

MODELO DE GESTÃO

DIRETRIZES DO MODELO

O InSaúde adota diretrizes de gestão e de assistência que asseguram o alinhamento institucional, a organização dos processos e o alcance das metas e indicadores definidos em cada período e nos respectivos Contratos de Gestão.

Essas diretrizes orientam a atuação das equipes e sustentam a condução dos processos assistenciais, administrativos e estratégicos, sempre com foco na qualidade dos serviços, na responsabilidade com o recurso público e na entrega de resultados para a população.

O **USUÁRIO** é o foco central de todo o trabalho.

O usuário é o foco central de todo o trabalho desenvolvido pelo InSaúde. As ações, decisões e prioridades devem estar permanentemente alinhadas ao interesse público, buscando ofertar serviços que atendam às necessidades da população e expressem o compromisso contínuo com a melhoria da relação entre custo, benefício e impacto social.

Essa diretriz se traduz em:

- ênfase no atendimento ao usuário como centro do cuidado.
- valorização dos resultados qualitativos e quantitativos nos prazos pactuados.
- busca permanente por acesso, segurança, resolutividade e qualidade na assistência.

A **TRANSPARÊNCIA** na utilização de recursos.

A transparência na utilização dos recursos é um princípio essencial do Modelo de Gestão. O InSaúde adota processos e procedimentos que permitem comprovar, de forma formal e técnica, que os recursos públicos são aplicados com responsabilidade, eficiência e conformidade.

Essa diretriz reforça:

- o compromisso com a prestação de contas.
- a clareza das informações e a rastreabilidade dos processos.
- o fortalecimento do controle social e da gestão transparente.
- a responsabilidade na execução contratual e no uso dos recursos disponíveis.

O enquadramento **TÉCNICO-LEGAL**

enquadramento técnico-legal orienta o cumprimento do conjunto de normas técnicas, sanitárias, administrativas, legais e regulatórias aplicáveis aos serviços de saúde.

No InSaúde, essa diretriz sustenta a organização dos processos internos, a atuação das equipes e a adoção de boas práticas institucionais, sempre em consonância com os órgãos oficiais, os instrumentos contratuais e as exigências que regulam o funcionamento dos serviços de saúde.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:41
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



MODELO DE GESTÃO

DIRETRIZES DO MODELO

O InSaúde aplica suas diretrizes de gestão e assistência em consonância com os princípios da Política Nacional de Atenção Hospitalar, reafirmando seu compromisso com uma atuação técnica, humanizada e orientada ao interesse público.

Nesse contexto, sua atuação busca:

- garantir a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade da atenção hospitalar.
- assegurar a continuidade do cuidado, por meio da articulação do hospital com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.
- adotar um modelo assistencial centrado no usuário, com atuação multiprofissional e interdisciplinar.
- observar que o acesso aos serviços ocorra de forma regulada, em conformidade com a Política Nacional de Regulação do SUS.
- oferecer atenção humanizada, em consonância com os princípios da Política Nacional de Humanização.
- assegurar que a gestão de tecnologias em saúde esteja alinhada à Política Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.
- promover a qualidade da atenção hospitalar e a segurança do paciente como princípios permanentes da assistência.
- garantir a efetividade dos serviços, com racionalização do uso dos recursos disponíveis.
- manter transparência, responsabilidade e eficiência na aplicação dos recursos públicos.
- fortalecer a participação e o controle social nos processos de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas.



Essas diretrizes orientam a atuação institucional do InSaúde e contribuem para uma gestão comprometida com a qualidade da assistência, a sustentabilidade dos serviços e a melhoria contínua do cuidado prestado à população.



Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:41
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804dbb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

MODELO DE GESTÃO

PILARES DO MODELO DE GESTÃO

O InSaúde estrutura seu Modelo de Gestão a partir de três pilares fundamentais:

- **Segurança do Paciente.**
- **Humanização.**
- **Excelência.**

Esses pilares orientam a execução das diretrizes institucionais e sustentam a atuação das equipes nas unidades gerenciadas, assegurando uma gestão comprometida com a qualidade da assistência, a responsabilidade pública e a melhoria contínua dos serviços prestados à população.

Segurança do Paciente

A Segurança do Paciente é condição essencial para a qualidade da assistência e para a sustentabilidade do Modelo de Gestão.

No InSaúde, esse pilar está diretamente relacionado à implantação e ao fortalecimento da gestão de riscos, com atuação do Núcleo de Segurança do Paciente e disseminação de práticas seguras entre as equipes multiprofissionais.

A instituição busca promover uma cultura de segurança que envolva profissionais, pacientes e familiares, estimulando a identificação de riscos, a prevenção de eventos adversos, a comunicação qualificada e a participação consciente de todos os envolvidos no processo de cuidado.

Humanização

A Humanização deve permear todo o sistema de atenção e gestão.

Esse pilar reconhece a importância de todos os atores envolvidos no cuidado: usuários, familiares, profissionais, lideranças, gestores e comunidade. Valoriza a autonomia, o protagonismo, a escuta, a corresponsabilidade, o vínculo e a participação coletiva nos processos de cuidado e gestão.

No InSaúde, a humanização também está associada ao respeito aos direitos e deveres do paciente, reconhecendo que toda pessoa tem direito a um atendimento adequado, em tempo oportuno, prestado por equipe capacitada, em condições dignas e com informações claras, objetivas, respeitadas e compreensíveis sobre sua saúde.

Excelência

A Excelência orienta a gestão e a assistência no InSaúde.

Esse pilar está alicerçado em conceitos, práticas e procedimentos que fortalecem o desempenho institucional, a organização dos processos, o acompanhamento de indicadores e o aperfeiçoamento contínuo dos serviços.

Para o InSaúde, excelência significa atuar com método, responsabilidade, qualidade, eficiência e capacidade de adaptação, buscando transformar diretrizes institucionais em práticas concretas que melhorem a experiência do usuário, apoiem as equipes e qualifiquem a entrega dos serviços públicos sob gestão da instituição.

Os **Pilares do Modelo de Gestão do InSaúde** conectam segurança, cuidado humanizado e excelência operacional.

Juntos, eles sustentam uma atuação orientada à qualidade da assistência, à proteção do paciente, ao respeito às pessoas e à entrega de resultados consistentes para a população.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:41
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal N.º 12.682/2012
Lei Federal N.º 13.874/2019
Lei Federal N.º 14.195/2021
Lei Federal N.º 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



MODELO DE GESTÃO

POLÍTICAS QUE SUSTENTAM O MODELO

O **Modelo de Gestão do InSaúde** é operacionalizado por políticas institucionais que orientam a atuação das equipes e fortalecem a padronização dos processos.

Segurança do Paciente

Desenvolver a qualidade e a segurança dos processos assistenciais por meio da gestão de riscos, capacitação permanente, atuação multiprofissional e comprometimento das equipes com práticas seguras.

Consentimento Informado

Garantir que o paciente receba informações claras, objetivas e completas sobre procedimentos, riscos, limites e desconfortos envolvidos na assistência, assegurando registro adequado em prontuário ou documentação pertinente.

Identificação do Paciente

Assegurar a correta identificação do paciente por meio de identificadores seguros, como nome completo e data de nascimento, com checagem obrigatória durante os atendimentos e procedimentos.

Gestão de Pessoas

Garantir que os profissionais possuam habilidades, competências e condições adequadas para o exercício de suas funções, promovendo desenvolvimento contínuo e alinhamento à estratégia institucional.

Humanização

Desenvolver práticas permanentes de humanização, fortalecendo o compromisso ético da instituição com usuários, familiares, profissionais e demais públicos envolvidos na atenção à saúde.

Comunicação

Estabelecer fluxos de comunicação claros, objetivos e integrados, favorecendo alinhamento institucional, participação colaborativa, confiança e circulação adequada das informações em todos os níveis.

Gestão Ambiental

Assegurar ambiente adequado ao cuidado e ao desenvolvimento das atividades institucionais, com responsabilidade na preservação, recuperação e uso consciente dos recursos ambientais.

Segurança da Informação

Garantir a gestão integrada, protegida e organizada das informações institucionais, assegurando processos seguros de armazenamento, consulta, uso e disponibilização de dados.

Gestão da Qualidade

Promover a gestão da qualidade integrada aos processos assistenciais e administrativos, com identificação de melhorias, padronização de práticas, monitoramento de resultados e disseminação de boas práticas.

Gestão de Custos

Mensurar e acompanhar os custos da operação, promovendo uso responsável dos recursos, melhoria da produtividade, redução de desperdícios e sustentabilidade dos serviços.

Qualificação de Prestadores e Fornecedores

Estabelecer relações comerciais com base em critérios técnicos, legais e éticos, considerando qualidade, segurança, melhor preço possível e conformidade na contratação de produtos e serviços.



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:41
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



MODELO DE GESTÃO

GOVERNANÇA CLÍNICA

A governança clínica representa um marco na evolução da gestão em saúde, estabelecendo diretrizes e processos que garantem a excelência na prestação de cuidados aos pacientes.

No contexto do Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde - InSaúde, organização social com mais de 70 anos de experiência na área, a governança clínica consolida-se como o modelo estrutural que conecta as decisões estratégicas à qualidade assistencial, colocando o paciente no centro de todas as ações de saúde.

• Descrição e aplicação prática •



Experiência do Paciente

A jornada do paciente é o foco central. Isso significa projetar processos assistenciais e de apoio considerando as necessidades individuais, promovendo um ambiente onde o paciente se sinta respeitado, informado e participe nas decisões sobre seu tratamento.



Gestão de Riscos

O ambiente de saúde possui riscos inerentes. A governança clínica exige a identificação prévia, avaliação contínua e mitigação de eventos adversos. Adoção de protocolos rigorosos de checagem em procedimentos cirúrgicos ou administração de medicamentos são exemplos práticos dessa gestão.



Eficiência e Efetividade

Relaciona-se à entrega de resultados consistentes aliados ao melhor custo-benefício. O objetivo é assegurar que as intervenções clínicas gerem os melhores desfechos possíveis, evitando desperdícios e garantindo o uso racional dos recursos do sistema de saúde.



Auditoria Clínica

Consiste na revisão sistemática e periódica dos processos e registros médicos. A auditoria permite identificar desvios em relação aos protocolos estabelecidos e implementar ciclos de melhoria contínua na qualidade assistencial.



Eficácia Clínica e Informação

As decisões médicas e assistenciais devem ser pautadas em evidências científicas atualizadas. O uso inteligente de dados e indicadores de desempenho fornece a base para a criação e atualização de diretrizes clínicas institucionais.

Pilares da Governança Clínica

A governança clínica é sustentada por princípios que orientam as instituições na busca contínua pela melhoria da assistência. No ambiente hospitalar e nas unidades gerenciadas pelo Insaúde, esses pilares são aplicados para mitigar riscos e otimizar os desfechos clínicos.

Estrutura Multidisciplinar de Governança

A governança clínica é uma responsabilidade compartilhada por toda a organização. Enquanto o conselho administrativo define a estratégia macro e diretores alinham objetivos corporativos com operações, as equipes clínicas (médicos, enfermeiros e profissionais de saúde) executam a governança no dia a dia, apoiadas pela gestão de operações. Comitês específicos de ética, qualidade e gerenciamento de riscos garantem a transversalidade dessa governança, permitindo respostas rápidas e fundamentadas aos desafios assistenciais.



“A governança clínica do InSaúde traduz, na prática, o compromisso institucional com a **excelência assistencial**, integrando **qualidade do cuidado**, **segurança do paciente** e **eficiência operacional**.”

Aline Batula

Gerente de Práticas Assistenciais



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:42
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

METODOLOGIA APLICADA

O InSaúde utiliza a metodologia **Balanced Scorecard, BSC**, como base para a estruturação e o acompanhamento do seu Planejamento Estratégico. Essa metodologia permite traduzir a estratégia institucional em objetivos, indicadores, metas e iniciativas, favorecendo uma gestão mais precisa dos resultados assistenciais, operacionais, administrativos e financeiros.

Por meio do BSC, a instituição acompanha de forma contínua o desempenho das áreas e unidades, fortalecendo a tomada de decisão com base em dados, evidências e resultados pactuados. Essa prática contribui para maior alinhamento entre a estratégia institucional, os contratos de gestão, os projetos em andamento e as entregas realizadas à população.

Além da metodologia aplicada, o InSaúde mantém ritos periódicos de governança, reunindo diretorias, áreas técnicas, administrativas e unidades gerenciadas para análise de indicadores, discussão de projetos, acompanhamento de planos de ação, avaliação de resultados financeiros, monitoramento de chamamentos públicos e revisão das prioridades institucionais.

Essa estrutura de acompanhamento permite que o planejamento não seja apenas um documento formal, mas um instrumento vivo de gestão, revisado conforme as transformações do setor, as demandas dos contratos, os desafios das unidades e as necessidades da instituição.

A última revisão do Planejamento Estratégico ocorreu em 2023, definindo o ciclo 2024-2028. Nesse período, foram estabelecidos direcionadores voltados ao fortalecimento do InSaúde como referência na gestão pública de serviços de saúde, à ampliação da sua atuação institucional e ao aprimoramento contínuo dos processos de governança, qualidade, controle e sustentabilidade.

Como parte desse planejamento, foram analisadas alternativas de expansão e consolidação institucional, considerando os campos de atuação compatíveis com a visão de futuro do InSaúde e com sua capacidade técnica, administrativa e operacional.

Ao final de 2025, foi realizada uma reunião estratégica com os diretores da Sede Administrativa para análise global do Planejamento Estratégico vigente. A partir dessa avaliação, identificou-se a necessidade de atualizar alguns elementos da estrutura estratégica, de forma a refletir com mais precisão o momento institucional, os avanços alcançados e os desafios previstos para os próximos anos.

Nesse processo, **o pilar Aprendizado e Crescimento foi ampliado para Aprendizado, Crescimento e Cultura**, reconhecendo a importância da cultura organizacional como elemento essencial para a sustentação da estratégia, o desenvolvimento das equipes e o fortalecimento da liderança institucional.

Também foi incorporado um **novo objetivo estratégico voltado à Cultura, Diversidade e Liderança**, com o propósito de **"Fortalecer a cultura organizacional por meio de desenvolvimento de lideranças e da promoção da diversidade e equidade"**.

Além disso, para representar com mais fidelidade os princípios que orientam a atuação institucional, o valor Integridade passou a compor formalmente os valores do InSaúde, reforçando o compromisso da instituição com práticas constantes de ética, honestidade, coerência e respeito às normas, mesmo na ausência de supervisão.

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:42
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

DIMENSÕES CONSIDERADAS NO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O Planejamento Estratégico do InSaúde está estruturado em quatro grandes pilares, que organizam os objetivos institucionais e orientam o acompanhamento dos resultados.

Pilar Econômico-Financeiro

O Pilar Econômico-Financeiro reúne os objetivos relacionados à sustentabilidade da instituição, ao equilíbrio econômico dos contratos, ao uso responsável dos recursos e ao fortalecimento da eficiência financeira.

Esse pilar orienta ações voltadas ao planejamento orçamentário, controle de custos, análise de desempenho financeiro, racionalização de recursos e qualificação da gestão econômica das unidades e da Sede Administrativa.

Seu foco é garantir que o crescimento institucional ocorra com responsabilidade, previsibilidade e capacidade de sustentação das operações.

Pilar Cliente e Sociedade

O Pilar Cliente e Sociedade representa o compromisso do InSaúde com a população atendida, os entes públicos contratantes, os órgãos de controle, os parceiros institucionais e a sociedade.

Esse pilar orienta a busca por serviços mais qualificados, seguros, humanizados e resolutivos, fortalecendo a relação de confiança com os usuários e com o poder público.

Também contempla o impacto social da atuação institucional, a melhoria da experiência do usuário, a transparência na entrega dos serviços e o compromisso com resultados que gerem valor público.

Pilar Processos

O Pilar Processos organiza os objetivos voltados à padronização, melhoria contínua, eficiência operacional, governança, qualidade, segurança, controles internos e integração entre áreas.

Esse pilar fortalece a forma como o InSaúde estrutura suas rotinas, acompanha indicadores, implanta projetos, qualifica fluxos de trabalho e assegura maior consistência na execução dos contratos de gestão.

Seu foco é transformar diretrizes estratégicas em processos claros, mensuráveis e capazes de sustentar a entrega dos serviços nas unidades gerenciadas.

Pilar Aprendizado, Crescimento e Cultura

O Pilar Aprendizado, Crescimento e Cultura integra os objetivos relacionados ao desenvolvimento de pessoas, fortalecimento das lideranças, consolidação da cultura organizacional e promoção de ambientes de trabalho mais preparados, éticos, diversos e colaborativos.

A ampliação desse pilar reconhece que a estratégia institucional depende não apenas de processos e indicadores, mas também de pessoas alinhadas, lideranças desenvolvidas e uma cultura forte o suficiente para sustentar o crescimento do InSaúde.

Nesse contexto, a instituição passa a fortalecer ações voltadas à aprendizagem contínua, desenvolvimento de competências, valorização das equipes, diversidade, equidade, inclusão e formação de lideranças capazes de conduzir a organização com responsabilidade, integridade e visão de futuro.

O Planejamento Estratégico do InSaúde orienta a atuação da instituição para o ciclo 2024-2028, conectando governança, indicadores, pessoas, processos, sustentabilidade e impacto social.

Mais do que definir metas, o planejamento organiza prioridades, fortalece a tomada de decisão e apoia a instituição em sua trajetória de crescimento responsável, com foco na excelência da gestão pública e na melhoria contínua dos serviços entregues à população.

46

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:42
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

1486

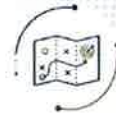
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

MAPA ESTRATÉGICO



MAPA ESTRATÉGICO

Planejamento Estratégico | 2024 - 2028



10 anos de Gestão InSaúde
Uma década transformando gestão em cuidado
Balancço Social 2025



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:42
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICAÇÃO



DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE CORPORATIVA

O desenvolvimento institucional do InSaúde é construído a partir de uma visão clara: **fortalecer a gestão, qualificar as equipes e garantir que cada unidade atue de forma alinhada aos princípios de qualidade, segurança, eficiência e cuidado humanizado.**

Em uma instituição que administra diferentes serviços de saúde, com realidades locais diversas e demandas assistenciais complexas, desenvolver pessoas é também desenvolver a própria organização. Por isso, a formação contínua das equipes ocupa um papel estratégico na consolidação do modelo de gestão do InSaúde.

A **Universidade Corporativa** surge nesse contexto como uma ferramenta essencial para ampliar conhecimento, padronizar práticas, fortalecer competências e apoiar a disseminação da cultura institucional em todas as unidades. Mais do que um espaço de capacitação, ela representa um movimento permanente de aprendizagem, integração e melhoria contínua.

Em 2025, as ações de treinamento e desenvolvimento reforçaram esse compromisso. Ao longo do ano, foram realizados **2.125 treinamentos**, com **22.054 participantes** e **42.777 horas e 45 minutos de capacitação**. Esses números demonstram a dimensão do investimento institucional na qualificação das equipes e na preparação dos profissionais que atuam diariamente na assistência, na gestão e nos serviços de apoio.

As capacitações contemplaram temas técnicos, assistenciais, administrativos, comportamentais e institucionais, contribuindo para o aprimoramento dos processos de trabalho, a segurança do paciente, a humanização do atendimento, a integração das equipes e o fortalecimento da governança nas unidades.

A **Universidade Corporativa também fortalece a conexão entre a sede administrativa e os serviços gerenciados**, permitindo que diretrizes institucionais sejam traduzidas em práticas reais no cotidiano das equipes. Esse movimento amplia a padronização, reduz riscos operacionais, melhora a comunicação interna e favorece a tomada de decisão com mais segurança e responsabilidade.

O desenvolvimento institucional, portanto, não se limita à criação de processos ou à implantação de ferramentas de gestão. Ele acontece, principalmente, quando o conhecimento chega às pessoas, quando as equipes compreendem seu papel e quando cada profissional passa a atuar com mais clareza, preparo e compromisso.

Ao investir em educação corporativa, o InSaúde reafirma sua convicção de que a excelência na gestão pública em saúde depende da capacidade de formar, orientar, acompanhar e desenvolver pessoas. Porque são as pessoas que sustentam os resultados, dão vida aos processos e transformam a gestão em cuidado.

Assim, a Universidade Corporativa consolida-se como uma das principais estratégias de desenvolvimento institucional do InSaúde, contribuindo para uma organização mais integrada, preparada, eficiente e comprometida com a qualidade dos serviços prestados à população.

“ A Universidade Corporativa representa o nosso **compromisso** com o **desenvolvimento das pessoas**, porque é por meio delas que **a gestão ganha força** e o cuidado chega com mais **qualidade** à população. ”

Bruna Azevedo Soares
Coordenadora de Recursos
Humanos Corporativo



48

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:42
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



1488

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

INTEGRIDADE, COMPLIANCE E RESPONSABILIDADE INSTITUCIONAL

- Mensagem do Diretor Jurídico
- Programa de Integridade
- Compliance e Controles Internos
- Ética e Conduta
- Relação com Órgãos de Controle
- Responsabilidade e Sustentabilidade

10 ANOS

10 anos de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado.

Balanco Social | 2025

“Integridade é o alicerce que sustenta nossas decisões e reforça nosso compromisso com a sociedade.”

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:42
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1489

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

Mensagem do Diretor Jurídico do InSaúde

“

A atuação jurídica do InSaúde está comprometida com a **integridade**, a conformidade e a proteção institucional. Nosso trabalho é antecipar riscos, prevenir conflitos e assegurar que cada decisão esteja alinhada aos princípios éticos, à legislação e ao **melhor interesse da instituição e da sociedade.**”

Marcelo Gurjão Silveira Aith
Diretor Jurídico

10 anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em cuidado.
Balança Social | 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:42
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1490

PROGRAMA DE INTEGRIDADE

O Programa de Integridade do InSaúde é um conjunto organizado de princípios, mecanismos e práticas que previnem irregularidades, fortalecem a cultura ética e garantem uma atuação baseada em legalidade, transparência e responsabilidade.

Mais do que regras, ele traduz na prática os valores que sempre orientaram o Instituto desde a sua origem. Em 2025, o programa ganhou maior maturidade, com estruturas consolidadas, instrumentos atualizados e reforço da cultura ética, tendo como marco a publicação do Código de Ética e Conduta 2026, alinhado às transformações sociais, tecnológicas e legais recentes.

Estrutura do Programa

O Sistema de Integridade do InSaúde é coordenado por uma área especializada, com independência funcional e acesso direto à alta direção, responsável por:

- Implementar e revisar políticas e procedimentos de integridade
- Disseminar o Código de Ética e Conduta
- Desenvolver ações de orientação e capacitação
- Apoiar a gestão de riscos à integridade
- Acompanhar processos de due diligence de terceiros
- Supervisionar o tratamento de denúncias e conduzir apurações internas
- Promover a melhoria contínua das práticas de conformidade

Comitê de Ética e Integridade

O Comitê de Ética e Integridade atua como instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, responsável por apoiar a alta direção em decisões estratégicas relacionadas à ética e à governança, analisar relatórios de apuração, propor melhorias nas políticas internas, avaliar riscos éticos e monitorar indicadores de integridade e conformidade.

Canal de Denúncias

O InSaúde mantém um Canal de Denúncias independente, confidencial e disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, administrado por empresa especializada. O canal pode ser utilizado por colaboradores, prestadores de serviço, parceiros, fornecedores, usuários ou qualquer pessoa que tenha conhecimento de irregularidades, com possibilidade de anonimato e garantia de proteção contra retaliações.

- Telefone: 0800 881 9402
- Site: www.contatoseguro.com.br/insaude
- E-mail de integridade: compliance@insaude.org.br

O InSaúde assegura que nenhuma pessoa será prejudicada, retaliada ou exposta por reportar, de boa-fé, suspeitas de irregularidades ou violações ao Código de Ética. Qualquer tentativa de retaliação será tratada com rigor e em medidas disciplinares ou legais.

Para acessar a aba Compliance no site do InSaúde, faça a leitura do QR Code abaixo:



51

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:42
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal N° 12.682/2012
Lei Federal N° 13.074/2019
Lei Federal N° 14.195/2021
Lei Federal N° 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



1491

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

COMPLIANCE E CONTROLES INTERNOS

A estrutura de compliance do InSaúde foi desenvolvida para garantir que todas as suas atividades estejam em conformidade com a legislação vigente, com as normas internas e com os mais elevados padrões de governança aplicáveis à gestão pública de serviços de saúde.

A atuação em conformidade não é tratada como uma obrigação burocrática, mas como um pilar estratégico que protege a instituição, fortalece a confiança dos entes públicos parceiros e assegura a continuidade e a qualidade dos serviços prestados à população.

Bases legais e normativas

O sistema de compliance do InSaúde observa, entre outros referenciais:

- Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção) — com tolerância zero a qualquer forma de corrupção, suborno ou favorecimento indevido.
- Lei nº 14.133/2021 (Nova Lei de Licitações) — com cumprimento rigoroso das obrigações contratuais, metas assistenciais e indicadores de desempenho.
- Lei nº 12.529/2011 (Lei de Defesa da Concorrência) — com vedação expressa a práticas anticoncorrenciais, formação de cartel ou ajustes indevidos em processos de contratação.
- Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) — com tratamento responsável, seguro e transparente de dados pessoais e informações sensíveis de usuários, colaboradores e parceiros.

Controles internos

O InSaúde opera com um conjunto robusto de mecanismos de controle interno, que inclui:

- Circulares normativas e procedimentos operacionais padronizados.
- Sistema de Gestão de Contratos, com rastreabilidade das obrigações e do desempenho contratual.
- Processos de due diligence de fornecedores e parceiros, com avaliação de riscos trabalhistas, sociais, reputacionais e de integridade.
- Monitoramento contínuo de indicadores de conformidade e integridade.
- Prestação de contas precisa, clara e tempestiva aos entes contratantes e aos órgãos de controle.

O InSaúde veda expressamente qualquer conduta que comprometa a legalidade, a isonomia e a lisura de processos licitatórios, chamamentos públicos ou quaisquer outras formas de contratação com o setor público. As interações com a Administração Pública que envolvam temas contratuais ou estratégicos devem ser realizadas de forma documentada, transparente e com acompanhamento de ao menos dois profissionais do Instituto.



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:42
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1492

2

ÉTICA E CONDUTA

A conduta ética no InSaúde não é uma exigência pontual. É uma prática diária, sustentada por valores enraizados desde a origem da instituição e reforçada continuamente por meio de instrumentos, processos e lideranças que atuam pelo exemplo.

O Código de Ética e Conduta 2026 é o principal instrumento orientador da conduta esperada de todos que integram, representam ou se relacionam com o InSaúde — colaboradores, gestores, conselheiros, prestadores de serviços, parceiros e fornecedores, em qualquer nível hierárquico ou forma de vínculo.

Princípios fundamentais de conduta:

- **Decoro profissional:** comportamento respeitoso, linguagem adequada, pontualidade, assiduidade e cumprimento das responsabilidades funcionais, com consciência de que o ambiente de trabalho no InSaúde é um espaço de proteção de um direito fundamental — a saúde.
- **Prevenção e gestão de conflitos de interesses:** vedação ao uso de cargos ou funções para obtenção de vantagens pessoais ou favorecimento de terceiros, com declarações formais de inexistência de conflito nos processos de contratação e designações estratégicas.
- **Brindes, presentes e hospitalidades:** regulação clara e restritiva, com limite de R\$ 300,00 para recebimento de presentes, vedação a valores em dinheiro e exigência de registro junto à área de Integridade.
- **Apartidarismo:** o InSaúde não financia, patrocina ou promove partidos políticos, campanhas eleitorais ou manifestações político-partidárias, preservando sua neutralidade institucional e sua finalidade pública.
- **Diversidade, equidade e inclusão:** compromisso com práticas de equidade nos processos seletivos e nas relações profissionais, com tolerância zero a qualquer forma de discriminação baseada em gênero, raça, religião, orientação sexual, deficiência ou qualquer outra característica pessoal.
- **Prevenção ao assédio:** tolerância zero a qualquer forma de assédio moral ou sexual, com canais acessíveis de denúncia, proteção contra retaliações e apuração imparcial das ocorrências.
- **Proteção de dados e confidencialidade:** observância rigorosa à LGPD, com acesso a informações restrito ao estritamente necessário para o desempenho das atividades.
- **Uso ético dos recursos:** todos os recursos do InSaúde — financeiros, materiais, tecnológicos e humanos — devem ser utilizados com responsabilidade, legalidade e vinculação ao interesse institucional.
- **Ambientes digitais e redes sociais:** responsabilidade e cautela nas manifestações digitais, com vedação expressa à divulgação de informações sigilosas, uso indevido da marca institucional ou qualquer conduta que comprometa a reputação do InSaúde.

O descumprimento das diretrizes do Código poderá resultar em medidas disciplinares proporcionais à gravidade da conduta, incluindo advertência, suspensão, demissão com ou sem justa causa, rescisão contratual com terceiros e, quando cabível, encaminhamento aos órgãos competentes.



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:42
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal N° 12.682/2012
Lei Federal N° 13.874/2019
Lei Federal N° 14.195/2021
Lei Federal N° 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1493

RELAÇÕES COM ÓRGÃOS DE CONTROLE

O InSaúde mantém uma relação de cooperação, transparência e respeito com todos os órgãos de controle responsáveis pela fiscalização das atividades desenvolvidas no âmbito dos contratos de gestão e dos serviços públicos sob sua responsabilidade.

Essa relação é tratada como parte integrante do compromisso institucional com a accountability e com a prestação de contas responsável, e não como uma obrigação meramente formal. O controle externo é reconhecido pelo InSaúde como um mecanismo legítimo e necessário para o fortalecimento da gestão pública.

Diretrizes para a relação com órgãos de controle

- Cumprimento integral das obrigações de prestação de contas, nos prazos e formatos definidos pelos entes contratantes.
- Disponibilização tempestiva de informações, documentos, relatórios e registros solicitados por auditores, fiscais e controladores.
- Manutenção de registros confiáveis e com rastreabilidade, que garantam a transparência e a verificabilidade das decisões e operações do Instituto.
- Cooperação ativa com auditorias internas e externas, inspeções, investigações e diligências conduzidas por órgãos de controle, sem obstrução, omissão ou conduta que dificulte o trabalho dos fiscalizadores.
- Comunicação imediata à área de Integridade de qualquer abordagem indevida, situação irregular ou risco à integridade institucional identificado no contexto das relações com entes públicos ou órgãos de controle.

O InSaúde reconhece que a confiança dos órgãos de controle, dos entes parceiros e da sociedade se constrói ao longo do tempo, com consistência, transparência e resultados verificáveis — e que essa confiança é um dos ativos mais importantes da instituição.



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:43
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal N.º 12.682/2012
Lei Federal N.º 13.874/2019
Lei Federal N.º 14.195/2021
Lei Federal N.º 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



SUSTENTABILIDADE

Sustentabilidade Ambiental

A sustentabilidade ambiental é tratada pelo InSaúde como valor transversal e componente estratégico da sua missão de proteger vidas. O Instituto reconhece que cuidar da saúde implica também cuidar do meio ambiente e, por isso, orienta suas operações para o uso responsável de recursos naturais e a redução dos impactos ambientais, em especial nas unidades de saúde sob sua gestão.

Em 2025, o InSaúde avança na qualificação da gestão de água, energia, insumos e resíduos, estimulando o uso consciente e a prevenção de desperdícios. O gerenciamento adequado de resíduos de serviços de saúde – desde a segregação na fonte até a destinação final por empresas licenciadas – é tratado como eixo central da sustentabilidade nas unidades, com protocolos alinhados às normas sanitárias e ambientais.

O Instituto busca consolidar uma cultura de responsabilidade ambiental entre colaboradores, parceiros e fornecedores, incentivando atitudes sustentáveis no dia a dia, campanhas internas e a adoção de critérios socioambientais nas contratações. Assim, reafirma que a promoção da saúde deve ocorrer de maneira ética, eficiente e comprometida com a preservação dos recursos naturais e o bem-estar das futuras gerações.

Sustentabilidade Social

A responsabilidade social é parte central da identidade do InSaúde. Como Organização Social de Saúde com finalidade pública, o Instituto existe para gerar impacto positivo na vida das pessoas, fortalecer o SUS e ampliar o acesso a serviços essenciais nas áreas de saúde, educação e assistência social.

Em 2025, esse compromisso se expressa na gestão responsável de recursos públicos, na prioridade à qualidade assistencial, à segurança do paciente e à humanização do cuidado. O InSaúde busca ir além da operação das unidades, promovendo ações de educação em saúde, acolhimento a pacientes e familiares em situações de vulnerabilidade e integração com redes locais de proteção social.

A responsabilidade social também começa dentro da instituição: o InSaúde repudia trabalho infantil, forçado ou degradante, exige respeito a direitos trabalhistas em toda a sua cadeia de valor, valoriza a diversidade, a equidade e a inclusão e promove ambientes de trabalho dignos, seguros e acolhedores. Ao combinar gestão eficiente, cuidado humanizado e compromisso com o interesse público, o Instituto consolida um modelo de atuação que transforma gestão em cuidado e gera valor real para as comunidades atendidas.

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:43
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1495

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00. OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

07

UNIDADES GERENCIADAS

- 🔊 Mensagem do Diretor de Operações
- 📍 Nossas Unidades
- 👨‍⚕️ Mensagem do Diretor Médico
- 🏆 Destaque 2025

10 ANOS

10 anos de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em **cuidado**.

Balanco Social | 2025

“Cada unidade gerenciada traduz **nossa missão** em presença real: gestão responsável, cuidado próximo e impacto na vida das pessoas.”

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:43
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. 11

PROVA DE
AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Danrêlia Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

Mensagem do Diretor de Operações

“

“É nas unidades
gerenciadas que
a estratégia se
transforma em
realidade, conectando
gestão, assistência e
**cuidado direto à
população.**”

Enylo Vinicius Faria
Diretor de Operações

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado.

Parceria Social | 2006



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:43
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9884ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1497

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

DESTAQUES 2025

RESPONSABILIDADE SOCIAL E DIRETRIZES DE IMPACTO: OS DESTAQUES DE 2025

A mensuração do valor de uma instituição de saúde pública e filantrópica vai além dos demonstrativos contábeis e do cumprimento das metas contratuais. Seu verdadeiro impacto está na capacidade de transformar o espaço público, acolher vulnerabilidades, fortalecer vínculos e devolver à sociedade resultados que ultrapassam a assistência clínica.

Este capítulo apresenta os Destaques 2025, reunindo ações, melhorias e iniciativas que traduzem o compromisso institucional com a comunidade, com os trabalhadores da saúde e com a consolidação do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Em 2025, as **unidades sob gestão do InSaúde** avançaram em duas dimensões complementares: os indicadores quantitativos, que demonstram investimentos, manutenções, aquisições, parcerias e doações revertidas para a melhoria dos serviços; e os indicadores qualitativos, que evidenciam ações de humanização, campanhas de conscientização, integração ensino-serviço, articulação em rede e fortalecimento do cuidado centrado nas pessoas.

