
1,20	-	-	225,00	12,84	4,00	10,00	-	25,00	278,04	**278,04**
61,20	-	-	225,00	12,84	4,00	10,00	-	25,00	338,04	**338,04**
2.332,80	-	-	**21.600,00**	**1.232,64**	**384,00**	**960,00**	-	**2.400,00**		**28.909,44**

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-[illegible]
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-00[illegible]
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH - INSTITUTO NACIONAL DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO

PREFEITURA DE AMERICANA
CHAMAMENTO PÚBLICO PMA Nº 002/2025
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H ANTONIO ZANAGA

RECURSOS HUMANOS - REGIME DE CONTRATAÇÃO CLT

PIS	*INSS*	FGTS	Total Encargos Sociais	1/3 Férias	FGTS Férias	13º Salário	FGTS ref. 13º Salário	Aviso Prévio	FGTS ref. Aviso Prévio	Multa 40% FGTS	Total Provisionamentos individual	Total de Provisões Legais	TOTAL INDIVIDUAL	TOTAL GERAL
-	-	104,29	**104,29**	36,21	11,59	108,63	8,69	36,24	2,90	50,99	255,25	**255,25**	**2.091,18**	**2.091,18**
-	-	176,29	**176,29**	61,21	19,59	183,63	14,69	61,26	4,90	86,19	431,47	**431,47**	**3.185,40**	**3.185,40**
-	-	176,29	**176,29**	61,21	19,59	183,63	14,69	61,26	4,90	86,19	431,47	**431,47**	**3.185,40**	**3.185,40**
-	-	192,29	**192,29**	66,77	21,37	200,30	16,02	66,82	5,35	94,01	470,63	**470,63**	**3.428,56**	**3.428,56**
-	-	965,65	**965,65**	335,29	107,29	1.005,88	80,47	335,56	26,84	472,10	787,82	**2.363,45**	**5.411,27**	**16.233,80**
-	-	192,29	**192,29**	66,77	21,37	200,30	16,02	66,82	5,35	94,01	470,63	**470,63**	**3.428,56**	**3.428,56**
-	-	1.450,59	**1.450,59**	503,68	161,18	1.511,04	120,88	504,08	40,33	709,19	443,80	**3.550,37**	**3.270,51**	**26.164,11**
-	-	1.166,59	**1.166,59**	405,07	129,62	1.215,20	97,22	405,39	32,43	570,34	407,90	**2.855,27**	**3.046,79**	**21.327,54**
-	-	224,29	**224,29**	77,88	24,92	233,63	18,69	77,94	6,24	109,65	548,95	**548,95**	**3.914,88**	**3.914,88**
-	-	906,62	**906,62**	314,80	100,74	944,40	75,55	315,05	25,20	443,25	443,80	**2.218,98**	**3.270,51**	**16.352,57**
-	-	1.784,29	**1.784,29**	619,54	198,25	1.858,63	148,69	620,04	49,60	872,33	4.367,10	**4.367,10**	**28.731,83**	**28.731,83**
-	-	7.814,43	**7.814,43**	2.713,35	868,27	8.140,04	651,20	2.715,52	217,24	3.820,46	1.062,56	**19.126,07**	**7.200,23**	**129.604,06**
-	-	488,29	**488,29**	169,54	54,25	508,63	40,69	169,68	13,57	238,72	1.195,10	**1.195,10**	**8.063,83**	**8.063,83**
-	-	488,29	**488,29**	169,54	54,25	508,63	40,69	169,68	13,57	238,72	1.195,10	**1.195,10**	**8.063,83**	**8.063,83**
-	-	524,29	**524,29**	182,04	58,25	546,13	43,69	182,19	14,58	256,32	1.283,21	**1.283,21**	**8.637,94**	**8.637,94**
-	-	1.890,25	**1.890,25**	656,34	210,03	1.969,02	157,52	656,86	52,55	924,14	925,29	**4.626,46**	**6.305,82**	**31.529,09**
-	-	984,29	**984,29**	341,77	109,37	1.025,30	82,02	342,04	27,36	481,22	2.409,08	**2.409,08**	**15.973,80**	**15.973,80**
-	-	1.813,24	**1.813,24**	629,60	201,47	1.888,79	151,10	630,10	50,41	886,49	443,80	**4.437,97**	**3.270,51**	**32.705,14**
-	-	8.090,71	**8.090,71**	2.809,27	898,97	8.427,82	674,23	2.811,52	224,92	3.955,53	761,63	**19.802,26**	**5.183,91**	**134.781,66**
-	-	304,29	**304,29**	105,66	33,81	316,97	25,36	105,74	8,46	148,77	744,75	**744,75**	**5.130,68**	**5.130,68**
-	-	304,29	**304,29**	105,66	33,81	316,97	25,36	105,74	8,46	148,77	744,75	**744,75**	**5.130,68**	**5.130,68**
-	-	224,29	**224,29**	77,88	24,92	233,63	18,69	77,94	6,24	109,65	548,95	**548,95**	**3.914,88**	**3.914,88**
-	-	**30.266,13**	**30.266,13**	**10.509,07**	**3.362,90**	**31.527,21**	**2.522,18**	**10.517,48**	**841,40**	**14.797,04**		**74.077,28**		**511.579,42**

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-000
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

INDSH - INSTITUTO NACIONAL DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO

PREFEITURA DE AMERICANA
CHAMAMENTO PÚBLICO PMA Nº 002/2025
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H ANTONIO ZANAGA

RECURSOS HUMANOS - REGIME DE CONTRATAÇÃO CLT

PROFISIONAIS / CATEGORIAS	CH Mensal	Quant	TOTAL GERAL
Aprendiz	150	1	2.091,18
Assistente Administrativo Almoxariado	220	1	3.185,40
Assistente Administrativo SAU	220	1	3.185,40
Analista Administrativo de Faturamento	220	1	3.428,56
Assistente Social	150	3	16.233,80
Analista Administrativo de Departamento Pessoal	220	1	3.428,56
Auxiliar de Farmácia	220	8	26.164,11
Auxiliar de Limpeza	220	7	21.327,54
Compras - Assistente Administrativo	220	1	3.914,88
Controlador de Acesso	220	5	16.352,57
Diretor Geral	220	1	28.731,83
Enfermeiro Assistêncial	220	18	129.604,06
Enfermeiro NEP / Qualidade	220	1	8.063,83
Enfermeiro Vigilância epidemiológica / SCIH	220	1	8.063,83
Farmacêutico RT	220	1	8.637,94
Farmacêutico Clínico	220	5	31.529,09
Gerente Assistencial de Enfermagem (enfermeiro RT)	220	1	15.973,80
Recepcionista	220	10	32.705,14
Técnico de Enfermagem	220	26	134.781,66
Técnico em Segurança do Trabalho	220	1	5.130,68
Técnico de Informática	220	1	5.130,68
Técnico de manuntenção geral	220	1	3.914,88
TOTAL		96	511.579,42

Técnico e Raios X - serviço tercerizado

SESMT - serviço terceirizado

Segurança 24h - serviço terceirizado

INDSH - INSTITUTO NACIONAL DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO

PREFEITURA DE AMERICANA
CHAMAMENTO PÚBLICO PMA Nº 002/2025
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H ANTONIO ZANAGA

SERVIÇOS MÉDICOS PESSOA JURÍDICA

Serviço	Especialidade	Horário	Quant. Prof.	Plantões de 12h	R$/Hora	R$ Total
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Consultórios (clínico)	07h - 19h	2	30,5	150,00	109.800,00
		19h - 07h	2	30,5	150,00	109.800,00
	Consultórios (pediatra)	07h - 19h	1	30,5	150,00	54.900,00
		19h - 07h	1	30,5	150,00	54.900,00
	Urgência	07h - 19h	1	30,5	150,00	54.900,00
		19h - 07h	1	30,5	150,00	54.900,00
TOTAL				122,0		439.200,00
SADT	Laboratório	07h - 17h				15.000,00
	Eletrocardiograma	07h - 17h				5.000,00
	Radiologia (laudos)	07h - 17h				15.000,00
TOTAL				0,0		35.000,00

Serviço	Especialidade	Horário	Quant. Prof.	Plantões de 12h	R$/Hora	R$ Total
DIRETORIA LIDERANÇAS MÉDICAS	Diretor Técnico Médico (Médico RT)	07h - 17h	1			22.000,00
	Coordenação Serviços Médicos	07h - 17h	1			10.000,00
TOTAL				0,0		32.000,00

TOTAL GERAL				122,0		506.200,00

Assinado por 1 pessoa: BANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH - INSTITUTO NACIONAL DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO

PREFEITURA DE AMERICANA
CHAMAMENTO PÚBLICO PMA Nº 002/2025
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H ANTONIO ZANAGA

SERVIÇOS MÉDICOS PESSOA JURÍDICA

Especialidade	Horário	Quant. Prof.	Plantões de 12h	Total Horas
Consultórios (clínico)	07h - 19h	2	30,5	1464
	19h - 07h	2	30,5	1464
Consultórios (pediatra)	07h - 19h	1	30,5	732
	19h - 07h	1	30,5	732
Urgência	07h - 19h	1	30,5	732
	19h - 07h	1	30,5	732
			122,0	**5856**
Especialidade	**Horário**	**Quant. Prof.**	**Plantões de 12h**	**Total Horas**
Diretor Técnico Médico (Médico RT)	07h - 17h	1		180
Coordenação Serviços Médicos	07h - 17h	1		180

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO FORMAL DE DISPONIBILIDADE

CHAMAMENTO PUBLICO PARA SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL Nº 002/2025

OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICOS ESPECIALIZADOS DE GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA ANTONIO ZANAGA.

O Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH , CNPJ nº 23.453.830/0001-70, neste ato representada pelo Sr. José Carlos Rizoli, portador do CPF 171.893.228-68, Presidente, venho pela presente DECLARAR para todos os fins e efeitos de direito, que será apresentado para contratação, no caso de vencedora, Responsável Técnico (médico) que tenha realizado ou participado da administração e gerenciamento de serviços de urgência e emergência; para a execução Contratual, bem como me responsabilizo pela comprovação de apresentação de Vinculo, no ato da contratação, das seguintes formas:

A) Apresentação de Ato Constitutivo ou Estatuto em vigor, a fim de comprovar que o profissional pertence à Diretoria da ORGANIZAÇÃO SOCIAL; ou

B) Apresentação de CTPS ou outro documento trabalhista, legalmente reconhecido, caso o profissional pertença ao quadro de empregados da ORGANIZAÇÃO SOCIAL; ou

C) Termo de Contrato, de natureza privada, que comprove o vínculo entre as partes assinado por responsável legal da Organização Social.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

José Carlos Rizoli – Presidente
RG nº 3.148.647-2 – SSP/SP CPF 171.893.228-68
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH
CNPJ Nº 23.453.830/0001-70

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Sede Social: Rua Dr. Cristiano Otoni, 233 – Centro – Pedro Leopoldo – MG – CEP 33250-000
Sede Administrativa: Av. Marquês de São Vicente, 576, Conj 1901 – São Paulo – SP – CEP 01139-001
Tel. (011) 3672 5136 – licitacoes@indshsaude.org.br projetos@indshsaude.org.br - www.indsh.org

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

INVESTIMENTO

INDSH - INSTITUTO NACIONAL DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO
PREFEITURA DE AMERICANA
CHAMAMENTO PÚBLICO PMA Nº 002/2025
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H ANTONIO ZANAGA
ANEXO II - F