Ao integrar eficiência administrativa, responsabilidade social e sensibilidade humana, este capítulo demonstra como cada unidade atuou como agente de transformação social, contribuindo para uma gestão pública mais segura, acolhedora e comprometida com a vida.

A seguir, apresentam-se os dados detalhados que ilustram a aplicação prática dessas diretrizes nas unidades de saúde.

Para acessar a aba Transparência no site do InSaúde, faça a leitura do QR Code abaixo:



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:43
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

NOSSAS UNIDADES

UNIDADES HOSPITALARES

UNIDADES HOSPITALARES

06



HOSPITAL
SANTA CASA JESUS MARIA JOSÉ
BERNARDINO DE CAMPOS - SP



HOSPITAL
SAINT PATRICK
SÃO PAULO - SP



HOSPITAL
VIAMÃO
VIAMÃO - RS



HOSPITAL REGIONAL
DR. CLODOLFO RODRIGUES DE MELLO
SANTANA DO IPANEMA - AL



HOSPITAL
GERAL DE IPIXUNA DO PARÁ
IPIXUNA - PA



HOSPITAL REGIONAL
DA PA 279
OURILÂNDIA DO NORTE - PA

10 anos de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em qualidade
Itaipava (RJ) 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:43
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411 II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



NOSSAS UNIDADES

UNIDADES DE PRONTO SOCORRO E AMBULATÓRIO



03

PRONTO SOCORRO



UNIDADE GERENCIADA
PRONTO SOCORRO CENTRAL
DR. ARMANDO GOMES DE SÁ COUTO
SÃO GONÇALO - RJ



UNIDADE GERENCIADA
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL
DE SENGÉS
SENGÉS - PR

AMBULATÓRIO



UNIDADE GERENCIADA
UNIDADE PENITENCIÁRIA
MASCULINA
BERNARDINO DE CAMPOS - SP

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade

Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:43
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

60

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

1500

PROVA DE
AUTENTICIDADE

NOSSAS UNIDADES

UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO
UPA

10

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
MARAMBAIA DR. JOÃO MENEZES

📍 BELÉM - PA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
JURUNAS

📍 BELÉM - PA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
JACINTINHO DR. ISMAR GATTO

📍 MACEIÓ - AL

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
**TABULEIRO DOS MARTINS
GALBA NOVAES DE CASTRO**

📍 MACEIÓ - AL

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
**QUEIMADINHA
ELIZABETE DIAS MARQUES**

📍 FEIRA DE SANTANA - BA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
FERNANDO RODRIGUES LAURIANO

📍 MURIAÉ - MG

UNIDADE MUNICIPAL DE PRONTO ATENDIMENTO - UMPA
SANTA LUZIA

📍 SÃO GONÇALO - RJ

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
CENTRAL DE SANTOS

📍 SANTOS - SP

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
ZONA NORDESTE SANTOS

📍 SANTOS - SP

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
VIAMÃO

📍 VIAMÃO - RS

10 anos de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanço Social 2025

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:43
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1501

NOSSAS UNIDADES

UNIDADE DE SAÚDE MENTAL



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Balança Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2025 17:43:43
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1502

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



Mensagem do Diretor Técnico

“

“A gestão qualificada
do corpo clínico
fortalece a assistência,
integra saberes e
assegura decisões
técnicas alinhadas à
ética, à segurança e
ao cuidado com cada
paciente.”

Dr. Ricardo Ratti

Diretor Técnico

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado.

Delmar Soares | 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:43
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1503

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



UNIDADE GERENCIADA

HOSPITAL SANTA CASA JESUS MARIA JOSE

BERNARDINO DE CAMPOS - SP



ENDEREÇO:

Av. Cel. Guilherme de Arruda Castanho, 496 - Centro
CEP: 18.960-021 - Bernardino de Campos - SP



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Socorro: 24hs
Unidade de Internação: 24hs



TELEFONE:

(14) 3346-1100



E-MAIL:

contato@insaude.org.br

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em saúde.

Itaboraí, 2024 | 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:43
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1504



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em Sexta-Feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



A **SANTA CASA HOSPITAL JESUS MARIA JOSÉ** é componente integrante da rede de atenção à saúde do SUS em Bernardino de Campos – SP, articulando-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contra referência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região.

O Sistema de Saúde do município é formado por:

- 03 (três) Unidades de PSF - Estratégia de Saúde da Família.
- 01 (um) Hospital - Santa Casa Hospital Jesus Maria José.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



A **SANTA CASA HOSPITAL JESUS MARIA JOSÉ** possui a seguinte estrutura física:

Internação:

- Leitos de Internação: 28 LEITOS

Ambulatório:

- Clínica Indiferenciada: 01
- Sala de Enfermagem: 01
- Sala Curativo: 01
- Sala de Nebulização: 02
- Sala de Pequena Cirurgia: 01

Urgência e Emergência:

- Consultório Médico: 01
- Sala de Atendimento: 01
- Sala de Curativo: 01
- Sala de Cesso: 01
- Sala Pequena Cirurgia: 01
- Sala de Repouso / Observação: 01 com 03 Leitos
- Sala de Atendimento a Paciente Crítico / Sala de Estabilização: 01 com 03 Leitos

03

GESTÃO DA UNIDADE



DOUGLAS ESTRUZANI PAVARINI
Diretor Administrativo



MÁRCIO LUIZ B. GUERREIRO
Diretor Técnico Médico – RT



LUCIANA ALVES P. TOSTA
Coordenadora Assistencial – RT

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Belo Horizonte 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:44
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacf24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



04

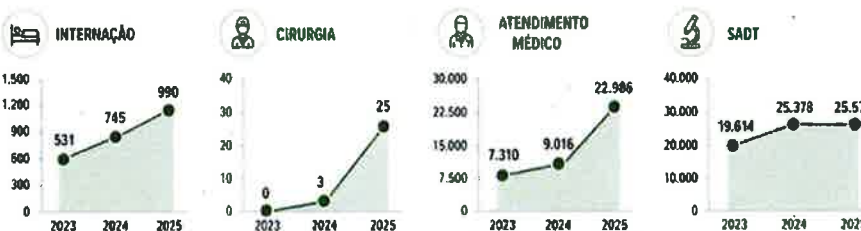
DESEMPENHO DA UNIDADE



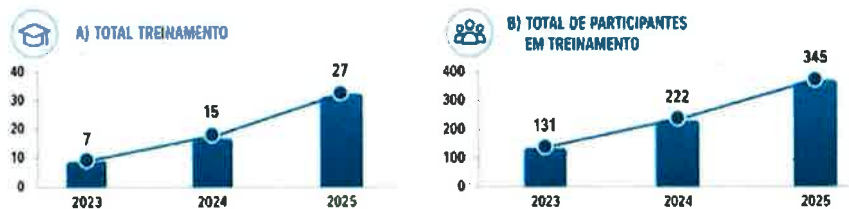
1. PESSOAS E SATISFAÇÃO DE CLIENTES



2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL



3. DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade

Relatório Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:44
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



05

AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



1. EIXOS TEMÁTICOS E IMPACTO GERADO



Humanização & Empatia

Acolhimento Resolutivo
Registro de visita expressiva de agradecimento por parte de paciente internado após alta, homenageando o cuidado, o zelo e a dedicação das equipes assistenciais durante o período de internação hospitalar.

Qualitativo



Sociação & Inclusão

Dis Manúal do Autismo
Engajamento ativo da equipe de enfermagem utilizando adesivos/menores colados em plantão, promovendo a conscientização interna e a empatia no atendimento à neurodiversidade no ambiente hospitalar.

Qualitativo



Saúde Preventiva

Campanha Outubro Rosa
Iniciativa promovida pela Comissão de Humanização voltada para as colaboradoras e pacientes mulheres da instituição, estimulando a relevância dos exames preventivos de rotina e o diagnóstico precoce.

Qualitativo



Direitos Humanos & Acessibilidade

Conscientização Social
Campanha promovida pela Comissão de Educação Permanente sob o tema "A luta pelos direitos da pessoa com deficiência", visando um ambiente hospitalar mais inclusivo.

Qualitativo



Integração Ensino-Serviço

Pólo de Formação Acadêmica
Desenvolvimento de campo de prática supervisionado e suporte pedagógico contínuo para estagiários e residentes das áreas de Medicina e Serviço Social, qualificando futuros profissionais de saúde.

Qualitativo



Articulação em Rede

Fortalecimento de Linha de Cuidado
Reuniões estratégicas da Diretoria e do Serviço Social para o alinhamento de fluxos operacionais e regulatórios junto à rede de Atenção Primária à Saúde (APS).

Qualitativo



Gestão Participativa

Monitoramento e Qualidade
Reuniões periódicas de base administrativa para análise conjunta do volume de atendimentos e celebração de índices positivos nas pesquisas de satisfação dos usuários.

Qualitativo (Indicador Quantitativo)



2. INDICADORES QUANTITATIVOS



Capacitação de Equipe

1

Realização de treinamento de "Atualização de Atualização" para a equipe assistencial, gerência, e especialistas da medicina e residentes.

Educação Continuada



Grandes Intervenções Estruturais

4

Implantação de nova caixa d'água hospitalar, instalação de bicicletário para colaboradores, colocação de cancela/jardineira de proteção e estruturação de jardim lateral.

Manutenção e Infraestrutura



Revitalização e Conservação Predial

4

Lavagem e limpeza técnica de fachada principal, lavagem de área externa lateral, pintura de muros institucionais e fechamento de abertura estrutural no recreio/morgue.

Manutenção e Infraestrutura



Manutenções Corretivas de Rotina

7

Substituição de tomadas, implantação de fiação de disjuntor, substituição de cabos puxados, limpeza de caixa de gordura, desobstrução de sanitários de alto fluxo da recepção, troca de tomadas e manutenção de dobradiças em portas de emergência.

Manutenção e Infraestrutura



Sistema de Gases e Áreas Críticas

4

Troca de mangueira de ar comprimido (sala de anestesia/adulto), situação de base de ar comprimido (sala de Raio-X), reparo de cortinas de isolamento de todos os salas de Emergência e instalação de sensores/umidade.

Manutenção e Infraestrutura



Captação de Doações (Mobiliário)

4

02 cadeiras de rodas hospitalares enviadas em parceria com o Rotary Club, 02 poltronas de descanso para acompanhantes/pacientes e 03 bandeiras oficiais (Federal, Estadual e Municipal).

Parcerias e Capital Social



Captação de Doações (Tecnologia)

5

01 aparelho projetor multimídia, 01 computador de mesa completo, 01 notebook, 01 monitor LED e 01 impressora técnica para emissão de requantos de identificação/rebradas.

Parcerias e Capital Social



Captação de Doações (Conforto Médico)

4

01 sofá, 01 porta, estrutura planejada para medicamentos e 01 frigobar para a estruturação do Espaço/Hall de Café voltado ao descanso e bem-estar dos médicos plantonistas.

Parcerias e Capital Social



Aquisições (Ergonomia)

40

Compra de 39 cadeiras ergonômicas destinadas à saúde ocupacional dos postos de trabalho e 01 cortina de ar de alta potência instalada no fluxo da recepção principal.

Verba de Investimento



Aquisições (Suporte Clínico)

9

Compra de 08 termômetros clínicos digitais e 01 cadeira de banho adaptada para o uso de pediatra/infantil.

Verba de Investimento

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
Instituto Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:44
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT: 03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE



1507

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL



1. Dia do Trabalhador | Maio de 2025



Homenagem aos colaboradores em alusão ao Dia do Trabalhador, celebrando dedicação, pertencimento e reconhecimento institucional.



2. Semana do Profissional da Saúde | Maio de 2025



Programação voltada aos profissionais da saúde, com momentos de integração, agradecimento e valorização das equipes da unidade.



3. Dia da Enfermagem



Comemoração dedicada à equipe de enfermagem, reforçando a importância do cuidado, da técnica e da humanização no atendimento.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:44
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1508



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO



4. Treinamento em Coleta de Exames Laboratoriais | Maio de 2025



Em 29/05, a unidade realizou treinamento de reciclagem com a equipe assistencial e profissionais da rede básica de saúde, qualificando a coleta de exames laboratoriais.



5. Mutirão de Ultrassonografias | Junho de 2025



Mutirão de ultrassonografias realizado para atender a população de Bernardino de Campos e região, ampliando o acesso ao diagnóstico.



6. Setembro Amarelo | Conscientização e Prevenção



Palestras e ações educativas voltadas à conscientização sobre saúde mental, escuta, prevenção e promoção da cidadania.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade

Balanco Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:44
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1509



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA



7. Renovação de Uniformes



Entrega de novos uniformes aos colaboradores, reforçando identidade, apresentação institucional e valorização das equipes.



8. Doações e Apoio Operacional



Doações recebidas contribuíram para apoiar a rotina institucional, fortalecer a assistência e ampliar as condições de trabalho.



9. Humanização ao Paciente



Ações de humanização promoveram acolhimento, afeto e experiências mais significativas durante a permanência dos pacientes na unidade.



10. Semana da Segurança do Paciente



Atividade institucional reforçou práticas seguras, cultura de qualidade e compromisso contínuo com a segurança do paciente.



11. Ações Sociais de Natal



As ações natalinas tiveram acolhimento, alegria e proximidade humana aos pacientes e às equipes da unidade.



12. Mutirão de Cirurgias Ortopédicas



Mutirão assistencial ampliou o acesso a cirurgias ortopédicas, contribuindo para resolutividade e atendimento oportuno à população.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Relatório Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:44
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1510



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



UNIDADE GERENCIADA

HOSPITAL SAINT PATRICK

SÃO PAULO - SP

UNIDADE 01



ENDEREÇO:

Praça General Guimarães 77 - Vila Jaguara
CEP: 05.114-110 - São Paulo - SP



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Socorro: 24h
Unidade de Internação: 24h



TELEFONE:

(11) 3465-0700



E-MAIL:

contato@insauade.org.br

UNIDADE 02



ENDEREÇO:

Av. Cândido Portinari, 616 - Vila Jaguara
CEP: 05.114-000 - São Paulo - SP



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Socorro: 24hs
Unidade de Diagnóstico/SADT: 24hs
Unidade Ambulatorial: 12hs



TELEFONE:

(11) 5069-0002



E-MAIL:

atendimento@saintpatrick.com.br

10 anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em cuidado.
Balanço Social | 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:44
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99f06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1511

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



O **HOSPITAL SAINT PATRICK** é um importante equipamento de prestação de saúde de forma privada, situado na região oeste de São Paulo-capital; sendo seu quadrilátero físico formado pelas divisas de território com Osasco, Marginal Tietê, Pirituba e região de Cajamar.

O hospital tem como players principais, credenciamento com mais de 30 convênios médicos e desde a chegada do INSAUDE na gestão, poderá também pactuar com o poder público através de convênios, FPOs e emendas; o que tornará o hospital mais relevante ainda em sua comunidade. O Hospital existe desde 1998, passando por algumas aquisições e reformas neste período.

A estrutura do hospital é de um hospital geral, composto por fluxos de internação nas linhas de cuidados adulto, pediátrico e de gestante. Sendo que sua maternidade é extremamente estratégica, numa região onde faltam equipamentos hospitalares que supram as necessidades da população geral. Compõe o complexo hospitalar, juntamente com a outra unidade listada acima, completando a atuação em nível de PS adulto, pediátrico, ortopédico.

Também compõe a estrutura leitos de internação, ambulatório médico e multi-profissional; área de atuação em endoscopias, colonoscopia, radiologia e diagnóstico por imagem e área de diagnóstico em cardiologia.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



O **HOSPITAL SAINT PATRICK**, possui atualmente a seguinte estrutura física:

Internação:

- Leitos de internação: 78 LEITOS

Centro Cirúrgico / Obstétrico:

- Salas Cirúrgicas: 04
- Sala de Pré parto: 01
- Leito de RPA: 01

UTIs:

- UTI Adulto: 26 LEITOS
- UTI Pediátrica: 07 LEITOS
- UTI Neonatal: 07 LEITOS

Ambulatório:

- Clínica Indiferenciada: 11 salas
- Sala de Enfermagem: 01
- Sala Curativo: 01
- Sala de Nebulização: 02
- Sala de Pequena Cirurgia: 01

Urgência e Emergência e Pronto Socorro de Obstetria:

- Consultório Médico: 05
- Sala de Atendimento - Triagem: 02
- Sala de Curativo: 01, Sala de Gesso: 01, Sala Pequena Cirurgia: 01
- Sala de Repouso / Observação: 02 com 15 LEITOS
- Sala de Atendimento a Paciente Crítico / Sala de Estabilização: 01 com 05 LEITOS

03

GESTÃO DA UNIDADE



ANTONIO GUILHERME DE C. NETO
Diretor Administrativo



RICARDO RATTI
Diretor Técnico Médico - RT



SIMONE DA SILVA
Gerente Assistencial - RT

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
(Bulano | Sorok | 2025)

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:44
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

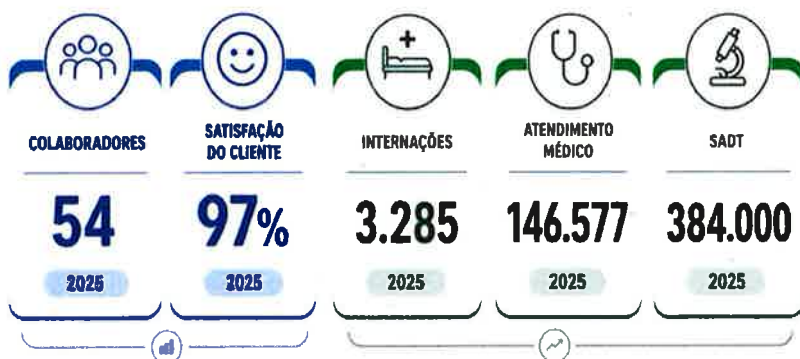
Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



04

DESEMPENHO DA UNIDADE



2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
(Balanço Social 2025)



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:44
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal N° 12.682/2012
Lei Federal N° 13.874/2019
Lei Federal N° 14.195/2021
Lei Federal N° 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

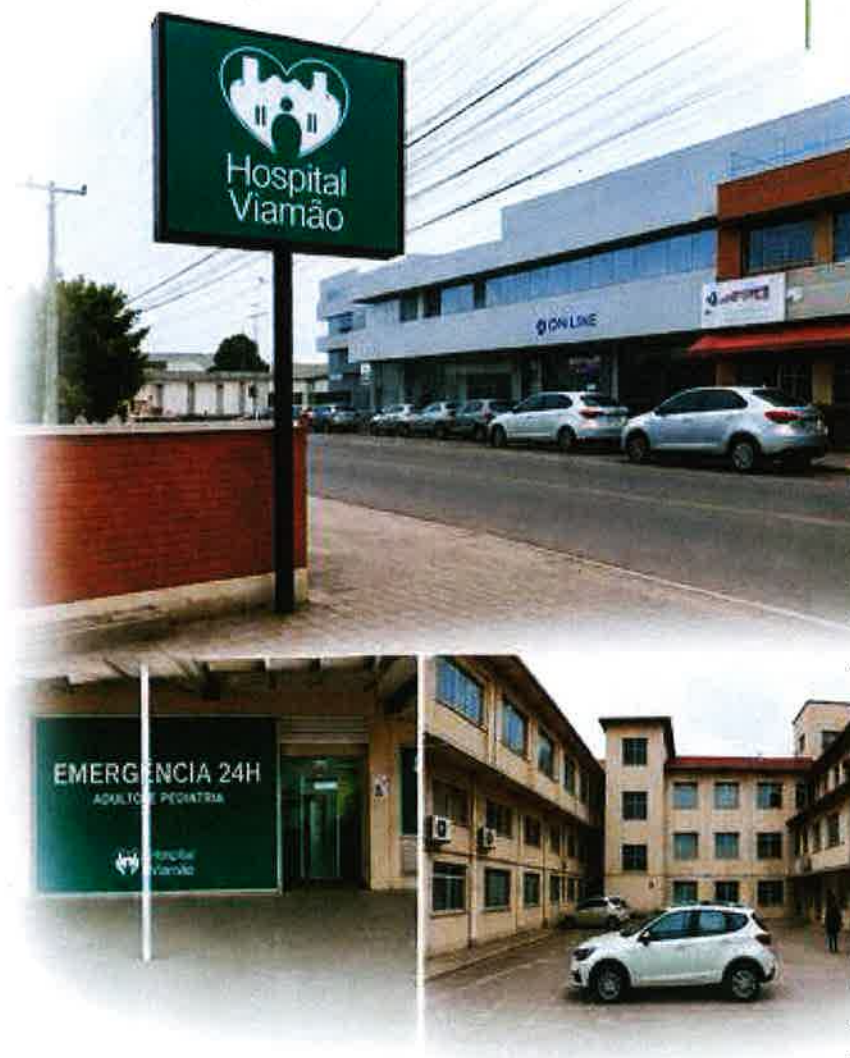




UNIDADE GERENCIADA

HOSPITAL VIAMÃO

VIAMÃO - RS



ENDEREÇO:

Rua Isabel Bastos, nº138, bairro Centro, Viamão/RS.



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Atendimento: 24 h | Unidade de Internação: 24 h



TELEFONE:

(51) 3485-4700



E-MAIL:

consulta@insaude.org.br

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em realidade.

Parque Tecnológico | 2015

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:45
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICAÇÃO



1514

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Vaneira Nascimento Barboza Lima, em Sexta-Feira, 17 de Junho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



O **HOSPITAL VIAMÃO** foi fundado em 13 de fevereiro de 1947 e, ao longo de sua história, passou por diferentes gestões, mantendo sua relevância para a assistência em saúde do município e da Região Metropolitana de Porto Alegre.

Após décadas sob administração das Irmãs do Imaculado Coração de Maria, a unidade foi doada à Fundação Universitária de Cardiologia em 2006, passando a atuar como Instituto de Cardiologia, Hospital Viamão. Em 11 de julho de 2025, teve início a gestão do InSaúde.

Localizado no centro de Viamão, o hospital é referência para atendimentos de urgência, emergência e trauma, recebendo pacientes do município e de cidades vizinhas, como Alvorada, Cachoeirinha e Glorinha.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



O **HOSPITAL DE VIAMÃO** possui a seguinte estrutura física:

Internação:

- Leitos de Internação:
 - 175 LEITOS SUS
 - 10 LEITOS CONVÊNIOS
 - 20 LEITOS DE UTI ADULTO

Plantonista:

- Plantonistas nas 24 horas é composto por:
 - clínicos, pediatras, cirurgiões gerais, traumatologistas, gineco-obstetra, neurocirurgião, anestesiológico e intensivista.

Urgência e Emergência:

- São atendidas através de um sistema de triagem com classificação de risco que é executado por enfermeiros, treinados para tal, nas 24h

03

GESTÃO DA UNIDADE



RENARO FREITAS TEIXEIRA
Diretor Geral



ALNEI NUNES SOARES
Diretor Técnico



TIAGO OLIVEIRA TEIXEIRA
Gerente de Enfermagem - RT

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Belo Horizonte 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:45
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1515



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

04

DESEMPENHO DA UNIDADE



1.
PESSOAS

2.
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

3.
DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO

NÚMERO DE COLABORADORES

598

2025

CORPO CLÍNICO

377

2025

INTERNAÇÃO

3.685

2025

CIRURGIAS

1.958

2025

PARTOS

387

2025

SADT

329.238

2025

TOTAL TREINAMENTO

28

2025

TOTAL DE PARTICIPANTES EM TREINAMENTO

535

2025

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
Balanço Social 2025



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:45
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
98040db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE

1516



06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA

Parte I | Acolhimento e ações humanizadas



1. Acolhimento e ações de Natal



A Cantata de Natal, a visita do Papai Noel e a distribuição de doces levaram carinho, alegria e esperança a pacientes, acompanhantes e equipes.



2. Humanização no cuidado



Ações de acolhimento, cuidado individualizado, nutrição humanizada e experiências afetivas que fortalecem o vínculo e o bem-estar.



3. Integração e pertencimento



Contratenação de final de ano, união das equipes e valorização das pessoas, reforçando o pertencimento e o compromisso com a missão do Hospital de Viamão.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Relatório Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:45
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1518

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO

Parte 1 | Treinamentos e educação permanente



7. Treinamentos e capacitações institucionais



Integração dos novos colaboradores



Cartilha do Código de Conduta da Insaúde



Palestra sobre estresse e impactos na saúde



Capacitação sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC)



Treinamento NR-32



Treinamento de biossegurança no trabalho

Capacitações técnicas e institucionais reforçaram o desenvolvimento das equipes, a segurança do trabalho e a qualificação da assistência.



8. Saúde materno-infantil e educação permanente



Agosto Dourado



Cursos de gestantes realizados ao longo do ano



Palestras e orientações às gestantes e famílias



Palestra de triagem neonatal biológica



Programa Doação Responsável

As ações educativas em saúde materno-infantil fortaleceram o vínculo com as gestantes e famílias, ampliando orientação, acolhimento e cuidado.



9. Qualificação da assistência



Capacitações assistenciais



Treinamentos práticos



Atualizações clínicas



Educação para segurança do paciente



Desenvolvimento contínuo das equipes

Capacitações técnicas e institucionais fortaleceram o desenvolvimento das equipes, a segurança do trabalho e a melhoria contínua da assistência.



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:45
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fca4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT: 03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL



13. Valorização e integração das equipes



Aniversariantes do mês



Coffee break



Confraternização de final de ano



Momentos de integração entre os profissionais

Ações que fortalecem o pertencimento, promovem a integração das equipes e valorizam os profissionais que fazem o cuidado acontecer todos os dias.



14. Acolhimento, solidariedade e ações sociais



Cantata do Natal



Visita do Papai Noel



Distribuição de bolos



Ações solidárias



Acolhimento e proximidade



Atenção às pessoas atendidas



Acolhimento aos colaboradores



Gestores que fazem a diferença

Acolher, cuidar e se solidarizar faz parte do nosso propósito. Ações que promovem bem-estar, inclusão e atenção integral a todos.



15. Reconhecimento, protagonismo e vínculo com a comunidade



Elogios recebidos



Registros positivos da comunidade e nas redes



Valorização das colaboradoras



Reconhecimento do trabalho e fortalecimento da identidade institucional

O reconhecimento inspira, motiva e fortalece o vínculo com a comunidade. Valorizamos pessoas e histórias que fazem do Hospital de Viamão um lugar de cuidado e confiança.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado. Relatório Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:45
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE



1520

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



UNIDADE GERENCIADA

HOSPITAL REGIONAL DR. CLODOLFO RODRIGUES DE MELLO

SANTANA DO IPANEMA - AL



ENDEREÇO:

Av. João Agostinho dos Santos, s/n - St. Antonio
CEP: 57.500-000 - Santana do Ipanema - AL



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Socorro: 24h
Unidade de internação: 24h



TELEFONE:

(82) 9.8171-5845 | (82) 9.8216-4597



E-MAIL:

contato@insaudef.org.br

10
anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em cuidado.
Balanço Social | 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:45
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1521



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por **Bárbara Nascimento Barboza Lima**, em **Sexta-feira, 17 de junho de 2026 17:43:37 GMT-03:00**, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



O **HOSPITAL REGIONAL DR. CLODOLFO RODRIGUES DE MELLO** está edificado no município de Santana do Ipanema, atende a base territorial da 9ª e 10ª microrregional de Saúde do Estado de Alagoas, compostas por 21 municípios com uma população de 379.193 habitantes.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



O **HOSPITAL REGIONAL DR. CLODOLFO RODRIGUES DE MELLO** possui a estrutura física para atender a assistência:

Internação:

- Leitos de internação: 118 LEITOS
 - Clínica Médica, Clínica Ortopédica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica
 - UCI / UTI Neonatal
 - UTI Geral
- Leito de Retaguarda UCI / UTI Neonatal: 20 LEITOS

Urgência e Emergência - Atendimento 24 h:

- Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Ortopédica / Traumatologia, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica, Medicina Intensiva, Anestesiologia

Ambulatório - Atendimento Eletivo:

- Proctologia, Gastroenterologia, Bucomaxilofacial, Ginecologia, Endoscopia Digestiva, Colonoscopia, Urologia, Mastologia

Serviços Diversos:

- Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, CME, Diagnóstico por Imagem (USG / RX / TOMO / ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA), Laboratório de Análises Clínicas, Agência Transfusional.

03

GESTÃO DA UNIDADE



ADILSON RAMIRES TRALLI
Diretor Geral



REINALDO F. JUNIOR
Diretor Técnico Médico - RT



MARIANA S. CARVALHO
Diretora Assistencial - RT

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Itaúno, 2013 a 2023

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:45
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

04

DESEMPENHO DA UNIDADE



1. PESSOAS E SATISFAÇÃO DE CLIENTES



2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL



3. DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO



DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
Balança Social 2025Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:45
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fcea064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE

1523



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

05

AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



1. EIXOS TEMÁTICOS E IMPACTO GERADO



Humanização & Empatia

Acolhimento resolutivo em todas as etapas do cuidado, com foco na escuta ativa, no respeito e na dignidade do paciente.

Qualitativo



Conscientização & Inclusão

Campanhas, ações educativas e projetos que promovem saúde, prevenção e inclusão de diversos públicos e grupos sociais.

Qualitativo



Saúde Preventiva

Foco na prevenção de doenças, incentivo ao diagnóstico precoce e promoção de hábitos saudáveis.

Qualitativo



Direitos Humanos & Acessibilidade

Respeito à diversidade, garantia de direitos e ações que ampliem o acesso e a equidade no atendimento.

Qualitativo



Integração Ensino-Serviço

Formação e aprimoramento profissional com estudantes, residentes e equipes, fortalecendo o aprendizado na prática.

Qualitativo



Articulação em Rede

Parcerias com instituições, municípios e serviços para cuidado integral e fluxo assistencial eficiente.

Qualitativo



Gestão Participativa

Transparência, escuta ativa, monitoramento e melhoria contínua dos processos e resultados.

Qualitativo | Indicador Quantitativo



2. PRINCIPAIS AÇÕES REALIZADAS

Programas, capacitações e iniciativas que geram impacto positivo na vida das pessoas.



Capacitações e Desenvolvimento de Equipes

- Treinamentos sobre temas assistenciais, segurança do paciente, controle de infecção, urgência e emergência, triagem, medicação segura, biossegurança, rotinas operacionais e uso de equipamentos.



Qualificação do Cuidado Materno e Infantil

- Capacitação em partos normais e humanizados.
- Pega correta do recém-nascido e incentivo ao aleitamento materno.
- Plano de parto.
- Triagem neonatal e teste da urina.
- Método Canguru.



Campanhas de Conscientização e Saúde

- Janeiro Branco.
- Abril Verde e Abril Azul.
- Agosto Dourado (Aleitamento Materno).
- Agosto Lilás.
- Setembro Amarelo.



Valorização dos Profissionais

- Homenagens e ações afins ao Dia do Enfermeiro, Dia do Técnico de Enfermagem, Dia do Farmacêutico, Dia do Instrumentador Cirúrgico, Dia do Cirurgião Geral e Dia do Hospital.



Ações Sociais e com a Comunidade

- Caminhada da saúde.
- Desfile cívico.
- Missas e atividades espirituais.
- Visitas técnicas.
- Fóruns perinatais.
- Apoio e acolhimento a pacientes e famílias.



Educação Continuada



Cuidado Materno-Infantil



Promoção da Saúde Mental



Valorização Profissional



Responsabilidade Social



Segurança do Paciente

- Formação e atualização de equipes em práticas de segurança.
- Higienização das mãos e prevenção de RAS.
- Protocolos assistenciais e checklists.



Sustentabilidade e Meio Ambiente

- Participação no Selo de Parceiros do Recicla.
- Incentivo à separação de resíduos.
- Ações de uso consciente de recursos.



Educação em Saúde e Cidadania

- Orientações à população sobre prevenção de doenças.
- Direitos da criança e do adolescente (ECA).
- Incentivo ao autocuidado e qualidade de vida.



Gestão, Ética e Transparência

- Canal de Ética disponível.
- Governança corporativa e compliance.
- Monitoramento de indicadores e melhoria contínua.



Integração Ensino-Serviço e Pesquisa

- Apoio à formação de estudantes e residentes.
- Capacitações com parceiros e especialistas.
- Produção de conhecimento aplicado à prática.



Segurança e Qualidade



Sustentabilidade



Educação e Cidadania



Governança e Transparência



Formação e Pesquisa

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:46
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99f06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

84

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

1524

PROVA DE AUTENTICIDADE



06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL



1. Saúde do trabalhador e biossegurança



As ações ampliaram a segurança ocupacional, a biossegurança e a conformidade das práticas de trabalho na unidade.



2. Desenvolvimento e fortalecimento das equipes



As iniciativas favoreceram integração, troca de experiências e valorização do desenvolvimento humano e profissional.



3. Padronização de processos e qualificação da assistência



A padronização dos processos fortaleceu a organização do cuidado, a segurança do paciente e a qualidade assistencial.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Relatório Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:46
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1525



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO



1. Campanhas institucionais de conscientização



As campanhas estimularam reflexão, prevenção e engajamento das equipes em temas essenciais para a saúde e o bem-estar.



2. Prevenção, vigilância e segurança do paciente



As capacitações reforçaram condutas preventivas, vigilância assistencial e resposta clínica mais segura em situações críticas.



3. Educação permanente multiprofissional



A educação permanente ampliou a qualificação técnica das equipes e fortaleceu a atualização contínua dos processos assistenciais.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Equipe Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:46
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9884ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1526



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA



1. Humanização do cuidado obstétrico e neonatal



As ações fortaleceram o acolhimento, a proteção integral e a qualificação da assistência materno-infantil e neonatal.



2. Integração com ensino, rede e comunidade



As iniciativas ampliaram o diálogo com a rede de atenção, a aproximação com o ensino e o vínculo com a comunidade.



3. Mobilização institucional e bem-estar



As mobilizações estimularam prevenção, participação das equipes e promoção do bem-estar no ambiente institucional.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Belo Horizonte, 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:46
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



UNIDADE GERENCIADA

HOSPITAL GERAL DE IPIXUNA DO PARÁ

IPIXUNA - PA

**ENDEREÇO:**

Rua Principal, s/n - Centro
CEP: 68.637-000 - IPIXUNA - PA

**HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:**

Pronto Socorro: 24h
Unidade de Internação: 24h

**TELEFONE:**

(91) 3811-2631 | (91) 3811-2244

**E-MAIL:**

contato@insaude.org.br

**TRANSPARÊNCIA:**

Link Portal Transparência

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Balancete Social 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2025 17:43:46
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1528



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



O **HOSPITAL GERAL DE IPIXUNA DO PARÁ**, localizado no município de Ipixuna do Pará, é uma iniciativa do governo do estado do Pará que tem por objetivo proporcionar melhor qualidade nos serviços de saúde prestados à população da Região de Saúde Metropolitana III é constituída por 11 (onze) municípios a citar: Castanhal, Curuçá, Igarapé-Açu, Inhangapí, Magalhães Barata, Maracanã, Marapanim, São Domingos do Capim, São Francisco do Pará, São João da Ponta, Terra Alta, Aurora do Pará, Capitão Poço, Garrafão do Norte, Ipixuna do Pará, Irituia, Mãe do Rio, Nova Esperança do Piriá, Paragominas, Santa Maria do Pará, São Miguel do Guamá e Ulianópolis, em vistas a uma melhor resolutividade do atendimento especializado.

O município de Ipixuna – PA possui área construída de 2.747,31m²; estrutura física equipada e mobiliada, adequada ao perfil assistencial, operando com excelência na Rede Pública.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



O **HOSPITAL GERAL DE IPIXUNA DO PARÁ**, possui a seguinte estrutura física:

Internação:

- Leitos de Internação: 24 LEITOS
 - Clínica Médica
 - Clínica Cirúrgica
 - Clínica Ortopédica/Trauma
 - Clínica Ginecológica

Ambulatório - Atendimento Eletivo:

- Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia, Infectologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Urologia

Centro Cirúrgico**Urgência e Emergência:**

- Atendimento 24 h

SADT:

- Serviço Disponível: 24 Horas
 - Análises Clínicas, Eletrocardiograma, Raios-X, Ultrassonografia Geral

03

GESTÃO DA UNIDADE



ANA ELIZA DA S. ALVES
Diretora Geral



RODOLFO L. ZANCANARO
Diretor Técnico – RT



ANA CLARA X. BATISTA
Gerente Assistencial – RT

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:46
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICAÇÃO

1529



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

04

DESEMPENHO DA UNIDADE



1. PESSOAS E SATISFAÇÃO DE CLIENTES

NÚMERO DE COLABORADORES

128

2025

CORPO CLÍNICO

12

2025

ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE

97%

2025

2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

INTERNAÇÃO

1.733

2025

CIRURGIA

1.824

2025

ATENDIMENTO MÉDICO

14.320

2025

ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL

2.170

2025

SADT

46.478

2025

3. DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO

TOTAL TREINAMENTO

129

2025

TOTAL DE PARTICIPANTES EM TREINAMENTO

2.250

2025

TOTAL DE HORAS EM TREINAMENTO

692 h

2025

DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em qualidade

Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
 Data: 17/07/2026 17:43:46
 Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
 9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
 Lei Federal nº 13.874/2019
 Lei Federal nº 14.195/2021
 Lei Federal nº 14.133/2021
 Medida Provisória 2.200-2
 Decreto Federal 10.278/2020
 Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE

1530



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

05

AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



1. EIXOS TEMÁTICOS E IMPACTO GERADO



Humanização & Acolhimento

Ações alinhadas à HumanizaSUS, com acolhimento hospitalar, televisão educativa, infográfico beira-leito, momento de conexão e fé e cantinho de leitura, tornando a experiência do paciente mais acolhedora.

Qualitativo



Comissões & Qualidade Assistencial

Atuação de 11 comissões e núcleos institucionais, fortalecendo a governança, a segurança do paciente, a ética, a sustentabilidade e a qualidade assistencial.

Qualitativo



Educação em Saúde & Prevenção

Campanhas temáticas ao longo do ano, com foco em conscientização, prevenção e diagnóstico precoce, mobilizando colaboradores, usuários e comunidade.

Qualitativo



Saúde da Mulher

Realização de ações voltadas ao bem-estar e à prevenção, com Mês da Mulher, Março Lilás, Outubro Rosa e Dia D de consulta ginecológica para colaboradoras.

Qualitativo



Valorização Profissional

Reconhecimento de aniversariantes, Semana da Enfermagem, plano de carreira, promoções internas e contratemperização institucional, fortalecendo pertencimento e motivação.

Qualitativo



Mobilização Comunitária & Solidariedade

Ações que ampliam o vínculo com a comunidade, como campanha de doação de sangue, primeira Corrida do HGI e entrega de cestas básicas.

Qualitativo | Indicador Quantitativo



Articulação em Rede & Direitos

Parcerias com CAPS, COREN/PA, HEMOPA, SICREDI, Polícia Civil, Defensoria Pública e rede municipal em ações educativas, preventivas e de proteção de direitos.

Qualitativo



2. PRINCIPAIS AÇÕES E INDICADORES QUANTITATIVOS

Síntese numérica elaborada a partir do Relatório de Ações Sociais do HGI | 2025.



11

Comissões e núcleos atuantes com foco em qualidade, segurança, ética, humanização e sustentabilidade.

Governança e Qualidade



5

Acolhimento hospitalar, televisão educativa, infográfico beira-leito, momento de conexão e fé e cantinho de leitura.

Humanização



9

Janeiro Branco, Fevereiro Rosa e Laranja, Março Lilás, Junho Vermelho, Agosto Lilás, Setembro Amarelo, Outubro Rosa, Novembro Azul e Dezembro Vermelho.

Educação em Saúde



4

Mês da Mulher, Março Lilás, Outubro Rosa e Dia D de consulta ginecológica.

Saúde da Mulher



3

Janeiro Branco, Setembro Amarelo e Soja Girassol, com foco em saúde mental e prevenção.

Saúde Mental



4

Aniversariantes do mês, Semana da Enfermagem, plano de carreira e contratemperização institucional.

Gestão de Pessoas



6

Colaboradores promovidos em 2025 por meio do processo de seleção interna e plano de carreira.

Desenvolvimento Profissional



215

Participações registradas na ação realizada em parceria com SICREDI, HEMOPA e rede municipal.

Mobilização Comunitária



190

Doações realizadas durante a campanha solidária promovida em setembro.

Impacto Social



4

Páscoa, campanha de doação de sangue, primeira Corrida do HGI e entrega de cestas básicas.

Comunidade e Solidariedade

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
Balanco Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2025 17:43:46
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



1531

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL



1. Aniversariantes do Mês



A celebração dos aniversariantes reforça o sentimento de proximidade e valorização das pessoas no ambiente de trabalho.



2. Plano de Carreira



As promoções internas estimulam o crescimento profissional, reconhecimento de talentos e fortalecimento das equipes.



3. Semana da Enfermagem



A programação homenageia a enfermagem, reconhecendo avanços, compromisso ético e a importância da categoria para o cidadão.



4. HGI 7 Anos e Integração Institucional



A celebração do aniversário do Hospital une colaboradores, comunidade e parceiros em um momento de pertencimento e comemoração.



5. confraternização HGI



O encerramento do ano celebrou conquistas, integração entre os times e fortalecimento da cultura organizacional.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Belo Horizonte 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:46
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO



1. Janeiro Branco e Fevereiro Roxo/Laranja



As campanhas promoveram saúde mental, informação e conscientização sobre doenças crônicas e hematológicas.



2. Março Mulher e Março Lilás



As ações valorizaram as mulheres e reforçaram a prevenção ao câncer do colo do útero com atividades internas e externas.



3. Segurança do Paciente e Junho Vermelho



A programação reforçou metas de segurança do paciente e a importância permanente da doação de sangue.



4. Agosto Lilás e Setembro Amarelo



As campanhas ampliaram o debate sobre enfrentamento à violência contra a mulher e prevenção do suicídio.



5. Setembro Amarelo, Doação de Sangue e Outubro Rosa



As ações integraram cuidado com a saúde mental, mobilização para doação de sangue e prevenção ao câncer de mama.



6. Novembro Azul e Dezembro Vermelho



As campanhas encerraram o ano reforçando a prevenção ao câncer de próstata e a conscientização sobre ISTs e HIV/AIDS.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balancço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:46
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA



1. Comissões Técnicas e Humaniza SUS



As comissões técnicas e as ações do Humaniza SUS fortaleceram a gestão participativa, o acolhimento hospitalar e a experiência dos usuários.



2. Acolhimento, Espiritualidade e Ambiência



Ações simples e sensíveis tornaram o ambiente mais acolhedor, informativo e humanizado para pacientes e acompanhantes.



3. Páscoa com Usuários e Colaboradores



A celebração da Páscoa promoveu esperança, espiritualidade e integração entre colaboradores, pacientes e familiares.



4. Setembro Amarelo, Seja Girassol e Doação de Sangue



As ações reforçaram o cuidado com a vida, a saúde mental e a mobilização solidária em prol da doação de sangue.



5. Corrida HGI 7 Anos e Entrega de Cestas Básicas



A celebração dos 7 anos do HGI estimulou esporte, integração e solidariedade, com arrecadação e entrega de alimentos à comunidade.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:47
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICAÇÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



UNIDADE GERENCIADA

HOSPITAL REGIONAL DA PA 279

OURILÂNDIA DO NORTE - PA



ENDEREÇO:

Rua Ceará, s/n - Azevedo

CEP: 68.390-000 - Ourilândia do Norte - PA



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Atendimento: 24hs

Unidade de Internação: 24hs



TELEFONE:

(94) 3199-1430



E-MAIL:

contato@insaude.org.br

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em saúde

Balança Social | 2020



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:47
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Dantêira Nascimento Barboza Lima, em Sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



O **HOSPITAL REGIONAL DA PA 279**, é uma iniciativa do governo do estado do Pará que tem por objetivo realizar serviço de saúde prestado nessa Unidade Hospitalar é disponibilizado aos usuários da Rede de Saúde da Região do Araguaia, onde compreende 15 (quinze) municípios adjacentes: Água Azul do Norte, Bannach, Conceição do Araguaia, Cumaru do Norte, Floresta do Araguaia, Ourilândia do Norte, Sapucaia, Pau d'Arco, Redenção, Rio Maria, Santa Maria das Barreiras, Santana do Araguaia, São Félix do Xingu, Tucumã, Xinguara, contabilizando uma população de aproximadamente 550.000 habitantes.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



O **HOSPITAL REGIONAL DA PA 279** possui a estrutura física para atender a assistência:

Internação:

- Leitos de Internação: 90 LEITOS
 - Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Ginecológica, Clínica Pediátrica
- Leitos Complementares: 30 Leitos
 - UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal

Ambulatório - Atendimento Eletivo:

- Consultórios: 12
- Sala de Espera Pediatria: 01
- Sala de Classificação de Risco: 01 (adulto)
- Sala de Classificação de Risco: 01 (pediatria)

Centro Cirúrgico

Centro Obstétrico e SADT

Urgência e Emergência - Atendimento 24 h

- Atendimento 24 horas
 - Clínica Médica, Clínica Obstetra, Ortopedia / Trauma, Cirurgia Geral
- Atendimento Sobreaviso
 - Endoscopia, Vascular, Cirurgia pediátrica, Urologia, Oftalmologista

03

GESTÃO DA UNIDADE



EDER LÚCIO DE SOUZA
Diretor Geral



JACIARA ROSALVES
Diretora Técnica Médica - RT



MÁRCIO Q. SODRÉ DE SOUSA
Diretor Assistencial - RT

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Itaipava, Brasil | 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:47
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411 II

PROVA DE AUTENTICIDADE



04

DESEMPENHO DA UNIDADE



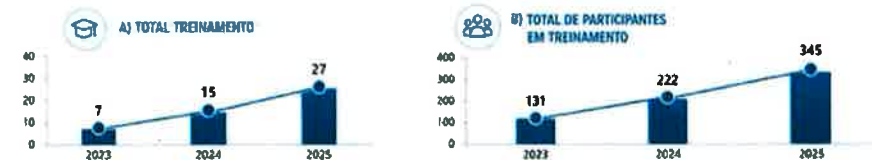
1. PESSOAS E SATISFAÇÃO DE CLIENTES



2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL



3. DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO



DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em qualidade

Balancete Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
 Data: 17/07/2026 17:43:47
 Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
 9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
 Lei Federal nº 13.874/2019
 Lei Federal nº 14.195/2021
 Lei Federal nº 14.133/2021
 Medida Provisória 2.200-2
 Decreto Federal 10.278/2020
 Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE

1537



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

05

AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



1. Eixos temáticos e impacto gerado



2. Principais ações desenvolvidas em 2025



3. Destaques do relatório



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
Balancete Social 2025Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:47
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c1b9
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICAÇÃO

1538



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

1. Reconhecimento, pertencimento e gratidão



Correio Positivo



Semana da Enfermagem



Homenagem à enfermagem



Colaborador Destaque

Correio Positivo, colaborador destaque e Semana da Enfermagem reforçaram a valorização das pessoas, o reconhecimento público e o orgulho de pertencer à equipe.

2. Escuta ativa e aproximação com a gestão



Café com a Diretoria



Diálogo com colaboradores



Escuta e alinhamento



Aproximação estratégica

O Café com a Diretoria criou um espaço contínuo de diálogo, alinhamento, feedback e troca direta entre colaboradores e liderança.

3. Integração, celebração e cultura de equipe



Aniversariantes do mês



Celebração da equipe



Integração mensal



Celebração do fim de ano

Aniversariantes do mês e ações comemorativas fortaleceram vínculos, leveza no ambiente de trabalho e integração entre diferentes setores do hospital.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Itaquajuba 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:47
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO

1. Campanhas de prevenção e calendário da saúde



Janeiro Branco



Fevereiro Roxo



Dia Mundial do Rim



Março Lilás



Semana de Imunização

As campanhas Janeiro Branco, Fevereiro Roxo, Dia Mundial do Rim, Março Lilás e Semana Mundial de Imunização ampliaram a orientação preventiva para colaboradores, pacientes e acompanhantes.

2. Educação em saúde nas recepções e no cuidado diário



Palestras na recepção



Material educativo Março Lilás



Cartão para palestra



Conteúdo educativo

Mini palestras e orientações em sala de espera aproximaram a informação em saúde da rotina da unidade, com linguagem acessível e foco no cuidado preventivo.

3. Segurança assistencial e cultura de prevenção



Campanha Adorno Zero



Sensibilizações nos setores



Uma carteira de bolso



Boas práticas assistenciais

Ações como Adorno Zero e sensibilizações internas reforçaram boas práticas, redução de riscos e condutas seguras no ambiente assistencial.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade

Relatório Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2025 17:43:47
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1540

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA

1. Acolhimento, saúde emocional e cuidado com quem cuida



Cuidando de Quem Cuida



Pôster de saúde mental



Bem-estar



Reconhecimento do mês

O projeto de apoio psicológico e as ações de saúde mental promoveram escuta, bem-estar e suporte emocional aos colaboradores.

2. Mobilização comunitária e acesso ao cuidado preventivo



Agosto Dourado



Dia O da Mamografia



Outubro Rosa



Testes rápidos



Dezembro Vermelho

Agosto Dourado, Outubro Rosa, Dia O da Mamografia e Dezembro Vermelho mobilizaram pacientes, colaboradores e rede municipal em ações de prevenção e cuidado ampliado.

3. Alegria, vínculo e humanização da experiência hospitalar



Grupo de Dança



Alegria nos setores



Humanização com pacientes



Interação e acolhimento

A visita do Grupo do Riso levou música, brincadeiras e leveza aos setores, fortalecendo a humanização e a proximidade com pacientes e famílias.

10

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Itaipava Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:47
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1541



UNIDADE GERENCIADA

PRONTO SOCORRO CENTRAL

DR. ARMANDO GOMES DE SÁ COUTO

SÃO GONÇALO - RJ



ENDEREÇO:

Alameda Pio, s/n - Centro
CEP 24440-410 - São Gonçalo - RJ



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Socorro: 24hs



TELEFONE:

(21) 2199-6122 | (21) 2604-8209



E-MAIL:

contato@insaude.org.br

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em **ciudadã**

Balanco Social | 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:47
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1542



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



O PRONTO SOCORRO CENTRAL DR. ARMANDO GOMES DE SÁ COUTO é componente integrante da rede de atenção à saúde do SUS em São Gonçalo - RJ, articulando-se com a Atenção Básica de Saúde do município, além de estar inserido nos fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, coordenados pela Central de Regulação Médica de Urgência na região.

A população total do município de São Gonçalo-RJ é de 1,2 milhões de habitantes conforme IBGE de 2020.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



O PRONTO SOCORRO CENTRAL DR. ARMANDO GOMES DE SÁ COUTO possui a seguinte estrutura física:

1º Pavimento:

- Recepção
- Acolhimento, Classificação de Risco
- Psicossocial
- Urgência/Emergência (Amarela/Vermelha)
- Observações
- Consultórios
- Raios X, USG
- Odontologia

2º Pavimento:

- Unidades de Internação: Clínica Médica, Cirúrgica, Ortopédica, UTI Geral I e II
- Tomografia Computadorizada
- Suprimentos (Almoxarifado e Farmácia)
- Centro Cirúrgico/CME
- Engenharia Clínica, Manutenção e Nutrição e Dietética

3º Pavimento:

- Administração/Direção
- Faturamento
- Comissões
- Educação Continuada
- SESMT
- Contabilidade / Financeiro
- Compras
- RH/DP e Arquivo
- Anexo: Laboratório, Rouparia, Hemonúcleo e NIR

03

GESTÃO DA UNIDADE



**JOSÉ VANDERLEI
CLAUSE IBÍNG**

Diretor Geral

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanço Social 2021



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:47
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9884db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

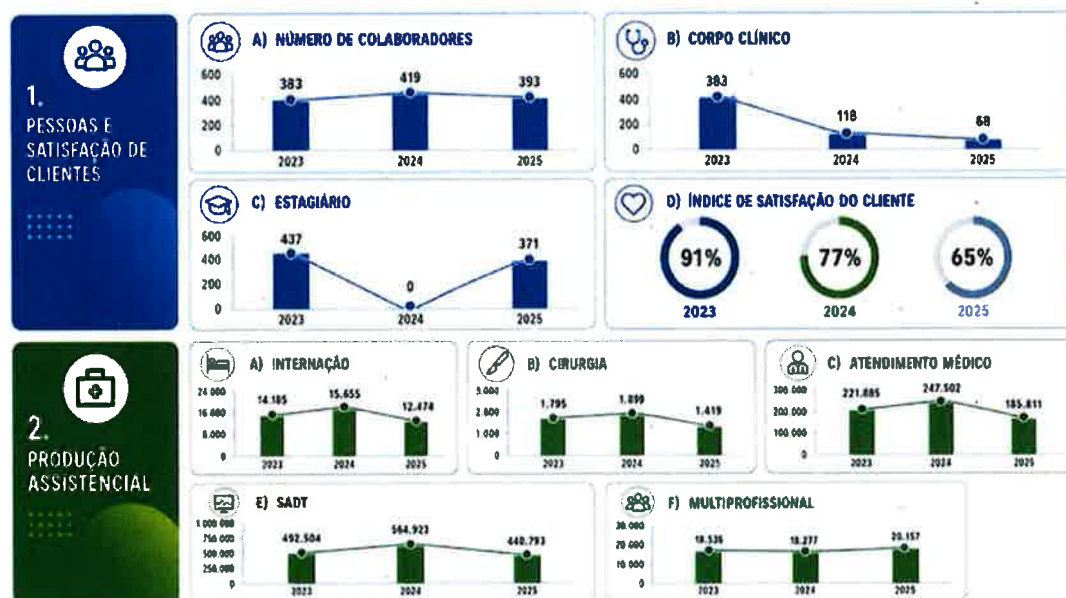


1543

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

04

DESEMPENHO DA UNIDADE



DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO



COLABORADORES
Evolução de 383 para 393
entre 2023 e 2025.

+2,6%
no período



MULTIPROFISSIONAL
Resultado final superior
ao início da série.

+8,7%
no período



TOTAL TREINAMENTO
Resultado final superior
ao patamar inicial da série.

+17,1%
no período

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balancço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:48
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1544



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



UNIDADE GERENCIADA

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE SENGÉS

SENGÉS - PR



ENDEREÇO:

Rua Vereador Basílio da Costa, 255 - Morungava
CEP 84220-000 - Sengés - PR



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Atendimento: 24h



TELEFONE:

(43) 3567-1846 | (43) 3567-1847



E-MAIL:

contato@insaude.org.br



de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Balanco Social | 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:48
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9894ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



O **PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE SENGÉS** é componente integrante da rede de atenção à saúde do SUS em Sengés-PR, articulando-se com a Atenção Básica de Saúde do município, além de estar inserido nos fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, coordenados pela Central de Regulação Médica de Urgência na região.

- Unidade Básica de Saúde Centro Social Rural, Unidade Básica de Saúde Mutirão II, Unidade Básica de Saúde Ouro Verde, Unidade Básica de Saúde Vila São Pedro, Pronto Socorro.

A população total do município de Sengés-PR é de 17.270 habitantes conforme IBGE de 2022, possui área de 1.437 km² e o Índice de Desenvolvimento Humano—IDH é de 0,718 IBGE de 2020.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



O **PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE SENGÉS** possui a seguinte estrutura física:

Urgência e Emergência - Atendimento 24 h:

- Recepção / Área de Espera.
- Sala de Triagem e Classificação de Risco: 01
- Sala de Acolhimento para Gestante para realização de Cardiotoco: 01
- Sala de Emergência: 02 LEITOS.
- Sala de Sutura e Curativo.
- Sala de Inalação.
- Sala de Medicação.
- Sala de Observação Adulto: 05 LEITOS e 01 ISOLAMENTO
- Sala de Observação Pediatria: 02 LEITOS.

Ambulatório - Atendimento Eletivo:

- Consultórios: 02
- Sala Serviço Social: 01

Apoio Diagnóstico e Exames:

- Tomografia.
- Radiologia.
- Eletroencefalograma.

03

GESTÃO DA UNIDADE



ALANA KAREN DE O. MIRANDA
Gerente Administrativo



BRUNO LUIZ O. BARREIRO
Médico Responsável Técnico



TAISA CAROLINE M. DE MATOS
Enfermeira Responsável Técnica

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Orçamento Social 2025



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:48
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

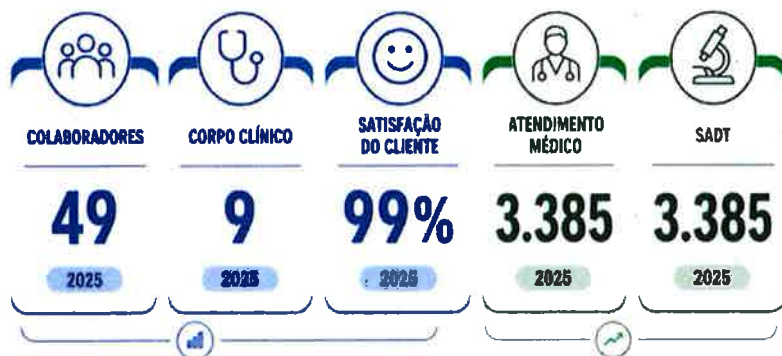
PROVA DE AUTENTICIDADE

1546

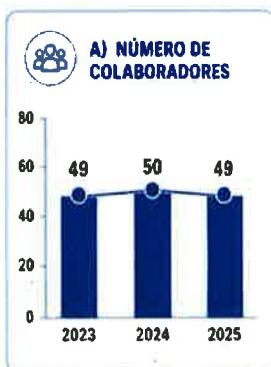
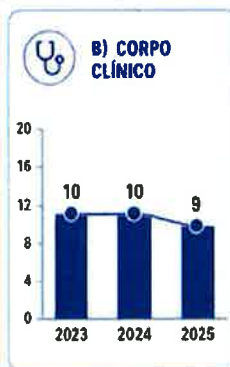


04

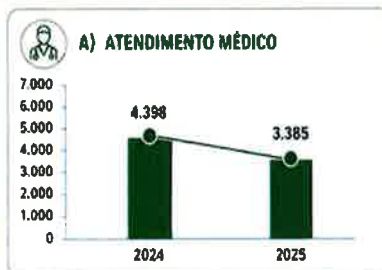
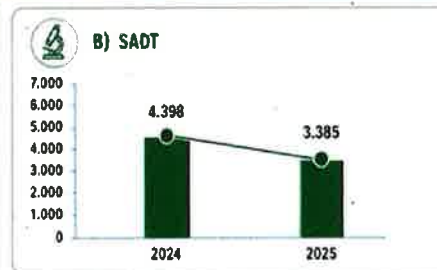
DESEMPENHO DA UNIDADE



1. PESSOAS E SATISFAÇÃO DE CLIENTES



2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL



DESTAQUES DO PERÍODO



EQUIPE ESTÁVEL

Manutenção estável do número de colaboradores e do corpo clínico ao longo do período.



SATISFAÇÃO EM ALTA

Crescimento constante no índice de satisfação do cliente entre 2023 e 2025.



PRODUÇÃO CONSISTENTE

Alta produção assistencial mantida em 2024 e 2025 nas duas frentes.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em qualidade
Balancço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:48
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05f7ce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE



1547

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

05

AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



1. EIXOS TEMÁTICOS E IMPACTO GERADO



Humanização & Acompanhamento

Fortalecimento do atendimento humanizado, com foco em visitas domiciliares, visitas e orientação adequada à população.

Qualitativo



Segurança do Paciente & Protocolos

Implementação e fortalecimento de protocolos essenciais para reduzir riscos e padronizar o cuidado ao paciente.

Qualitativo



Educação Permanente & Capacitação

Realização de treinamentos e capacitações para qualificação técnica das equipes e segurança assistencial.

Qualitativo



Saúde Preventiva & Conscientização

Campanhas temáticas durante todo o ano promovendo prevenção, saúde mental e direitos, com foco na educação em saúde.

Qualitativo



Ampliação Multiprofissional

Inclusão de apoio fisioterapêutico e atendimento odontológico para pacientes internados, ampliando o cuidado integral.

Qualitativo



Tecnologia, Diagnóstico & Apoio Clínico

Aquisição de novos equipamentos que contribuam para atendimentos mais rápidos, precisos, seguros e humanizados.

Qualitativo



Responsabilidade Social & Comunidade

Ações que aproximam a unidade da comunidade, apoiam prevenção, sustentabilidade e valorizam as colaborações.

Qualitativo

2. PRINCIPAIS AÇÕES INSTITUCIONAIS

1



Perfil Assistencial 24h

Unidade com estrutura completa para atender urgências e emergências clínicas 24 horas por dia, com leitos de observação e salas assistenciais.

Assistência

2



Protocolos de Segurança Assistencial

Implementação de protocolos essenciais que garantem segurança, qualidade e padronização no atendimento ao paciente.

Segurança

3



Comitês Institucionais Ativos

Comissões atuantes em segurança do paciente, infecção hospitalar, revisão de óbitos, educação permanente e notificações compulsórias.

Gestão & Qualidade

4



Educação em Saúde nas Redes Sociais

Divulgação de conteúdos educativos, campanhas e orientações para manter a população informada e engajada no cuidado.

Comunicação

5



Capacitação em Planos de Segurança

Treinamento intensivo para controladores de acesso, em parceria com a Guarda Municipal, fortalecendo a resposta inicial em emergências.

Capacitação

6



Capacitação Básica Assistencial

Treinamentos em Cardiocardiografia e Curso de Sutura para enfermeiros, ampliando a qualificação e segurança do cuidado.

Educação em Saúde

7



Campanhas de Conscientização

Ações de Janeiro Branco, Fevereiro Roxo e Laranja, Abril Azul, Agosto Lilás, Setembro Amarelo e Outubro Rosa.

Prevenção

8



Ampliação Multiprofissional

Visita da fisioterapia 2x por semana e atendimento odontológico diário para pacientes internados.

Cuidado Integral

9



Tecnologias para Apoio ao Cuidado

Aquisição de aparelho de geometria e venoscópio, promovendo mais agilidade, precisão e segurança assistencial.

Tecnologia & Inovação

10



Responsabilidade Social e Comunidade

Campanha de doação de sangue, doação de roupas, apoio ao Velocross e projeto Funcionário Destaque, aproximando unidade e comunidade.

Impacto Social

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
Balança Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:48
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE



06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL



1. Projeto Funcionário Destaque | 2025



Iniciativa criada para reconhecer e premiar colaboradores que se destacam no trabalho, reforçando pertencimento, reconhecimento e valorização profissional.



2. Doações e apoio à assistência | 2025



Por meio da Secretaria Municipal de Saúde, foram incorporadas tecnologias para tornar o atendimento mais rápido, seguro e humanizado. A campanha de doação de sangue mobilizou profissionais e comunidade em favor da vida.



3. Responsabilidade social e vínculo com a comunidade | 2025



As ações sociais fortaleceram a presença institucional no território, ampliando solidariedade, integração comunitária e compromisso com o cidadão.

10 anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanco Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:48
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1549



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO



4. Treinamentos e capacitações institucionais | 2025

Treinamento intensivo de primeiros socorros para os controladores de acesso com a Guarda Municipal.

Capacitação em Cardiotelegrafista ministrada pelo Obstetra Dr. Leonardo Dutra.

Curso de sutura para enfermeiros.



As capacitações fortaleceram o preparo técnico das equipes, ampliando segurança, resposta assistencial e qualificação do cuidado.



5. Agenda da Saúde e campanhas temáticas | 2025



A Agenda da Saúde mobilizou colaboradores e comunidade em campanhas de conscientização, prevenção e promoção da cidadania ao longo do ano.



6. Outubro Rosa e campanha de doação de sangue | 2025

OUTUBRO ROSA | Conscientização e engajamento

CAMPANHA DE DOAÇÃO DE SANGUE | Solidariedade que salva vidas



As ações temáticas reforçaram prevenção, solidariedade e engajamento coletivo, aproximando o Pronto Atendimento da comunidade.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:48
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1550

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA



7. Cuidado ampliado ao paciente

FISIOTERAPIA - ATENDIMENTO COM CAROLINE

ODONTOLOGIA - ATENDIMENTO COM DR. TIAGUI



A ampliação da assistência com fisioterapia e odontologia fortaleceu o cuidado contínuo, o acompanhamento especializado e a humanização do atendimento aos pacientes.



8. Tecnologias e apoio à assistência

APARELHO DE GASOMETRIA

VENOSCÓPIO



Com apoio da Secretaria Municipal de Saúde, a incorporação do aparelho de gasometria e do venoscópio trouxe mais agilidade, segurança e precisão ao atendimento assistencial.



9. Mobilização comunitária e solidariedade

5ª ETAPA LESTE DE VELOCROSS EM SENEGES

PROJETO CORAÇÃO NO RITMO CERTO

VISITA DA SANTA CASA DE ITARARE/SP

CAMPANHA INTERNA DE DOAÇÃO DE ROUPAS DO P.A.



As ações de solidariedade e mobilização comunitária fortaleceram o vínculo com o território, ampliando integração social, engajamento e comprometimento institucional.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
Balanco Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:48
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE



1551

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



UNIDADE GERENCIADA

UNIDADE PENITENCIÁRIA MASCULINA

BERNARDINO DE CAMPOS - SP



ENDEREÇO:

Rodovia Raposo Tavares, Km 338 - Zona Rural
CEP 18960-000 - Bernardino de Campos - SP



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

...



TELEFONE:

(14) 3573-1000



E-MAIL:

contato@insaude.org.br



10

anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em cuidado.
Balanço Social 2026

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:48
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

1552

01

PERFIL DA UNIDADE



A PENITENCIÁRIA DE BERNARDINO DE CAMPOS É UMA UNIDADE PRISIONAL MASCULINA ADMINISTRADA PELA SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (SAP), DESTINADA AO CUMPRIMENTO DE PENAS EM REGIME FECHADO. A UNIDADE FOI OFICIALMENTE INAUGURADA EM 27 DE JUNHO DE 2014, COMO PARTE DA AMPLIAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO PAULISTA.

Está localizada na Rodovia Raposo Tavares (SP-270), km 338+600m, na zona rural do município de Bernardino de Campos, interior do estado de São Paulo.

A capacidade projetada da unidade é de aproximadamente 847 detentos do sexo masculino.

O município de Bernardino de Campos possui limites territoriais com as cidades de Santa Cruz do Rio Pardo, Piraju, Óleo e Ipaussu.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



A Penitenciária de Bernardino de Campos possui a seguinte estrutura física:

- 01 consultório médico.
- 01 consultório odontológico.
- 01 sala de procedimentos.

03

GESTÃO DA UNIDADE



DOUGLAS ESTRUZANI PAVARINI
Diretor Administrativo

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:48
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fddc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICAÇÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



UNIDADE GERENCIADA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

MARAMBAIA DR. JOÃO MENEZES

BELEM - PA



ENDEREÇO:

Rua Maracaninha Belo, s/n - Bairro da Marambaia
CEP: 66623-240 - Belém - PA



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Atendimento: 24hs



TELEFONE:

(91) 9.8505-2016



E-MAIL:

contato@insaude.org.br

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado.

Balanco Social | 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:49
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1554

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barrozo Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



A UPA 24HS – MARAMBAIA - DR. JOÃO MENEZES é uma estratégia do Governo Federal junto com o Município, fomentada no ano de 2018, na perspectiva de assistir à população acima de 150 mil habitantes na prestação de serviço de média complexidade.

A Unidade de Pronto Atendimento João Menezes, UPA Marambaia, está localizada na Rua Maravalho Belo nº77, no bairro da Marambaia, cidade de Belém do Pará.