		Floradas Office	Mercado Livre	MadeiraMadeira
Quantidade	Descrição	Armário de aço PA-90/150 chapa 26 com fechadura	Armário De Aço Pa 90-chapa 26 C/maçaneta	Armário Aço Escritório Fechadura 4 Prateleiras Ea301 Cinza Cinza
6	Armário de Aço com duas portas, três prateleiras, altura de 150cm, largura de 90cm, profundidade de 35cm, chapa 26, cor cinza.	https://floradasoffice.com/produto/armario-de-aco-pa-90-150-chapa-26-com-fechadura/?srsltid=AfmBOoqWApcs10dFJEUHBm5dvJOHlgFoeRCtpbr8VfCmhJJWa09	https://produto.mercadolivre.com.br/MLB-1743363453-armario-de-aco-pa-90-chapa-26-cmacaneta-_JM?matt_tool=50586449&matt_word=&matt_source=google&matt_campaign_id=22120855419&matt_ad_group_id=179138687891&matt_match_type=&matt_networking&matt_device=c&matt_creative=729929555250&matt_keyword=&matt_ad_position=&matt_ad_type=pla&matt_merchant_id=551530150&matt_product_id=MLB1743363453&matt_product_partition_id=233801504973 38&matt_target_id=aud-1966873223882:pla-2339015049738&cq_src=google_ads&cq_cmp=22120855419&cq_net=g&cq_plt=gp&cq_med=pla&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIiPfapu6bjAMVqWVIAB3o1OZrEAQYBiABEgJSPD_BwE	Armário Aço Escritório Fechadura 4 Prateleiras Ea301 Cinza | MadeiraMadeira
		R$ 1.025,00	R$ 1.239,00	R$ 1.098,16
	Total:	**R$ 6.150,00**	**R$ 7.434,00**	**R$ 6.588,96**

		Floradas Office	Leroy Merlin	Mercado Livre
Quantidade	Descrição	Armário de aço PA-75/150 chapa 26 com fechadura Dimensões Externas: A – 1500 x L – 750 x P – 350	Armário De Aço 2 Portas 3 Prateleiras Ap408sl	Armário Aço Escritório Fechadura 4 Prateleiras Ea301 Preto
3	armário de aço com duas portas em aço carbono e pintura epóxi po, puxador tipo alça PVC preto,, acabamento quadrado, com três prateleiras internas com suporte de até 30 kg por prateleira, medidas 1,64cm alturaX76cm altura X 30cm profundidade.	https://floradasoffice.com/produto/armario-de-aco-pa-75-150-chapa-26-com-fechadura/	https://www.leroymerlin.com.br/armario-de-aco-2-portas-3-prateleiras-ap408sl_1569851923?region=outros&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIOND4ge-bjAMV6mdIAB3LNCh0EAQYCSABEgL47PD_BwE	https://www.mercadolivre.com.br/armario-aco-escritorio-fechadura-4-prateleiras-ea301-preto/p/ML8243263130?pdp_filters=item_id%3AMLB3782700087&from=gshop&matt_tool=14476645&matt_word=&matt_source=google&matt_campaign_id=220901936 60&matt_ad_group_id=174661938404&matt_match_type=&matt_networking=g&matt_device=c&matt_creative=727914177994&matt_keyword=&matt_ad_position=&matt_ad_type=pla&matt_merchant_id=731254228&matt_product_id=ML8243263130-product&matt_product_partition_id=2417611461284&matt_target_id=aud-1966873223882:pla-2417611461284&cq_src=google_ads&cq_cmp=22090193660&cq_net=g&cq_plt=gp&cq_med=pla&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI47HJ1v2bjAMVXm8IAB00qBFrEAQYAiABEgLoOvD_BwE
		R$ 899,00	R$ 814,72	R$ 827,26
	Total:	**R$ 2.697,00**	**R$ 2.444,16**	**R$ 2.481,78**

		Madesa	Mercado livre	magazine Luiza
Quantidade	Descrição	Balcão Gabinete de Pia Madesa Acordes 100% MDF 120 cm 3 Portas e 2 Gavetas Frentes Branco Brilho	Balcão De Pia 120cm Cozinha Com 3 Portas E Gavetas 100% Mdf	Balcão Gabinete de Pia Armário de Cozinha 100% MDF 120 cm 3 Portas e 2 Gavetas Portas Branco Brilho Acordes
1	Armário MDF, para pia com três gavetas e duas portas e balcão no posto de enfermagem para apoio de PC	https://www.madesa.com/balcao-gabinete-de-pia-madesa-acordes-100-mdf-120-cm-3-portas-e-2-gavetas-branco/p?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=Ecom_Fundo_R1_GSH_Pmax_Superior&utm_term=&utm_campaign=Ecom_Fundo_R1_GSH_Pmax_Superior&utm_source=adwords&utm_medium=ppc&hsa_acc=9196574805&hsa_cam=18005460605&hsa_grp=&hsa_ad=&hsa_src=x&hsa_tgt=&hsa_kw=&hsa_mt=&hsa_net=adwords&hsa_ver=3&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIiKGWrIKcjAMVhiY9AB2nuw5MEAQYDSABEgJUQPD_BwE	https://produto.mercadolivre.com.br/MLB-3943234461-balco-de-pia-120cm-cozinha-com-3-portas-e-gavetas-100-mdf-_JM?matt_tool=87728398&matt_word=&matt_source=google&matt_campaign_id=22090193711&matt_ad_group_id=174661959004&matt_match_type=&matt_networking&matt_device=c&matt_creative=727914179236&matt_keyword=&matt_ad_position=&matt_ad_type=pla&matt_merchant_id=368922505&matt_product_id=MLB3943234461&matt_product_partition_id=2392712829501&matt_target_id=aud-1966873223882:pla-2392712829501&cq_src=google_ads&cq_cmp=22090193711&cq_net=g&cq_plt=gp&cq_med=pla&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIiKGWrIKcjAMVhiY9AB2nuw5MEAQYDSABEgJUQPD_BwE	https://www.magazineluiza.com.br/balcao-gabinete-de-pia-armario-de-cozinha-100-mdf-120-cm-3-portas-e-2-gavetas-portas-branco-brilho-acordes-madesa/p/af699932c1/mo/jcdc/?seller_id=madesamoveis&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_term=76939&utm_campaign=google_eco_per_ven_pla_mo_sor_3p_mo1-mo2-a&utm_content=&partner_id=76939&gclsrc=aw.ds&gad_source=1&gclid=CDKCQw4v6-8hDaARIsAJgrm30-f3a8MVkWJVTwGLQxkXRKqwWTeCbU4qbm5ZfaQZRkg6fPHsF7zVaApBYEALw_wcB
		R$ 530,99	R$ 746,91	R$ 560,49
	Total:	**R$ 530,99**	**R$ 746,91**	**R$ 560,49**

		OdontoPlay	CirurgicaNet	Mônaco
Quantidade	Descrição	Maca Pediátrica com Trocador	Maca Pediátrica Com Trocador	Maca Clinica Pediátrica sem Trocador
1	Bancada para balança pediátrica em MDF	https://odontoplay.com.br/produto/maca-pediatrica-com-trocador/	https://www.cirurgicanet.com.br/macas-clinicas/macas-clinicas-medicas/maca-pediatrica-com-trocador-04-prateleiras	https://monacomobiliariotecnico.com.br/produto/maca-clinica-pediatrica-sem-trocador/
		R$ 5.100,00	R$ 5.100,00	R$ 4.100,00
	Total:	**R$ 5.100,00**	**R$ 5.100,00**	**R$ 4.100,00**

		Madesa	Mercado livre	Magazine Luiza
Quantidade	Descrição	Balcão Gabinete de Pia Madesa Acordes 100% MDF 120 cm 3 Portas e 2 Gavetas Frentes Branco Brilho	Balcão De Pia 120cm Cozinha Com 3 Portas E Gavetas 100% Mdf	Balcão Gabinete de Pia Armário de Cozinha 100% MDF 120 cm 3 Portas e 2 Gavetas Portas Branco Brilho Acordes
1	Armário MDF para pia DML	https://www.madesa.com/balcao-gabinete-de-pia-madesa-acordes-100-mdf-120-cm-3-portas-e-2-gavetas-branco/p?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=Ecom_Fundo_R1_GSH_Pmax_Superior&utm_term=&utm_campaign=Ecom_Fundo_R1_GSH_Pmax_Superior&utm_source=adwords&utm_medium=ppc&hsa_acc=9196574805&hsa_cam=18005460605&hsa_grp=&hsa_ad=&hsa_src=x&hsa_tgt=&hsa_kw=&hsa_mt=&hsa_net=adwords&hsa_ver=3&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIiKGWrIKcjAMVhiY9AB2nuw5MEAQYDSABEgJUQPD_BwE	https://produto.mercadolivre.com.br/MLB-3943234461-balco-de-pia-120cm-cozinha-com-3-portas-e-gavetas-100-mdf-_JM?matt_tool=87728398&matt_word=&matt_source=google&matt_campaign_id=22090193711&matt_ad_group_id=174661959004&matt_match_type=&matt_networking&matt_device=c&matt_creative=727914179236&matt_keyword=&matt_ad_position=&matt_ad_type=pla&matt_merchant_id=368922505&matt_product_id=MLB3943234461&matt_product_partition_id=2392712829501&matt_target_id=aud-1966873223882:pla-2392712829501&cq_src=google_ads&cq_cmp=22090193711&cq_net=g&cq_plt=gp&cq_med=pla&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIiKGWrIKcjAMVhiY9AB2nuw5MEAQYDSABEgJUQPD_BwE	https://www.magazineluiza.com.br/balcao-gabinete-de-pia-armario-de-cozinha-100-mdf-120-cm-3-portas-e-2-gavetas-portas-branco-brilho-acordes-madesa/p/af699932c1/mo/bccc/?seller_id=madesamoveis&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_term=76939&utm_campaign=google_eco_per_ven_pla_mo_sor_3p_mo1-mo2-a&utm_content=&partner_id=76939&gclsrc=aw.ds&gad_source=1&gclid=CDKCQw4v6-8hDaARIsAJgrm30-f3a8MVkWJVTwGLQxkXRKqwWTeCbU4qbm5ZfaQZRkg6fPHsF7zVaApBYEALw_wcB
		R$ 530,99	R$ 746,91	R$ 560,49
	Total:	**R$ 530,99**	**R$ 746,91**	**R$ 560,49**

		Madesa	Mercado livre	Magazine Luiza
Quantidade	Descrição	Balcão Gabinete de Pia Madesa Acordes 100% MDF 120 cm 3 Portas e 2 Gavetas Frentes Branco Brilho	Balcão De Pia 120cm Cozinha Com 3 Portas E Gavetas 100% Mdf	Balcão Gabinete de Pia Armário de Cozinha 100% MDF 120 cm 3 Portas e 2 Gavetas Portas Branco Brilho Acordes
1	Armário MDF Pia Cozinha	https://www.madesa.com/balcao-gabinete-de-pia-madesa-acordes-100-mdf-120-cm-3-portas-e-2-gavetas-branco/p?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=Ecom_Fundo_R1_GSH_Pmax_Superior&utm_term=&utm_campaign=Ecom_Fundo_R1_GSH_Pmax_Superior&utm_source=adwords&utm_medium=ppc&hsa_acc=9196574805&hsa_cam=18005460605&hsa_grp=&hsa_ad=&hsa_src=x&hsa_tgt=&hsa_kw=&hsa_mt=&hsa_net=adwords&hsa_ver=3&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIiKGWrIKcjAMVhiY9AB2nuw5MEAQYDSABEgJUQPD_BwE	https://produto.mercadolivre.com.br/MLB-3943234461-balco-de-pia-120cm-cozinha-com-3-portas-e-gavetas-100-mdf-_JM?matt_tool=87728398&matt_word=&matt_source=google&matt_campaign_id=22090193711&matt_ad_group_id=174661959004&matt_match_type=&matt_networking&matt_device=c&matt_creative=727914179236&matt_keyword=&matt_ad_position=&matt_ad_type=pla&matt_merchant_id=368922505&matt_product_id=MLB3943234461&matt_product_partition_id=2392712829501&matt_target_id=aud-1966873223882:pla-2392712829501&cq_src=google_ads&cq_cmp=22090193711&cq_net=g&cq_plt=gp&cq_med=pla&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIiKGWrIKcjAMVhiY9AB2nuw5MEAQYDSABEgJUQPD_BwE	https://www.magazineluiza.com.br/balcao-gabinete-de-pia-armario-de-cozinha-100-mdf-120-cm-3-portas-e-2-gavetas-portas-branco-brilho-acordes-madesa/p/af699932c1/mo/bccc/?seller_id=madesamoveis&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_term=76939&utm_campaign=google_eco_per_ven_pla_mo_sor_3p_mo1-mo2-a&utm_content=&partner_id=76939&gclsrc=aw.ds&gad_source=1&gclid=CDKCQw4v6-8hDaARIsAJgrm30-f3a8MVkWJVTwGLQxkXRKqwWTeCbU4qbm5ZfaQZRkg6fPHsF7zVaApBYEALw_wcB
		R$ 530,99	R$ 746,91	R$ 560,49
	Total:	**R$ 530,99**	**R$ 746,91**	**R$ 560,49**