A unidade realiza atendimentos de urgência e emergência e de menor complexidade com apoio de serviços: odontológicos de urgência e emergência, diagnóstico e exames laboratoriais, de imagem radiológicos, eletrográficos, hemoterapia, remoção em ambulância extra-hospitalar. O atendimento é priorizado de acordo com a classificação de risco e o protocolo de Manchester.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



A UPA 24HS – MARAMBAIA - DR. JOÃO MENEZES – Porte III possui a seguinte estrutura física:

Urgência e Emergência - Atendimento 24 h:

- Salas de Classificação de Risco: 01
- Consultórios Adulto: 02
- Consultório Pediátrico: 01
- Sala de Serviço Social: 01
- Sala de Sutura, Curativo
- Sala de Medicação
- Sala de Hidratação com 02 LEITOS
- Sala Vermelha: 03 LEITOS
- Sala de Observação Masculina: 03 LEITOS
- Sala de Observação Feminina: 03 LEITOS
- Sala de Observação Pediátrica: 03 LEITOS
- Quarto Individual de curta duração: 02 LEITOS

Leitos – COVID-19:

- Sala de Clínica Médica - Misto com 02 LEITOS
- Sala Covidário – 03 LEITOS

Apoio Diagnóstico e Exames:

- Radiologia
- Laboratório de Análises Clínicas

03

GESTÃO DA UNIDADE



DOUGLAS BALDEZ
Diretora Regional

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em confiança

Balanco Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:49
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05f5fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



04

DESEMPENHO DA UNIDADE



DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em qualidade
Balancço Social 2025Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
 Data: 17/07/2026 17:43:49
 Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
 98b4dbb99fc06a59f05fce406406c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
83fdcc19286afd5a

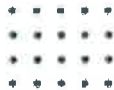
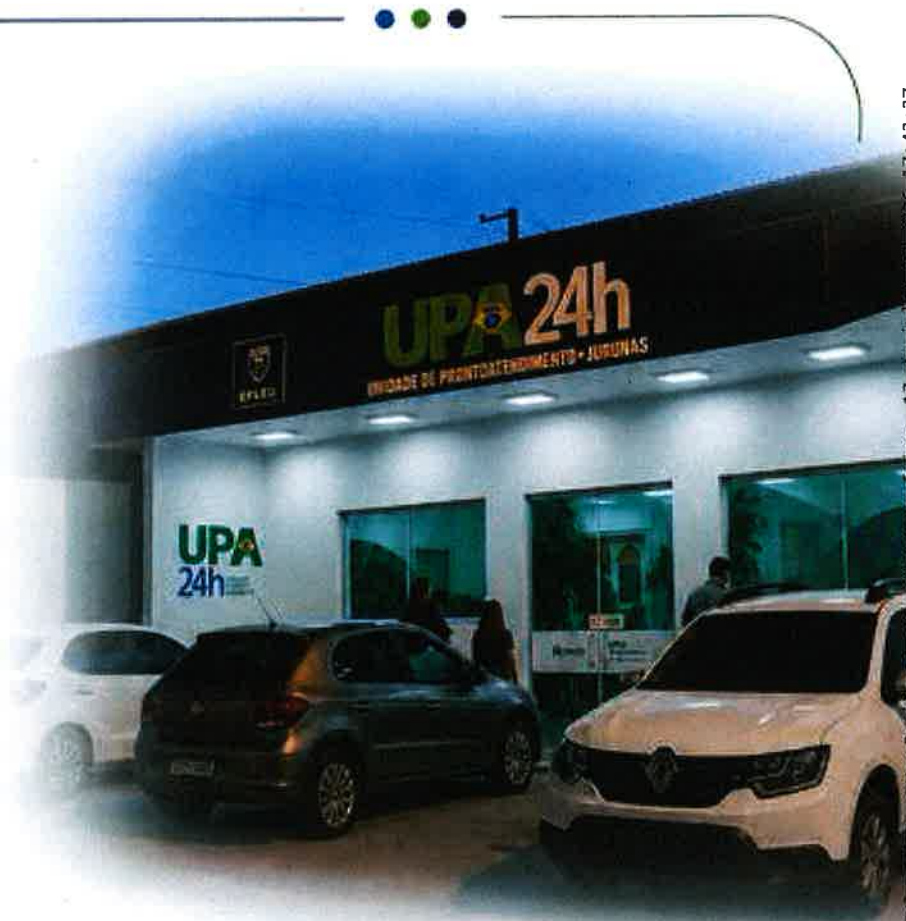
Lei Federal nº 12.682/2012
 Lei Federal nº 13.874/2019
 Lei Federal nº 14.195/2021
 Lei Federal nº 14.133/2021
 Medida Provisória 2.200-2
 Decreto Federal 10.278/2020
 Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE

1556



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



UNIDADE GERENCIADA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA JURUNAS

BELÉM - PA



ENDEREÇO:

Travessa Bom Jardim, s/n - Jurunas
CEP: 66030-135 - Belém - PA



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Atendimento: 24hs



TELEFONE:

(91) 9.8585-1181



E-MAIL:

contato@insaude.org.br

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em saúde

Realiza Análise 2021

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:49
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Mastromonte Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



A **UPA 24HS JURUNAS** trata-se de componentes pré-hospitalares fixos da Rede de Atenção às Urgências e se caracterizam como estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



A **UPA 24HS JURUNAS** possui a seguinte estrutura física:

Urgência e Emergência - Atendimento 24 h:

- Salas de Classificação de Risco: 01
- Sala de Serviço Social: 01
- Consultório de Odontologia: 01
- Consultórios Adulto: 06
- Consultório Pediátrico: 01
- Sala de Sutura, Curativo
- Sala de Medicação
- Sala Vermelha: 04 LEITOS
- Sala de Observação Masculina: 05 LEITOS
- Sala de Observação Feminina: 05 LEITOS
- Sala de Observação Pediátrica: 03 LEITOS
- Quarto Individual de curta duração: 02 LEITOS.

Apoio Diagnóstico e Exames:

- Radiologia
- Laboratório de Análises Clínicas

03

GESTÃO DA UNIDADE



DOUGLAS BALDEZ
Diretora Regional

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Itaboraí, 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:49
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

04

DESEMPENHO DA UNIDADE



DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO



SADT
Crescimento contínuo ao longo do período.

+10,1%
no período

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em qualidade.
Balancço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:49
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



UNIDADE GERENCIADA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA JACINTINHO DR. ISMAR GATTO MACEIÓ - AL



ENDEREÇO:

Av. Juca Sampaio, s/n - Jacintinho
CEP: 57040-600 - Maceió - AL



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Atendimento: 24hs



TELEFONE:

(82) 3024-9048



E-MAIL:

contato@insaude.org.br

10 anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em cuidado.
Balço Social | 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:49
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1560



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de junho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



A **UPA JACINTINHO - DR ISMAR GATTO** é componente integrante da rede de atenção à saúde do SUS em Maceió – AL, articulando-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contra referência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



A **UPA JACINTINHO - DR ISMAR GATTO** possui a seguinte estrutura física:

Urgência e Emergência - Atendimento 24 h:

- Sala de Serviço Social: 01
- Salas de Classificação de Risco: 02
- Consultórios Adulto: 04
- Consultório Pediátrico: 01
- Consultório Ortopédico: 01
- Consultório de Odontologia
- Sala de Sutura, Curativo e Gesso,
- Sala de Medicação e Inalação,
- Sala Vermelha: 04 LEITOS
- Sala de Observação Amarela (Adulto): 08 LEITOS
- Sala de Observação Amarela (Pediátrica): 05 LEITOS
- Quartos de Isolamento: 02 com 01 LEITO cada na área amarela.

Apoio Diagnóstico e Exames:

- Sala de Eletrocardiograma,
- Radiologia,
- Laboratório de Análises Clínicas.

03

GESTÃO DA UNIDADE



MAILSON M. PEIXOTO
Diretor Administrativo



THALITA J. PEIXOTO
RT Médica



MONIKA MARIA C. SILVA
Coord de Enfermagem

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:49
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICAÇÃO

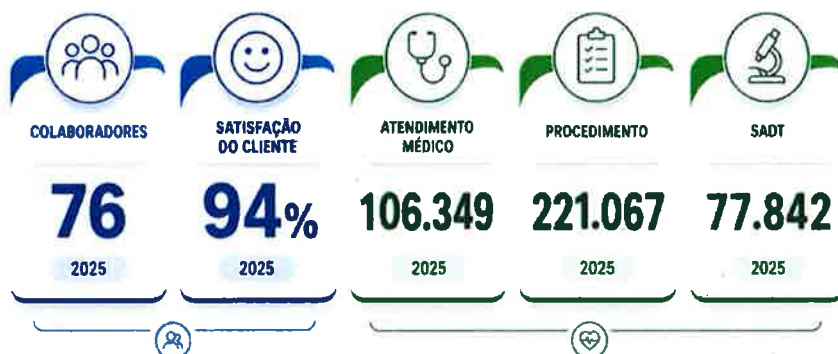


1561

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

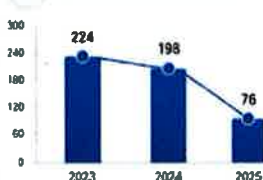
04

DESEMPENHO DA UNIDADE

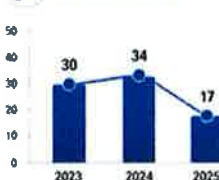


1. PESSOAS E SATISFAÇÃO DE CLIENTES

A) NÚMERO DE COLABORADORES



B) CORPO CLÍNICO

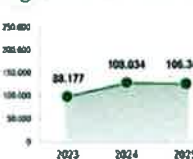


C) ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE

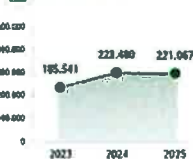


2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

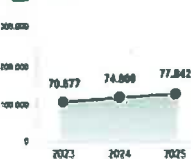
A) ATENDIMENTO MÉDICO



B) PROCEDIMENTO



C) SADT



D) MULTIPROFISSIONAL

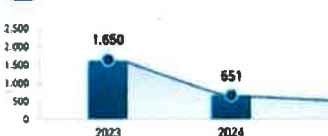


3. DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO

A) TOTAL TREINAMENTO



B) TOTAL DE PARTICIPANTES EM TREINAMENTO



DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO

ÍNDICE DE SATISFAÇÃO
Resultado final superior
ao primeiro mês do ano

+6,8%
no período

ATENDIMENTO MÉDICO
Resultado final superior
ao início do ano

+20,6%
no período

PROCEDIMENTO
Resultado final superior
ao primeiro mês do ano

+19,2%
no período

SADT
Crescimento contínuo
ao longo do período

+10,1%
no período

MULTIPROFISSIONAL
Expansão expressiva
ao longo dos três anos

+101,1%
no período

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Balancete Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:49
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1562

05

AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



1. Eixos temáticos e impacto gerado



2. Principais ações desenvolvidas em 2025

ABRIL	MAIO	JUNHO
13h de treinamentos 83 participantes. Protocolos, PIC, arbovíruses, dengue, laboratório, humanização e coordenações.	8 treinamentos/reunião 11h + ações 10 colaboradores: capacitações. Óbitos, exames externos, dermatologia e fluxos.	Bônus de indução Vacinas anti-ébola, Varicela, respiratórias, vigilância, coleta, diagnóstico e tratamento.
JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Farmácia + Enfermagem: Rotinas, estoque, rotas, fluxos, territorialização, limpeza e passagem de plantão.	Correlatos e Fluxos: Padronização assistencial, rastreabilidade, devolução de medicamentos e drogas venenosas.	Treinamento de monitoria SC: profissionais Discussão epidemiológica e fortalecimento da vigilância em saúde.
OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
Maternidade e Enfermagem: Maternal, PICU, plano antepartida, doenças da natalidade, parto e cesárea de monitoria.	Monitoria, taxa humana e medição de conflitos: fortalecimento técnico e das relações no atendimento.	Registra ações realizadas em dezembro, com treinamentos em andamento, ações assistenciais e atividades de encerramento de ano.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Balanço Social 2025

123

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:49
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1563

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL



1. Treinamentos e suporte técnico ao cuidado

Treinamento - Bomba de Infusão



Treinamento Vacina Antirrábica



Capacitações práticas fortaleceram o uso seguro de tecnologias e o manejo assistencial em situações que exigem atenção técnica e resposta qualificada.



2. Reuniões e alinhamentos multiprofissionais

Reunião com a Equipe da Farmácia e Enfermagem



Padronização de Fluxos Assistenciais com a Equipe de Enfermagem



Os encontros entre as equipes promoveram escuta, alinhamento de condutas e maior integração entre os profissionais envolvidos no cuidado.



3. Organização dos processos assistenciais

Alinhamento de Processos para Dispensação de Correlatos entre Enfermagem e Farmácia



A revisão dos processos contribuiu para mais fluidez operacional, melhor comunicação entre setores e maior segurança nas rotinas assistenciais.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado

Balancos Sociais 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:49
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO



1. Treinamentos clínicos e assistência segura

Treinamento sobre Drogas Vasoativas
voltado à Equipe de Enfermagem



Treinamento sobre PCR



As capacitações fortaleceram o preparo das equipes para respostas clínicas seguras, condutas assistenciais e tomada de decisão em situações críticas.



2. Núcleo de Educação Permanente e protocolos prioritários

Treinamento de Meningite



Treinamento sobre Fluxograma para
Intoxicação por Metanol



A educação permanente ampliou a atualização técnica sobre agravos prioritários, fortalecendo vigilância, assistência e padronização de fluxos.



3. Alinhamentos operacionais da rotina

Alinhamento de funções e atividades da escala



Ajustes de limpezas terminais e concorrentes



Os alinhamentos operacionais contribuíram para melhor organização das escalas, definição de responsabilidades e mais eficiência nas rotinas de apoio ao cuidado.

10 anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em Cuidado!
Belo Horizonte, 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:50
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA



1. Vigilância e protocolos específicos

Treinamento sobre Soro Antirrábico SESAU

Alinhamento do fluxo para Raiva Humana



As ações reforçarão o conhecimento técnico sobre profilaxia, manejo clínico e organização dos fluxos voltados aos casos de raiva humana.



2. Doenças de notificação e resposta oportuna

Abordagem do fluxograma de doenças de notificação imediata

Apresentação na SESAU de caso de meningite atendido na UPA



Os encontros ampliaram a capacidade de resposta das equipes, fortaleceram a notificação oportuna e a articulação com a rede de vigilância.



3. Integração das equipes e mediação de conflitos

Treinamento sobre Meningites

Mediação de Conflitos nas Unidades de Pronto Atendimento



As atividades favoreceram o diálogo entre profissionais, a qualificação da condução dos casos e o fortalecimento das relações de trabalho.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Itaquajé Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:50
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1566



UNIDADE GERENCIADA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

TABULEIRO DOS MARTINS
GALBA NOVAIS DE CASTRO

MACEIÓ - AL



ENDEREÇO:

Av. Durval de Góes Monteiro, nº 350 - Tabuleiro dos Martins
CEP: 57061-000 - Maceió - AL



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Atendimento: 24hs



TELEFONE:

(82) 2121-8900



E-MAIL:

contato@insaude.org.br



de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em *culdade*

Balanco Social | 2025



Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:50
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

UPA 24H TABULEIRO DOS MARTINS - GALBA NOVAIS DE CASTRO

01

PERFIL DA UNIDADE



A **UPA TABULEIRO DOS MARTINS - GALBA NOVAIS DE CASTRO** é componente integrante da rede de atenção à saúde do SUS em Maceió – AL, articulando-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contra referência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região.

O município de Maceió – AL, ocupa uma área de 509,552 km² e possui população estimada em aproximadamente 1 012 382 habitantes, segundo o IBGE.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



A **UPA TABULEIRO DOS MARTINS - GALBA NOVAIS DE CASTRO** possui a seguinte estrutura física:

Urgência e Emergência - Atendimento 24 h:

- Sala de Serviço Social: 01
- Salas de Triagem e Classificação de Risco: 02
- Consultórios Adulto: 04
- Consultório Pediátrico: 01
- Consultório Ortopédico: 01
- Consultório de Odontologia
- Sala de Sutura, Curativo e Gesso,
- Sala de Medicação e Inalação,
- Sala Vermelha: 04 LEITOS
- Sala de Observação Amarela (Adulto): 08 LEITOS
- Sala de Observação Amarela (Pediátrica): 05 LEITOS
- Quartos de Isolamento: 02 com 01 LEITO

Apoio Diagnóstico e Exames:

- Sala de Eletrocardiograma,
- Radiologia,
- Laboratório de Análises Clínicas,

03

GESTÃO DA UNIDADE



MAILSON M. PEIXOTO
Diretor Administrativo



ELDERKIN M. T. BISPO
RT Médica



RUTH DE MORAIS GOMES
Coord de Enfermagem

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:50
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

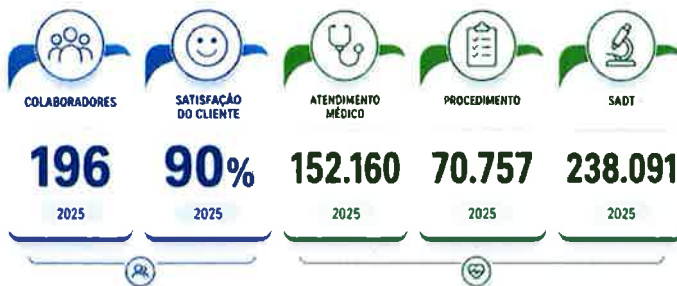


1568

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

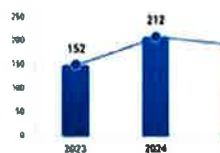
04

DESEMPENHO DA UNIDADE

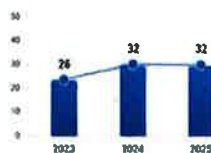


1. PESSOAS E SATISFAÇÃO DE CLIENTES

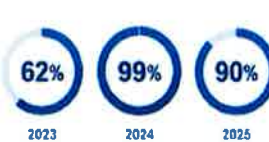
A) NÚMERO DE COLABORADORES



B) CORPO CLÍNICO

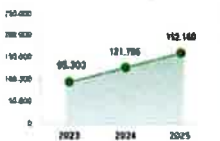


C) ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE

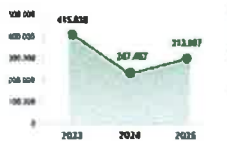


2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

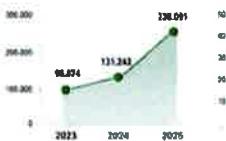
A) ATENDIMENTO MÉDICO



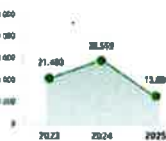
B) PROCEDIMENTO



C) SADT

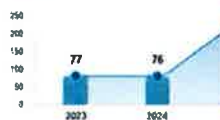


D) MULTIPROFISSIONAL



3. DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO

A) TOTAL TREINAMENTO



B) TOTAL DE PARTICIPANTES EM TREINAMENTO



C) HORAS EM TREINAMENTO



DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado.

Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
 Data: 17/07/2026 17:43:50
 Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
 9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
 Lei Federal nº 13.874/2019
 Lei Federal nº 14.195/2021
 Lei Federal nº 14.133/2021
 Medida Provisória 2.200-2
 Decreto Federal 10.278/2020
 Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE



1569

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

05

AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



1. Eixos temáticos e impacto gerado



2. Principais ações desenvolvidas em 2025

JANEIRO

- Capacitação de classificação de risco para dengue
- Treinamento e disponibilização de logotipo e senha no site de regulação
- Reunião do corpo médico com participação da Regulação SESAU
- Reunião entre coordenadoras do serviço social das UPAs e SESAU
- Sala de espera sobre covid-19 com assistente social e enfermagem
- Reunião mensal com as coordenações de enfermagem.

FEVEREIRO

- Capacitação de classificação de risco para dengue
- Treinamento para enfermagem sobre curva de parada
- Treinamento sobre sistemas de informação
- Treinamento sobre demandas urgentes da odontologia
- Treinamento com área técnica do município sobre odontologia
- Reunião entre RTs do serviço social das UPAs do estado.

MARÇO

- Reunião entre os RTs de enfermagem do estado.
- Treinamento para enfermagem sobre uso correto de luvas
- Reunião mensal de enfermagem a gerência administrativa.

JUNHO

- Reunião da hotelaria.
- Reunião de líderes
- Reunião de recepção.

JULHO

- Oficina sobre o Plano de Enfrentamento das Meningites em Alagoas
- Treinamento do Caram sobre consulta de enfermagem em DM
- Reunião de enfermagem
- Reunião de epidemiologia
- Reunião de hotelaria
- Reunião de nutrição
- Treinamento sobre acidentes com animais peçonhentos
- Reunião dos agentes de portaria

DESTAQUE SOCIAL

- A UPA Tabuleiro se destaca pelo caráter humanizado de suas ações.
- O relatório reforça o envolvimento com a comunidade por meio de projetos, eventos e ações sociais.
- As iniciativas fortalecem o sentimento de pertença da sociedade em relação à unidade.

3. Destaques do relatório



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado. Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:50
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

A
Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICAÇÃO



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL



1. Reuniões técnicas e alinhamento institucional



Encontros técnicos e gerenciais fortaleceram o alinhamento institucional, a tomada de decisão e a integração entre lideranças assistenciais e administrativas.



2. Integração setorial e comissões



A articulação entre setores e comissões qualificou fluxos, incentivou a corresponsabilidade e sustentou a governança do cuidado.



3. Fortalecimento das equipes e comunicação interna



As ações de integração interna reforçaram vínculos, aprimoraram a comunicação e favoreceram um ambiente de trabalho mais coeso e colaborativo.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:50
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1571

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00; OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO



1. Treinamentos clínicos e assistenciais



Capacitações práticas fortaleceram o manejo clínico, a segurança do paciente e a atuação das equipes em situações assistenciais críticas.



2. Vigilância em saúde e protocolos



Treinamentos específicos qualificaram a resposta a agravos, o manejo de protocolos e a prontidão da unidade frente às demandas de saúde pública.



3. Sistemas, processos e educação permanente



As ações de educação permanente contribuíram para a padronização de fluxos, a organização dos processos e a integração das rotinas assistenciais e administrativas.

10

anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade

Balanço Social / 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:50
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal N° 12.682/2012
Lei Federal N° 13.874/2019
Lei Federal N° 14.195/2021
Lei Federal N° 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1572

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA



1. Acolhimento e orientação aos usuários



As ações de sala de espera fortaleceram o acolhimento, a informação em saúde e o vínculo com usuários e acompanhantes.



2. Articulação com a rede de saúde



A integração com a rede de vigilância e com parceiros estratégicos ampliou a capacidade de resposta da unidade e favoreceu o cuidado articulado.



3. Mobilização para prevenção e proteção da comunidade



As mobilizações preventivas reforçaram a cultura da proteção, da vigilância e da responsabilidade compartilhada em saúde.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Itaquaquecetuba (SP) 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:58
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1573



UNIDADE GERENCIADA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA QUEIMADINHA ELIZABETE DIAS MARQUES

FEIRA DE SANTANA - BA



ENDEREÇO:

Rua Dr. João Durval, lot. Parque Boa Vista, s/n - Queimadinha
CEP: 44050-788 - Feira De Santana - BA



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Atendimento: 24hs



TELEFONE:

(75) 3617 3349



E-MAIL:

contato@insaude.org.br

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado.

Balancço Social | 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:50
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064065c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411 II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1574



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



A UPA 24HS – QUEIMADINHA - ELIZABETE DIAS MARQUES é uma estratégia do Governo Federal junto com o Município, fomentada no ano de 2018, na perspectiva de assistir à população acima de 150 mil habitantes na prestação de serviço de média complexidade.

A UPA 24HS – QUEIMADINHA - ELIZABETE DIAS MARQUES é componente integrante da rede de atenção à saúde do SUS em Feira de Santana - BA, articulando-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, Unidades hospitalares, Unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contra referência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região.

O município de Feira de Santana - BA ocupa uma área de 1.368,68 km² sendo 72,4035 km de área urbana e possui população estimada em aproximadamente 616.272 habitantes (IBGE, 2022).

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



A UPA 24HS – QUEIMADINHA - ELIZABETE DIAS MARQUES possui a seguinte estrutura física:

Urgência e Emergência - Atendimento 24 h:

- Recepção.
- Sala de Classificação de Risco.
- Consultórios Adulto: 02
- Consultório Pediátrico: 01
- Consultório de Assistência Social: 01
- Sala de Sutura e Curativo.
- Sala de Medicação.
- Sala Vermelha: 03 LEITOS.
- Sala de Observação Adulto Masculino: 03 LEITOS.
- Sala de Observação Adulto Feminino: 03 LEITOS.
- Sala de Observação Pediátrica: 03 LEITOS.

Apoio Diagnóstico e Exames:

- Sala de Coleta de Laboratório de Análises Clínicas.
- Radiologia.

03

GESTÃO DA UNIDADE



EMANOELA S. SOUZA
Diretora Geral



ANDERSON A. A. LOPES
Médico – RT



ROBERTA S. M. AGUIAR
Enfermeiro – RT

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanço Social 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:50
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

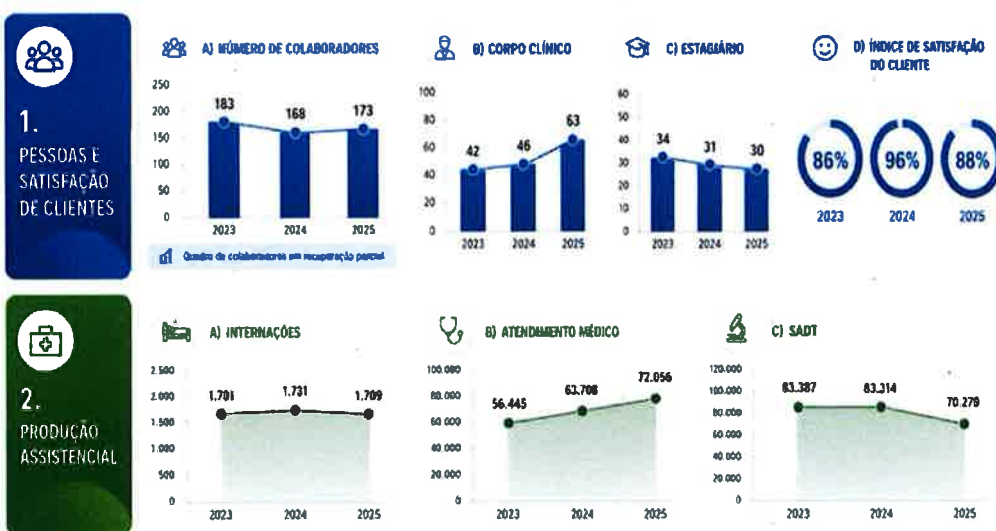
Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



04

DESEMPENHO DA UNIDADE



DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Balneário (social) 2025CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
 Data: 17/07/2026 17:43:51
 Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
 9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
 Lei Federal Nº 13.874/2019
 Lei Federal Nº 14.195/2021
 Lei Federal Nº 14.133/2021
 Medida Provisória 2.200-2
 Decreto Federal 10.278/2020
 Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1576

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

05

AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



NOSSOS EIXOS

Humanização
e AcompanhamentoSegurança do
PacienteEducação
PermanenteValorização
das PessoasResponsabilidade
SocialSatisfação do
Usuário

1. PRINCIPAIS AÇÕES REALIZADAS EM 2025



2. DESTAQUES DO PERÍODO



COMISSÕES ASSISTENCIAIS
13 comissões implantadas e atuantes na gestão da qualidade assistencial.



PROJETOS DE HUMANIZAÇÃO
Day by Day, Café com Amor e Certificado de Coragem fortalecem o cuidado.



AÇÕES SOCIAIS
Iniciativas solidárias que ampliam o impacto da unidade na comunidade.



SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
Depoimentos, elogios e experiências positivas reforçam o acolhimento humanizado.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Relatório Especial 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:51
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICAÇÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL



1. Reconhecimento profissional e datas comemorativas



Ações de reconhecimento e datas comemorativas valorizaram os profissionais, reforçaram o sentimento de pertencimento e celebraram a dedicação das equipes.



2. Desenvolvimento de equipes e gestão participativa



Iniciativas de desenvolvimento de equipes, alinhamento institucional e gestão participativa fortaleceram a integração, a aprendizagem e a melhoria contínua.



3. Ambiência, infraestrutura e bem-estar no trabalho



Melhorias na ambiência, na infraestrutura e nas condições de trabalho contribuíram para mais conforto, organização, bem-estar e apoio à rotina dos colaboradores.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:51
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce406406c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO



1. Campanhas e salas de espera educativas



Campanhas institucionais e salas de espera educativas promoveram prevenção, autocuidado e informação acessível aos usuários e colaboradores ao longo do ano.



2. Capacitações clínicas e educação permanente



As capacitações clínicas e a educação permanente fortaleceram a preparação técnica das equipes, ampliaram o conhecimento assistencial e contribuíram para um cuidado mais seguro e qualificado.



3. Segurança do paciente, protocolos e qualidade assistencial



Ações voltadas à segurança do paciente, aos protocolos assistenciais e à qualificação técnica aprimoraram processos, reduziram riscos e elevaram a qualidade do cuidado prestado.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Belo Horizonte | 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:51
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411 II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1579

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA



1. Humanização, acolhimento e cuidado ao paciente



Ações de acolhimento, aniversários de pacientes, cantata natalina e prontuário afetivo reforçaram o cuidado humanizado, a escuta qualificada e a valorização da experiência do paciente.



2. Solidariedade e mobilização social



Campanhas solidárias, apoio a famílias em situação de vulnerabilidade, ações junto à comunidade e destaque na doação de córneas fortaleceram o compromisso com a vida e com o cuidado ampliado.



3. Vínculo com a comunidade e experiência do usuário



Iniciativas educativas e de aproximação com usuários e comunidade ampliaram a confiança no serviço, promoveram orientação em saúde e fortaleceram o vínculo institucional.

10

anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em cuidado
Belo Horizonte, 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:51
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064065c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

FERNANDO RODRIGUES LAURIANO

MURIAÉ - MG



ENDEREÇO:

Rua Itagiba de Oliveira, s/n - Barra
CEP 36880-000 - Muriaé - MG



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Atendimento: 24hs



TELEFONE:

(32) 99939-2771



E-MAIL:

contato@insaude.org.br

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cidade.

Balanco Social | 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:51
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1581



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Mastimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



A UPA 24HS DR. FERNANDO RODRIGUES LAURIANO MURIAÉ é de natureza pública, com estrutura de complexidade intermediária, situando-se entre as Unidades Saúde e os serviços de emergência hospitalar, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Neste contexto, a UPA 24h configura-se como uma unidade, do componente pré-hospitalar fixo, que integra a rede de urgência e emergência da Região, e na condição de serviço público, a UPA 24h está vinculada tecnicamente à Secretaria Municipal de Saúde de Muriaé-MG.

O município de Muriaé-MG está localizado na Zona da Mata Mineira, com população estimada de 109.392 habitantes (IBGE 2020). Os municípios limítrofes são: Ervália, Santana de Cataguases, Laranjal, Palma, Miraf, São Sebastião da Vargem Alegre, Rosário da Limeira, Miradouro, Vieiras, Eugenópolis, Patrocínio do Muriaé e Barão de Monte Alto.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



A UPA 24HS DR. FERNANDO RODRIGUES LAURIANO MURIAÉ possui a seguinte estrutura física:

Urgência e Emergência - Atendimento 24 h:

- Sala de Classificação de Risco Clínica Médica e Pediátrica: 02.
- Consultórios Adulto - Clínica Médica: 03
- Consultório Pediátrico: 01
- Consultório Odontologia: 01
- Sala de Observação Adulto Masculino: 03 LEITOS.
- Sala de Observação Adulto Feminino: 04 LEITOS.
- Sala de Observação Pediátrica: 04 LEITOS.
- Sala de Emergência: 04 LEITOS.
- Isolamento: 02 LEITOS.

Apoio Diagnóstico e Exames:

- Radiologia.
- ECG.
- Laboratório de Análises Clínicas.

03

GESTÃO DA UNIDADE



MARCO AURÉLIO T. SILVA
Gerente Administrativo



CHRISTIANO BUETTEL
Médico - RT



RAFAEL MOURA
Enfermeiro - RT

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Belo Horizonte | 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:51
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal N° 12.682/2012
Lei Federal N° 13.874/2019
Lei Federal N° 14.195/2021
Lei Federal N° 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1582

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

04

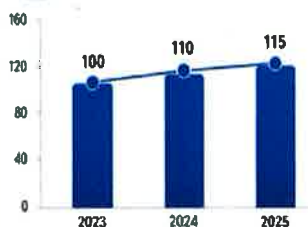
DESEMPENHO DA UNIDADE



1. PESSOAS E SATISFAÇÃO DE CLIENTES



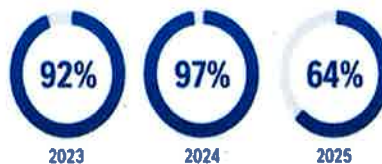
A) NÚMERO DE COLABORADORES



Quatro de colaboradores em crescimento



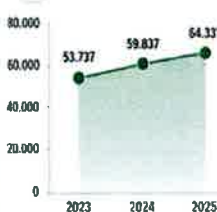
B) ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE



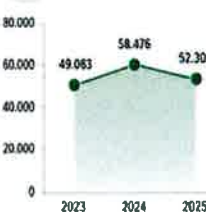
2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL



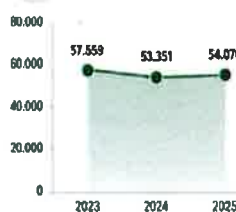
A) ATENDIMENTO MÉDICO



B) PROCEDIMENTOS



C) SADT



DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO



COLABORADORES

Evolução de 100 para 115 entre 2023 e 2025.

+15% no período



ATENDIMENTO MÉDICO

Crescimento contínuo até o maior resultado da série

+19,7% no período



PROCEDIMENTOS

Resultado final superior ao patamar do ano-base

+6,6% no período

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado

Itaboraí (outubro 2025)

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
 Data: 17/07/2026 17:43:51
 Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
 9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
 03fdcc19286afda

Lei Federal nº 12.682/2012
 Lei Federal nº 13.874/2019
 Lei Federal nº 14.195/2021
 Lei Federal nº 14.133/2021
 Medida Provisória 2.200-2
 Decreto Federal 10.278/2020
 Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE

1583



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

05

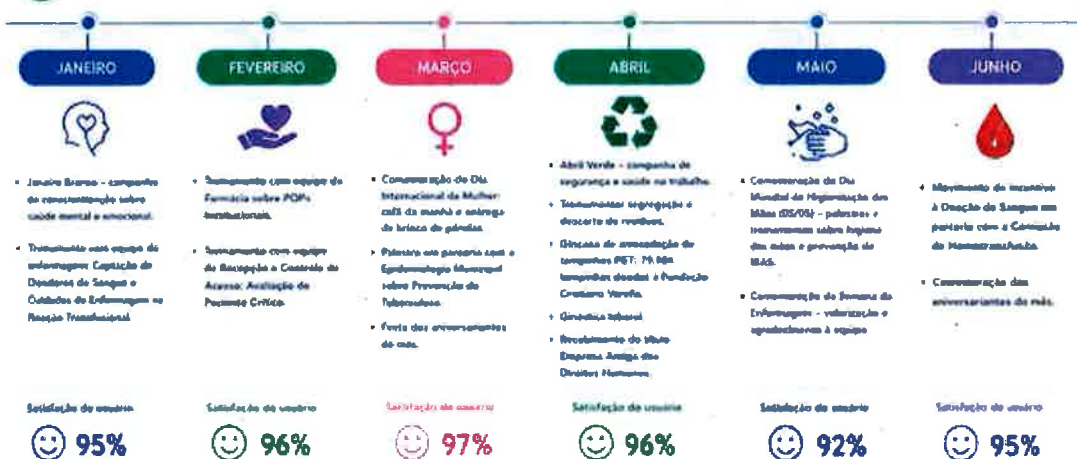
AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



1. Eixos temáticos e impacto gerado



2. Principais ações desenvolvidas em 2025



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
Relatório Social 2025Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2025 17:43:51
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f85fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE



1584

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL



1. Semana da Enfermagem



Momento especial de reconhecimento da equipe de enfermagem, com gratidão pela dedicação, cuidado e compromisso na assistência diária.



2. Reconhecimento e celebração das equipes



Valorização dos profissionais, celebração dos aniversários e momentos simbólicos que reforçam o pertencimento e a integração das equipes.



3. 5 anos da UPA 24h Muriaé



Gratidão pela trajetória, reconhecimento da evolução do serviço e celebração da história construída junto à equipe e à comunidade.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando

gestão em qualidade

Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:51
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO



1. Agenda da Saúde e campanhas institucionais



A agenda institucional promoveu campanhas de conscientização ao longo do ano, estimulando prevenção, equidade e diálogo com colaboradores e usuários.



2. Treinamentos, capacitações e educação permanente



Os treinamentos e capacitações fortaleceram a preparação técnica, o trabalho em equipe e a segurança nas rotinas assistenciais e administrativas.



3. Segurança do paciente e qualificação técnica



Ações voltadas à segurança do paciente e à qualificação técnica aprimoraram processos, reduziram riscos e elevaram a qualidade do cuidado prestado.

10

anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em **Qualidade**
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:52
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1586

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA



1. Humanização, direitos humanos e acolhimento



Valorização das pessoas, promoção do respeito, proteção e promoção dos direitos humanos como parte da cultura do cuidado e do acolhimento institucional.



2. Solidariedade e mobilização social



Mobilização solidária que incentiva a doação de sangue, conscientiza a população e fortalece o compromisso com a vida.



3. Integração com a comunidade e promoção da saúde



Educação em saúde por meio da palestra de Prevenção do Tuberculose, em parceria com a Epidemiologia Municipal. Informação que salva vidas, fortalece o vínculo com a comunidade e promove o cuidado preventivo.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
Bilando 2014-2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:52
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1587



UNIDADE MUNICIPAL DE PRONTO ATENDIMENTO - UMPA

SANTA LUZIA SÃO GONÇALO - RJ



ENDEREÇO:

Av. Bispo Dom João da Mota, s/n - Santa Luzia
CEP: 24722-117 São Gonçalo - RJ



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Atendimento: 24hs



TELEFONE:

(21) 4040-0923



E-MAIL:

contato@msaude.org.br



10
anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em saúde.
Balneário Social | 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c66
Data: 17/07/2026 17:43:52
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fcb659f05feca06406c0aact024654



Autenticação
Blockchain

Código NRT:
03f8c19286af85a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1588

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao> .O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



Gestão, gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde, bem como a administração de toda infraestrutura de urgência e emergência, inclusive sua manutenção, por intermédio de contrato de gestão, na UMPA 24HS SANTA LUZIA - SÃO GONÇALO II.

O município de São Gonçalo/RJ, ocupa uma área de 247.709 Km² e possui população estimada em 2021 era de 1 098 357 habitantes, sendo assim o segundo município mais populoso do estado, atrás apenas da capital do estado, e o 16º mais populoso do país. Iniciamos nossa atividade de atendimento ao público, no dia 20 de março de 2022, através do contrato de gestão nº 001/2022, garantindo a assistência integral a população.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



A UMPA 24HS SANTA LUZIA - SÃO GONÇALO II, Porte II possui a seguinte estrutura física:

Urgência e Emergência - Atendimento 24 h

- Recepção: 01
- Sala de Acolhimento e Triagem: 01
- Sala de Classificação de Risco: 02
- Consultórios: 05
- Consultório de Cirurgia Geral - Sutures: 01
- Consultório Odontologia: 01
- Sala de Sutura: 01
- Sala de Procedimentos: 01
- Sala de Hipodermia: 08 a 14 Poltronas

Urgência e Emergência - Atendimento 24 h

- Leitos de Observação (individual com banheiros privativos):
 - Adulto: 01 LEITOS + 01 ISOLAMENTO
 - Pediátrico: 03 LEITOS
 - Emergência: 04 LEITOS
- Sala Amarela:
 - Adulto: 10 a 12 LEITOS + Poltronas para acompanhantes
 - Pediátrica: 03 a 04 LEITOS + Poltronas para acompanhantes

03

GESTÃO DA UNIDADE



JÚLIO CÉSAR DE A. GARCIA
Diretor Executivo



MIKAELA M. LOYOLA
Diretora Técnica - RT



LUIZA FRANÇA
Coordenadora de Enfermagem - RT

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Belo Horizonte 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:52
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE

1589



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

04 DESEMPENHO DA UNIDADE



DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em qualidade
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:52
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afds5

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



1590

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

05

AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



1. Eixos temáticos e impacto gerado



2. Principais ações desenvolvidas em 2025

JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
<ul style="list-style-type: none"> • Janeiro Rosa: humanização • Janeiro Branco: saúde mental • massagem para colaboradores • reunião para ajustes de fluxos e protocolos • protocolo de Manchester 	<ul style="list-style-type: none"> • café da manhã humanizado para novos membros • brigada de incêndio • Carnaval Seguro • distribuição de preservativos • Fevereiro Rosa e Laranja 	<ul style="list-style-type: none"> • atendimento aos usuários LGBTQIAPN+ • prevenção do câncer de colo de útero • humanização para máquinas e colaboradores de acesso • primeiros socorros e atendimento humanizado 	<ul style="list-style-type: none"> • conscientização sobre TEA • apoio familiar como rede de suporte • saúde e bem-estar para pacientes • distribuição de brindes de Páscoa
MAIO	JULHO / AGOSTO	SETEMBRO / OUTUBRO	NOVEMBRO / DEZEMBRO
<ul style="list-style-type: none"> • atendimento a gestantes com TEA • Maio Amarelo • Dia do Trabalhador • Dia das Mães • Semana da Enfermagem • lavagem das mãos 	<ul style="list-style-type: none"> • segurança do paciente • café da manhã humanizado com a gestão • capacitação de auxílios de serviços gerais • descarte de perfurocortantes • saúde do homem • prevenção de burnout • Agosto Lilás 	<ul style="list-style-type: none"> • treinamento SIMAN e CAT por material biológico • Setembro Amarelo com CVV • capacitação sobre saúde mental • gestos sutis e saúde • utilização do respirador • Outubro Rosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Novembro Azul • membros de Humanist • Ingridervelhas • SIPAT • novos membros de CIPA • boas práticas e atendimentos humanizados • Dezembro Vermelho

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
Relatório Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:52
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE

1591



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL



1. Reconhecimento e celebração das equipes



As ações de reconhecimento e celebração reforçaram o sentimento de pertencimento, a gratidão e a valorização das equipes.



2. Integração e acolhimento dos colaboradores



Momentos de integração e acolhimento contribuíram para fortalecer vínculos, favorecer a comunicação e consolidar uma cultura de cuidado também com quem cuida.



3. Bem-estar e desenvolvimento humano



Ações de bem-estar e saúde emocional promoveram escuta, acolhimento e apoio aos colaboradores, fortalecendo um ambiente de trabalho mais saudável.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:52
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO



1. Campanhas de conscientização e prevenção



January: Risco
Hanseníase

February: Risco
e Lactação

March: Seguro

May: Amamenta
Educação no Trabalho

August: Lida
Violência contra
a Mulher

October: Risco
Câncer de Mama

November: Acol
Saúde do Homem

December: Vermelho
AIDS e ISTs

Pontões Urbanos
e Saúde

O calendário de campanhas fortaleceu a prevenção, o cuidado contínuo e a disseminação de informações relevantes para colaboradores, pacientes e comunidade.



2. Qualificação técnica e segurança do paciente



Protocolo de
Manchester

Brigade de
Incêndio

Primeiros Socorros
e Atendimento
Humanizado

Segurança
do Paciente

Lavagem
das Mãos

Descarte de
Perfurocortantes

Utilização do
Respirador

Imobilização
de Hemólise

Manobra
de Heimlich

As capacitações técnicas contribuíram para o aprimoramento de protocolos, a prevenção de riscos e a elevação da segurança assistencial na unidade.



3. Educação permanente e treinamentos setoriais



Capacitação da Equipe de
Auxílios de Serviços Gerais

Treinamento CPA
(Comissão Interna de
Prevenção de Acidentes)

Treinamento SINAM
e CAT por Material
Biológico

Humanização para
Maquistas e Controladores
de Acesso

Integração e Treinamento
de Novos Membros
da Equipe

A educação permanente fortaleceu competências, integrou equipes e promoveu melhoria contínua dos processos de trabalho.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Balancete Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:52
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA



1. Acolhimento, diversidade e cuidado centrado na pessoa



Ações voltadas ao respeito às diferenças, à inclusão, ao acolhimento qualificado e à promoção de um cuidado mais sensível, seguro e centrado na pessoa.



2. Humanização e bem-estar no ambiente de cuidado



Momentos de acolhimento e bem-estar que fortalecem a saúde emocional, a ambiência positiva e os vínculos entre equipe, pacientes e familiares.



3. Solidariedade e mobilização social



Ações de mobilização e orientação que ampliam o acesso à informação, reforçam o cuidado preventivo e aproximam a unidade da comunidade.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Balancço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:52
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

CENTRAL DE SANTOS

SANTOS - SP



ENDEREÇO:

Rua Joaquim Távora nº 256 - Vila Mathias
CEP 11075-330 - Santos - SP



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Atendimento: 24hs



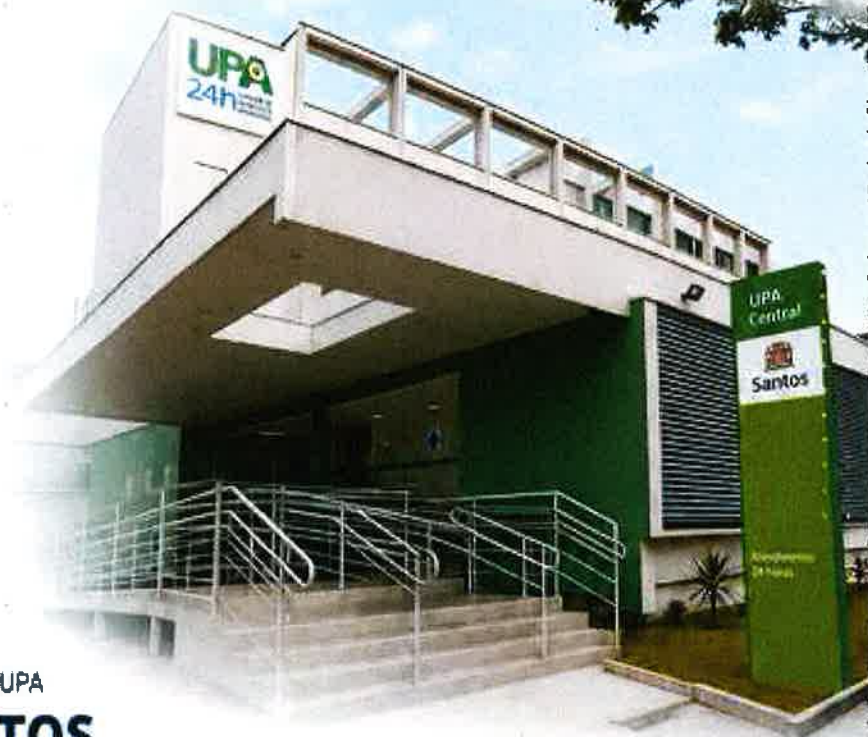
TELEFONE:

(13) 3213-2500



E-MAIL:

contato@insaude.org.br



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado.

Balanco Social | 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:52
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



A UPA 24H CENTRAL - SANTOS/SP, é um dos componentes da Rede da Atenção à Urgência e Emergência, da Secretaria de Saúde do município. Foi construída pela Centro Universitário Lusíada, é o prédio foi cedido em comodato para Prefeitura de Santos/SP, Porte III, presta atendimento predominantemente ambulatorial de baixa e média complexidade a partir de demanda predominantemente espontânea, sendo a unidade inaugurada em 15/01/2016.

A UPA 24H CENTRAL – SANTOS/SP foi habilitada em custeio, opção VIII por meio da Portaria nº 2.335/GM/MS, de 24 de outubro de 2016.

O município de Santos – SP conhecida pela sua extensa praia e pelo jardim adjacente de 5,3 km de comprimento., ocupa uma área de 281,033 km² e possui população estimada em aproximadamente 433.656 habitantes, segundo o IBGE 2020.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



A UPA 24H CENTRAL - SANTOS/SP, possui a seguinte estrutura física:

Urgência e Emergência - Atendimento 24 h

- Sala de Classificação de Risco.
- Consultórios Adulto - Clínica Médica: 04
- Consultório Pediátrico: 02
- Consultório Odontologia: 01
- Consultório Serviço Social: 01
- Sala de Curativo e Sutura: 01
- Sala de Medicação: 02
- Sala de Observação Adulto: 12 LEITOS.
- Sala de Observação Pediátrica: 04 LEITOS.
- Sala de Emergência: 06 LEITOS.
- Isolamento: 02 LEITOS.

Apoio Diagnóstico e Exames:

- Radiologia.
- ECG.
- Laboratório de Análises Clínicas.

03

GESTÃO DA UNIDADE



MAIANE A. CORREA
Diretora Administrativa



ISABELA ROSSI
Diretora Técnica



MÁRCIA SOBRINHO
Gerente Assistencial

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Balanco Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:53
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1596



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

04

DESEMPENHO DA UNIDADE



Pessoas, satisfação e produção assistencial



DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em qualidade
Relatório Social 2025Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
 Data: 17/07/2025 17:43:53
 Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
 9884ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal N° 12.682/2012
 Lei Federal N° 13.874/2019
 Lei Federal N° 14.195/2021
 Lei Federal N° 14.133/2021
 Medida Provisória 2.200-2
 Decreto Federal 10.278/2020
 Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



1597

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



JAN
Saúde mental: cão terapia, quadro das emoções e roda de conversa com terapeuta.
😊 95%

FEV
Aniversariantes de mês com fotos e distribuição de bolos.
😊 96%

MAR
Campanha da Saúde da Mulher com cuidados, roupas e entrega de flores.
🌸 97%

ABR
Ação de Páscoa com chocolates e cartões.
Doação de faladas para a pequena Sofia.
😊 98%

MAI
Dia das Mães com distribuição de flores.
Semana da Saúde com café da manhã, breches e lembranças.
😊 96%

JUN
Festa Junina com comidas típicas, brincadeiras e corrimo elegante para pacientes.
😊 94%

JUL
Entrega de garrafas personalizadas e mensagens aos colaboradores mais elogiados.
😊 95%

AGO
Dia dos Pais com entrega de copas personalizadas para os pais colaboradores.
😊 96%

SET
Setembro Amarelo: ginástica laboral, café da manhã especial e encontro ecumênico.
😊 95%

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em **cultura**
balança social / 2005

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:53
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020

Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
IDENTIFICAÇÃO

158

1598



06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL



1. Reconhecimento e celebração das equipes



Momentos de celebração que reforçaram a integração, o reconhecimento e a convivência entre as equipes da unidade, fortalecendo o pertencimento e o espírito de colaboração.



2. Valorização e reconhecimento institucional



Entrega de garrafas personalizadas, reconhecimento aos colaboradores mais etlogiados e homenagem aos colaboradores pais, ações que valorizam a dedicação, o cuidado e o reconhecimento institucional.



3. Espiritualidade, integração e celebrações



Devocional ecumênico, festa junina e celebração do Natal que promoveram espiritualidade, acolhimento e solidariedade, fortalecendo os vínculos entre colaboradores, pacientes e parceiros.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Itaboraí (RJ) 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:53
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO

1 Campanha Saúde da Mulher



Em março, a unidade realizou campanha dedicada às mulheres, com ações de autocuidado, valorização e acolhimento às colaboradoras e pacientes.

2 Setembro Amarelo



Durante o Setembro Amarelo, a unidade promoveu ações de cuidado com a saúde mental, incluindo ginástica laboral, café da manhã especial e encontro ecumênico.

3 Outubro Rosa



A campanha Outubro Rosa reforçou a conscientização sobre prevenção ao câncer de mama, com distribuição de materiais informativos, lembranças simbólicas e visita dos pet-terapeutas.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Itaipava, Junho | 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:53
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA

1

Humanização e saúde mental



A unidade promoveu ações de cuidado emocional, com visita do cão-terapia, quadro das emoções e roda de conversa sobre saúde mental, fortalecendo acolhimento e bem-estar entre os colaboradores.

2

Solidariedade e mobilização social



Ação de Páscoa promoveu integração e acolhimento com entrega de chocolates e cartões. A arrecadação de fraldas incentivou a doação e fortaleceu o compromisso com a vida e o apoio social à comunidade.

3

Integração, espiritualidade e cuidado com a comunidade



Devocional ecumênico promoveu acolhimento espiritual com cânticos e mensagens de esperança. As ações de Natal incluíram refeição especial, lembrancinhas e distribuição de itens recebidos por doação, fortalecendo o espírito de cuidado, solidariedade e proximidade com colaboradores e pacientes.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Itaquera Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:53
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

ZONA NOROESTE SANTOS

SANTOS - SP



ENDEREÇO:

Av. Jovino De Mello, nº 927, Areia Branca, Santos - SP



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Atendimento: 24 Horas



TELEFONE:

(13) 3228-3703



E-MAIL:

contato@insaude.org.br



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Balanco Social | 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:53
Hash Documento Original: 13c647c3828295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f85fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1602



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em Sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



A UPA 24H DA ZONA NOROESTE – SANTOS/SP, é um dos componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência da Secretária de Saúde do município. Foi construída com recurso de investimento do município de Santos/SP, Porte II, presta atendimento predominante ambulatorial de baixa a média complexidade a partir de demanda predominante espontânea, sendo a unidade inaugurada em 18/02/2019.

A UPA 24H DA ZONA NOROESTE – SANTOS/SP foi habilitada em custeio, opção V por meio da Portaria Nº 3.476/GM/MS, de 17 de dezembro de 2019.

O município de Santos - SP conhecida por sua extensão praia e pelo jardim adjacente de 5,3km de comprimento, ocupa uma área de 281.033km² e possui população estimada em aproximadamente 433.656 habitantes, segundo o IBGE 2020.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



A UPA 24H DA ZONA NOROESTE - SANTOS/SP, possui a seguinte estrutura física:

Urgência e Emergência - Atendimento 24 h

- Sala de Classificação de Risco: 03
- Consultório Adulto – Clínica Médica: 04

OBS.: Conforme a demanda de atendimentos da Unidade, seguindo o Plano de Contingência, é realizado revezamento de atendimentos entre o consultório da Clínica Médica e a sala 03 de Classificação de Risco,

- Consultório Pediátrico: 02
- Consultório de Ortopedia: 01 e Sala de Gesso: 01
- Sala de Curativo e Sutura: 01
- Sala de Medicação: 03
- Sala de Observação Adulto: 12 LEITOS
- Sala de Observação Pediátrica: 02 LEITOS
- Sala de Emergência: 04 LEITOS
- Isolamento (Curta Permanência): 02 LEITOS

Apoio Diagnóstico e Exames:

- Radiologia.
- Eletrocardiograma.
- Laboratório de Análises Clínicas.
- Ultrassonografia.

03

GESTÃO DA UNIDADE



VANESSA VARGAS
Diretora Serviço de Saúde



GONÇALVES JÚNIOR
Gerente Médico



JOÃO PEDRO F. LISBOA
Gerente Assistencial

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado!
Belo Horizonte 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:53
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



04

DESEMPENHO DA UNIDADE

Pessoas, produção assistencial e desenvolvimento



1.
PESSOAS E
SATISFAÇÃO DE
CLIENTES

NÚMERO DE
COLABORADORES

153

2025

CORPO
CLÍNICO

86

2025



ESTAGIÁRIO

10

2025

SATISFAÇÃO
DE USUÁRIO

97%

2025

2.
PRODUÇÃO
ASSISTENCIAL



INTERNAÇÃO

3.182

2025

ATENDIMENTO
MÉDICO

183.600

2025



PROCEDIMENTO

157.192

2025



SADT

199.301

2025



MULTIPROFISSIONAL

2.031

2025

3.
DESENVOLVIMENTO
E CAPACITAÇÃO

TOTAL
TREINAMENTO

80

2025

TOTAL DE PARTICIPANTES
EM TREINAMENTO

587

2025

HORAS EM
TREINAMENTO

287h 45'

2025

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidados
Balanço Social 2025CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:53
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1604



05

AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



1. EIXOS TEMÁTICOS E IMPACTO GERADO

A UPA Zona Noroeste promove iniciativas que fortalecem o cuidado, a humanização e a qualidade dos serviços, gerando impacto positivo para colaboradores, usuários e comunidade.



2. PRINCIPAIS AÇÕES DESENVOLVIDAS EM 2025

JANEIRO A SETEMBRO



10 anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em cuidado.
Italoano Boccali 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:53
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL



1. Agradecimento pelo cuidado



Gestos de gratidão e reconhecimento evidenciaram o impacto do cuidado humanizado, reforçando o valor do trabalho realizado pelas equipes da unidade.



2. Cuidado e valorização dos colaboradores



Em homenagem ao Dia das Mães, a unidade promoveu ação interna de acolhimento e cuidado com colaboradoras de diferentes setores e plantões.



3. Integração e convivência institucional



Ações de integração fortaleceram os vínculos entre as equipes, promovendo convivência, acolhimento e sentido de pertencimento no ambiente de trabalho.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:53
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO



1. Educação permanente e atualização técnica

ATUALIZAÇÕES ARBOVIROSES: UPA ZNO SANTOS
 Dia 19/05/2025
 às 11:00hs



A Comissão de Educação Permanente promoveu atualização sobre arboviroses, fortalecendo a qualificação técnica das equipes e a resposta oportuna às demandas epidemiológicas.



2. Formação em serviço, estágios e inclusão



A unidade fortaleceu a formação em serviço com ações de inclusão, integração multiprofissional e acompanhamento de estagiários de Medicina e Serviço Social.



3. Campanhas de conscientização em saúde



Campanhas temáticas ampliaram a conscientização sobre exclusão e saúde da mulher, aproximando equipes, usuários e comunidade.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
 Relatório Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
 Data: 17/07/2025 17:43:54
 Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
 9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
 Lei Federal Nº 13.874/2019
 Lei Federal Nº 14.195/2021
 Lei Federal Nº 14.133/2021
 Medida Provisória 2.200-2
 Decreto Federal 10.278/2020
 Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1. Manutenções estruturais e conservação predial



As manutenções estruturais e ações de conservação predial qualificaram ambientes e contribuíram para melhores condições de funcionamento da unidade.

2 Adequações técnicas e segurança operacional



Adaptações técnicas e operacionais reforçaram a segurança, a funcionalidade dos ambientes e a continuidade do cuidado assistencial.

3. Parcerias, doações e aquisições



A articulação com parceiros externos, somada às doações e aquisições, fortaleceu a infraestrutura e ampliou as condições de atendimento da UPA Zona Nordeste.





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

VIAMÃO

VIAMÃO - RS



ENDEREÇO:

Av. Senador Salgado Filho nº 2055 - Cecília
CEP: 91475-000 - Viamão - RS



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Pronto Atendimento: 24hs



TELEFONE:

(51) 2160-6488



E-MAIL:

contato@insauade.org.br

10

anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cidade

Balanco Social 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:54
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1609



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



A **UPA 24HS DE VIAMÃO** compõem o Departamento de Saúde do município, esse departamento de Atenção à Saúde é o setor que agrega a gestão de todas as Unidades de Saúde, coordenação dos programas referentes à Atenção Primária, Assistência Farmacêutica, além dos Serviços de Saúde Mental, Serviço de IST-Aids, Unidades de Controle da Tuberculose, Unidade de Pronto Atendimento (UPA-24 h), duas unidades de suporte básico do SAMU.

As Unidades de Saúde - US somam ao todo 19 pontos de atendimento, sendo que destas, 17 US's trabalham com modelo de atenção Saúde da Família, duas unidades são referência e trabalham como Policlínica.

O município de Viamão-RS está localizado na região metropolitana de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. Dados do último Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2010, registraram que a população era de 239.384 habitantes, atualmente a estimativa populacional é de 256.302 habitantes. A área territorial do município é de 1.497,017 km².

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



A **UPA 24HS DE VIAMÃO** possui a seguinte estrutura física assistencial:

Urgência e Emergência - Atendimento 24 h

- Sala de Classificação de Risco: 02
- Consultórios: 06
- Consultório Serviço Social: 01
- Sala de Curativo e Sutura: 01
- Sala de Medicação - Adulto e Infantil: 01
- Sala de Gesso: 01
- Sala Vermelha – com 04 LEITOS.
- Sala Amarela Adulto – Observação com 15 LEITOS e Banheiro Feminino e Masculino.
- Sala Amarela Pediátrica – Observação com 04 LEITOS e Banheiro para Acompanhantes.
- Salas de Isolamento: 02 LEITOS com Banheiros.

Apoio Diagnóstico e Exames:

- Sala de Eletrocardiograma.
- Sala de Radiologia.
- Sala de Laboratório.

03

GESTÃO DA UNIDADE



IZANA A. M. SILVA
Diretora Administrativa



ALNEI NUNES
Diretor Técnico



TAÍS JACOPINI
Gerente de Enfermagem

10 anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:54
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

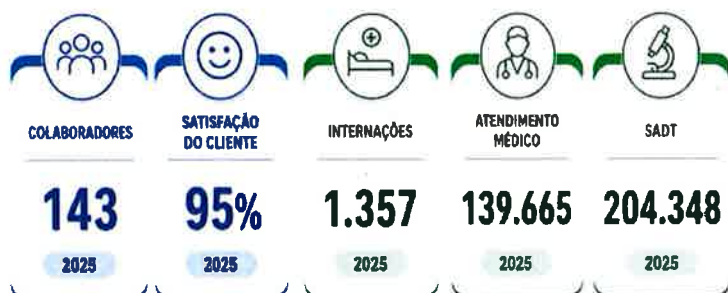
PROVA DE
AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

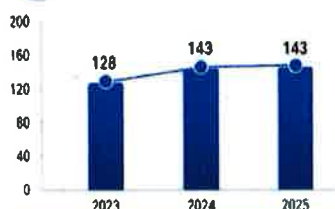
04

DESEMPENHO DA UNIDADE



1. PESSOAS E SATISFAÇÃO DE CLIENTES

A) NÚMERO DE COLABORADORES



Quadro de colaboradores em crescimento

C) ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE



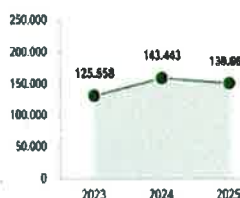
2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

A) INTERNAÇÕES

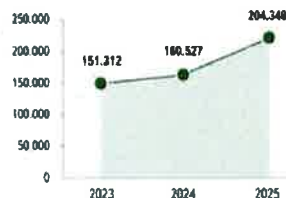
1.357

2025

B) ATENDIMENTO MÉDICO



C) SADT



DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO



COLABORADORES
Evolução de 128 para 143 entre 2023 e 2025

+11,7%
no período

ATENDIMENTO MÉDICO
Resultado final superior ao início da série.

+11,2%
no período

SADT
Crescimento expressivo ao longo da série.

+35,0%
no período

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:54
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

05

AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



1. Eixos temáticos e impacto gerado



2. Segurança do Paciente e Qualidade
Protocolos, treinamentos e práticas seguras.



7. Satisfação do Usuário
Monitoramento da experiência e percepção do atendimento.



6. Gestão, Parcerias & Responsabilidade Social
Integração institucional e ações com impacto social.



1. Humanização & Acolhimento
Escuta, respeito e vínculo no cuidado diário.



3. Educação Permanente & Capacitação
Desenvolvimento contínuo e fortalecimento dos equipes.



4. Saúde Preventiva & Conscientização
Campanhas educativas e promoção da saúde.



5. Valorização das Pessoas
Reconhecimento, integração e bem-estar no trabalho.

Cada ação nasce de um cuidado.
Cada cuidado gera impacto.



2. Principais ações desenvolvidas em 2025

JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
 <ul style="list-style-type: none"> • Janeiro Branco: palestra sobre saúde mental no ambiente de trabalho. • Aniversariantes do mês. • Cermônia de posse da Comissão de Ética da Enfermagem. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Fevereiro Rosa e Laranja: conscientização sobre Alzheimer, hipotireoidismo e leucemia. • Treinamentos: Mobilização da Incidência, Prevenção da Queda, Higienização dos Equipamentos. • Integração de novos colaboradores e SESMT. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Dia Internacional da Mulher. • Entrega de mesas para grávidas e colaboradores. • Aniversariantes do mês com ação da Comissão de Humanização. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Abril Azul e ação da Praça. • Aniversariantes do mês. • Treinamento NR 01 pelo SESMT. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Maio Laranja. • Aniversariantes do mês. • Treinamento de higienização das mãos e integração SESMT. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Junho Vermelho. • Campanha de doação de sangue. • Aniversariantes do mês e integração SESMT.
Satisfação do usuário 94%	Satisfação do usuário 93%	Satisfação do usuário 92%	Satisfação do usuário 94%	Satisfação do usuário 96%	Satisfação do usuário 96%
JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
 <ul style="list-style-type: none"> • Campanha sobre hepatites virais. • Aniversariantes do mês. • Integração e treinamento SESMT. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Agosto LBA e Agosto Dancado. • Ação sobre conscientização e combate à violência contra a mulher. • Treinamento da Farmácia e integração/fluxograma. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Setembro Amarelo. • Aniversariantes do mês. • Treinamento de Enfermagem sobre Ruma integrado e priorização de consultório. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Outubro Rosa. • Dia de Bulos com palestra Mary Kay. • Aniversariantes do mês. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Consciência Negra. • Início do serviço de Traumatologia. • SEPAT e treinamentos de Radiologia, Enfermagem e Farmácia. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Dezembro Vermelho. • Natal dos colaboradores e aniversariantes do mês. • Treinamentos: uso do dotmètre, circuito dos respiradores e integração SESMT.
Satisfação do usuário 96%	Satisfação do usuário 95%	Satisfação do usuário 97%	Satisfação do usuário 98%	Satisfação do usuário 96%	Satisfação do usuário 96%

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
Bulcão Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:54
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



1612

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL



1. Aniversariantes do mês e celebração das equipes



As comemorações dos aniversariantes do mês fortaleceram vínculos, celebraram pessoas e estimularam um ambiente mais acolhedor e colaborativo.



2. Datas comemorativas e reconhecimento institucional



Datas comemorativas e gestos de reconhecimento valorizaram o trabalho das equipes e reforçaram a cultura de cuidado com as pessoas.



3. Integração, SIPAT e marcos institucionais



Ações de integração, segurança do trabalho e desenvolvimento institucional fortaleceram o pertencimento e a evolução da unidade.

10 anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em cuidado
Itaboraí, Junho 1 2005

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:54
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1613

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO



1. Agenda da Saúde e campanhas institucionais



A agenda institucional reuniu campanhas de conscientização ao longo do ano, ampliando informação, prevenção e diálogo com usuários e colaboradores.



2. Treinamentos, capacitações e integração permanente



Treinamentos e capacitações fortaleceram a preparação técnica das equipes, a segurança assistencial e a integração institucional.



3. Comissões, ética e qualificação técnica



As comissões e núcleos reforçaram a governança assistencial, a ética profissional e a melhoria contínua dos processos.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:54
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal N° 12.682/2012
Lei Federal N° 13.874/2019
Lei Federal N° 14.195/2021
Lei Federal N° 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1614



06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA



1. Acolhimento, cuidado e experiências humanizadas



Ações de acolhimento e cuidado tornaram a experiência de pacientes e acompanhantes mais humana, afetiva e próxima da equipe.



2. Solidariedade e mobilização social



Mobilizações solidárias estimularam a doação de sangue, o cuidado com o próximo e o fortalecimento do vínculo com a comunidade.



3. Integração com a comunidade e promoção da saúde



Campanhas temáticas e ações de promoção da saúde ampliaram a informação, a prevenção e a proximidade da unidade com a comunidade.

10

anos
de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em cuidado
Plano Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:54
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1615



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



UNIDADE GERENCIADA

RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

VIAMÃO - RS



RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS:

SRT Soler
SRT Casa das Palmeiras
SRT Morada Tupud
Casa Grassol
Viamao - RS



TELEFONE:

(11) 3878-6787



E-MAIL:

contato@insaude.org.br



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanc Social 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:54
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1616



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

05

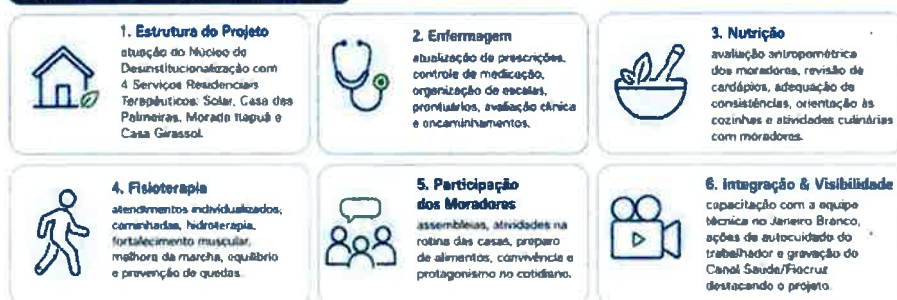
AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



1. Eixos temáticos e impacto gerado



2. Principais ações desenvolvidas em 2025



3. Destaques do relatório



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado. Balanço Social 2025



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
 Data: 17/07/2026 17:43:55
 Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
 9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
 Lei Federal Nº 13.874/2019
 Lei Federal Nº 14.195/2021
 Lei Federal Nº 14.133/2021
 Medida Provisória 2.200-2
 Decreto Federal 10.278/2020
 Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE

1617



06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL



1. Cuidado com quem cuida e capacitação da equipe técnica



Encontros com a equipe técnica abordaram autocuidado, janeiro Branco, integração e fortalecimento dos trabalhadores que sustentam o cuidado diário.



2. Boas práticas, rotinas e processos de trabalho



Capacitações e alinhamentos reforçaram organização das rotinas, boas práticas, segurança assistencial e padronização dos processos nos residenciais.



3. Reconhecimento Institucional e visibilidade do projeto



A participação em registros técnicos, eventos e espaços externos deu visibilidade ao trabalho de desinstitucionalização e valorizou a atuação das equipes.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balancê Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:55
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO



1. Campanhas de saúde e ações no território



As equipes realizaram ações territoriais e campanhas como Janeiro Branco, Carnaval da Saúde, Luta Antimanicomial, Setembro Amarelo, Outubro Rosa e grupos comunitários.



2. Nutrição, cardápios e autonomia alimentar



Avanços nutricionais, orientação das cozinhas, adequação de cardápios e atividades culinárias estimularam rotina saudável, participação e autonomia dos moradores.



3. Reabilitação, mobilidade e segurança funcional



Atendimentos de fisioterapia, hidroterapia, grupos de caminhada e exercícios funcionais apolaram mobilidade, equilíbrio, prevenção de quedas e qualidade de vida.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:55
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afdf5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA



1. Moradia, cuidado em liberdade e inclusão social



Os Serviços Residenciais Terapêuticos fortalecem o cuidado em liberdade, com casas inseridas na comunidade e rotina orientada à inclusão social dos moradores.



2. Protagonismo dos moradores e convivência nas casas



Assembleias, comemorações e atividades coletivas ampliaram a escuta, o pertencimento e a participação dos moradores na vida cotidiana dos residenciais.



3. Solidariedade, rede de apoio e mobilização comunitária



Apoio às famílias ex-hansenianas, vivências comunitárias e articulação com a rede reforçaram vínculos, proteção social e presença ativa do projeto no território.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Balancço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:55
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



UNIDADE GERENCIADA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ARTE DO ENCONTRO E VIVER EM LIBERDADE

SOROCABA - SP

UNIDADE 01

ARTE DO ENCONTRO



ENDEREÇO:

Av. Itanuvu, 1083 - Jardim Maria Antônia Prado
CEP: 18076-005 - Sorocaba - SP



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

...



TELEFONE:

(15) 3326-0745



E-MAIL:

contato@insaude.org.br

UNIDADE 02

VIVER EM LIBERDADE



ENDEREÇO:

Rua Bayard Nogueira de Almeida, 49 -
Jardim Prestes de Barros
CEP: 18021-230 - Sorocaba - SP



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

...