		Madesa	Mercado livre	Magazine Luiza
Quantidade	Descrição	Balcão Gabinete de Pia Madesa Acordes 100% MDF 120 cm 3 Portas e 2 Gavetas Frentes Branco Brilho	Balcão De Pia 120cm Cozinha Com 3 Portas E Gavetas 100% Mdf	Balcão Gabinete de Pia Armário de Cozinha 100% MDF 120 cm 3 Portas e 2 Gavetas Portas Branco Brilho Acordes
1	Armário MDF pia na triagem	https://www.madesa.com/balcao-gabinete-de-pia-madesa-acordes-100-mdf-120-cm-3-portas-e-2-gavetas-branco/p?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=Ecom_Fundo_R1_GSH_Pmax_Superior&utm_term=&utm_campaign=Ecom_Fundo_R1_GSH_Pmax_Superior&utm_source=adwords&utm_medium=ppc&hsa_acc=9196574805&hsa_cam=18005460605&hsa_grp=&hsa_ad=&hsa_src=x&hsa_tgt=&hsa_kw=&hsa_mt=&hsa_net=adwords&hsa_ver=3&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIiKGWrIKcjAMVhiY9AB2nuw5MEAQYDSABEgJUQPD_BwE	https://produto.mercadolivre.com.br/MLB-3943234461-balco-de-pia-120cm-cozinha-com-3-portas-e-gavetas-100-mdf-_JM?matt_tool=87728398&matt_word=&matt_source=google&matt_campaign_id=22090193711&matt_ad_group_id=174661959004&matt_match_type=&matt_networking&matt_device=c&matt_creative=727914179236&matt_keyword=&matt_ad_position=&matt_ad_type=pla&matt_merchant_id=368922505&matt_product_id=MLB3943234461&matt_product_partition_id=2392712829501&matt_target_id=aud-1966873223882:pla-2392712829501&cq_src=google_ads&cq_cmp=22090193711&cq_net=g&cq_plt=gp&cq_med=pla&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIiKGWrIKcjAMVhiY9AB2nuw5MEAQYDSABEgJUQPD_BwE	https://www.magazineluiza.com.br/balcao-gabinete-de-pia-armario-de-cozinha-100-mdf-120-cm-3-portas-e-2-gavetas-portas-branco-brilho-acordes-madesa/p/af699932c1/mo/bccc/?seller_id=madesamoveis&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_term=76939&utm_campaign=google_eco_per_ven_pla_mo_sor_3p_mo1-mo2-a&utm_content=&partner_id=76939&gclsrc=aw.ds&gad_source=1&gclid=CDKCQw4v6-8hDaARIsAJgrm30-f3a8MVkWJVTwGLQxkXRKqwWTeCbU4qbm5ZfaQZRkg6fPHsF7zVaApBYEALw_wcB
		R$ 530,99	R$ 746,91	R$ 560,49
	Total:	**R$ 530,99**	**R$ 746,91**	**R$ 560,49**

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Quantidade	Descrição	Madesa	Mercado livre	Magazine Luiza
		Balcão Gabinete de Pia Madesa Acordes 100% MDF 120 cm 3 Portas e 2 Gavetas Frentes Branco Brilho	Balcão De Pia 120cm Cozinha Com 3 Portas E Gavetas 100% Mdf	Balcão Gabinete de Pia Armário de Cozinha 100% MDF 120 cm 3 Portas e 2 Gavetas Portas Branco Brilho Acordes
1	Armário MDF na pia na soroterapia	https://www.madesa.com/balcao-gabinete-de-pia-madesa-acordes-100-mdf-120-cm-3-portas-e-2-gavetas-branco/p?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=Ecom_Fundo_R1_GSH_Pmax_Superior&utm_source=adwords&utm_medium=ppc&hsa_acc=9196574875&hsa_cam=13005456065&hsa_grp=&hsa_ad=&hsa_src=&hsa_tgt=&hsa_kw=&hsa_mt=&hsa_net=adwords&hsa_ver=3&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIiKGWIt6qAMVhYlWAR2nuw5MEAQYDSABEgIJQPD_BwE	https://produto.mercadolivre.com.br/MLB-3943234461-balco-de-pia-120cm-cozinha-com-3-portas-e-gavetas-100-mdf-_JM?matt_tool=87728839&matt_word=&matt_source=google&matt_campaign_id=22090193711&matt_ad_group_id=174661959004&matt_match_type=&matt_network=g&matt_device=c&matt_creative=727914179233&matt_keyword=&matt_ad_position=&matt_ad_type=pla&matt_merchant_id=368927505&matt_product_id=MLB3943234461&matt_product_partition_id=2392712829501&matt_target_id=aud-1966873223882:pla-2392712829501&cq_src=google_ads&cq_cmp=22090193711&cq_net=g&cq_plt=gp&cq_med=pla&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIiKGWIt6qAMVhYlWAR2nuw5MEAQYDSABEgIJQPD_BwE	R$ 746,91	https://www.magazineluiza.com.br/balcao-gabinete-de-pia-armario-de-cozinha-100-mdf-120-cm-3-portas-e-2-gavetas-portas-branco-brilho-acordes-madesa/p/afl699932c1/mo/bxrc/?&seller_id=madesamoveis&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_term=76939&utm_campaign=google eco per ven pla mo_sp_2_3p_mo1-mo2-&utm_content=&partner_id=76939&acirc=aw.ds&gad_source=1&gclid=CjOKCQiw4v6-BhDuARIsALprm30-f3a8MVRcWJYTwKjLOvkXRtkgwWTeCbU4obmSJTeiQZRtxtbfFHx7zVlaAgRyEALw_wcB
		R$ 530,99	R$ 746,91	R$ 560,49
Total:		R$ 530,99	R$ 746,91	R$ 560,49

Quantidade	Descrição	Mobly	Alobebe	MadeiraMadeira
		Baião 4 GV Branca	Sol e Mar com 4 Gavetas Divicar	Coimbra em Mdp 4 Gavetas Politorno Branco Branco
1	Armário MDF para sala de emergência com 4 gavetas	https://www.mobly.com.br/comoda-baiao-4-gv-branca-1056925.html?spall_source=especiais&custom_campaign=shop_pmax_1p_dresserss&custom_source=google&custom_medium=cpc&gad_source=1&gclid=CjOKCQiw4v6-BhDuARIsALprm30X1bkRMFIXlxQTuf6SFPHRWot2d9IQqrZrKq0WSe9dHCU3etypkaAnSyEAIw_wcB	https://www.alobebe.com.br/comoda-sol-e-mar-com-4-gavetas-divicar/p?sluid=8609&portal=&dwords&adtype=pla&gad_source=1&gclid=CjOKCQiw4v6-BhDuARIsALprm32WbkD68ZIqoUCVH6sQKcZBuo1LWnI_QvalS7mRJYh_DNrSWUiIVEAaAgBrEALw_wcB	https://www.madeiramadeira.com.br/comoda-coimbra-em-mdp-4-gavetas-politorno-branco-9606396 10.html?origem=pla-2606396 10&seller=2606 0&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_content=comodas-para-quartos-5082&utm_term=&utm_id=1768063632&gad_source=1&gclid=CjOKCQiw4v6-BhDuARIsALprm331Q-beWuTr8hxEyEMF9SUfycqVApKn-BcVa7trZXEpRH7ZUgSSZ3GEaAgcAEALw_wcB
		R$ 459,19	R$ 1.113,00	R$ 493,99
Total:		R$ 459,19	R$ 1.113,00	R$ 493,99

Quantidade	Descrição	Mercado Livre	Leroy Merlin	MadeiraMadeira
		Beliche Solteiro Aço Reforçado Itagold Tubular Preto 1.90m	Beliche Militar Para Alojamento / Quarto Solteiro De Aço - Belches Brasil - Original	Beliche Inteira de Ferro Solteiro, 2 Pessoas Frete Gratis:preto Preto
		R$ 782,99	R$ 679,99	R$ 838,71
1	Beliche Solteiro Aço Reforçado Tubular Preto 1.90m	https://produto.mercadolivre.com.br/MLB-3886425803-beliche-solteiro-aco-reforcado-itagold-tubular-preto-190m-_JM?matt_tool=87728839&matt_word=&matt_source=google&matt_campaign_id=22090193711&matt_ad_group_id=174661958604&matt_match_type=&matt_network=g&matt_device=c&matt_creative=727914179224&matt_keyword=&matt_ad_position=&matt_ad_type=pla&matt_merchant_id=547570075&matt_product_id=MLB3886425803&matt_product_partition_id=2392713156421&matt_target_id=aud-1966873223882:pla-2392713156421&cq_src=google_ads&cq_cmp=22090193711&cq_net=g&cq_plt=gp&cq_med=pla&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI3pyqodqbjAMV3ixECB2hpAbfEAQYASABEgLdMfD_BwE	https://www.leroymerlin.com.br/beliche-militar-para-alojamento--quarto-solteiro-de-aco-belches-brasil-original_1571945996?region=outros&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI3pyqodqbjAMV3ixECB2hpAbfEAQYBiABEgJTPfD_BwE	https://www.madeiramadeira.com.br/beliche-inteira-de-ferro-solteiro-2-pessoas-frete-gratis-preto-2612532 56.html?origem=pla-261253256&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_content=camas-5081&utm_term=&utm_id=1802791132&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIDpygodqbjAMV3ixECB2hpAbfEAQYCABEgIHBfD_BwE
Total:		R$ 782,99	R$ 679,99	R$ 838,71

Quantidade	Descrição	InfitinoSaude	InfitinoSaude	Cirurgica Salutar
		Cama Fowler Hospitalar Manual Com Elevação 3 Movimentos 5 Posições Para Obesos Suporta Até 200 kg Procirúrgica	Cama Hospitalar Manual Fowler Extra Luxo para Obesos com colchão D33	Cama Hospitalar Dx3 Até 5 Posições Regulagem Altura Até 200kg - Dellamed
1	Cama Fowler Hospitalar Manual para Obesos CAPACIDADE DE CARGA: 220 kg DIMENSÕES EXTERNAS: 2050mm x 1000mm DIMENSÕES INTERNAS: 1940mm x 900mm ALTURA MÍNIMA: 650mm .	https://www.megamobly.com.br/cama-fowler-hospitalar-manual-com-elevacao-3-movimentos-5-posicoes-para-obesos-suporta-ate-200-kg-procirurgica	https://www.infinitosaude.com.br/produtos/cama-hospitalar-manual-fowler-extra-luxo-para-obesos-com-colchao-d33/	https://www.cirurgicasalutar.com.br/cama-hospitalar-dx3-ate-5-posicoes-regulagem-altura-ate-200kg-dellamed
		R$ 4.289,80	R$ 7.208,00	R$ 4.000,00
Total:		R$ 4.289,80	R$ 7.208,00	R$ 4.000,00