TELEFONE:

(15) 3326-1564



E-MAIL:

contato@insaude.org.br

10 anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em saúde
Balanco Social | 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:55
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1621



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Damares Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



O **CAPS SOROCABA - VIVER EM LIBERDADE** e o **CAPS SOROCABA – ARTE DO ENCONTRO** são componentes integrantes da rede de atenção à saúde do SUS, articulando-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contra referência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região.

O Sistema de Saúde do município é formado por:

- 32 Unidades Básica de Saúde.
- 02 UPAs Municipalizadas.
- 03 UPH Municipalizadas.
- 01 Pronto Socorro Municipal Central.
- 01 Hospital Regional de Sorocaba.
- 01 Pronto Socorro Municipal Infantil.
- 01 Maternidade Municipal.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



Os CAPS SOROCABA - VIVER EM LIBERDADE e o CAPS SOROCABA – ARTE DO ENCONTRO possuem a seguinte estrutura física:

- Recepção.
- 02 Consultórios Médicos.
- 01 Consultórios de Acolhimento.
- 01 Posto de Enfermagem.
- 05 Leitos.
- 02 Salas de Grupo.
- 01 Sala de Equipe.
- 01 Ateliê.
- Área de Convivência.

03

GESTÃO DA UNIDADE



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade

Belo Horizonte 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:55
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

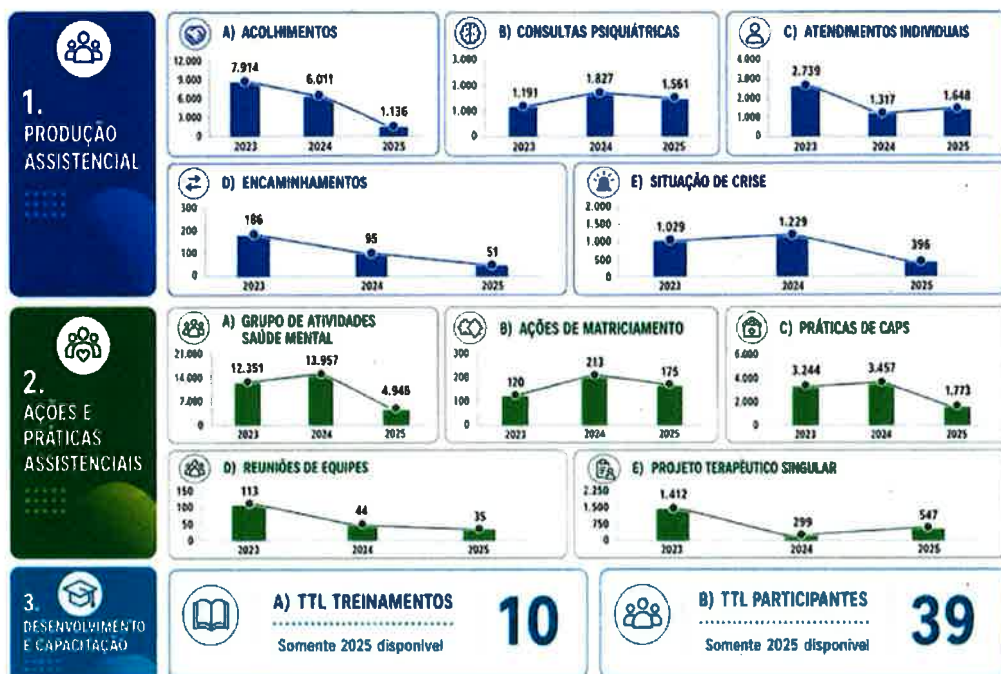
Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

04

DESEMPENHO DA UNIDADE



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado

Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
 Data: 17/07/2026 17:43:55
 Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
 9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
 Lei Federal Nº 13.874/2019
 Lei Federal Nº 14.195/2021
 Lei Federal Nº 14.133/2021
 Medida Provisória 2.200-2
 Decreto Federal 10.278/2020
 Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE

1623



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

05

AÇÕES E IMPACTO SOCIAL



1. Eixos de impacto social

**Saúde mental & valorização da vida**

Ações de cuidado emocional, saúde preventiva e valorização da vida

**Território & comunidade**

Atividades fora do CAPS, circulação social e participação com a cidade

**Cultura, lazer & convivência**

Passando, lendo, teatro, jogos, atividades culturais

**Família & vínculos**

Fortalecimento das relações familiares, comunitárias e afetivas

**Serviço Social & direitos**

Orientação social, benefícios, rede socioeconômica e garantia de direitos

**Autonomia & protagonismo**

Oficinas, grupos, autonomia e participação ativa dos usuários

2. Principais ações desenvolvidas em 2025

CAPS III ARTE DO ENCONTRO

Cuidado, cultura e convivência no território

- Amoroso Branco**
rodas de conversa nas UBS sobre saúde mental
- IntegraCAPS**
atividades permanentes realizadas de 10 usuários por mês
- Cultura e lazer**
parque, jogos, teatro, shopping e festas comunitárias
- Lota Antimanicomial**
ações públicas, base de liberdade e defesa da cidade em liberdade
- Campanha de saúde**
Setembro Amarelo, Outubro Rosa e Novembro Azul

CAPS III VIVER EM LIBERDADE

Serviço Social, rede e reinserção comunitária

- Acompanhamento social**
escuta, orientação, benefícios e projetos de cidade
- 97 visitas domiciliares**
continuidade de acompanhamento no território
- 89 IntegraCAPS**
encontros de socialização, inclusão e fortalecimento de vínculos
- 16 CAPS no Território**
realizado para além dos muros do serviço
- Boletins informativos**
510 participações em ações coletivas e campanhas temáticas

3. Destaques consolidados

**2**

CAPS III consolidados

**12**

meses de ações sociais

**68**

usuários/mês no IntegraCAPS

**97**

visitas domiciliares

**09**

encontros IntegraCAPS

**16**

CAPS no Território

**650**

participações em ações coletivas

**4**

UBS em ações de Setembro Amarelo

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em cuidado
Relatório Social 2025Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:55
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



1624

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Unidade: CAPS III ARTE DO ENCONTRO | 2025

1

Expressão, autoestima e protagonismo dos usuários



Show de Talentos, Dia da Beleza e atividades de autocuidado valorizaram histórias, habilidades e a expressão individual dos usuários.

2

Celebrações, memória afetiva e convivência



Páscoa, Festa Junina e Café do Dia dos Pais criaram momentos de encontro, leveza e fortalecimento dos vínculos entre usuários, famílias e equipe.

3

Pertencimento e Integração ao longo do ano



Aniversariantes, Natal e atividades culturais consolidaram o CAPS como espaço de acolhimento, alegria e valorização da vida em comunidade.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Itapetininga, Junho 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:55
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO

Unidade: CAPS III ARTE DO ENCONTRO | 2025

1

Saúde mental, escuta e valorização da vida



Janeiro Branco, Setembro Amarelo e Dia Mundial da Saúde Mental estimularam diálogo, acolhimento e cuidado emocional no território.

2

Campanhas preventivas e cuidado integral



Outubro Rosa, Novembro Azul e ações sobre saúde mental da gestante reforçaram prevenção, autocuidado e atenção à saúde em diferentes ciclos da vida.

3

Direitos, cidadania e rede de cuidado



Ação com o CRAS e atividades nas UBSs aproximaram usuários, profissionais e rede pública, ampliando acesso à informação e fortalecimento da cidadania.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Relatório Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:55
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA

Unidade: CAPS III ARTE DO ENCONTRO | 2025

1 Cuidado em liberdade e mobilização antimanicomial



A Luta Antimanicomial e o Baile da Liberdade reafirmaram o direito ao cuidado em liberdade, à inclusão e à expressão social dos usuários.

2 Acesso à cidade, cultura e lazer terapêutico



Visitas ao Aeroporto, Zoológico e Shopping ampliaram repertórios, autonomia e participação dos usuários em espaços públicos e comunitários.

3 Integração comunitária e experiências coletivas



IntegraCAPS, caminhada, piquenique e confraternização fortaleceram convivência, vínculos afetivos e bem-estar social.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:55
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



06

AÇÕES DESTAQUE 2025



AÇÕES SOCIAIS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Unidade: CAPS III VIVER EM LIBERDADE | 2025

1

Grupos terapêuticos, oficinas e protagonismo



Oficinas e grupos favoreceram socialização, expressão de sentimentos, desenvolvimento de habilidades e redução do isolamento social.

2

Datas especiais e convivência no CAPS



Carneval, Dia das Mulheres, Páscoa, Dia das Mães e demais datas fortaleceram o vínculo entre usuários, equipe e comunidade.

3

Confraternização, artesanato e integração



Almoço de confraternização, oficinas e encontros coletivos valorizaram autonomia, participação e protagonismo dentro do cuidado psicossocial.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balanço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:56
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1628



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO

Unidade: CAPS III VIVER EM LIBERDADE | 2025

1

Saúde mental no trabalho e rede intersetorial



Palestras na SIPAT e ações com empresas do território abordaram sofrimento psíquico, autocuidado, manejo do estresse e Rede de Atenção Psicossocial.

2

Campanhas institucionais de prevenção e cuidado



Setembro Amarelo, Outubro Rosa, Novembro Azul e outras datas específicas mobilizaram usuários em torno da prevenção e da promoção da saúde integral.

3

Orientação social, direitos e fortalecimento familiar



Ações do Serviço Social fortaleceram orientação sobre direitos, articulação com a rede, intervenções familiares e acompanhamento das demandas sociais.

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Itaquaquecetuba | 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:56
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1629

06

AÇÕES DESTAQUE 2025



HUMANIZAÇÃO, SOLIDARIEDADE E MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA

Unidade: CAPS III VIVER EM LIBERDADE | 2025

1

IntegraCAPS e CAPS no Território



Encontros no território promoveram socialização, cuidado fora dos muros do serviço, fortalecimento de vínculos e inclusão comunitária.

2

Cuidado continuado, visitas e articulação em rede



Visitas domiciliares, ações externas e acompanhamento territorial contribuíram para autonomia, continuidade do cuidado e redução do isolamento social.

3

Lazer, práticas corporais e bem-estar coletivo



Atividades físicas, dança, convivência e saídas coletivas estimularam participação, cooperação, saúde física e saúde mental dos usuários.

10

anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Balancço Social 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:56
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1630



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



UNIDADE GERENCIADA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPS II

E CAPS II INFANTO-JUVENIL

ITAQUAQUECETUBA - SP

CAPS II

**ENDEREÇO:**

Av. Presidente Tancredo Neves, nº 169 - Estação
CEP: 08.571-000 - Itaquaquecetuba - SP

**HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:**

...

**TELEFONE:**

(11) 5118-2958 / (11) 4753-2848

CAPS II INFANTO-JUVENIL

**ENDEREÇO:**

Av. João Barbosa de Moraes nº 450, Vila Zeferina.
CEP: 08576-070 - Itaquaquecetuba - SP

**HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:**

...

**TELEFONE:**

(11) 5118-2725

**E-MAIL:**

contatos@insaude.org.br



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Vanieria Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

10 anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em cuidado
(Galeotti, 2008) (2023)



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:56
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1631



2

01

PERFIL DA UNIDADE



O CAPS INFANTO JUVENIL E CAPS II É COMPONENTE INTEGRANTE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM ITAQUAQUECETUBA – SP, ARTICULANDO-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, ASSISTÊNCIA SOCIAL E EDUCAÇÃO, POR MEIO DE FLUXOS LÓGICOS E EFETIVOS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA, ORIENTADOS PELAS SECRETARIAS RESPECTIVAS DE CADA SERVIÇO INTERRELACIONADO.

O município de Itaquaquecetuba – SP, ocupa uma área de cerca de 82,622 km², com população estimada em 369 275 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2022, situado na zona oeste (Microrregião de Osasco) da Região Metropolitana de São Paulo e Alto Tietê.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



O CAPS IJ vai atender crianças e adolescentes com transtornos mentais e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas.

O novo equipamento vai funcionar de segunda a sexta, das 7h às 17h, e conta com terreno de 878 m² e 317 m² de área construída, dividida em 12 salas distribuídas entre consultórios, sala de oficina, consultório de enfermagem, quarto de observação, refeitório e uma área externa para atividades.

Com atendimento oferecido de forma integral e humanizada, a equipe técnica conta com dez profissionais entre psicólogos, assistentes sociais, enfermeira, psicomotricista, técnicos e auxiliares de enfermagem, artesão, educador social, além de psiquiatra e neuropsiquiatra.

O CAPS II, oferece atendimento às pessoas com transtorno mental grave e persistente com o intuito de promover a reabilitação psicossocial.

Com 370 m² de área construída, o espaço conta com consultórios para atendimento psiquiátrico, psicológico e de serviço social. A estrutura também possui quarto de observação, salas de convivência, medicação, enfermagem e administração, recepção, banheiros adaptados, refeitórios e espaço para oficinas.

O Caps vai funcionar de segunda a sexta, das 7h às 17h, dando suporte aos atendimentos do Ambulatório de Saúde Mental.

03

GESTÃO DA UNIDADE



Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:56
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

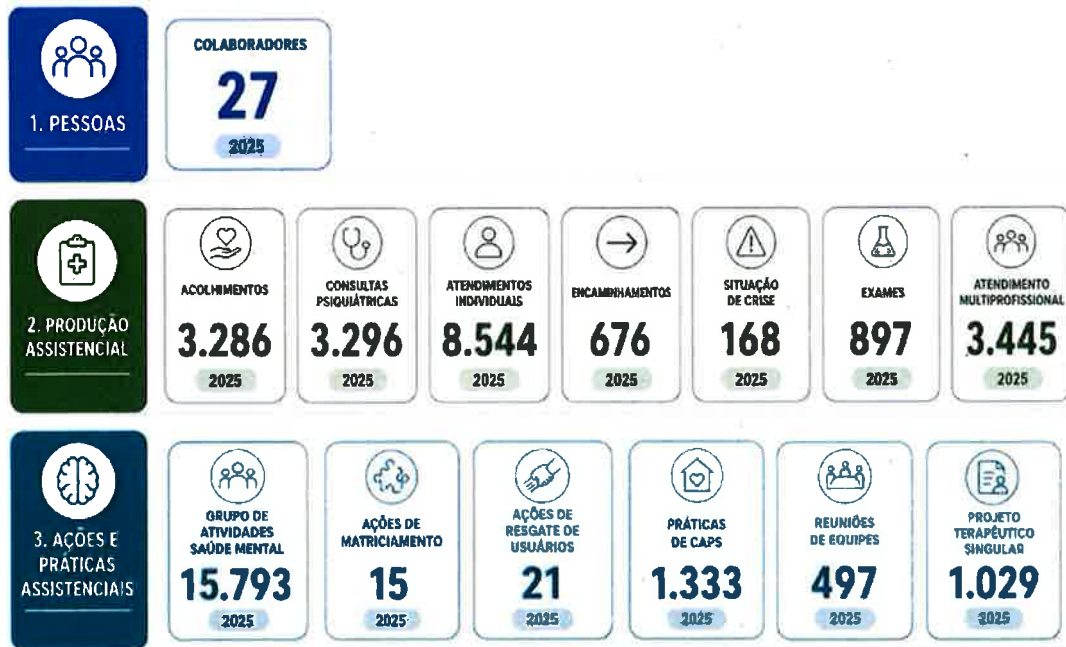
PROVA DE AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

04

DESEMPENHO DA UNIDADE



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Itaquaquetura 12/04/2025CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
 Data: 17/07/2026 17:43:56
 Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
 9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
83fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
 Lei Federal nº 13.874/2019
 Lei Federal nº 14.195/2021
 Lei Federal nº 14.133/2021
 Medida Provisória 2.200-2
 Decreto Federal 10.278/2020
 Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

1633



UNIDADE GERENCIADA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CIRANDA

ITAPEVI - SP



ENDEREÇO:

Ladeira Hugo Michelotte, nº 79 - Centro
CEP: 06.656-420 Itapevi - SP



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Segunda a Sexta das 8hs às 17hs



TELEFONE:

(11) 4142-5921



E-MAIL:

contato@insaude.org.br

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado

Balanco Social | 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:56
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em Sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

1634

01

PERFIL DA UNIDADE



O CAPS IJ é componente integrante da rede de atenção à saúde do SUS em Itapevi-SP, articula-se com a rede do município, sendo as unidades de saúde (UBS, USF, CIS, REAB e PS), educação (escolas estaduais, municipais, APAE e secretaria da educação), unidade pública Assistência Social (CREAS e CRAS), conselho tutelar, SAMU e Empresa privada Cacau Show. Essas são as unidades de apoio diagnóstico e terapêutico por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contra referência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de urgências e complexos reguladores instalados na região.

O CAPS Infanto juvenil Ciranda localizada no município de ITAPEVI SP, o município de ocupa uma área de 83,1 km² e possui população estimada em aproximadamente 244.131 habitantes, segundo o IBGE 2021.

O CAPS IJ Ciranda, atende crianças e jovens de 03 até 17 anos, que necessitam de atenção psicológica e psiquiátrica.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



A unidade CAPS Infanto Juvenil Ciranda, possui a seguinte estrutura física:

O espaço possui salas para atendimento clínico, oficinas e brinquedoteca, além de ambientes administrativos, entre outros.

Uma equipe multidisciplinar formada por psicólogo, psiquiatra, fonoaudiólogo, pedagogo, educador físico, artesã, assistente social, agente social e equipe de enfermagem.

O atendimento é destinado a crianças e jovens autistas e com transtornos graves e severos, como esquizofrenia e outros.

- 01 Recepção externa (espera).
- 01 Recepção Interna (atendimento).
- 01 Sala Administrativa.
- 01 Sala de Enfermagem.
- 01 Sala Consultório de Clínica Médica.

03

GESTÃO DA UNIDADE



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Belo Horizonte 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:56
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1635



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

04

DESEMPENHO DA UNIDADE



DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Balancço Social 2025Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:56
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1636



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



UNIDADE GERENCIADA

CAPS III ÁLCOOL E DROGAS RECONSTRUIR

ITAPEVI - SP



ENDEREÇO:

Estrada da Divisa, 1955 - VL. Nova Itapevi
Itapevi - SP. CEP: 06690-290



TELEFONE:

(11) 3878-6787



E-MAIL:

contato@insaude.org.br

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em **Qualidade**

Alcance Total 17725

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:56
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Vanieria Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

1637

2

01

PERFIL DA UNIDADE



O CAPS ÁLCOOL E DROGAS III RECONSTRUIR é componente integrante da rede de atenção à saúde do SUS em Itapevi - SP, articulando-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região. O Sistema de Saúde do município é formado por: · 01 Centro de Referência da Mulher, · 09 USFs (Unidade Saúde Família), · 06 UBS (Unidade Básica de Saúde), · 01 Pronto Socorro Municipal Central, · 01 Pronto Socorro Amador Bueno, · 01 Pronto Socorro Levy de Lima, · 03 Unidades de Saúde Mental, · 01 SAE (Serviço de Atendimento Especializado), · 01 SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), · 01 REAB (Centro de Reabilitação – COHAB). O município de Itapevi-SP ocupa uma área de 83,1 km² e possui população estimada em aproximadamente 237.700 habitantes, segundo o IBGE.

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



O CAPS ÁLCOOL E DROGAS III RECONSTRUIR possui a seguinte estrutura física:

- 01 Recepção, 03 banheiros na recepção.
- 01 Sala de Enfermagem, 01 Espaço para Farmácia, 01 Sala de descanso para os profissionais, 01 Sala de Administração, 01 Sala de espera para os atendimentos individuais e acolhimento.
- 03 Consultórios para Atendimentos Individuais Multiprofissionais: médicos, psicólogos, assistentes sociais, e demais profissionais.
- 01 Sala para servidor da unidade e suporte de T.I., 01 Refeitório acoplado à cozinha, 01 Sala para despensa de alimentos, 01 Área de convivência e grupos terapêuticos, 01 Dormitório masculino com 04 leitos e 01 banheiro acoplado, 01 Dormitório feminino com 04 leitos e 01 banheiro acoplado, 01 Sala aberta para grupos, 02 salas para almoxarifado de produtos de limpeza, 01 lavanderia para uso dos pacientes e funcionários.

03

GESTÃO DA UNIDADE



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em qualidade
Belo Horizonte 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:57
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1638



04

DESEMPENHO DA UNIDADE

3. AÇÕES E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS



4. TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Belo Horizonte 2025CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:57
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654

Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1639

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º



UNIDADE GERENCIADA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPAÇO CONVIVER

ITAPEVI - SP



ENDEREÇO:

Rua: Joaquim Lemos, 17 - Vila Aurora.
CEP: 06.657-010 - Itapevi.



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

...



TELEFONE:

(11) 3878-6787



E-MAIL:

contato@insaude.org.br

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em 2.020

Distância Social 1 2020



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:57
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de junho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

01

PERFIL DA UNIDADE



O CAPS Espaço Conviver é componente integrante da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em Itapevi – SP, articulando-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, assistência social e educação, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, orientados pelas Secretarias respectivas de cada serviço interrelacionado.

O município de Itapevi – SP, ocupa uma área de cerca de 82.659 km², com população estimada em 240.961 habitantes; segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2020, situado na zona oeste (Microrregião de Osasco) da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).

O Sistema de Saúde municipal é formado por:

03 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial – Adulto, Álcool e outras Drogas e Infanto-Juvenil); 01 Centro de Controle de Zoonoses e Dengue; 01 Centro de Vigilância Sanitária, 01 CRSM (Centro de Referência à Saúde da Mulher), 03 PSM (Pronto Socorro Municipal), 01 REAB (Centro de Reabilitação), 01 SAE (Serviço de Atendimento Especializado), 01 SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), 06 UBS (Unidade Básica de Saúde), 09 USF (Unidade Saúde da Família).

02

ESTRUTURA DA UNIDADE



O CAPS Espaço Conviver, possui a seguinte estrutura física:

- Área externa para atividades de grupos a céu aberto, Espaço de horta.
- 01 Recepção.
- 01 Cozinha / Refeitório.
- 03 Salas de atendimento individual (multidisciplinar e médico).
- 02 Salas para atividade em grupo.
- 01 Sala de reunião de equipe
- 01 Ateliê.

03

GESTÃO DA UNIDADE



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado
Itapevi 100 anos 2025



CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:57
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE AUTENTICIDADE



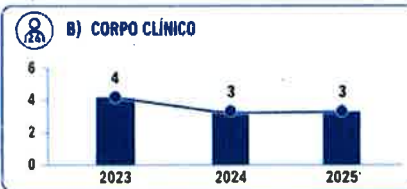
1641

04

DESEMPENHO DA UNIDADE



1. ESTRUTURA



2. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL



3. AÇÕES E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS



4. TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO



DESTAQUES POSITIVOS DO PERÍODO



10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando gestão em qualidade
Relatório Social 2025Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
 Data: 17/07/2026 17:43:57
 Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
 9804ddb99f06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
 Lei Federal nº 13.874/2019
 Lei Federal nº 14.195/2021
 Lei Federal nº 14.133/2021
 Medida Provisória 2.200-2
 Decreto Federal 10.278/2020
 Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE AUTENTICIDADE



1642



08

ENCERRAMENTO

- 🕒 Mensagem do Vice-Presidente do InSaúde
- 🕒 Perspectiva para 2026

10 ANOS

10 anos de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em **cuidado**.

Balanco Social | 2025

“Encerramos mais um ciclo com **gratidão**, responsabilidade e renovado **compromisso** com o que mais importa: as pessoas e a vida.”

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:57
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Codigo de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

1643



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

Mensagem do Vice-Presidente do InSaúde

“

“Seguimos
avançando com
responsabilidade,
aprendizados e
a convicção de
que ainda há muito
a construir em favor
de uma **saúde**
pública mais eficiente
e acessível.”

Luciano Carneiro Lobo

Vice Presidente

10 anos

de Gestão InSaúde

Uma década transformando
gestão em cuidado.

Batanga Social | 2025



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:57
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411, II

PROVA DE
AUTENTICAÇÃO



1644

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

PERSPECTIVAS PARA 2026

Ao encerrarmos mais um ciclo de realizações, renovamos nosso compromisso com a missão que orienta a trajetória do InSaúde: **promover a excelência na gestão dos recursos públicos, transformando eficiência administrativa em cuidado, desenvolvimento social e impacto positivo para a população.**

O ano de 2025 representou importantes avanços para nossa instituição. Fortalecemos práticas de governança, ampliamos mecanismos de integridade e compliance, consolidamos processos corporativos, investimos no desenvolvimento de pessoas e seguimos aprimorando a qualidade dos serviços prestados nas áreas da saúde, educação e assistência social.

Esses resultados reforçam a maturidade institucional construída ao longo de nossa trajetória e demonstram a capacidade do InSaúde de evoluir continuamente, mantendo-se alinhado às necessidades da sociedade e aos desafios de um cenário cada vez mais dinâmico e complexo.

Ao iniciarmos um novo ciclo, levamos conosco os aprendizados de uma década de atuação, a confiança construída junto às comunidades que atendemos e a convicção de que a boa gestão é um instrumento de transformação social.

Para 2026, nossa perspectiva está direcionada ao fortalecimento contínuo da governança institucional, à evolução dos modelos de gestão, à ampliação da eficiência operacional e ao aperfeiçoamento dos mecanismos de controle, transparência e prestação de contas. Seguiremos investindo em inovação, tecnologia, inteligência de dados e qualificação profissional, buscando soluções cada vez mais eficazes para apoiar gestores públicos e gerar valor para a sociedade.

Também permaneceremos comprometidos com a valorização das pessoas, com a sustentabilidade institucional e com a construção de ambientes seguros, éticos e colaborativos, capazes de potencializar resultados e fortalecer a confiança de todos aqueles que caminham conosco.

Mais do que expandir nossa atuação, queremos ampliar nosso impacto. Queremos continuar contribuindo para o fortalecimento das políticas públicas, para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população e para a construção de um país mais justo, humano e desenvolvido.

O futuro que projetamos para 2026 será construído sobre bases sólidas de transparência, qualidade, integridade e compromisso com a vida. Com responsabilidade, visão de longo prazo e dedicação permanente à excelência, seguiremos avançando, honrando a confiança que nos foi depositada e reafirmando nosso propósito de transformar gestão em valor público para a sociedade.

Luciano Carneiro Lobo

Vice-Presidente do InSaúde



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:57
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804db99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



1645

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º.

EDITORIAÇÃO E PRODUÇÃO INSTITUCIONAL

Relatório Institucional | 2025

Este relatório foi elaborado com o objetivo de consolidar, organizar e apresentar as principais informações institucionais, estratégicas, operacionais e sociais da empresa, reunindo dados, registros, análises e evidências que demonstram sua atuação, seus resultados e seu compromisso com a melhoria contínua.

A construção deste material envolveu levantamento de informações, análise de documentos internos, consolidação de indicadores, seleção de registros fotográficos, organização editorial, revisão textual e desenvolvimento gráfico, respeitando a identidade visual institucional e a linguagem própria da organização.

Coordenação Geral, Organização das Informações, Redação e Consolidação Editorial, Projeto Gráfico e Diagramação

INSAÚDE - INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA E GESTÃO EM SAÚDE

DIRETORIA ADMINISTRATIVA

Fontes de Informação

As informações apresentadas neste relatório foram extraídas de documentos internos, registros administrativos, relatórios setoriais, indicadores institucionais, evidências fotográficas e demais bases oficiais fornecidas pelas áreas responsáveis.

Relatório de Indicadores de Gestão - 2015 a 2025

Relatório de Ações Sociais - 2025

Direitos e Uso Institucional

Este material é de uso institucional e tem finalidade informativa, documental e estratégica.

A reprodução total ou parcial de seu conteúdo deve respeitar as diretrizes internas da Entidade e a autorização da gestão responsável.

São Paulo, 15 de maio de 2026



206

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>

CONSULTA
QUE ME

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:57
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c109
9804ddb99f06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal nº 12.682/2012
Lei Federal nº 13.874/2019
Lei Federal nº 14.195/2021
Lei Federal nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Daniela Nascimento Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

1646

OBRIGADO

- Sede Administrativa
- Sede Social – Mantenedora
- Canais Institucionais



SEDE ADMINISTRATIVA

✉ contato@insaude.org.br

☎ (11) 937020202

☎ (11) 3876-6787

📍 Avenida Paulista, 1754 - Conjunto 5A
Bela Vista - São Paulo - SP - CEP 01310-920



SEDE SOCIAL - MANTENEDORA

✉ contato@insaude.org.br

☎ (14) 3346-1100

📍 Av. Guilherme Arruda Cavatani, 496
Centro - Bernardino de Campos - SP - CEP 18960-000



CANAIS INSTITUCIONAIS



Site: <https://www.insaude.org.br/>



LinkedIn: [pt.linkedin.com/company/insaude/](https://www.linkedin.com/company/insaude/)



Instagram: <https://www.instagram.com/insaudegestao/>

10

anos

de Gestão InSaúde
Uma década transformando
gestão em cuidado.

Balancço Social | 2025

Consulte o registro blockchain ou o documento em: <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>



CONSULTA
ONLINE

Código de Autenticação Digital: 4c4251fa9e81c646
Data: 17/07/2026 17:43:57
Hash Documento Original: 13c647c3820295dbd77c189
9804ddb99fc06a59f05fce4064066c8aacfd24654



Autenticação
Blockchain

Código NFT:
03fdcc19286afd5a

Lei Federal Nº 12.682/2012
Lei Federal Nº 13.874/2019
Lei Federal Nº 14.195/2021
Lei Federal Nº 14.133/2021
Medida Provisória 2.200-2
Decreto Federal 10.278/2020
Código de Processo Civil - Art. 411. II

PROVA DE
AUTENTICIDADE



O presente documento digital foi gerado com o Original e assinado digitalmente por Vaneria Mastromatteo Barboza Lima, em sexta-feira, 17 de julho de 2026 17:43:37 GMT-03:00, OAB: 449679/SP, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. O presente documento é considerado autêntico nos termos do artigo 411, II, do Código de Processo Civil. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao>. O presente documento digital pode ser convertido em papel nos termos da Lei Federal N. 12.682/2012 Art. 2º-A § 7º

1647

DECLARAÇÃO DE PROVA DE AUTENTICIDADE

DECLARO para os devidos fins de direito que o arquivo digital especificado a seguir foi autenticado para Licitação de acordo com as Legislações e normas vigentes¹, gerando o **Código de Autenticação Digital 4c4251fa9e81c646**.

A autenticação eletrônica do documento intitulado **BALANÇO SOCIAL 2025 - R1 - _03062026_(1).pdf** faz prova de que em 17/07/2026 17:46:55, o(a) Sr.(a) **INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA E GESTÃO EM SAÚDE - INSAUDE** tinha posse do arquivo com as mesmas características que foram reproduzidas na prova de autenticidade, sendo de sua responsabilidade, única e exclusiva, como também pela idoneidade e origem do documento apresentado ao Dr.(a) **DANIELA NASCIMENTO BARBOZA LIMA - OAB: 449679/SP** que autenticou o presente documento, de acordo com o disposto no artigo 2º-A, § 7º, da Lei Federal nº 12.682/2012.

O documento em anexo, identificado individualmente em cada Código de Autenticação Digital ou na referida sequência, poderá ser reproduzido em papel ou em qualquer outro meio físico.

Esta DECLARAÇÃO foi emitida em 17/07/2026 17:46:57 (hora local) pelo sistema de Autenticação Digital de acordo com o Art. 1º, 10º e seus §§ 1º e 2º da MP 2200/2001. O documento eletrônico autenticado poderá ser solicitado diretamente ao Dr.(a) **DANIELA NASCIMENTO BARBOZA LIMA**.

Acesse o site <https://autenticacaodigital.com/consulta-autenticacao> para mais informações detalhadas deste ato e informe um dos seguintes dados:

1. O Código de Autenticação Digital, **4c4251fa9e81c646** ou,
2. Hash do Documento Autenticado: **f9b4fdbb136e9804bae1c7fffb4027f12571c2570c4f7c9df65ff40172a82820**

¹Legislações Vigentes: Lei Federal nº 12.682/2012, Lei Federal nº 14.195/2021, Lei Federal nº 14.133/2021, Medida Provisória nº 2200/200.

Documento Autenticado





CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO

**CERTIDÃO DE HABILITAÇÃO PROFISSIONAL
Nº 2026/080918**

O CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO certifica que o(a) profissional identificado(a) no presente documento encontra-se habilitado para o exercício da profissão contábil.

IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO

NOME	
NOME CIVIL	ALUIZIO SOARES DOS SANTOS
REGISTRO	1SP114522/O-3
CATEGORIA	TÉCNICO EM CONTABILIDADE
CPF	133.945.094-15

A falsificação deste documento constitui-se em crime previsto no Código Penal Brasileiro, sujeitando o autor à respectiva ação penal.

Emissão: São Paulo, 03/07/2026 às 14:11:01

Válido até: 01/10/2026

Código de Controle: 5508.1554.7828.6085

Para verificar a autenticidade deste documento, consulte o site do CRCSP.



CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SÃO PAULO
A SERVIÇO DA ADMINISTRAÇÃO

CERTIDÃO DE REGULARIDADE EMPRESA

O **CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SÃO PAULO** CERTIFICA que empresa identificada no presente documento encontra-se em situação **REGULAR** neste Regional.

Razão social: INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA E GESTÃO EM SAÚDE - INSAÚDE

CNPJ: 44.563.716/0001-72

Capital social: R\$ 0,00

Registro: Empresa - **CRA/SP:** 022304

Endereço: Avenida Guilherme de Arruda Castanho, Nº 496, Centro, Bernardino de Campos, São Paulo, CEP: 18960021

Responsável técnico
ENYLO VINICIUS FARIA

Registro
074239

A presente certidão não quita nem invalida quaisquer débitos ou infrações que, posteriormente, venham a ser apurados contra o titular deste registro.

A falsificação deste documento constitui-se em crime previsto no Código Penal, sujeitando o autor à respectiva ação penal.

Emissão: SÃO PAULO, 15 de Janeiro de 2026

Validade: 31/12/2026, desde que o registro permaneça em situação regular

Confirme a autenticidade e a regularidade deste documento na página <https://servicosonline.crasp.gov.br/6787f7aea3ad211683b23e53>, mediante número de controle a seguir:

CONTROLE: 07419c36-fac3-4821-b5f4-b9138bd79bdd



Rua Estados Unidos, 865/889 - Jd. América - CEP: 01427-001 - São Paulo

Fone: (11) 3087-3200 Fax: (11) 3087-3256 - www.crasp.gov.br

2



CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO



CERTIDÃO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO CERTIFICA, a pedido de pessoa interessada, que revendo os assentamentos do cadastro de pessoas jurídicas deste Conselho, deles verificou constar que a empresa **INST NACIONAL DE PESQUISA E GESTAO EM SAUDE - INSAUDE**, CNPJ/MF nº **44.563.716/0001-72**, localizado na **AV GUILHERME DE ARRUDA CASTANHO 496 - CENTRO – BERNARDINO DE CAMPOS/SP** acha-se registrado sob o nº. **901198** desde **05/04/1983**, tendo como Diretor(a) Técnico(a) o(a) **DR(A). RICARDO RATTI - CRM/SP nº 104747. ERA**, o que se continha em ditos assentamentos, os quais vão aqui, bem e fielmente transcritos, e aos quais se reporta e da fé.

(A PRESENTE CERTIDÃO TEM VALIDADE ATÉ 30/04/2027).



Emitido através do site <http://www.cremesp.org.br> em 05/05/2026 às 17:59:29
A autenticidade deste Certidão poderá ser verificada no endereço:
<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=ServicosEmpresasConsultaDocumentos>



CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO



CERTIFICADO DE REGULARIDADE DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

Inscrito sob CRM nº
901198

CNPJ nº
44.563.716/0001-72

Inscrição
05/04/1983

Validade
30/04/2027

Razão Social

INST NACIONAL DE PESQUISA E GESTAO EM SAUDE - INSAUDE

Nome Fantasia

INST NACIONAL DE PESQUISA E GESTAO EM SAUDE - INSAUDE

Endereço

AV GUILHERME DE ARRUDA CASTANHO 496 - CENTRO

Município/UF

BERNARDINO DE CAMPOS

CEP

18960021

Responsável Técnico

RICARDO RATTI - CRM nº 104747

Classificação

HOSPITAL GERAL DE PEQUENO PORTE

Este certificado atesta a **REGULARIDADE** da Inscrição do estabelecimento acima neste Conselho Regional de Medicina, em cumprimento à Lei nº 6.839 de 30/10/1980 e às Resoluções CFM nº 997 de 23/05/1980 e 1.980 de 11/07/2011. Ressalvada a ocorrência de alteração nos dados acima, este certificado é **válido até 30/04/2027**. Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.



	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	1 de 22

1. O QUE É?

O Código de Conduta do Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde - InSaúde fornece as diretrizes para trabalharmos de forma integral dentro de comportamentos éticos em nosso ambiente. Para ser vivido, o Código deve nortear todas as nossas ações e relações profissionais e ser reflexo de nossas condutas diárias. Como integrante do InSaúde você aceita fazer parte desse compromisso e contribuirá para que ele seja totalmente parte de sua conduta, independente das diferenças de estrutura ou região na qual você esteja inserido.

2. A QUEM SE APLICA

Esse Código de Conduta deve nortear as condutas profissionais e pessoais de todos os profissionais direta ou indiretamente ligados ao InSaúde. Cientes de seu conteúdo, deverão não apenas cumpri-lo mas, igualmente, propagá-lo por meio de modelo de comportamento perceptível a todos.

3. OBJETIVOS

O Código de Conduta do InSaúde tem como objetivo o fortalecimento de condutas e práticas que contribuem para a ampliação saudável de nossos negócios com foco na clara percepção de valor aos serviços que realizamos. Nossa expectativa é que após a divulgação desse Código pelo InSaúde, nossa equipe tenha condições de tomar decisões com maior segurança e de forma acompanhada, com alinhamento institucional. Políticas, planos e procedimentos internos deverão ser cumpridos por todos os profissionais e parceiros. Além disso, zelar pelo patrimônio da instituição é um dever de todos, cabendo a cada colaborador denunciar toda e qualquer prática contrária a este fim. Caso alguma situação não abordada pelo Código possa acontecer em nossas unidades, orientamos que nosso profissional busque apoio e compartilhe dúvidas e

 INSTITUCIONAL POLÍTICA INSTITUCIONAL Código de Conduta		Nº PI.SEDE.006/2018
	Data da Elaboração:	09/04/2018
	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	2 de 22

decisões com seu superior imediato que poderá orientá-lo para juntos buscarem uma solução sem geração de conflito.

4. PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

PROPÓSITO

Proteger a qualidade e o desenvolvimento da vida por meio da excelência da gestão do recurso disponível em saúde, educação e assistência social.

MISSÃO

Garantir a assistência segura e ser referência na gestão de recurso público.

VISÃO

Ser reconhecido, até 2020, pela transparência em gestão da saúde, educação e assistência social.

VALORES

Vitalidade – ter capacidade de agir com entusiasmo e energia na busca do desenvolvimento humano.

Transparência - saber escolher, em todas as situações, a clareza.

Segurança Assistencial - construir ambientes de relacionamentos seguros para nossos clientes.

Qualidade - garantir a evidência de nossa competência em todas as nossas atividades.

5. NOSSA CONDUTA NO AMBIENTE PROFISSIONAL INTERNO

A atuação de todas as nossas Unidades e todos os nossos profissionais deverão estar em conformidade com as leis vigentes no país e com as políticas e procedimentos do InSaúde. Para enfatizarmos nossa expectativa e compromisso, gostaríamos de compartilhar algumas premissas:

 InSaúde <small>INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE E DEBILIDADE</small>	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	3 de 22

5.1. RELAÇÕES PROFISSIONAIS E AMBIENTE DE TRABALHO

Nosso dia a dia só se realiza em razão da existência do ser humano. Nosso maior foco é para ele e para a garantia de sua integridade e melhor desenvolvimento. O InSaúde valoriza relações de interação pautadas pela cooperação, respeito e assertividade. Para que isso ocorra, faz-se necessário o incentivo Institucional e de toda a liderança de uma comunicação permanente e clara, que busque a iniciativa e o comprometimento constante entre todas as partes, estimulando o crescimento pessoal, profissional e do próprio Instituto.

Trabalhamos no InSaúde para fazer cumprir nosso Propósito, Missão, Visão e Valores todos os dias, em todas as nossas ações. Neste sentido, não serão permitidas ou toleradas qualquer forma, direta ou indireta, de ameaça, coerção, abuso ou assédio no ambiente de trabalho, além de atitudes inadmissíveis como discriminação em relação à raça, religião, gênero, cor da pele, classe social, cultura ou orientação sexual. Não será permitida nenhuma forma de trabalho forçado ou infantil. Igualmente, fica proibida a contratação de serviços e/ou aquisição de produtos ou mercadorias de fornecedores que operem em desrespeito a esses preceitos. Qualquer desvio das questões acima desejadas, deverá ser comunicada por qualquer profissional do InSaúde ao Comitê de Compliance para encaminhamentos cabíveis.

Esperamos que você realize suas atividades dentro do InSaúde utilizando de suas melhores competências e que esteja aberto (a) a desenvolver novos aprendizados e responsabilidades. Para isso contamos que você:

1. Respeite todas as pessoas com as quais conviver presencialmente ou à distância.
2. Colabore para o ambiente ser produtivo, colaborativo e local de crescimento profissional e pessoal.
3. Tenha iniciativa de aprender mais e compreender como cada diferente pessoa pode ajudá-lo (a) a enxergar novas soluções e novos comportamentos saudáveis.

 POLÍTICA INSTITUCIONAL	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	4 de 22

4. Seja criterioso (a) e prudente na sua conduta interna no InSaúde e em todos os relacionamentos públicos com Entidades, Empresas, Instituições, zelando pela imagem da Instituição.
5. Aja conforme o Código de Conduta interno, sendo responsável e apoiando-se na estrutura da Instituição em caso de dúvidas.
6. Utilize os canais de denúncia para informar toda e qualquer espécie de ato ilícito, civil, trabalhista, administrativo, penal, tributário, ambiental, assim como a violação às regras de ética e conduta deste Código de Conduta e colabore com os procedimentos promovidos pelo Comitê de Compliance.

5.2. CONSELHO E DIRETORES CORPORATIVOS

O direcionamento do negócio do InSaúde, orientado por práticas de mercado atuais, consistentes e transparentes é o principal papel do Conselho e da Diretoria da Instituição. Influenciar com sua experiência o planejamento estratégico, elevar a qualidade dos trabalhos e a busca do melhor aproveitamento de recursos e competências humanas devem ser os eixos de constante aprimoramento no relacionamento entre as esferas estratégicas. Para tal responsabilidade deve se apoiar neste Código e em todos os seus preceitos como fonte de inspiração para realizar um trabalho pautado pelo desenvolvimento do ser humano, colaborativo e transparente frente aos profissionais.

O InSaúde acredita que o modelo de verdade e transparência percebido no dia a dia pelos profissionais é capaz de solidificar uma cultura organizacional saudável com força para impactar o ambiente de trabalho.

Assim, são deveres do Conselho e da Diretoria Corporativa:

1. Zelar para o cumprimento desse Código de Conduta em todos os relacionamentos entre profissionais do InSaúde.

	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	5 de 22

2. Agir e evidenciar decisões com bases no propósito, missão, visão e nos valores do InSaúde.
3. Preservar a imagem da Instituição em todas as esferas e perante todas as partes envolvidas, dedicando-se a antecipar preventivamente quaisquer conflitos de interesse.
4. Guardar sigilo sobre toda e qualquer informação do InSaúde.
5. Permitir que o resultado do trabalho seja alcançado em prazos razoáveis e exequíveis, com planejamento, evitando-se ações que comprometam prazos, legislação vigente e a integridade de profissionais.
6. Orientar profissionais sob sua responsabilidade acerca de ações que possam representar dilemas éticos.
7. Agir constantemente com respeito com seus pares, aproveitando as melhores práticas e posicionamentos em prol da Instituição.

5.3. GESTORES DE UNIDADE

Nas unidades do InSaúde temos a oportunidade de ver nosso propósito da maneira mais efetiva e clara: respeitar e cuidar da vida e do desenvolvimento humano. Os gestores de unidade são imprescindíveis para alinhar as equipes e incentivar condutas que colaborem não apenas para a imagem mas também para a consolidação dos valores da Instituição.

Assim, são deveres dos gestores de unidades:

1. Gerenciar os recursos nas unidades de forma a proporcionar resultados evidenciados.
2. Zelar pelo cumprimento integral das responsabilidades do InSaúde, observando o tratamento adequado dos stakeholders.
3. Atuar de forma ética, transparente e em conformidade às práticas, políticas e normas da Instituição.

	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	6 de 22

4. Preservar a imagem da Instituição em todas as esferas, dedicando-se a antecipar quaisquer conflitos de interesse.
5. Buscar apoio nas Diretorias Corporativas em quaisquer questões relacionadas a conflitos de interesse ou posicionamentos de outra ordem.
6. Pautar sua gestão pelo desenvolvimento de profissionais, tanto em suas competências técnicas quanto no estímulo para desenvolvimento pessoal.

6. NOSSAS CONDUTAS NO AMBIENTE EXTERNO

As partes interessadas envolvidas nos trabalhos do InSaúde são todas aquelas que afetam ou são afetadas pelo desenvolvimento das rotinas do InSaúde. É fundamental para nossa existência e para o cumprimento desse Código de Conduta que sempre busquemos a efetivação de parcerias duráveis e benéficas para ambas as partes.

6.1. USUÁRIOS DE NOSSOS SERVIÇOS NAS UNIDADES

Em nosso trabalho diário, devemos:

1. Compreender a importância que cada atendimento possui para nossa trajetória, pautada no cuidado técnico adequado e na forma de relacionamento ao ser humano.
2. Atender os usuários com competência, ética, empatia e reconhecimento de seus direitos, conforme legislação vigente.
3. Disponibilizar com ética e eficiência as informações solicitadas de forma atualizada, clara, precisa e transparente.
4. Buscar desenvolver o trabalho com foco na melhoria contínua.
5. Tratar com confidencialidade as informações fornecidas dos usuários.
6. Pautar o atendimento na saúde, educação e assistência social de forma transparente, repudiando atendimentos prioritários de ordem pessoais.

	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	7 de 22

7. Assumir e corrigir falhas, evidenciando soluções e compartilhamento de aprendizado.

6.2. FORNECEDORES E PRESTADORES DE SERVIÇO

O atendimento ao fornecedor e prestador de serviço de qualquer ordem, será sempre baseado no comprometimento com melhora de resultados, qualidade, transparência e buscando constantemente o respeito nas negociações.

O processo de escolha e contratação de fornecedores e prestadores de serviço será pautado em critérios técnicos e profissionais, na ética, sempre garantindo a melhor relação custo-benefício, observadas ainda as condições descritas no Regulamento de Compras e demais políticas aprovadas.

É expressamente vedado contratar ou manter negociações com empresas que tenham sido condenadas por práticas ilícitas contra a Administração Pública, nacional ou estrangeira, e contra o meio ambiente, devendo enfatizar a busca e contratação de empresas referência nos setores de atuação, comprometidas com programas de gestão da qualidade, exigências sanitárias e ambientais

A gestão nas unidades deverá exigir a permanente qualificação da empresa contratada por meio de treinamentos de seus profissionais e investimentos em setores específicos bem como a atitude para controle e fiscalização dos serviços oferecidos.

6.3. ORGÃOS GOVERNAMENTAIS

O InSaúde mantém contratos e convênios com a Administração Pública Municipal, Estadual e Federal e prima por um bom relacionamento com todas as esferas governamentais e reguladoras, respeitando leis, normas e regulamentos, observando os princípios constitucionais e as legislações vigentes. Para isso, mantem canais permanentes de comunicação e diálogo, buscando transparência e respeito mútuo.

 INSTITUCIONAL PI.SEDE.006/2018		
	POLÍTICA INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
	Código de Conduta	09/04/2018
		00
	Data da Elaboração:	
	Revisão:	
	Data da Última Revisão:	
	Página:	8 de 22

A fiscalização dos órgãos de controle deverá ser acompanhada por profissional devidamente preparado e autorizado do InSaúde, que prestará todas as informações requisitadas de forma clara e objetiva e poderá contar com o apoio das demais áreas em caso de solicitações específicas.

Nenhuma forma de pagamento, vantagem indevida ou qualquer outro benefício poderá ser oferecido a uma autoridade ou servidor da administração pública.

O InSaúde condena a prática de fraudes e atos de corrupção ou qualquer ação que proporcione alguma vantagem, seja em licitações, contratos administrativos ou pela regulação do setor envolvendo seus profissionais, prestadores de serviço, clientes, fornecedores ou relacionamento com Órgãos Públicos.

O InSaúde não tem posicionamento político e não tomará nenhuma iniciativa que possa ser vista como favorecimento a políticos ou partidos, sendo vedada a manifestação político-partidária no ambiente de trabalho.

6.3.1. LICITAÇÕES

Licitação é o instrumento utilizado pela Administração Pública para contratar serviços ou adquirir produtos de uma empresa privada.

Assim fica vedada aos colaboradores a prática dos seguintes atos:

- fraudar licitação pública ou contrato dela decorrente.
- criar, de modo fraudulento ou irregular, pessoa jurídica para participar de licitação pública ou celebrar contrato administrativo.
- obter vantagem ou benefício indevido, de modo fraudulento, de modificações e prorrogações dos contratos já celebrados.
- manipular, tendenciar o resultado ou fraudar o equilíbrio econômico-financeiro das licitações ou contratos.

6.3.2. INTERAÇÕES DIRETAS COM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

 POLÍTICA INSTITUCIONAL Código de Conduta	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
	Data da Elaboração:	09/04/2018
	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	9 de 22

Em algumas situações os colaboradores do InSaúde, em decorrência de suas atividades profissionais, precisam ter algum contato direto com algum Agente Público. Cabe ao InSaúde, o compromisso de garantir a transparência e a integridade dessas interações. Todas as interações de rotina com Agente Público que fazem parte das atividades cotidianas e da rotina administrativa do InSaúde, que já estejam previamente estabelecidas, não gerando nenhuma tomada de decisão por parte do colaborador em nome do InSaúde, podem ser estabelecidas sem qualquer prévia comunicação a área de Compliance, desde que cumpram as diretrizes estabelecidas neste Código de Conduta do InSaúde.

Todas as interações eventuais de caráter comercial como situações relacionadas a negociação de contratos com agentes públicos, acordos, reajustes de pagamentos e preços, concessão de incentivos, devem passar pelo Comitê de Compliance para avaliação dos riscos envolvidos e orientação. Além disso, devem ser adotadas algumas providências concretas, conforme abaixo:

(i) a presença de no mínimo 2 (dois) colaboradores do InSaúde em encontros em caráter comercial; (ii) o registro, em ata, dos temas abordados na reunião, incluindo, o nome dos presentes; (iii) retirar-se do local da interação eventual, caso sejam abordados temas que possam ser prejudiciais à reputação do InSaúde ou estejam em desacordo com esta Política e comunicar imediatamente ao seu gestor imediato ou ao Comitê de Compliance; e (iv) agendamento de reuniões em horários comerciais e locais que não fujam à normalidade da situação.

6.3.3. LAVAGEM DE DINHEIRO

O InSaúde não aceita nem apoia qualquer iniciativa relacionada à Lavagem de Dinheiro, que é entendida como processo feito para ocultar ou legitimar recursos financeiros ilícitos.

	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	10 de 22

6.4. CONCORRENTES

O InSaúde acredita e defende a liberdade de mercado e mantém uma relação profissional, cordial e de respeito com seus concorrentes, cooperando, sempre que possível e necessário, com ações de benchmark para a construção de uma sociedade melhor direcionada para qualidade, ética e melhores padrões de serviços.

São vistas como posturas que ferem esse Código de Conduta e os Valores do InSaúde:

1. Atuar para, de qualquer maneira, prejudicar a livre concorrência ou a livre iniciativa.
2. Acordar, manipular ou ajustar preços com concorrente.
3. Promover, obter ou influenciar a adoção de conduta comercial uniforme entre concorrentes.
4. Utilizar meios enganosos para provocar oscilação de preços de terceiros.
5. Atuar para o estabelecimento de divisão de mercado (geográfico ou de clientes).
6. Compartilhar informações acerca de planos estratégicos do InSaúde.
7. Fazer declarações inverídicas com o intuito de prejudicar a reputação da concorrência.
8. Compartilhar qualquer outra informação confidencial ou de natureza confidencial.

6.5. COMUNIDADE

O InSaúde atua diariamente para promover a proteção da vida e das comunidades nas quais está inserida, trabalhando com responsabilidade e envolvimento nas esferas sociais. Nossas unidades estão distribuídas por regiões diversas do país, com identidades culturais e de relacionamento muito diferentes. Nossos profissionais deverão sempre levar em consideração essa diversidade com devido respeito junto às comunidades, buscando a melhoria da qualidade de vida local.

	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	11 de 22

Somos uma entidade filantrópica e, portanto, os resultados financeiros são revertidos à projetos em Saúde, Educação e Assistência Social, escolas e creches com grande alcance e positivo impacto social. Estabelecer vínculos sadios com a comunidade é parte importante de nosso trabalho.

7. SUSTENTABILIDADE E RECURSOS AMBIENTAIS

O InSaúde busca por meio de seus projetos e trabalho diário a apresentação de resultados claros, sólidos e perceptíveis pela comunidade e partes envolvidas. Neste sentido, entende que a conduta ética é fundamental, sendo dever de todos:

1. Incentivar práticas sustentáveis e de responsabilidade social, alicerçadas pelos pilares do desenvolvimento sustentável, da justiça social, da segurança econômica, do respeito e da proteção ao meio ambiente.
2. Promover o desenvolvimento sustentável em seus relacionamentos com as diversas partes envolvidas.
3. Buscar aliar-se, sempre que possível e cabível, a modelos de negócio e ideias que norteiam o processo de busca pelo desenvolvimento sustentável em todas as instâncias.
4. Acondicionar resíduos e descartados conforme normas internas e exigências legais.
5. Seguir as diretrizes do Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada unidade.
6. Utilizar adequadamente os materiais disponibilizados para a realização das atividades, evitando desperdícios e descartes desnecessários.
7. Contribuir para o consumo de água e energia elétrica de forma racional, evitando o esgotamento dos recursos naturais e desperdício.

8. SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

 POLÍTICA INSTITUCIONAL	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	12 de 22

Proteger a vida no ambiente de trabalho é condição para que o InSaúde possa realizar seu trabalho de forma integral. Cabe a todos os nossos profissionais tomar decisões com foco na proteção da saúde e a segurança no local de trabalho.

Portanto, são consideradas atitudes esperadas:

1. Seguir normas e procedimentos requeridos pelo InSaúde na realização de suas atividades profissionais, obedecendo sempre normas de saúde e segurança do trabalho, institucionais e locais e incorporando nas atividades diárias o uso adequado dos equipamentos de proteção individuais e coletivos — quando a função exigir —, não aceitando executar qualquer atividade em condição de falta de segurança, preservando sua integridade física e a de seus colegas.
2. É proibido qualquer ato de agressão física ou psicológica. Qualquer atitude que ameace um profissional de maneira violenta ou potencialmente violenta deve ser formalizado imediatamente ao canal de denúncias.

9. CONFLITO DE INTERESSES

Em nosso ambiente de trabalho todos estamos sujeitos a vivenciarmos impasses que podem trazer pequenos danos a nossa atividade, bem como causar impactos sem precedentes aos nossos valores, conduta, reputação e imagem. Preconizamos que todo impasse deve ser analisado e os comportamentos que o fomentaram devem ser evitados.

Para tal, orientamos as seguintes posturas a todos os nossos profissionais:

1. Não auferir vantagem financeira, direta ou indiretamente, de instituições com as quais mantemos relações comerciais.
2. Não aceitar vantagem, benefício ou objeto de valor de qualquer pessoa, física ou jurídica.
3. Não utilizar informações confidenciais privilegiadas para qualquer finalidade.

	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	13 de 22

4. Não aceitar participação em eventos com despesas de deslocamento, passagens, diárias e alimentação pagas por fornecedor ou qualquer órgão público com exceção de eventos para aprimoramento das atividades diretamente relacionadas à prestação de serviço do InSaúde e que forem aprovadas pelo Comitê de Compliance.
5. Não se valer de seu cargo ou posição para obtenção de favores ou benefícios pessoais.
6. Não realizar atividades paralelas, fora da jornada de trabalho que interfiram nas habilidades e condições para a realização do trabalho, tampouco que prejudiquem a imagem da instituição.
7. Não comercializar produtos e serviços no ambiente de trabalho.
8. Não solicitar emprego ou benefícios para si ou terceiros em empresas de clientes, parceiros ou fornecedores.

10. INDICAÇÃO/CONTRATAÇÃO DE FAMILIARES DE PROFISSIONAIS E DE EX-PROFISSIONAIS

Para contribuir para um ambiente profissional e qualitativo de nossas atividades, bem como evitar possíveis conflitos de interesse, a contratação de parentes de profissionais até terceiro grau (pais, filhos, netos, irmãos, sobrinhos, tios), bem como cônjuges e cunhados, deverá seguir a Política de Gestão de Pessoas do InSaúde e todos os passos de uma contratação padrão, atentando-se para os seguintes pontos:

1. Impessoalidade no processo: todos os candidatos serão submetidos a todas as etapas do processo seletivo, sem exceção, não havendo qualquer tipo de privilégio.
2. Distanciamento: o profissional, em qualquer instância ou cargo, que possua vínculo familiar com o candidato não poderá participar, tampouco influenciar, qualquer decisão do processo de seleção ou contratação.

 POLÍTICA INSTITUCIONAL Código de Conduta	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
	Data da Elaboração:	09/04/2018
	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	14 de 22

3. Validação: algumas contratações de familiares poderão necessitar da validação do Comitê de Compliance. Caberá ao setor de Recursos Humanos validar quando necessário.

Ex-profissionais poderão ser recontratados desde que não tenham sido demitidos por baixo desempenho ou má conduta. Somente poderão ser recontratados aqueles que tenham sido demitidos por redução de quadro, extinção do serviço ou por iniciativa própria, decorridos pelo menos 6 (seis) meses de seu desligamento.

É permitida relação afetiva entre os profissionais da empresa, desde que observadas as condições de total discricção e não influência em decisões, dilemas, rendimento e desempenho no ambiente de trabalho.

Profissionais que venham a se relacionar e estabelecer relações matrimoniais posteriormente à contratação não precisarão deixar a empresa em função disto, desde que observadas às condições previstas no parágrafo acima.

11. BRINDES E GRATIFICAÇÕES

O InSaúde entende que o recebimento e fornecimento de brindes são práticas comuns no ambiente empresarial. Tais práticas, no entanto, podem influenciar decisões e gerar favorecimentos indevidos, por isso torna-se necessário estabelecer regras claras e comunica-las amplamente. Tais práticas precisam levar em consideração que:

1. O item seja de caráter simbólico.
2. Não ultrapasse o valor de 1/5 do salário mínimo nacional vigente. A destinação de brindes com valor acima ao determinado depende de um processo de análise por parte do Comitê de Compliance, e os casos devem ser levados ao superior imediato para que este comunique o Comitê de Compliance.
3. Todos os descontos em serviços sejam revertidos ao InSaúde e não incorporados pelo recebedor ou comprador.

	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	15 de 22

4. Convite ou inscrição para participação de conferências, seminários, palestras ou eventos de interesse do InSaúde sejam comunicados ao Comitê de Compliance, para que dê o tratamento e a destinação adequados.
5. Convites para eventos culturais e esportivos sejam aceitos após análise do Comitê de Compliance, desde que tenham sido oferecidos ao InSaúde em caráter institucional, sem destinatário exclusivo específico.
6. Brindes ganhos por meio de sorteios em eventos internos e externos ligados ao InSaúde fiquem com o recebedor.

12. ATIVIDADES POLÍTICAS

Todos os profissionais do InSaúde podem participar do processo político-partidário, desde que essa atividade:

1. Não se realize de forma concreta ou ideológica durante a jornada de trabalho e dentro das dependências físicas do InSaúde ou de qualquer unidade pertencente a seus projetos.
2. Seja realizada de forma que não seja possível vincular o profissional com o InSaúde.
3. Seja realizada sem qualquer divulgação de marca ou menção ao nome do InSaúde.
4. Não envolva a requisição de contribuições de recursos (monetários ou não monetários) na sede ou unidades de projetos mantidos pelo InSaúde com a finalidade de apoiar os partidos políticos, os políticos e as iniciativas políticas.

As doações, por parte do InSaúde, para candidatos e partidos políticos são proibidas, obedecendo o disposto na legislação vigente.

13. CORRUPÇÃO E SUBORNO

 InSaúde <small>INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE</small>	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	16 de 22

O InSaúde entende como inaceitável qualquer forma de participação em ações de corrupção ou suborno, incluindo pagamentos ou outros modos de conferir benefícios a qualquer responsável proveniente de instituição pública ou privada, visando influenciar a tomada de decisões em descumprimento da legislação vigente.

Caberá ao Comitê de Compliance e aos mecanismos de controles internos acompanhar constantemente o ambiente de trabalho para garantir sua regulação.

Todos os profissionais do InSaúde são responsáveis por repelir terminantemente posturas de corrupção e suborno e tem a obrigação de comunicar ao Comitê de Compliance em qualquer observação neste âmbito.

14. COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS E IMAGEM DO INSAÚDE

Para o InSaúde toda informação contém valor e precisa ser protegida. Nossa Política de Tecnologia de Informação orienta os detalhes de como precisamos gerenciar nossos dados, softwares e patrimônio tecnológico bem como as sanções aplicáveis para o não cumprimento de tais regras.

Todas as informações recebidas nos diferentes ambientes de trabalho, também compreendidas aquelas relativas a todos os programas de computador, software, aplicativos, regras de negócios, inovações tecnológicas, projetos, processos, documentos são estritamente confidenciais e de propriedade do InSaúde, sendo dever de todos os profissionais zelar e manter sigilo de todas as informações às quais tenha acesso, sendo vedada pelo InSaúde sua transferência para terceiros ou utilização para fins pessoais.

É proibida a qualquer colaborador ou parceiro a reprodução, distribuição ou alteração de materiais sem a prévia autorização do gestor responsável pela área.

15. UTILIZAÇÃO DE REDES SOCIAIS

	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	17 de 22

O InSaúde está presente nas principais redes sociais. Toda a gestão de conteúdo disponibilizado em sites, portais e redes e o relacionamento com as partes interessadas é de exclusiva responsabilidade do Departamento Administrativo do InSaúde, no entanto, a proteção da imagem da Instituição é responsabilidade de todos os profissionais. Sendo assim, é dever de todos:

1. Direcionar a área Administrativa toda e qualquer notificação ou reclamação de cliente ou parte interessada que tenha acessado ou recebido por meio de mídia social.
2. Não divulgar informações e/ou comentários, de clientes ou pessoas relacionadas a estes em mídias sociais, seja em seus perfis pessoais ou de terceiros.

16. UTILIZAÇÃO DA MARCA

O Departamento Administrativo deverá ser consultado em todas as ações de uso ou aplicação de imagem ou marca InSaúde para além dos materiais Institucionais fornecidos tais como: papelaria, comunicados, folders, cartazes, botons, projetos entre outros materiais. Para tal orientação o Departamento Administrativo disponibilizará o Manual de Uso e Aplicação de Marca.

17. COMITE DE COMPLIANCE

O InSaúde trabalha constantemente para a contribuição e manutenção de um ambiente profícuo em segurança, transparência e confiabilidade de informações e relacionamentos. Para isso tem como exigência para todas as suas unidades o cumprimento da Lei 12.846/2013.

Toda e qualquer infração às regras previstas neste Código de Conduta, assim como aqueles atos que possam configurar infração à Lei, deverão ser denunciados ao Comitê de Compliance e serão passíveis de análise e sanção.

 InSaúde <small>INSTITUTO ANTONIO CARLOS DE SAÚDE</small>	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	18 de 22

17.1. COMPOSIÇÃO E DAS ATRIBUIÇÕES

O Comitê de Compliance é um órgão não estatutário de caráter permanente, regendo-se pelo Código de Conduta e pela legislação aplicável, tendo por objetivo assessorar o Conselho de Administração no desempenho de suas atribuições relacionadas à adoção de estratégias, políticas e medidas voltadas à difusão da cultura de controles internos, mitigação de riscos e conformidade com normas aplicáveis à organização social.

O Comitê de Compliance terá autoridade e independência, inclusive do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva, para investigar e detalhar qualquer ação dentro do InSaúde para dissolver dúvidas sobre a integridade dos trabalhos realizados pelo InSaúde ou por prestadores de serviço e fornecedores com relação direta e/ou indireta com a Instituição.

Dentro do InSaúde, o Comitê de Compliance deverá:

1. Acompanhar o cumprimento das regras e procedimentos previstos neste Código de Conduta.
2. Solicitar ao Departamento Administrativo a atualização periódica das normas, regras e procedimentos em conformidade as atualizações de legislação e necessárias melhorias internas.
3. Fiscalizar e exigir a criação de procedimentos específicos para prevenir fraudes e ações ilícitas em processos licitatórios, na execução de contratos administrativos ou em qualquer interação com o setor público, ainda que intermediada por terceiros.
4. Propor a aprovação das alterações em todas as instâncias, inclusive no Conselho de Administração.
5. Analisar novos riscos advindos das alterações de processos, novos projetos ou parceiros necessários para a realização dos trabalhos do InSaúde.

 InSaúde <small>INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO</small>	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	19 de 22

6. Apresentar ao Conselho de Administração os relatórios dos controles internos dos indicadores de compliance e orientar quanto a recomendações e plano de ações necessários.
7. Monitorar o cronograma de treinamentos desse Código de Conduta e de outras Políticas e procedimentos que possam contribuir para a cultura da integridade e compliance interna em todas as unidades e níveis hierárquicos do InSaúde.
8. Gerenciar diretamente os canais de denúncia, atuando na análise e na promoção da investigação interna para apuração de responsabilidades, respeitados os direitos e garantias previstos na legislação.
9. Promover a ampla divulgação dos canais de denúncia em conjunto com o setor de Recursos Humanos e responsáveis pelas unidades.
10. Encaminhar denúncia e prestar informações às autoridades competentes e, se for o caso, colaborar quando formalmente solicitado por empresa privada em exercício de seu Programa de Compliance.

O Comitê de Compliance do InSaúde será formado por 4 membros:

1. pelo Diretor Geral. Esse membro também ocupará o cargo de Coordenador do Comitê.
2. pelo Diretor Executivo.
3. pelo Diretor Técnico.
4. por um membro indicado pela Diretoria, com mandato de 2 (dois) anos, reelegível.

Caberá ao Coordenador do Comitê de Compliance:

1. Convocar e presidir as reuniões do Comitê, avaliar e definir os assuntos a serem discutidos nas reuniões, definir o Secretário da Mesa, que será o responsável

	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	20 de 22

pela elaboração das Atas das Reuniões do Comitê e dos relatórios a serem submetidos ao Conselho de Administração.

2. Promover junto aos departamentos profissionais específicos do InSaúde, a adoção das medidas decididas pelo Comitê de Compliance e assegurar o apoio irrestrito destes departamentos sempre que necessário.

O Comitê de Compliance se reunirá a cada três meses, sempre com a totalidade de seus membros, podendo ser convocadas reuniões de emergência com a presença de pelo menos, 75% de sua composição original.

As decisões serão tomadas por consenso ou, na impossibilidade, pela maioria simples de votos, cabendo um voto a cada membro do Comitê de Compliance.

As decisões deverão ser registradas em atas para comunicação e acompanhamento de reportes futuros bem como para fortalecer os possíveis planos de ação a elas relacionados.

As atas deverão ser assinadas pelos membros do Comitê presentes, registrando-se a participação extraordinária dos convidados às reuniões; controladas e mantidas de forma organizada e sigilosa, de modo a ficar disponíveis para atendimento a demandas da Administração, Auditorias (interna e externa) e Órgãos Reguladores.

O Comitê de Compliance, em conjunto com os departamentos Administrativo e de Recursos Humanos, promoverá a ampla divulgação dos canais de denúncia em treinamento de pessoal, material publicitário, contratos e demais materiais de uso interno e externo da Organização.

O Comitê de Compliance, com apoio da área de Recursos Humanos, promoverá treinamentos periódicos sobre a cultura interna de compliance no InSaúde.

Todos os departamentos do InSaúde em todas as Unidades, com o apoio do Comitê de Compliance, implementarão medidas e procedimentos que assegurem a pronta

	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	21 de 22

interrupção de irregularidades ou infrações detectadas, bem como a remediação dos danos gerados, podendo demandar:

1. O afastamento imediato das funções, do profissional diretamente envolvido na irregularidade.
2. A suspensão temporária do profissional envolvido na irregularidade.
3. A demissão do profissional envolvido na irregularidade.
4. A suspensão ou a rescisão dos contratos com clientes, órgãos públicos, prestadores de serviço ou fornecedores.
5. A reparação de danos causados.

18. AUDITORIA INTERNA

Com o objetivo de monitorar, evidenciar e propor reforços nos conceitos de controles dentro das equipes e unidades, o InSaúde designará profissional específico para o setor de Auditoria Interna de processos, qualidade e compliance que deverá:

1. Estabelecer cronograma de visitas para todas as unidades do InSaúde.
2. Evidenciar a aplicação e absorção dos procedimentos definidos nas Políticas, Procedimentos, Normas e no presente Código de Conduta do InSaúde.
3. Definir níveis de vulnerabilidade para as áreas e processos auditados utilizando a abertura de não conformidades (quando aplicada a qualidade e processos) e recomendações de análise e detalhamento de conduta ao Comitê de Compliance em caso de qualquer desvio de integridade exigido por esse Código ou pela legislação vigente.

A estrutura da Auditoria Interna deverá reportar-se diretamente ao Diretor Geral.