Quantidade	Descrição	Tiradentes Saude	VitchLab	Cirurgica Salutar
		SUPORTE PARA SORO REGULÁVEL INOX BASE QUADRIPÉ COM RODIZIOS FORÇA MÉDICA	SUPORTE DE SORO INOX BASE TERMOPLASTICA VIT-1098 VITCHLAB	Suporte Para Soro Altura Regulável Aço Inox com 5 Rodizios - S-8404-A
11	suportes de soro com regulagem de altura e rodízios, fabricado em aço carbono. Altura máxima 210cm x Altura mínima 180cm.Estrutura: Tubular em aço. Pintura: Eletrostática de alta durabilidade. Peso: 5 Kg.	https://loja.tiradentessaude.com.br/suporte-para-soro-regulavel-inox-base-quadripe-com-rodizios-forca-media/?utm_source=Site&utm_medium=GoogleMerchant&utm_campaign=GoogleMerchant&gad_source=1&gclid=CjOKCQiw4v6-BhDuARIsALprm33717fGhLRwpdIuqBhCJBtxqcTAFHEPx-ZnBYIIPPVomb0FSHJBKpsBaNJSZEALw_wcB	https://www.vitchlab.com.br/hospitalar/suporte-braco-e-soro/suporte-de-soro-inox-base-termoplastica-htc-1098-vitchlab?parceiro=7632&gad_source=1&gclid=CjOKCQiw4v6-BhDuARIsALprm30-6aOA9Z5ujbEXfIOBComotcqIQpoZFJLi632u8_r9DeNs_sBQWYaAIheALw_wcB	https://www.cirurgicasalutar.com.br/suporte-para-soro-altura-regulavel-aco-inox-com-5-rodizios-s-8404-a
		R$ 447,52	R$ 589,94	R$ 472,90
Total:		R$ 4.922,72	R$ 6.489,34	R$ 5.201,90

Quantidade	Descrição	ISP Saude	shopvita	Cirurgica Salutar
		Escada Clínica Tubular - 02 Degraus - Arktus	Escada Clínica Tubular - 02 Degraus - Arktus	Escada 2 Degraus Epóxi Ref. S-0470 - Salutem Móveis Hospitalares
9	Escadinha de 02 Degraus estrutura Tubulares 3/4 em Pintura Epóxi com Ponteira;Revestido em Material Sintético Anti Derrapante.	https://www.ispsaude.com.br/escada-clinica-tubular-02-degraus-arktus-p-PA0063 1A?gad_source=1&gclid=CjOKCQiw4v6-BhDuARIsALprm335fTEVSkpwo2JiTYw4_bnO5MsQSPsYzr34QDLLTumBoAiGjpvkC0saAg9CEALw_wcB	https://www.shopvita.com.br/escada-clinica-tubular-02-degraus-arktus-p-PA0063 1A?gad_source=1&gclid=CjOKCQiw4v6-BhDuARIsALprm38fpECZa5BgqIu8AKCQPLNo45vOOGCAxASbQARsoyURDdLWfbfcr4a4mldEALw_wcB	https://www.cirurgicasalutar.com.br/escada-2-degraus-standart-s-0470-salutem
		R$ 217,55	R$ 212,97	R$ 120,00
Total:		R$ 1.957,95	R$ 1.916,73	R$ 1.080,00

Quantidade	Descrição	Shop vita	Loja do Avo	Salutem
		Poltrona Fixa com Espuma Injetada - Preta - Arktus	Poltrona Reclinável Para Descanso - Manual	Poltrona Articulável Luxo com Braçadeiras - Salutem
1	Poltrona Hospitalar reclinável em até 04 posições; Estrutura em tubo de aço carbono de 1" x 1.20mm e 7/8" x 1.20mm, Encosto, assento e descanso pés estofados em espuma D23R com 70mm de espessura, revestidos em Corano; Movimentos simultâneos do encosto e descanso pés comandados por meio de alavanca lateral; Pés com ponteiras plásticas; Tratamento anti-ferruginoso, pintura eletrostática à pó; Dimensão Deitada: 1,62 x 0,75 x 0,55 (C x L x A); Sentada: 0,95 x 0,75 x 1,20 (C x L x A); Assento Livre: 0,55 cm (L); Peso Aprox. do Produto: 21,7 kg; Capacidade Aproximada: Até 150kg	https://www.shopvita.com.br/poltrona-fixa-com-espuma-injetada-preta-arktus-p-PA01222A?CORES=A2UL+ESCURO&gad_source=1&gclid=CjOKCQiw4v6-BhDuARIsALprm31qvGxuXCZr0JwIyNVEXHLcqGxgBwBQtDxEpresPS2RxEYBqI4CkQAaAiQbEALw_wcB	https://www.lojadoavo.com.br/produto/poltrona-reclinavel-para-descanso-manual-78420?utm_source=google&utm_medium=cpc&gad_source=1&gclid=CjOKCQiw4v6-BhDuARIsALprm31C0AelJSFyidqKYJOsPJsZrkyonyzf-tYlB7woF_qn9m7jpOM09_saAoIEALw_wcB	Poltrona Articulável Luxo com Braçadeiras - Salutem - Salutem Móveis Hospitalares | Somos Fabricantes
		R$ 3.431,70	R$ 1.764,00	R$ 1.777,00
Total:		R$ 3.431,70	R$ 1.764,00	R$ 1.777,00

Quantidade	Descrição	EndoCommerce	Generalmed	Cirurgica Salutar
		Mesa Cabeceira Com Mesa de Refeição Acoplada	Mesa de cabeceira com mesa de refeição acoplada	Mesa de Cabeceira e Refeição Acoplada - S-8002
7	Mesa de Cabeceira e Refeição Acoplada, construída em MDF com revestimento em BP, 1 gaveta, 1 armário inferior com porta e prateleira, mesa de refeição acoplada com altura regulável, água em aço carbono e tampo em MDF com revestimento em BP(melanímico de baixa pressão), base com 4 rodízios, Dimensões da Cabeceira: Comprimento 44cm; largura 42cm, altura: 82cm. Dimensões aproximadas do tampo da mesa de refeição: Comprimento:60cm; largura:31cm.	https://www.endocommerce.com.br/p/mesa-cabeceira-com-mesa-de-refeicao-acoplada?parceiro=870 2&idcampanhagoogle=20579241023&iddoproduto=4005&anuncioshopping=pla&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIxafe0syjAMVhYlAB2hrSm-EAQYBSABEgJ_I_D_BwE	https://www.generalmed.com.br/loja/produto.php?loja=37145&idProd=2089&parceiro=3060&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIxafe0syjAMVhYlAB2htSm-EAQYBiABEgJ_I_D_BwE	https://www.cirurgicasalutar.com.br/mesa-de-cabeceira-e-refricao-acoplada---salutem-moveis-hospitalares?utm_source=Site&utm_medium=GoogleMerchant&utm_campaign=GoogleMerchant&utm_campaign=MOVEIS-PMAX&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI5_SkqObjAMVxiECR0YvSQnEAQYASABEgKih_D_BwE
		R$ 1.335,11	R$ 1.250,00	R$ 877,90
Total:		R$ 9.345,77	R$ 8.750,00	R$ 6.145,30

Quantidade	Descrição	GeneralMed	Cirúrgica Sinete	Casa Saúde
		Cadeira de Banho dobrável D8	Cadeira De Banho Dobravel Jaguaribe	Cadeira de Banho D55 Ultraleve 4 em 1 até 135kg Dellamed
3	Cadeira de banho dobrável, estrutura em aço carbono, suporta até 100kg, apoio para os braços em plástico e para os pés, 4 rodízios blindados com rodas giratórias de 4 polegadas, sendo 2 com travas na dianteira, encosto em nylon acolchoado de alta resistência, dimensões: largura 49,3cm; comprimento 58,3cm altura:94cm, largura interna do assento: 40cm, peso do produto: 6,6kg	https://www.generalmed.com.br/loja/produto.php?loja=37145&idProd=2874&parceiro=3060&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI46bhn82jAMVeEFIAB2dAAUkEAQYAyABEgIPy_D_BwE	https://www.sinetecirurgica.com.br/cadeira-de-banho-dobravel-jaguaribe-e-na-sinete-cirurgica-p48357/utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=lojavirtual&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI46bhn82jAMVeEFIAB2d4AUkEAQYBiABEgIzPD_BwE	https://www.casasaude.com.br/cadeiras-higienicas/cadeira-de-banho-d55-dellamed?parceiro=2721&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI46bhn82jAMVeEFIAB2d4AUkEAQYCSABEgKIDPD_BwE
		R$ 917,70	R$ 626,96	R$ 499,00
Total:		R$ 2.753,10	R$ 1.880,88	R$ 1.497,00

Quantidade	Descrição	GeneralMed	Cirurgica Salutar	Medclean
		Cama infantil Standart com grades	Cama Fowler Infantil Standart - Salutem Hospitalares	Cama Berço Hospitalar com Grades Móveis
2	Berço Pediátrico Hospitalar com Grades Móveis feito com tiras de chapa de aço de 1,5mm de espessura, cabeceira e pé fixa em tubo de aço quadrado com balaustres em tubo redondo com proteção em aço inox na cabeceira e pé, grades laterais moveis nos dois lados do leito em aço carbono, acabamento em pintura epóxi com tratamento anti-ferriginoso, pés compoteiras niveladoras, dimensões aproximadas 1330X650X680mm, capacidade até 80kg	https://www.generalmed.com.br/loja/produto.php?loja=37145&idProd=1908&parceiro=3060&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIt-ukM2ljAMVY0BIAB05MTgbEAQYAyABEgK-wfD_BwE	https://www.cirurgicasalutar.com.br/cama-fowler-infantil-standart-salutem-hospitalares?utm_source=Site&utm_medium=GoogleMerchant&utm_campaign=GoogleMerchant&utm_campaign=MOVEIS-PMAX&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIt-ukM2ljAMVY0BIAB05MTgbEAQYBiABEgIzlvMD_BwE	https://www.medcleanprodutohospitalar.com.br/cama-berco-hospitalar-pediatrico-com-rodizios-e-grades-moveis.html
		R$ 1.637,24	R$ 2.480,00	R$ 1.706,46

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E
Página 10 de 10

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

Total:	**R$ 3.274,48**	**R$ 4.960,00**	**R$ 3.412,92**

		JW	Mercado Livre	Dutra Máquinas
Quantidade	**Descrição**	Kit 3 De Limpeza Profissional Amarelo - Bralimpia - NYKT03	Kit Carrinho De Limpeza Profissional América Bralimpia Kit 3	Kit para limpeza profissional n° 3 amarelo - NYKT03
2	(MOP) Carro/ Carrinho funcional completo para tarefas de higiene e transporte de resíduos. Fabricado em polipropileno. Acompanha um balde espremedor para duas águas; uma pá plástica para lixo; uma placa de sinalização de piso molhado trilíngue; um conjunto MOP pó de 60cm com cabo em alumínio; um conjunto MOP úmido de 320 g cru com cabo em alumínio.	https://wseufornecedor-bralimpia.loja.integrada.com.br/none-102841938?utm_source=Site&utm_medium=GoogleMerchant&utm_campaign=GoogleMerchant&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI5vLFpM-ijAMVXmBIABOISSDyEAQYASABEgKAI_D_BwE	https://produto.mercadolivre.com.br/MLB-3757618056-kit-carrinho-de-limpeza-profissional-america-bralimpia-kit-3-_JM?matt_tool=14476645&matt_word=&matt_source=google&matt_campaign_id=22090193660&matt_ad_group_id=174661938204&matt_match_type=&matt_network=g&matt_device=c&matt_creative=727914177988&matt_keyword=&matt_ad_position=&matt_ad_type=pla&matt_merchant_id=758375217&...	https://www.dutramaquinas.com.br/p/kit-para-limpeza-profissional-n-3-amarelo-nykt03-nykt03?gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI5vLFpM-ijAMVXmBIABOISSDyEAQYBSABEgIxdvD_BwE
		R$ 1.235,00	R$ 1.499,90	R$ 1.299,00
Total:		**R$ 2.470,00**	**R$ 2.999,80**	**R$ 2.598,00**

		FloradasOffice	Moveis Supremo	Maranhão Moveis
Quantidade	**Descrição**	Estante de aço EDX-30/22 linha pesado com 6 prateleiras Altura: 1980 mm Profundidade: 300 mm Largura: 920 mm Prateleiras:(6) em chapa	Estante de Aço Cinza 06 bandejas 30 cm (# 26-20) – 1,98×0,92×0,30m – 3001	Estante em aço pintura epox pó , padrão cinza claro , com 05 bandejas (sendo 4 vão de uso) c/ 1 barra reforço omega, chapa leve #26 cor cinza Coluna CD chapa 20 # e parafusos , capacidade de 25Kl por prateleira uniformemente distribuida. MED : 1,98 Altura X 0,92 Largura X 0,30 Profundidade capacidade para 40 KL
2	Estante de aço com 6 prateleiras nas medidas de 194cmX91cmx30cm com reforço inferior, 4 colunas de aço de 90cm bipartidas e 4 pés de plastico em L.	https://floradasoffice.com/produto/estante-de-aco-edx-30-22-linha-pesado-com-6-prateleiras/	https://moveissupremo.com.br/produto/estante-de-aco-06-bandejas-30-cm-26-20-198x092x030m-3001/	EM ANEXO
		R$ 829,00	R$ 310,00	R$ 265,00
Total:		**R$ 1.658,00**	**R$ 620,00**	**R$ 530,00**

		Rhosse	Cirurgica Salutar	Dental Equipamentos
Quantidade	**Descrição**	CARRO DE EMERGÊNCIA - PAT-1012-RH	Carro De Medicação/Emergência Branco Epóxi C/4 Gavetas S-8629	Carro de Emergência Parada CP 1000 T
1	Carrinho de Emergência: Construído em chapa de Aço AE 1020 com pintura eletrostática BRANCO, espessura de 0,60 mm, com seu perfil formando colunas. Gavetas com espessura de 0,75 mm, sobre a utilização de corrediças de própria fabricação, com puxadores. Trava das gavetas com espessura de 1,20 mm, com lingueta para recebimento de trava ou cadeado. Suporte para desfibrilador. Tábua de massagem cardíaca em polietileno 10,00 mm de espessura. Possui 4 rodízios giratórios de 3" polegadas (76,2 mm), sendo 2 com freios. Acompanha alça para locomoção, tábua de massagem cardíaca, divisória em acrílico para a 1ª gaveta, suporte para prancheta, para-choque bumpper em perfil estilo "cantoneira". Medidas: 86 X 65 X 43.	https://www.rhosse.com.br/carro-de-emergencia-pat-1012-rh/p?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=pmax_curva_a&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIhtGws9GijAMVDENIAB0ogDiOEAQYASABEgLgTvD_BwE	https://www.cirurgicasalutar.com.br/weaaelala-carro-de-medicamentos-branco-c-4-gavetas	https://www.dentalequipamentos.com.br/carro-de-emergencia-parada-cp-1000-t?utm_source=Site&utm_medium=GoogleShopping&utm_campaign=IntegracaoGoogle&gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIhtGws9GijAMVDENIAB0ogDiOEAQYDSABEgIPxfD_BwE
		R$ 2.536,50	R$ 2.045,00	R$ 7.191,00
Total:		**R$ 2.536,50**	**R$ 2.045,00**	**R$ 7.191,00**

		Moveis Supremo	Maranhão Moveis	Qualiflex
Quantidade	**Descrição**	Cadeira Longarina plastica 03 lugares - cor preto mrplat 5067	Longarina plastica de 3 lugares R$ 520,00 Caracteristicas Assento: L46,5 x P40,5 cm; Encosto: L46 x P30,5 cm; Altura do chão até o assento: 41,5 cm; Altura total: 83 cm; Largura total: 1,50 cm; Profundidade total: 66 cm; Peso: 14 kg	Longarina Iso Polipropileno 3 Lugares - 110 kg | Qualiflex Móveis
4	Longarina com base fixa em aço carbono, encosto e assentos em PP, formato anatômico; peso suportado de até 130kg; Medidas: 131cm de comprimentoX41cm de profundidadex76cm de altura.	https://moveissupremo.com.br/produtos/longarinas-e-sofas/longaria-plastica/	EM ANEXO	https://www.qualiflexmoveis.com.br/cadeira-de-escritorio/longarina-iso-polipropileno-de-3-lugares-qualiflex-moveis?cmp_id=21814650678&adg_id=&kwd=&device=c&gad_source=4&gclid=EAIaIQobChMI_8mv3dKIjAMVvihFCB3lV_CqhEAQYAyA8EgIvDPD_BwE
		R$ 353,00	R$ 520,00	R$ 485,10
Total:		**R$ 1.412,00**	**R$ 2.080,00**	**R$ 1.940,40**

		Moveis Supremo	Maranhão Moveis	Qualiflex
Quantidade	**Descrição**	Mesa Escritório PÉ QUADRO 1,70×0,70m – C/ 02 Gavetas – NOGAL SEVILHA / BRANCO – 2214	Mesa reta tampo confeccionado em bp com fita de borda 2mm; sala confeccionadas em bp 15mm com fita de borda 1mm; pés confeccionados em aço; pés com niveladores de altura 120x60x74 gaveteiro tampa de gaveta confeccionada em bp 15mm com fita de borda de 1mm; corpo e gaveta confeccionados em aço; fechadura com chave	Mesa de Escritório 2 Gavetas 25mm pés Painel de madeira - Qualiflex
5	Mesa De Escritório Com 2 Gavetas	https://moveissupremo.com.br/produto/mesa-escritorio-pe-quadro-170x070m-c-02-gavetas-nogal-sevilha-branco-2214/	EM ANEXO	https://www.qualiflexmoveis.com.br/mesas-de-escritorio/mesa-reta/mesa-de-escritorio-2-gavetas-25mm-pes-painel-de-madeira-qualiflex?pareiro=3830&cmp_id=21701213486&adg_id=&kwd=&device=c&gad_source=4&gclid=EAIaIQobChMIwPOqNOyAMVK1sIABZ0WgBpEAQYBSABEgIbxPD_BwE
		R$ 719,00	R$ 769,00	R$ 720,00
Total:		**R$ 3.595,00**	**R$ 3.845,00**	**R$ 3.600,00**

		Lumar Moveis Hospitalares	Hospitalar Distribuidora	Tiradentes Saúde
Quantidade	**Descrição**	Armário vitrine 02 portas	Armario Vitrine 2 Portas - Forçamédica	Armário Vitrine 01 Porta com Vidros FM 0001 Força Médica
5	Armário Vitrine: porta com fechadura cilíndrica fundo e teto em chapa de aço com pintura epoxi, porta e laterais de vidro cristal de 3mm e 3 prateleiras de vidro. Dimensões externas: Comprimento de 50cm, Profundidade de 40cm e altura de 1,46cm.	https://www.lojalumarhospitalar.com.br/armario-vitrine-02-portas?parceiro=8305&gad_source=4&gclid=EAIaIQobChMIqcCv9WiJAMV6VIAB178SHNEAQYASABEgLHXPD_BwE	https://www.hospitalardistribuidora.com.br/armario-vitrine-2-portas-forcamedica/p?skuId=3093&gad_source=4&gclid=EAIaIQobChMIrb2D49SjAMVNUVIAB178SHNEAQYAyABEgKZO_D_BwE	https://loja.tiradentessaude.com.br/armario-vitrine-01-porta-com-vidros-fm-0001-forca-medica?utm_source=Site&utm_medium=GoogleMerchant&utm_campaign=GoogleMerchant&gad_source=4&gclid=EAIaIQobChMIrb2D49SjAMVMJVIAB178SHNEAQY8SAB&fatId=1_D_BwE
		R$ 1.880,55	R$ 1.849,50	R$ 1.275,66
Total:		**R$ 9.402,75**	**R$ 9.247,50**	**R$ 6.378,30**

		HospiCenter	Rhoss	Orto&Saúde
Quantidade	**Descrição**	Braçadeira Para Coleta De Sangue E Injeção	Braçadeira para Coleta e Injeção	Braçadeira Suporte P/ Aplicação Injeção E COLETA DE SANGUE Vagalumy
6	Suporte de braço para injeção e coleta de sangue Estofada com Regulagens: Base em tripé de tubo de aço carbono; coluna em tubo de aço carbono, haste e tubo de aço inox redondo; concha em chapa de aço inox - AISI 1430, altura regulável por meio de manipulo e concha com regulagem de inclinação; pes com ponteiras plásticas, acabamento em pintura epoxi, com tratamento anti-ferruginoso, acompanha capa estofada para apoio do braço na cor preta. Dimensão mínima: 800mm- máxima: 1300mm.	https://www.hospicenter.com.br/especialidades/moveis-hospitalares/bracadeira-para-coleta-de-sangue-e-injecao?parceiro=6839&gad_source=4&gclid=EAIaIQobChMIqcCv9WiJAMV6mhIAB245IUcEAQYASABEgLCG2D_BwE	https://www.produtosmedicos.com.br/bracadeira-para-coleta-e-injecao?parceiro=2015&variant_id=3145&gad_source=4&gclid=EAIaIQobChMIqqCv9WiJAMV6mhIAB245IUcEAQYAIABEgLGgPD_BwE	https://loja.ortoesaude.com.br/hospitalar/bracadeira-suporte-p-aplicacao-injecao-e-coleta-de-sangue-vagalumy?gad_source=4&gclid=EAIaIQobChMIqqCv9WiJAMV6mhIAB245IUcEAQYAvABEgKyJ_D_BwE
		R$ 280,00	R$ 279,90	R$ 235,00
Total:		**R$ 1.680,00**	**R$ 1.679,40**	**R$ 1.410,00**

		Mercado Livre	Cirúrgica Sinete	Toplab
Quantidade	**Descrição**	Balança Welmy Digital Profissional Com Antropômetro W200a Cor Branco 110V/220V	Balanca Digital Antropometrica Bk200fan Cap 200kg Balmak	Balança - Pesar Pessoas 2098PP 200 kg
1	Balança Digital Antropométrica Médica Hospitalar Pesar Medir Pessoas até 200 Kg	https://www.mercadolivre.com.br/balanca-welmy-digital-profissional-com-antropometro-w200a-cor-branco-110v220v/p/MLB27913898?pdp_filters=item_id%3AMLB3683076571&from=gshop&matt_tool=41970894&matt_word=&matt_source=google&matt_campaign_id=22090193723&matt_ad_group_id=174661964944&matt_match_type=&matt_network=g&matt_device=c&matt_creative=727914179703&matt_keyword=&matt_ad_position=&matt_ad_type=pla&matt_merchant_id=735127761&matt_product_id=MLB27913898-product&matt_product_partition_id=2389721501463&matt_target_id=aud-1966873723382:pla-2389721501463&cq_src=google_ads&cq_cmp=22090193723&cq_net=g&cq_plt=gp&cq_med=pla&gad_source=4&gclid=EAIaIQobChMI7rfuq9aijAMVvUVIAB3KxApdEAQYASABEgIXYvD_BwE	https://www.sinetecirurgica.com.br/balanca-digital-antropometrica-bk200fan-cap-200kg-balmak-p7135?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=lojavirtual&gad_source=4&gclid=EAIaIQobChMI7rfuq9aijAMVvUVIAB3KxApdEAQY6CABEgIlpPD_BwE	https://www.toplabnet.com.br/balanca-pesar-pessoas-2098pp-200-kg/p?id=0000012&gad_source=4&gclid=EAIaIQobChMI7rfuq9aijAMVvUVIAB3KxApdEAQY8yABEgLgBfD_BwE
		R$ 1.485,44	R$ 1.792,35	R$ 2.631,49
Total:		**R$ 1.485,44**	**R$ 1.792,35**	**R$ 2.631,49**
TOTAL		**R$ 72.059,34**	**R$ 77.783,70**	**R$ 66.699,20**

Média dos 3 orçamentos : R$ 72.180,75

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

PLANO ORÇAMENTÁRIO

CHAMAMENTO PÚBLICO PMA Nº 002/2025

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H ANTONIO ZANAGA

ANEXO IV

PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO

UNIDADE: PRONTO ATENDIMENTO - 24 HORAS - PA ZANAGA

Grupo	Categoria	Descrição	Valor Mensal	Valor Anual
	TOTAL		**R$ 1.479.452,60**	**R$ 17.753.431,18**
Grupo		BENS E MATERIAIS PERMANENTES	R$ 33.000,00	R$ 396.000,00
Categoria	BENS E MATERIAIS PERMANENTES	BENS E EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA	R$ 2.000,00	R$ 24.000,00
Categoria	BENS E MATERIAIS PERMANENTES	BENS E EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	R$ 16.000,00	R$ 192.000,00
Categoria	BENS E MATERIAIS PERMANENTES	OUTROS BENS E MATERIAIS PERMANENTES	R$ 15.000,00	R$ 180.000,00
Grupo		DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R$ 2.070,00	R$ 24.840,00
Categoria	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	DESPESAS BANCÁRIAS PAGAS	R$ 770,00	R$ 9.240,00
Categoria	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	IOF PAGO	R$ 1.000,00	R$ 12.000,00
Categoria	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	JUROS PAGOS	R$ 300,00	R$ 3.600,00
Grupo		DIVERSOS	R$ 900,00	R$ 10.800,00
Categoria	DIVERSOS	DIVERSOS	R$ 900,00	R$ 10.800,00
Grupo		GASTOS ADMINISTRATIVOS	R$ 7.150,00	R$ 85.800,00
Categoria	GASTOS ADMINISTRATIVOS	COMBUSTÍVEL	R$ 2.500,00	R$ 30.000,00
Categoria	GASTOS ADMINISTRATIVOS	ESTACIONAMENTO/CONDUÇÃO/TÁXI	R$ 150,00	R$ 1.800,00
Categoria	GASTOS ADMINISTRATIVOS	MATERIAL DE EXPEDIENTE/CORREIO/FOTOCÓPIAS	R$ 2.000,00	R$ 24.000,00
Categoria	GASTOS ADMINISTRATIVOS	SEGUROS	R$ 1.500,00	R$ 18.000,00
Categoria	GASTOS ADMINISTRATIVOS	VIAGENS (HOTEL/PASSAGENS AÉREAS/PASS.RODOVIÁRIAS)	R$ 1.000,00	R$ 12.000,00
Grupo		GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00
Categoria	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00
Grupo		LOCAÇÃO	R$ 122.000,00	R$ 1.464.000,00
Categoria	LOCAÇÃO	AMBULÂNCIAS	R$ 35.000,00	R$ 420.000,00
Categoria	LOCAÇÃO	DIVERSAS	R$ 10.500,00	R$ 126.000,00
Categoria	LOCAÇÃO	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	R$ 18.000,00	R$ 216.000,00
Categoria	LOCAÇÃO	EQUIPAMENTO MÉDICO HOSPITALAR	R$ 9.000,00	R$ 108.000,00
Categoria	LOCAÇÃO	IMÓVEL	R$ -	R$ -
Categoria	LOCAÇÃO	LAVANDERIA E ENXOVAL	R$ 25.000,00	R$ 300.000,00
Categoria	LOCAÇÃO	SISTEMA DE SOFTWARE	R$ 18.000,00	R$ 216.000,00
Categoria	LOCAÇÃO	VEÍCULOS	R$ 6.500,00	R$ 78.000,00
Grupo		MANUTENÇÃO	R$ 22.500,00	R$ 270.000,00
Categoria	MANUTENÇÃO	EQUIPAMENTO DE INFORMÁTICA	R$ 2.000,00	R$ 24.000,00
Categoria	MANUTENÇÃO	EQUIPAMENTO MÉDICO HOSPITALAR	R$ 14.000,00	R$ 168.000,00
Categoria	MANUTENÇÃO	PREDIAL E IMOBILIÁRIO	R$ 5.000,00	R$ 60.000,00
Categoria	MANUTENÇÃO	VEÍCULOS	R$ 1.500,00	R$ 18.000,00
Grupo		MATERIAIS	R$ 14.000,00	R$ 168.000,00
Categoria	MATERIAIS	MATERIAL DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA/UNIFORMES	R$ 14.000,00	R$ 168.000,00
Categoria	MATERIAIS	MATERIAL DIDÁTICO	R$ -	R$ -
Categoria	MATERIAIS	MATERIAL ESPORTIVO	R$ -	R$ -
Grupo		MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR	R$ 40.000,00	R$ 480.000,00
Categoria	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR	R$ 40.000,00	R$ 480.000,00
Grupo		MEDICAMENTOS	R$ 50.000,00	R$ 600.000,00
Categoria	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	R$ 50.000,00	R$ 600.000,00
Grupo		RECURSOS HUMANOS	R$ 512.079,42	R$ 6.144.952,99
Categoria	RECURSOS HUMANOS	13º SALÁRIO	R$ 34.049,39	R$ 408.592,69
Categoria	RECURSOS HUMANOS	APRENDIZES	R$ 2.091,18	R$ 25.094,11
Categoria	RECURSOS HUMANOS	ASSISTÊNCIA MÉDICA	R$ 4.976,64	R$ 59.719,68
Categoria	RECURSOS HUMANOS	AVISO PRÉVIO	R$ 10.517,48	R$ 126.209,74
Categoria	RECURSOS HUMANOS	CONTRIBUIÇÃO AO INSS - COTA PATRONAL	R$ -	R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	CONTRIBUIÇÃO AO PIS	R$ -	R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	CURSOS/TREINAMENTO/RECICLAGEM	R$ 500,00	R$ 6.000,00

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Categoria	RECURSOS HUMANOS	DIRETORIA (Salários e Ordenados)	R$ 41.160,80	R$ 493.929,60
Categoria	RECURSOS HUMANOS	ESTAGIÁRIOS	R$ -	R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	FÉRIAS	R$ 13.871,97	R$ 166.463,69
Categoria	RECURSOS HUMANOS	FGTS	R$ 30.266,13	R$ 363.193,50
Categoria	RECURSOS HUMANOS	GRATIFICAÇÕES	R$ -	R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	INDENIZAÇÕES	R$ 841,40	R$ 10.096,78
Categoria	RECURSOS HUMANOS	INSS	R$ -	R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	IRRF	R$ -	R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	MULTA RESCISÓRIA FGTS	R$ 14.797,04	R$ 177.564,50
Categoria	RECURSOS HUMANOS	SALÁRIOS E ORDENADOS (Exceto Diretoria)	R$ 335.074,59	R$ 4.020.895,09
Categoria	RECURSOS HUMANOS	VALE ALIMENTAÇÃO	R$ 21.600,00	R$ 259.200,00
Categoria	RECURSOS HUMANOS	VALE REFEIÇÃO	R$ -	R$ -
Categoria	RECURSOS HUMANOS	VALE TRANSPORTE	R$ 2.332,80	R$ 27.993,60
Grupo		SERVIÇOS DE TERCEIROS	R$ 173.053,18	R$ 2.076.638,19
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	COLETA DE LIXO COMUM	R$ 1.400,00	R$ 16.800,00
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	COLETA DE LIXO HOSPITALAR	R$ 6.000,00	R$ 72.000,00
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	CONSULTORIA/ASSESSORIA CONTÁBIL **	R$ 21.726,59	R$ 260.719,09
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	CONSULTORIA/ASSESSORIA JURÍDICA **	R$ 21.726,59	R$ 260.719,09
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	LIMPEZA E CONSERVAÇÃO	R$ 10.000,00	R$ 120.000,00
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	OBRAS/REFORMAS *	R$ -	R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PESSOA FÍSICA	R$ -	R$ -
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PESSOA JURÍDICA	R$ 50.000,00	R$ 600.000,00
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	PUBLICIDADE E PROPAGANDA	R$ 1.200,00	R$ 14.400,00
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)	R$ 20.000,00	R$ 240.000,00
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	SERVIÇOS DE AUDITORIA	R$ 1.000,00	R$ 12.000,00
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	SERVIÇOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI)	R$ 19.000,00	R$ 228.000,00
Categoria	SERVIÇOS DE TERCEIROS	VIGILÂNCIA	R$ 21.000,00	R$ 252.000,00
Grupo		SERVIÇOS MÉDICOS	R$ 471.200,00	R$ 5.654.400,00
Categoria	SERVIÇOS MÉDICOS	SERVIÇOS MÉDICOS PESSOA FÍSICA	R$ -	R$ -
Categoria	SERVIÇOS MÉDICOS	SERVIÇOS MÉDICOS PESSOA JURÍDICA	R$ 471.200,00	R$ 5.654.400,00
Grupo		UTILIDADES PÚBLICAS	R$ 6.500,00	R$ 78.000,00
Categoria	UTILIDADES PÚBLICAS	ÁGUA E ESGOTO	R$ -	R$ -
Categoria	UTILIDADES PÚBLICAS	FORÇA E LUZ	R$ 5.000,00	R$ 60.000,00
Categoria	UTILIDADES PÚBLICAS	INTERNET/TV A CABO	R$ 1.000,00	R$ 12.000,00
Categoria	UTILIDADES PÚBLICAS	TELEFONES	R$ 500,00	R$ 6.000,00

** Foi estimado nos itens de consultoria e assessoria contábil e jurídica o Custeio da Coordenação Técnico Administrativa (institucional) o que consideramos no projeto técnico como o Rateio de despesas da Sede (RDC).

* Obras e reformas estão computadas no valor de investimento constante na proposta de investimento e levando em considração a média da planilha de investimento para equipamentos. Com relação a reforma utilizamos a cotação apresentada em edital.

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

INDSH
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
RESPEITO À VIDA

PLANO FINANCEIRO

O INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH, inscrito no CNPJ sob o nº 23.453.830/0001-70, localizado na Rua Cristiano Otoni, nº 233 - Centro - Pedro Leopoldo - MG - CEP.: 33250-006, neste ato representado por seu Representante Legal Sr. José Carlos Rizoli, vem respeitosamente, apresentar sua proposta de preço, após reunião e conforme Edital de Chamamento Público PMA nº 002/2025. Considerado

Custeio:

Valor Mensal: R$ 1.479.452,60 (um milhão quatrocentos e setenta e nove mil quatrocentos e cinquenta e dois reais e sessenta centavos.

Valor Anual (12 meses): R$ 17.753.431,18 (dezessete milhões setecentos e cinquenta e três mil quatrocentos e trinta e um reais e dezoito centavos.

Investimento:

Obras (mês 1 e mês 2)

Valor mês 1: R$ 245.674,50 (duzentos e quarenta e cinco mil seiscentos e setenta e quatro reais e cinquenta centavos.

Valor mês 2: R$ 245.674,50 (duzentos e quarenta e cinco mil seiscentos e setenta e quatro reais e cinquenta centavos.

Equipamentos (mês 1 e mês 2)

Valor mês 1: R$ 36.090,37 (trinta e seis mil noventa reais e trinta e sete centavos)

Valor mês 2: R$ 36.090,37 (trinta e seis mil noventa reais e trinta e sete centavos)

Total geral anual – custeio + investimento: R$ 18.316.960,92 (dezoito milhões trezentos e dezesseis mil novecentos e sessenta reais e noventa e dois centavos)

Validade da proposta: conforme Edital.

APROVAÇÃO - PRESIDÊNCIA DA ENTIDADE

Data da assinatura: / /2025

José Carlos Rizoli – Presidente
RG 3.148.647-2 CPF 171.893.228-68

APROVAÇÃO – SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Data da assinatura: / /2025

Danilo Carvalho Oliveira

Assinado por 2 pessoas: DANILO CARVALHO OLIVEIRA e JOSE CARLOS RIZOLI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Este documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

ANEXO RP-05 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - CONTRATOS DE GESTÃO

CONTRATANTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE AMERICANA

CONTRATADA: INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH

CONTRATO DE GESTÃO N° (DE ORIGEM): CHAM P. 002/2025 - PROC. ADM: 6.417/2024

OBJETO: GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA ZANAGA.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor, pela entidade beneficiária e interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa(s).

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

LOCAL e DATA: Americana, 25 de julho de 2025.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:
Nome: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Cargo: SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
CPF: 005.194.603-32

ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:
Nome: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Cargo: SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
CPF: 005.194.603-32

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:
Nome: SR. JOSÉ CARLOS RIZOLI
Cargo: PRESIDENTE
CPF: 171.893.228-68

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

PREFEITURA DE AMERICANA INTELIGENTE E HUMANA | SECRETARIA DA SAÚDE

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo: Pelo ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:

Nome: DANILO CARVALHO OLIVEIRA

Cargo: SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

CPF: 005.194.603-32

Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas: Pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL:

Nome: SR. JOSÉ CARLOS RIZOLI

Cargo: PRESIDENTE

CPF: 171.893.228-68

Assinado digitalmente por:
JOSE CARLOS RIZOLI
CPF: ***.893.228-**
Certificado emitido por AC DIGITAL MULTIPLA G1
Data: 24/07/2025 14:55:13 -03:00
DigiForte

Assinatura: _____

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americana.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD
Esse documento foi assinado por JOSE CARLOS RIZOLI e JOSE CARLOS RIZOLI. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

MANIFESTO DE ASSINATURAS

Código de validação: D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- JOSE CARLOS RIZOLI (CPF ***.893.228-**) em 24/07/2025 14:55 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil
- JOSE CARLOS RIZOLI (CPF ***.893.228-**) em 24/07/2025 14:55 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

https://portal.digiforte.com.br/validate/D53GQ-MT7BL-WSSBT-6KV9E

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

https://portal.digiforte.com.br/validate

Assinado por 1 pessoa: DANILO CARVALHO OLIVEIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://americara.1doc.com.br/verificacao/77E9-EC42-F822-F9CD e informe o código 77E9-EC42-F822-F9CD

DOCUMENTO SEGURO ASSINADO DIGITALMENTE PREFEITURA DE AMERICANA
MUNICIPIO DE AMERICANA:45781176000166
Assinado de forma digital por MUNICIPIO DE AMERICANA:45781176000166 Dados: 2025.07.25 17:08:15 -03'00'

Edição nº 1.897

DIÁRIO OFICIAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE AMERICANA

Sábado, 26 de julho de 2025

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

RELAÇÃO DE EXTRATOS

RELAÇÃO DE EXTRATOS DE CONTRATOS, ADITAMENTOS CONTRATUAIS e ATAS DE REGISTRO DE PREÇOS nos quais figuram como contratante a Prefeitura Municipal de Americana, que contém o número do processo administrativo, o nome ou a razão social do contratado, o objeto, a vigência, o valor, a dotação orçamentária (ou base legal da receita) e a data.

GABINETE DO PREFEITO: Cad. 516/25, ME 3.632/25, Município de Americana, Termo de Doação de 95 pistolas, marca IMBEL, modelo MD6, calibre 40, cujo armamento não é mais utilizado pela Guarda Municipal de Americana - GAMA, considerando-o ocioso para suas atividades, destinadas à Secretaria de Segurança Pública e Trânsito do Município de Cosmópolis. Assinado em 18/07/2025, R$ 153.335,00, 24-07-2025; SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS: Cad. 482/25, Disp. Lic. 448/24, PF 6.195/24, Telecom Cloud Soluções em Telefonia Ip Ltda, Primeiro aditamento ao contrato para prestação de serviços de solução integrada de telefonia virtual IP em nuvem, com disponibilização de aparelhos IP (incluindo configuração, treinamento e suporte técnico) e o plano de telefonia VOIP. Renovação do prazo e valor, 12 meses, R$ 7.581,60, 02.13.01-3.3.90.40.00, 22-07-2025; SECRETARIA DE EDUCAÇÃO: Cad. 467/25, PD 59.405/25, Conselho Escola Comunidade Cec da Escola Municipal de Ensino Fundamental Emef Paulo Freire, Termo de Doação de 2 roteadores Acess Point ap 1350 Intelbrás e 2 porteiros Intelbrás, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 22/05/2025, R$ 2.920,80, 22-07-2025; Cad. 468/25, PD 62.589/25, Cec da Creche Tupã, Termo de Doação de 1 tela de projeção retrátil elétrica 100 pol Betec BT 4565 110v; 1 impressora multifuncional HP deskjet ink Advantage 2774 (7FR22A); 1 repetidor wifi sinal mini roteador com 4 antenas; 1 webcam full HD 1080P WB amplo ângulo 110 e 7 mini projetor portátil Led 1080P YG30, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 28/05/2025, R$ 3.681,20, 22-07-2025; Cad. 469/25, PD 68.105/25, Cec da Creche Wanda Polo Muller, 1 suporte estante rodinha para TV; 1 impressora Epson L4260 multifuncional Ecotank wifi bivolt (preto); 1 escada doméstica alumínio 6 degraus universal; 1 central VW 16Z kit star cx e 1 gravador digital de imagem 8 canais com HD, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 09/06/2025, R$ 5.863,10, 22-07-2025; Cad. 470/25, PD 73.376/25, Cec da Casa da Criança Tahira, 1 cadeira alta Galzerano Nick Dino 5025 Dino - 7908200102841; 1 cadeira alta Galzerano Nick Panda PA 5025PA - 7908200102827; 1 cadeira alta Galzerano Nick Zoo 8181BL - 7908200102797 e 1 cadeira alta Galzerano Nick Real -7908200102834, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 24/06/2025, R$ 1.439,60, 22-07-2025; Cad. 471/25, PD 73.644/25, Cec do Ciep Prof Octavio Cesar Borghi, Termo de Doação de 6 prateleiras para biblioteca 1800x1200 MM em MDF; 2 armários 1650x2200 MM em MDF; 1 armário para recepção em MDF e 1 mesa 1800x2700 MM em MDF, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 53.980,04, 22-07-2025; Cad. 472/25, PD 70.847/25, Conselho Escola Comunidade Cec da Escola Municipal de Ensino Fundamental Emef Paulo Freire, Termo de Doação de 8 câmeras de segurança; 6 câmeras VIP 1230; 1 Elgin condensadora; 1 Elgin Evaporadora e 1 móvel em MDF branco (4x2,20x0,40) (2,74x0,97x0,54), destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 17/06/2025, R$ 34.714,50, 22-07-2025; Cad. 473/25, PD 71.162/25, Cec da Casa da Criança Tahira, Termo de Doação de 4 mesas refeitório; 1 móvel para impressora/bancos e 1 armário para sala alternativa, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 17/06/2025, R$ 9.780,00, 22-07-2025; Cad. 474/25, PD 71.144/25, Cec Casa da Criança Maira, Termo de Doação de 1 roupeiro aço 12 portas; 1 poltrona Gir pres e 1 cadeira giratória executiva com braços, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 17/06/2025, R$ 2.730,00, 22-07-2025; Cad. 475/25, PD 71.866/25, Conselho Escola Comunidade Casa da Criança Manacá, Termo de Doação de 1 microondas Eletrolux MEO44 - branco; 1 multifuncional tanque de tinta Ecotank L4260 EPSON e 1 smart TV AOC led 32 POL HD, destinado a Secretaria de Educação. Assinado em 18/06/2025, R$ 3.699,10, 22-07-2025; Cad. 476/25, PD 73.412/25, Cec da Casa da Criança Baeti, Termo de Doação de 1 enceradeira 350MM bivolt DC350 Deep Clean; 1 lavadora ap prof HD 585 profi S 1500W - 127 volts; 2 DVR multi HD 16CH MHDX 3116 - C5MP lite Manaus e 2 HD WD purple 2TB sata 6GB/S 5400RPM 64 MB WD22PURZ, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 24/06/2025, R$ 10.150,00, 22-07-2025; Cad. 477/25, PD 73.105/25, Casa da Criança Aracy, Termo de Doação de 4 cadeirinhas de balanço; 4 balcões em madeira com rodízio; 1 smartphone Sama Galaxy A14 5G e cx som LG Xboom RNC9 preto, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 23/06/2025, R$ 11.295,29, 22-07-2025; Cad. 478/25, PD 73.639/25, Cec do Ciep Prof Octavio Cesar Borghi, Termo de Doação de 4 cx 15 Ativa 350 JBL - max 15 129D; 2 pedestais cx som tripé Met Ibox TR2; 1 mesa de som 8C Siundvoice MC 8BT 1841; 1 microfone sem fio dupli M/M TSI12000 96C e 1 processador de alimentos BM 125 NR 7 Discos Bermar, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 21.712,80, 22-07-2025; Cad. 479/25, PD 71.699/25, Casa da Criança Aracy, Termo de Doação de 2 lousas tripé magnética; 1 conjunto de mesa pré-escolar; 1 banco de lápis grande; 1 minha cozinha e 8 quadros brancos magnéticos 120 x 90 CM, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 18/06/2025, R$ 5.457,90, 22-07-2025; Cad. 480/25, PD 71.703/25, Casa da Criança Aracy, Termo de Doação de 1 mini sala; 1 mesa de luz inclinável a 2 led / controle; 1 gabinete de pia Cisne 1,80M cinza cozimax; 2 pedestais Pata RV de 32 a 75" suporte/videoconferência/c rodízios AVA e 5 quadros brancos magnético 120 x 90 cm, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 18/06/2025, R$ 6.464,20, 22-07-2025; Cad. 481/25, PD 71.708/25, Casa da Criança Aracy, Termo de Doação de 3 kits Baby Ju c/ kit cad CE branca CB/ CF verde claro, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 18/06/2025, R$ 7.965,00, 22-07-2025; Cad. 483/25, PD 73.371/25, Cec da Casa da Criança Tahira, Termo de Doação de 1 TV TCL Led S5400 32 FHD c/c dig + int; 1 bebedouro de coluna Knox refrigerador 50L com 2 torneiras - 127 e 1 bebedouro de coluna Inox refrigerador 50L NG com 2 torneiras, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 24/06/2025, R$ 7.988,00, 22-07-2025; Cad. 484/25, PD 72.838/25, Cec da Casa da Criança Graúna, Termo de Doação de 1 purificador Everest star prata 127V; 1 plastificadora 110V P280; 1 caixa de som portátil e 1 conjunto de mesa 4 cadeiras Lig Lig, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 23/06/2025, R$ 6.244,80, 22-07-2025; Cad. 485/25, PD 72.938/25, Cec Creche Anaja, Termo de Doação de 1 gira gira com 4 lugares (brinquedo) e 1 filtro central Fusatti modelo PF, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 23/06/2025, R$ 3.628,80, 22-07-2025; Cad. 486/25, PD 72.552/25, Cec Emei Paturi, Termo de Doação de 1 armário de aço 90x47,5 cor cinza; 10 cadeiras palito secretária cor azul/preto; 1 carrinho para armário 71x47 cor cinza;1 estante de aço 50 chapa 24 c/ carrinho cor cinza e 1 roupeiro com portas coloridas c/ carrinho, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 23/06/2025, R$ 3.350,00, 22-07-2025; Cad. 487/25, PD 72.811/25, Conselho Escola Comunidade da Emei Tangará, Termo de Doação de 1 armário embutido planejado e 1 refrigerador Consul 342L - CRB 39AK - 110 V VER, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 23/06/2025, R$ 16.599,00, 22-07-2025;

Expediente
Diário Oficial do Município de Americana
www.americana.sp.gov.br

Diagramação
Secretaria de Comunicação e Tecnologia da Informação
Avenida Brasil, 85 - Centro - Americana
E-mail: diario.oficial@americana.sp.gov.br

Administração
Francisco Antônio Sardelli - Prefeito

O conteúdo publicado é de inteira responsabilidade de seus emissores: Órgãos Públicos, Entidades, demais interessados.
Qualquer dúvida ou outra solicitação de errata deverá ser encaminhada diretamente ao órgão emissor.

Cad. 488/25, PD 72.955/25, Cec da Creche Tupã, Termo de Doação de 1 Jund star play 3; 1 Play Fortaleza 2-A e 1 DVD/HD 3 Tera /11 câmeras, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 23/06/2025, R$ 67.231,40, 22-07-2025; Cad. 489/25, PD 73.471/25, Cec da Casa da Criança Panamby, Termo de Doação de 1 bebedouro industrial Canovas 100 litros com 3 torneiras, destinado a Secretaria de Educação. Assinado em 24/06/2025, R$ 4.690,00, 22-07-2025; Cad. 490/25, PD 73.477/25, Conselho Escola Comunidade da Casa da Criança Jaguari, Termo de Doação de 1 kid play brinquedo (brinquedão); 1 gabinete de pia em mdf branco c/ 3 portas e 3 gavetas; 1 Petit play com balanço freso (33335) e 1 Petit play plus (33338) ref 50011050, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 24/06/2025, R$ 30.152,00, 22-07-2025; Cad. 491/25, PD 73.485/25, Cec da Emei Cunhataí, Termo de Doação de 1 computador Intel 15-10400F, de 10 geração, 8 GB DDR, placa de vídeo 1 GB e 1 Fogão 04B Venancio Bravo 2S/2D com forno, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 24/06/2025, R$ 7.620,00, 22-07-2025; Cad. 492/25, PD 73.518/25, Cec Casa da Criança Maira, Termo de Doação de 1 impressor multifuncional Epson Ecotank L4160 e 1 mercado compacto Cora, destinados a Secretaria de Educação, Assinado em 24/06/2025, R$ 3.256,70, 22-07-2025; Cad. 493/25, PD 73.089/25, Casa da Criança Aracy, Termo de Doação de 1 casa de madeira 2mts quadrados 1,50m - com ponte de madeira - escadas; 1 TV Led marca TCL 43 polegadas - 4k - android - preta; 1 vídeo porteiro Intelbrás IVR 1010; 1 ventilador mesa 40cm - 127V - Ventisol e 5 mesinhas de madeira com 4 cadeiras, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 23/06/2025, R$ 15.450,90, 23-07-2025; Cad. 494/25, PD 73.645/25, Cec do Ciep Prof Octavio Cesar Borghi, Termo de Doação de 1 climatizador evaporativo Polo P7 - 220 volts e 14 climatizadores evaporativos Polo P7 - 220 volts, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 52.814,94, 23-07-2025; Cad. 495/25, PD 73.630/25, Conselho Escola Comunidade da Emef Darcy Ribeiro, Termo de Doação de 1 multifuncional tanque de tinta Ecotank - L4260 - Epson; 1 balanço acessível cadeirante com jogo da velha na parte frontal e 2 computadores completos Intel 15 - 16GB memória DDR - 4HD SSD480GB, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 17.339,10, 23-07-2025; Cad. 496/25, PD 73.623/25, Cec da Casa da Criança Juriti, Termo de Doação de 1 play modular BIG CLIMBER II (brinquedão) e 1 banco de lápis pequeno, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 25.320,00, 23-07-2025; Cad. 497/25, PD 74.027/25, Conselho Escola Comunidade Cec da Emef Prof. Florestan Fernandes, Termo de Doação de 1 porteiro eletrônico XPE 1001 FIT; 02 purificador soft plus prata 127v e 6 ventiladores evaporador Roto 65 standard M/F 220v, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 35.584,00, 23-07-2025; Cad. 499/25, PD 74.016/25, Conselho Escola Comunidade Cec da Escola Municipal de Ensino Fundamental Emef Paulo Freire, Termo de Doação de 4 evaporadoras PT IN GTH 36DFI G-RIME Q/P 220V - GREE; 4 condensadora PT IN GUHD36ND3FO - RIME Q/F 220V - GREE; mesa em L com gaveteiro - dimensão 120 x 120 x 60; 1 armário arquivo com 16 gavetas - dimensão 330 x 220 x 50 e 1 armário com 8 portas - dimensão 365 x 90 x 50, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 53.152,00, 23-07-2025; Cad. 500/25, PD 74.020/25, Conselho Escola Comunidade Cec da Escola Municipal de Ensino Fundamental Emef Paulo Freire, Termo de Doação de 6 mesas com 3 gavetas - dimensão 120 x20 x60; 1 armário com 2 portas - dimensão 220 x 100 x 50; 1 microfone sem fio (1-M/1-C)WL - U585 H - mão/cabeça; 1 microfone sem fio (1-M) JWL - U-8017 e 1 mesa de som 8 canais Soundvoice MS802EUX EF/EQ, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 17.170,00, 23-07-2025; Cad. 501/25, PD 73.950/25, Conselho Escola Comunidade Cec da Escola Municipal de Ensino Fundamental Emef Paulo Freire, Termo de Doação de 4 projetores ACER X1328wh 5000 Lumens MR JTJ11.00G; 2 kit 02 rádio Walk Talk comunicador 16cm 12 km Baofeng 777s Ht; 1 limpadora de pisos elétrica - M 220V 50 litros BD 50/50 Karcher; 1 purificador industrial 200 LP inox 04-7 127V e 1 purificador industrial 200LP inox 04-7 127V, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 38.940,00, 23-07-2025; Cad. 502/25, PD 73.985/25, Conselho Escola Comunidade Cec da Escola Municipal de Ensino Fundamental Emef Paulo Freire, Termo de Doação de 2 evaporadoras GWC12AGC-D3DNA4JW/I-G-TOP Inverter Connection - Gree; 2 condicionadoras GWC12AAGC-D3DNA14JW/O-G TOP Inverter Connection; 2 evaporadoras GWH24AGE-D3DNA4B/I-G TOP Inverter Connection - Gree e 2 condicionadoras GWH24AGE-D3DNA4B/O-G TOP Inverter Connection - Gree, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 13.548,00, 23-07-2025; Cad. 503/25, PD 73.937/25, Conselho Escola Comunidade do Ciep Professora Maria Nilde Mascellani, Termo de Doação de 1 cadeira gir c/ reg Dorel Presidente Oslo; 1 notebook Intel Inspirion 15 3000 core 13 8GB 256SSD tela 15 Fukk HD; 4 notebook Lenovo Ideapad core 13 1115G4 4GB SSD 256GB tela 15.6 e 1 sofá composse linho chumbo 2,30, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 17.798,00, 23-07-2025; Cad. 504/25, PD 71.687/25, Cec da Casa da Criança Juriti, Termo de Doação de 4 purificadores Soft Star, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 4.904,00, 23-07-2025; Cad. 505/25, PD 73.653/25, Cec do Ciep Prof. Anísio Spinola Teixeira, Termo de Doação de 1 DVR 4 canais Intelbrás HD, destinado a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 589,00, 23-07-2025; Cad. 506/25, PD 72.594/25, Cec da Emei Patativa, Termo de Doação de 1 multifuncional tanque de tinta Ecotank Epson; 1 plastificadora para Polaseal A3 220V e 1 smartphone multilaser e 3G memoria 32 GB, 5L2MB RAM tela 5 pol - quad, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 23/06/2025, R$ 1.938,00, 24-07-2025; Cad. 507/25, PD 73.466/25, Cec da Emei Casa da Criança Pitanga, Termo de Doação de 1 DVR stand Alone Intelbrás MHDX C; FULL HD 1080P 8 Canais; 2 ar condicionados Split inverter II 30000 BTUS - Elgin; 1 multifuncional HP smart tank 724 branco - marca HP; 1 bebedouro industrial 200l resist em inox com 4 torneiras e 1 bebedouro industrial 50L resist em inox com 2 torneiras, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 24/06/2025, R$ 23.139,00, 24-07-2025; Cad. 508/25, PD 73.460/25, Cec da Emei Casa da Criança Pitanga, Termo de Doação de 1 telefone sem fio c/ base 2 ramais KX-TG67131 - marca Panasonic - preto; 1 móvel planejado sala de recursos, cozinha completa, armários, nichos; 1 brinquedão infantil estilo shopping nas medidas 5,95 x 1,10 x 2,70; 1 limpadora de pisos elétrica - M220V - Karcher - 50 litros e 3 bancadas - pias de granito - verde Ubatuba, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 24/06/2025, R$ 72.346,39, 24-07-2025; Cad. 509/25, PD 74.053/25, Conselho Escola Comunidade da Emef Prof. Jonas Correa de Arruda Filho, Termo de Doação de 1 lavadora de alta pressão WAP bravo ultra 220V e 1 furadeira/parafusadeira Philco PPF03 12V ML 8V, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 1.490,00, 24-07-2025; Cad. 510/25, PD 74.050/25, Conselho Escola Comunidade da Emef Prof. Jonas Correa de Arruda Filho, Termo de Doação de 1 DVR 16 canais GIGA 1080FULL HD 27; 1 multifuncional PB SL A4 Samsung M 4070; 1 DVR 16 canais GIGA 1080FULL e 1 escada de alumínio Real articulado 3 x 4, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 7.897,32, 24-07-2025; Cad. 511/25, PD 72.787/25, Conselho Escola Comunidade Emei Aracati, Termo de Doação de 1 mercado compacto Cora, destinado a Secretaria de Educação. Assinado em 23/06/2025, R$ 1.519,00, 24-07-2025; Cad. 512/25, PD 73.617/25, Cec da Casa da Criança Urupê, Termo de Doação de 80 cadeiras plásticas modulo Bistro Classe - cor preta,destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 25/06/2025, R$ 3.360,00, 24-07-2025; Cad. 513/25, PD 73.489/25, Conselho Escola Comunidade Emei Corimbo, Termo de Doação de 1 Smart TV led Sams 55" preto, destinado a Secretaria de Educação. Assinado em 24/06/2025, R$ 2.799,00, 24-07-2025; Cad. 514/25, PD 63.247/25, Conselho Escola Comunidade Emei Corimbo, Termo de Doação de 1 lavadora de piso Karcher BD 50/50 EL; 1 fogão 4 bocas Venâncio Bravo 28/2D com forno e 1 multifuncional Epon Ecotank L4260, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 29/05/2025, R$ 20.636,63, 24-07-2025; Cad. 515/25, PD 63.273/25, Conselho Escola Comunidade Emei Corimbo, Termo de Doação de 1 cadeira concha fixa polipropileno preto; 1 cadeira concha fixa polipropileno bege; 1 mesa cavalete e 2 cadeiras giratórias executiva tela, tecido preto, Ergon, back system, destinados a Secretaria de Educação. Assinado em 29/05/2025, R$ 3.690,00, 24-07-2025; SECRETARIA DE OBRAS E SERVIÇOS URBANOS: Cad. 313/25, PE 007/25, PF 10.439/24, Cel Usina de Asfalto Ltda, Ata de Registro de Preços para aquisição de concreto betuminoso usinado a quente (CBUQ) designação IV, padrão DER/SP, para aplicação nos serviços de manutenção de vias públicas no município, 12 meses, 23-07-2025; SECRETARIA DE SAÚDE: Cad. 517/25, Ch. Pública 002/25, PF 6.417/24, Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - Indsh, Contrato para gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços para Unidade de Pronto Atendimento - UPA Antonio Zanaga, 12 meses, R$ 18.316.960,94, 02.14.01.3.3.50.85, 25-07-2025; Cad. 498/25, Disp. Lic. 532/25, PF 5.569/25, Residencial Vita Sênior Ltda, Contrato para a prestação de serviço de acolhimento institucional para atendimento de paciente, do sexo feminino, com dependência de cuidados, grau III, para atendimento de mandado judicial, 12 meses, R$ 54.000,00, 02.14.01, 23-07-2025;

Eu, Roseli Augusti de Araujo, matrícula 10281, elaborei e conferi o presente edital. Eu, José Eduardo da Cruz Rodrigues Flores, Secretário Adjunto de Administração, autorizei a publicação oficial.

Americana, 25 de Julho de 2025.