A Auditoria Interna deverá apresentar os relatórios e indicadores de auditoria a cada 30 dias a Diretoria Executiva, Presidência e em caso de necessidade, deverá reportar no menor tempo possível, qualquer desvio de conduta esperada ao Comitê de Compliance.

 InSaúde <small>INSTITUTO NACIONAL DE PROCEDIMENTOS E QUALIDADE</small>	INSTITUCIONAL	Nº PI.SEDE.006/2018
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	09/04/2018
Código de Conduta	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	-
	Página:	22 de 22

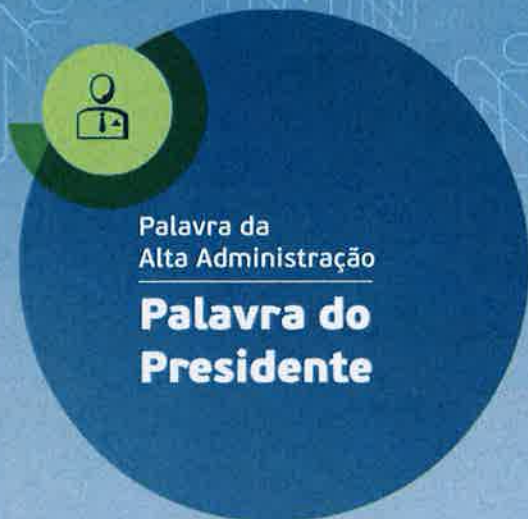
Caberá a Diretoria Executiva recepcionar os resultados da auditoria e transformar em ação as recomendações de atualizações, reforços conceituais ou de registro em cada uma das áreas cabíveis. Para essa ação, a Diretoria Executiva e áreas receberá o apoio do departamento de Recursos Humanos e de Qualidade.

Os relatórios de auditoria deverão ser assinados e datados pelo auditor responsável, pelo gestor da área auditada e pelo Presidente. Deverão igualmente serem arquivados em sigilo, de forma organizada para futuras e possíveis consultas pela área ou por auditorias externas.



CÓDIGO DE CONDUCTA E ÉTICA





É com grande satisfação que apresentamos a versão 2026 do **Código de Ética e Conduta do InSaúde**, documento que reflete o nosso compromisso inegociável com a ética, a integridade e a responsabilidade em todas as nossas relações institucionais. Esta nova edição marca um passo importante no fortalecimento do nosso Programa de Integridade. Reafirma, ainda, o nosso propósito de garantir que a transparência, o respeito às pessoas e a conduta ética estejam presentes em todas as interações do **InSaúde**, sejam elas com colaboradores, parceiros, fornecedores ou com o poder público.

Acreditamos que a integridade é construída diariamente, por meio de escolhas conscientes e atitudes coerentes com os nossos valores. Cada colaborador tem um papel fundamental na promoção de um ambiente organizacional íntegro, colaborativo e respeitoso. Este **Código de Ética e Conduta** é um guia essencial para orientar nossas decisões e reforçar uma cultura institucional pautada pela legalidade, pela equidade e pela excelência na prestação dos nossos serviços. Contamos com o engajamento de todos para que, juntos, possamos fortalecer a credibilidade do **InSaúde** e consolidar uma reputação que se baseia na confiança e na responsabilidade.

Nelson Alves Lima
Presidente



Palavra da
Alta Administração

Palavra do Diretor



O presente **Código de Ética e Conduta do InSaúde** traz uma atualização essencial para refletir as transformações sociais, tecnológicas e legislativas que moldam o contexto atual da nossa atuação. Mais do que uma revisão formal, esta nova versão reafirma os princípios que norteiam a nossa conduta institucional e fortalece as bases de uma cultura organizacional pautada pela ética, pela transparência e pelo respeito às pessoas. O Código representa, portanto, um instrumento fundamental para assegurar que nossas práticas estejam alinhadas às expectativas da sociedade e aos padrões de integridade que sempre marcaram a trajetória do **InSaúde**.

O **InSaúde** tem como marca uma gestão próxima, eficiente e transparente, voltada para resultados concretos na qualidade de vida das pessoas. Reforçamos nesta edição a observância rigorosa à Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção), à defesa da livre concorrência, à vedação de práticas ilícitas e à proteção incondicional dos direitos humanos. Este Código traduz o nosso compromisso com a integridade como valor inegociável e como pilar da nossa governança. Convidamos todos os que colaboram conosco a adotá-lo como referência ética no cotidiano institucional e a atuarem como agentes ativos na promoção de uma cultura organizacional íntegra e responsável.

Marcus Vinicius Alves da Silva Rodrigues
Diretor Executivo



Identidade Institucional

O **Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde (InSaúde)** é uma Organização Social cuja missão é proteger vidas por meio da excelência na gestão pública nas áreas da saúde, da educação e da assistência social. Sua atuação é fundamentada na ética, na transparência e no compromisso com o interesse público, oferecendo soluções qualificadas e sustentáveis para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde pública no Brasil.

A visão do **InSaúde** projeta o futuro com determinação. Até 2028, o Instituto busca ser amplamente reconhecido por sua capacidade de promover uma gestão responsável, pautada pela transparência, pela qualidade assistencial e pela eficiência na aplicação dos recursos públicos. Seus valores institucionais, como integridade, vitalidade, transparência, segurança assistencial e qualidade, norteiam o comportamento de todas as pessoas que atuam em seu nome e refletem o modo como pretende impactar positivamente a sociedade.

Em todas as suas frentes de atuação, o **InSaúde** afirma o compromisso com a ética, a legalidade, a sustentabilidade e o respeito aos direitos humanos. Essa identidade institucional não é apenas um discurso. É uma prática construída cotidianamente, sustentada por normas, estruturas e processos e, sobretudo, por atitudes coerentes com os princípios que orientam uma atuação ética, eficiente e responsável.

O QUE NOS GUIA

Propósito

Proteger a qualidade e o desenvolvimento da vida por meio da excelência na gestão do recurso disponível em saúde, educação e assistência social.

Missão

Garantir a assistência segura, com qualidade e ser referência na gestão de recurso público.

Integridade

Prática constante de agir com ética, honestidade, coerência e respeito às normas, mesmo na ausência de supervisão.

Segurança

Construir ambientes de relacionamentos seguros para nossos clientes.



Visão

Ser reconhecido, até 2028, pela transparência e qualidade em gestão da saúde, educação e assistência social.

Transparência

Saber escolher, em todas as situações, a clareza.

Vitalidade

Ter capacidade de agir com entusiasmo e energia na busca do desenvolvimento humano.

Qualidade

Garantir a evidência de nossa competência em todas as nossas atividades.

O **Código de Ética e Conduta do InSaúde** é o principal instrumento orientador da conduta esperada de todas as pessoas que integram, representam ou se relacionam com o Instituto. Ele consolida os princípios, valores e padrões de comportamento que devem ser observados no exercício das atividades assistenciais, profissionais, operacionais, administrativas e quaisquer outras institucionais vinculadas ao InSaúde.

Este **Código de Ética e Conduta** aplica-se integralmente aos colaboradores e profissionais do **InSaúde**, abrangendo todas as pessoas que atuam no Instituto em qualquer função e nível hierárquico. Inclui os membros da alta direção, como os Conselheiros, o Presidente, o Vice-Presidente e os integrantes da Diretoria Executiva, bem como Gestores, Supervisores, Estagiárias e Estagiários, Voluntárias e Voluntários além de todos os demais colaboradores que desempenham atividades em nome do Instituto. Aplica-se ainda a Parceiras e Parceiros, Fornecedores, Prestadores de Serviços e quaisquer terceiros que mantenham relação com o InSaúde, independentemente da forma de vínculo ou da natureza da atividade exercida.

A adesão aos princípios e regras deste Código é obrigatória e incondicional. Sua observância reforça a confiabilidade da instituição e a credibilidade de suas ações, sendo considerada parte indissociável do dever funcional e da responsabilidade institucional de cada pessoa envolvida. O descumprimento das diretrizes nele contidas poderá ensejar responsabilização nas esferas administrativa, contratual e, quando cabível, civil ou penal.

Este documento deve ser lido, compreendido e aplicado de forma integrada às demais normas internas do InSaúde, incluindo políticas, procedimentos operacionais e orientações da área de integridade. Sua força normativa reside não apenas no seu conteúdo, mas na convicção de que a integridade é um valor que se pratica de forma constante nas ações e decisões do dia a dia.



Abrangência e Aplicabilidade do Código

A governança do **InSaúde** é estruturada com base nos pilares da responsabilidade institucional, da transparência na gestão e da integridade dos processos decisórios. O modelo adotado combina autonomia administrativa com mecanismos robustos de controle interno, supervisão ética e prestação de contas.

No centro desse modelo está o **Sistema de Integridade do InSaúde**, que reúne um conjunto de princípios, regras, estruturas, instrumentos e processos voltados à prevenção de irregularidades, ao tratamento de desvios, à promoção de uma cultura organizacional ética e a prevenção de violações corporativas de direitos humanos. Esse sistema não se limita a regras formais: ele se materializa no cotidiano do Instituto por meio de lideranças exemplares, bem como por decisões e práticas institucionais orientadas pela ética.



Governança e Sistema de Integridade

A **função de integridade** é desempenhada por uma área especializada, com independência funcional, atuação técnica e acesso direto à alta direção. Compete a essa estrutura coordenar o Sistema de Integridade do Instituto, implementar e revisar políticas e procedimentos relacionados, disseminar o **Código de Ética e Conduta**, desenvolver ações de orientação e capacitação, apoiar a gestão de riscos à integridade, acompanhar processos de due diligence de terceiros, supervisionar o tratamento de denúncias, conduzir apurações internas e promover a melhoria contínua das práticas de conformidade, dentre outras atribuições que fortalecem a cultura ética no **InSaúde**.

O **Comitê de Ética e Integridade do InSaúde** é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que atua como guardião do compromisso do Instituto com a ética, a transparência e a boa governança. Seu papel é apoiar a alta direção em decisões estratégicas relacionadas ao Sistema de Integridade, acompanhando a evolução do Programa de Integridade e contribuindo para o fortalecimento contínuo da cultura ética. No exercício de suas atribuições, o Comitê analisa e delibera sobre denúncias, relatórios de apuração e planos de ação corretiva, além de propor melhorias nas políticas internas, avaliar riscos éticos e monitorar indicadores de integridade e conformidade, assegurando a confidencialidade, a imparcialidade e a independência dos processos.

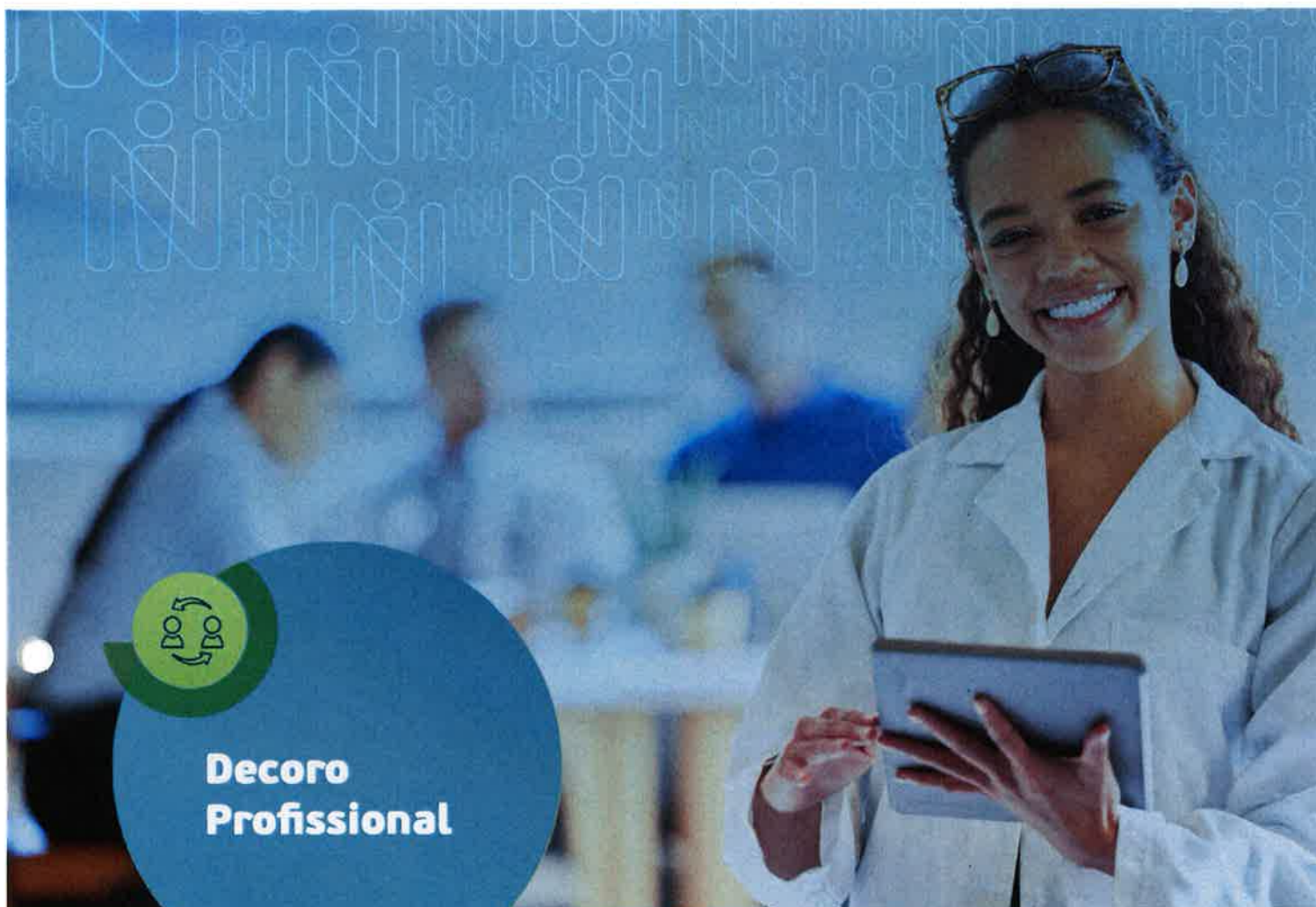


Governança e Sistema de Integridade

A alta direção do **InSaúde**, composta pela Assembleia Geral, Conselho de Administração, pelas Diretorias Estatutária e Executiva, exerce papel decisivo na consolidação do Sistema de Integridade e no fortalecimento da cultura ética do Instituto. Cabe a seus integrantes liderar pelo exemplo, assegurar condições adequadas para o funcionamento efetivo do Programa de Integridade, deliberar sobre diretrizes estratégicas e aprovar políticas e normas essenciais para a prevenção e o tratamento de desvios. Ao assumir esse compromisso de forma clara e consistente, a alta direção reforça, em todas as suas decisões e posicionamentos, a integridade como valor central e inegociável do **InSaúde**.

As demais lideranças, como gestoras e supervisores, exercem um papel fundamental na consolidação da integridade no InSaúde. São responsáveis por traduzir os valores institucionais em comportamentos e decisões cotidianas, promover o alinhamento ético nas rotinas de trabalho, orientar suas equipes diante de dúvidas ou dilemas e assegurar que a cultura de integridade esteja presente em todos os níveis de atuação do Instituto.

É responsabilidade de todos os colaboradores, parceiros e prestadores de serviço do InSaúde contribuir ativamente para a consolidação da integridade institucional. O comportamento ético, as escolhas conscientes e a disposição para reportar irregularidades ou buscar orientação em situações de dúvida refletem o compromisso individual com os princípios que sustentam a atuação do Instituto. Cada pessoa que representa ou colabora com o InSaúde carrega consigo a responsabilidade de proteger sua reputação, fortalecer a confiança social e viabilizar sua missão de promover o cuidado à vida com ética, qualidade e transparência.



Decoro Profissional

A conduta esperada no ambiente de trabalho exige respeito mútuo, colaboração entre equipes, zelo pelo patrimônio e uso adequado dos recursos do Instituto, além da observância rigorosa das normas internas e externas aplicáveis. Todos os profissionais devem atuar com urbanidade, responsabilidade e integridade em suas relações interpessoais e no desempenho de suas atribuições.

É dever de cada profissional tratar colegas, lideranças, subordinados, parceiros, usuários e demais públicos com respeito, empatia, escuta ativa e não discriminação, promovendo um ambiente organizacional saudável, inclusivo e comprometido com a dignidade das pessoas.

Espera-se que todos mantenham uma postura ética compatível com os valores do InSaúde, preservando o decoro profissional em todas as situações. Isso inclui comportamento respeitoso, linguagem adequada, apresentação pessoal condizente com o ambiente de trabalho e atuação alinhada às responsabilidades institucionais.

A pontualidade, a assiduidade e o cumprimento das responsabilidades funcionais constituem deveres elementares. O ambiente de trabalho no **InSaúde** é um espaço de prestação de um direito fundamental, o direito à saúde. Por essa razão, a conduta profissional deve estar sempre orientada pela finalidade institucional e pelo compromisso com o bem comum.



Prevenção e Gestão de Conflito de Interesses

A integridade no **InSaúde** exige que todas as decisões estejam livres de interferências indevidas e orientadas exclusivamente pelo interesse institucional e pelo cumprimento de seu propósito. Os conflitos de interesses ocorrem quando interesses de ordem pessoal, familiar, financeira ou de qualquer outra natureza têm o potencial de comprometer, influenciar ou aparentar influenciar o julgamento, a conduta ou a tomada de decisão de um profissional no exercício de suas funções.

Os conflitos de interesses podem ser reais, potenciais ou aparentes. Ainda que não gerem prejuízo financeiro direto, a simples percepção de parcialidade é suficiente para fragilizar a confiança no Instituto, comprometer a cultura ética e ampliar riscos à integridade. Por esse motivo, a prevenção e a gestão de conflitos de interesses são responsabilidades que envolvem tanto o InSaúde quanto cada colaborador, devendo ser tratadas com rigor e transparência.

Espera-se que os profissionais estejam atentos para reconhecer situações de conflito e comuniquem formalmente à área de Integridade sempre que identificarem riscos ou dúvidas. Cada pessoa deve refletir com honestidade sobre a possibilidade de seus interesses interferirem ou parecerem interferir em suas decisões profissionais, mesmo que de forma indireta.

É vedado utilizar cargos, funções ou posições ocupadas no **InSaúde** para a obtenção de qualquer tipo de vantagem pessoal ou para o favorecimento de terceiros. Da mesma forma, não é permitido participar de decisões que envolvam interesses próprios, de familiares ou de pessoas com vínculos próximos.

O InSaúde solicitará a assinatura de declarações formais de inexistência de conflito de interesses, especialmente em processos de contratação de profissionais, seleção de fornecedores ou designação para funções estratégicas. A omissão de informações relevantes ou a condução inadequada desses casos poderá acarretar medidas disciplinares e comprometer a credibilidade das decisões institucionais.

É expressamente proibido oferecer, prometer, entregar, autorizar ou conceder qualquer tipo de vantagem, benefício, pagamento, cortesia ou favorecimento com a intenção de influenciar decisões administrativas, contratuais, financeiras, regulatórias ou de qualquer outra natureza que atentem contra a Administração Pública. Tais condutas configuram infrações à Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção) e ao Código Penal, sujeitando os envolvidos à responsabilização administrativa, civil e criminal, além da aplicação de medidas disciplinares e jurídicas pelo **InSaúde**.



Relacionamento com a Administração Pública

**TOLERÂNCIA
ZERO
CONTRA A
CORRUPÇÃO!**

Essa vedação abrange, de forma exemplificativa, condutas como interferir em processos administrativos ou licitatórios, influenciar julgamentos técnicos, facilitar credenciamentos, manipular fiscalizações, acessar informações privilegiadas, realizar pagamentos de facilitação, dificultar auditorias, ocultar informações relevantes ou intervir nos mecanismos de controle, contratação ou investigação conduzidos por autoridades competentes. **Também constitui violação ética qualquer tentativa de direcionar, influenciar ou favorecer a contratação de fornecedores, prestadores de serviços ou profissionais, notadamente, a pedido ou por influência de agentes públicos, em desacordo com os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade e da eficiência.**

As interações com a Administração Pública que envolvam temas contratuais ou estratégicos devem ser previamente agendadas, realizadas em ambientes apropriados, durante o horário comercial, e acompanhadas por, no mínimo, dois profissionais do **InSaúde**. Na hipótese de ocorrência de abordagens indevidas ou quaisquer situações que possam representar riscos à integridade institucional, é dever do profissional interromper a interlocução e comunicar o fato imediatamente à área de Integridade.



Regras em Licitações, Contratos e Parcerias

N
TOLERÂNCIA
ZERO
CONTRA A
CORRUPÇÃO!

O **InSaúde** repudia qualquer prática que comprometa a legalidade, a isonomia e a lisura de processos licitatórios, chamamentos públicos ou quaisquer outras formas de contratação com o setor público. Isso inclui, mas não se limita a pregões, concorrências, dispensas, inexigibilidades, credenciamentos, contratos de gestão, convênios, termos de colaboração e demais instrumentos previstos na Lei nº 14.133/2021 e nas normas correlatas.

É vedada, de forma expressa, a prática de corrupção, bem como a realização de ajustes indevidos, conluíus, simulações, acordos ilícitos, práticas de cartel, combinação de propostas ou qualquer outra conduta que comprometa a competitividade, direcione resultados ou envolva vantagem indevida. Todas as ações do Instituto e de seus profissionais devem observar, com rigor, os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Nos contratos públicos sob sua responsabilidade, é dever do **InSaúde** e de seus colaboradores assegurar o cumprimento integral das cláusulas pactuadas, das metas assistenciais e dos indicadores de desempenho estabelecidos. Isso inclui a manutenção de registros confiáveis, a rastreabilidade das decisões institucionais e a prestação de contas precisa, clara e tempestiva aos entes contratantes e aos órgãos de controle.

As diretrizes desta seção devem ser interpretadas em consonância com a Política Anticorrupção e de Relacionamento Ético com a Administração Pública do InSaúde, que detalhamos procedimentos, responsabilidades e condutas vedadas nas interações com o setor público.

**Concorrência
Leal e Vedação
a Práticas
Anticoncorrenciais**

O **InSaúde** repudia toda e qualquer prática que comprometa a livre concorrência e a integridade dos processos de contratação pública ou privada. A atuação da instituição e de seus profissionais deve estar sempre pautada pela ética, isonomia e respeito às normas que regulam a concorrência.

É expressamente proibido praticar, apoiar, sugerir ou participar de condutas que possam configurar infrações à ordem econômica, tais como:

- **Formação de cartel ou ajustes entre concorrentes para fixar preços, dividir mercados ou fraudar processos de seleção;**
- **Combinação prévia de propostas em processos licitatórios ou chamadas públicas;**
- **Troca de informações sensíveis com concorrentes, parceiros ou fornecedores com o objetivo de obter vantagem competitiva indevida;**
- **Boicotes, manipulação de resultados, simulações de competição ou qualquer outro comportamento que prejudique a lisura e a transparência dos processos.**

Essas condutas violam a Lei nº 12.529/2011 (Lei de Defesa da Concorrência) e estão sujeitas à responsabilização administrativa, civil e criminal.



Brindes, Presentes e Hospitalidades

O **InSaúde** veda de forma expressa a oferta, entrega, solicitação, aceitação ou recebimento de qualquer presente, brinde, hospitalidade, entretenimento, cortesia ou vantagem que possa comprometer a integridade das relações institucionais, influenciar decisões, gerar conflitos de interesses ou criar a aparência de favorecimento indevido. Em qualquer situação que represente risco de violação dessas diretrizes, deve-se recusar o item ou abster-se de oferecê-lo, ainda que sob a justificativa de cortesia ou uso social.

Brindes

Brindes são itens de valor irrelevante ou modesto, distribuídos de forma difusa e geralmente vinculados à divulgação institucional de marcas, serviços ou ações promocionais. A oferta ou o recebimento de brindes somente é admissível quando observados, cumulativamente, os seguintes critérios:

- **o item deve ter valor comercial irrelevante ou modesto;**
- **conter a identificação institucional da parte ofertante;**
- **ser distribuído de forma impessoal;**
- **estar vinculado a uma ação institucional ou de marketing; e**
- **não estar associado a decisões administrativas, contratuais, regulatórias ou negociais em curso.**

Brindes que não atendam integralmente a esses critérios devem ser recusados de imediato.



Brindes, Presentes e Hospitalidades

Presentes

Presentes são itens ofertados de forma individualizada, com valor comercial, que apresentam risco elevado de caracterizar favorecimento, influência indevida ou criação de obrigações informais. **Por essa razão, o InSaúde veda entrega de presentes e estabelece o limite de R\$ 300 (trezentos reais) para o recebimento, condicionando sua aceitação ao registro imediato junto à área de Integridade.**

É vedada o recebimento de presentes cujo valor seja superior a R\$ 300 (trezentos reais). Também é proibida, independentemente do valor, a aceitação de presentes por agentes públicos, fornecedores, parceiros, contratados, autoridades ou quaisquer terceiros que tenham interesse direto ou indireto em decisões do Instituto.

É terminantemente proibida a entrega ou o recebimento de valores em dinheiro, inclusive sob a forma de empréstimos, reembolsos ou equivalentes, por ou para quaisquer pessoas físicas ou jurídicas que componham ou mantenham vínculo com o InSaúde ou com a Administração Pública.



Fique de olho: É vedado entrega ou recebimento de valores em dinheiro entre os colaboradores, profissionais e prestadores de serviço do Instituto.



Brindes, Presentes e Hospitalidades

Hospitalidades e Viagens

A oferta ou aceitação de hospitalidades e viagens, como participação em eventos, cursos, refeições, deslocamentos, hospedagens ou outras formas de custeio, somente será admitida quando tiver finalidade estritamente profissional, técnica ou científica. Esses eventos devem estar diretamente relacionados a compromissos institucionais legítimos, não envolver partes com interesse em decisões do Instituto e devem ser previamente analisados, autorizados pela Diretoria Executiva e registrados junto à área de Integridade.

A hospitalidade não deve incluir, em nenhuma hipótese, entretenimentos paralelos, benefícios de cunho pessoal, custos de lazer ou o custeio de acompanhantes. Exceções somente serão admitidas quando expressamente previstas em lei, como nos casos de acompanhamento de pessoas com deficiência.

Quando a hospitalidade envolver agentes públicos ou representantes de entes estatais, as regras são ainda mais rigorosas e devem observar as normas aplicáveis à Administração Pública, bem como as diretrizes estabelecidas na Política Anticorrupção e de Relacionamento Ético com a Administração Pública.

Entretenimento

É vedada, em qualquer hipótese, a aceitação ou a oferta de convites para atividades de entretenimento, lazer ou eventos de caráter pessoal, como shows, espetáculos, ingressos esportivos, experiências turísticas ou similares.

Para mais orientações, recomenda-se a consulta à Política de Brindes, Presentes, Hospitalidades e Viagens do InSaúde, disponível nos canais institucionais, ou consultar a área de Integridade.



Doações e Patrocínios

É vedada a realização de doações e patrocínios em valores financeiros pelo InSaúde.

As doações e os patrocínios realizados pelo **InSaúde**, sempre em caráter de prestação de serviço ou técnico, devem atender exclusivamente ao interesse institucional e estar alinhados aos seus valores, finalidades estatutárias e objetivos contratuais. Essas iniciativas não podem ter caráter pessoal ou político-partidário, tampouco gerar benefícios indevidos ou configurar vínculos que comprometam a independência do Instituto.

Toda proposta de doação ou patrocínio deve ser precedida de análise técnica, devida diligência, fundamentada em critérios objetivos, com avaliação de riscos, comprovação de finalidade institucional legítima e aprovação pela instância competente. O processo deve ser documentado de forma completa, com registros que permitam rastreabilidade, fiscalização e prestação de contas.

É vedada a realização ou o aceite de doações e patrocínios que tenham por finalidade influenciar decisões administrativas, facilitar negociações, condicionar contrapartidas em contratos, manter privilégios institucionais ou gerar obrigações informais de qualquer natureza. Também não serão admitidas doações que violem normas legais, contrariem as políticas internas do **InSaúde** ou comprometam sua imagem e reputação.

Para mais orientações, deve-se consultar a Política de Doações e Patrocínios do InSaúde.



Apartidarismo

O **InSaúde** é uma instituição que presta serviço essencial e atua na proteção de um direito fundamental, a saúde. Em razão dessa natureza, adota como princípio o apartidarismo, aliado ao respeito à pluralidade de ideias, opiniões e crenças, promovendo um ambiente ético, técnico e livre de interferências ideológicas e político-partidárias.

Nesse sentido, o Instituto não financia, patrocina ou promove quaisquer partidos políticos, representantes ou candidaturas. Também repudia qualquer forma de pressão, direta ou indireta, para que colaboradores, parceiros ou terceiros apoiem, participem ou se manifestem em favor de partidos, movimentos, campanhas eleitorais ou ideologias políticas.

É vedado o uso dos espaços físicos, plataformas digitais, canais institucionais, sistemas, marcas ou quaisquer recursos do InSaúde para divulgar, apoiar ou promover partidos, campanhas eleitorais ou manifestações de natureza político-partidário ou ideológico. Da mesma forma, manifestações de caráter político-partidárias ou ideológico não são permitidas nas dependências do InSaúde nem durante o exercício das atividades laborais, a fim de preservar a neutralidade institucional, o respeito mútuo e a finalidade pública da atuação do InSaúde.



Trabalho Digno e Cadeia de Valor Ética

O **InSaúde** repudia toda e qualquer forma de trabalho infantil, forçado, degradante ou análogo à escravidão, bem como qualquer prática que viole a dignidade da pessoa humana, a legislação trabalhista ou os tratados internacionais de direitos humanos dos quais o Brasil seja signatário.

Esse compromisso se estende a toda a cadeia de valor do Instituto, abrangendo prestadores de serviços, parceiros, cooperativas, instituições contratadas e fornecedores. Todos os contratos firmados pelo **InSaúde** devem conter cláusulas de integridade, assegurar o respeito aos direitos trabalhistas e às normas de saúde e segurança do trabalho, sendo vedada a contratação de organizações que não comprovem o cumprimento dessas obrigações.

Em consonância com suas práticas de integridade, o InSaúde adota procedimentos de devida diligência de terceiros, conforme estabelecido em sua Política de Due Diligence de Fornecedores e Parceiros, com o objetivo de avaliar riscos trabalhistas, sociais, reputacionais e de integridade antes e durante a relação contratual. Para mais informações, consultar a Política de Due Diligence.

Diversidade, Equidade e Inclusão

O **InSaúde** valoriza a diversidade como um princípio ético e uma condição fundamental para o fortalecimento institucional. Respeitar, promover e proteger a pluralidade de origens, trajetórias, culturas, identidades, gêneros, religiões e ideologias é essencial para garantir um ambiente de trabalho justo, inovador e socialmente responsável.

O Instituto se compromete com práticas de equidade em seus processos seletivos, políticas de gestão de pessoas e relações profissionais. Discriminações baseadas em gênero, raça, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, deficiência, condição socioeconômica, idade ou qualquer outra característica pessoal ou social são inaceitáveis e devem ser prevenidas e enfrentadas com seriedade.

É dever de todos os profissionais zelar por um ambiente respeitoso e inclusivo, promovendo relações interpessoais pautadas na empatia, na escuta ativa e na valorização de diferentes perspectivas.

O compromisso com a diversidade, a equidade e a inclusão não se limitam ao ambiente interno. Ele também se reflete na forma como o **InSaúde** se relaciona com parceiros, fornecedores e demais públicos com os quais interage.



Prevenção ao Assédio Moral, Sexual e Discriminação

O **InSaúde** repudia toda e qualquer forma de assédio, discriminação ou conduta abusiva no ambiente de trabalho, independentemente da forma, da frequência ou da intenção. É compromisso institucional garantir relações profissionais pautadas pelo respeito, pela dignidade e pela integridade de todas as pessoas que atuam ou se relacionam com o Instituto.

Assédio Moral

Assédio moral refere-se a comportamentos repetitivos que expõem um profissional a situações humilhantes, constrangedoras ou desqualificantes, de maneira sistemática ou prolongada, no exercício das suas atividades ou em razão delas, tanto no ambiente presencial quanto em ambiente virtual. Essas condutas afetam a autoestima, comprometem o desempenho e prejudicam a saúde mental e física das pessoas, além de deteriorarem o clima organizacional.

O assédio moral pode se manifestar de diferentes formas nas relações de trabalho, incluindo situações em que:

- **Vertical descendente:** praticado por superiores hierárquicos contra subordinados.
- **Vertical ascendente:** praticado por subordinados contra superiores.
- **Horizontal:** ocorre entre empregados do mesmo nível hierárquico.
- **Misto:** combinação dos tipos anteriores.

Assédio Sexual

Assédio sexual constitui qualquer comportamento de conotação sexual não consentido que cause constrangimento, intimidação, ameaça ou viole a liberdade e a dignidade da pessoa, independentemente do vínculo hierárquico ou do contexto. Essas condutas podem incluir, sem se limitar a:

- **comentários, insinuações ou expressões de cunho sexual indesejadas;**
- **toques impróprios ou proximidade física não consagrada pelo consentimento;**
- **convites persistentes para encontros, jantares, viagens ou situações com finalidade sexual;**
- **uso de linguagem ou de imagens com conotação sexual;**
- **propostas que, associadas à relação de trabalho, gerem sensação de obrigação, troca ou promessa de vantagens.**

Importante: o assédio sexual é passível de responsabilização administrativa, civil e criminal, mesmo que ocorra apenas uma vez.



Discriminação

IN
TOLERÂNCIA
ZERO
CONTRA
QUALQUER TIPO
DE ASSÉDIO
E DISCRIMINAÇÃO!

Discriminação refere-se a qualquer ato ou omissão que implique tratamento desigual, exclusão, preferência ou privação de direitos com base em características pessoais ou sociais, tais como raça, cor, etnia, nacionalidade, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, deficiência, religião, crença, convicção política, idade, condição socioeconômica ou qualquer outra condição protegida pela legislação vigente.

Práticas discriminatórias violam a dignidade humana, prejudicam a inclusão e não são toleradas sob nenhuma forma no ambiente de trabalho no InSaúde. A discriminação pode se manifestar por meio de palavras, gestos, comportamentos ou decisões que menosprezam, isolam, excluem ou prejudiquem oportunidades de desenvolvimento, participação ou acesso a benefícios e direitos.

O InSaúde reafirma seu compromisso com a promoção de um ambiente íntegro, seguro e acolhedor, pautado pelo respeito à dignidade humana. Para isso, adota medidas preventivas e corretivas que incluem ações de sensibilização e educação, canais acessíveis de denúncia com possibilidade de anonimato, proteção contrarretaliações e acolhimento adequado às vítimas e testemunhas.

As apurações de condutas incompatíveis com os princípios do InSaúde são conduzidas com imparcialidade, isenção de vieses, agilidade e respeito ao devido processo, garantindo o tratamento justo de todas as partes envolvidas. Quando confirmadas, as infrações são tratadas com proporcionalidade, de acordo com sua gravidade e as normas internas aplicáveis.



Saúde Mental e Segurança no Trabalho

O **InSaúde** promove a saúde mental, o bem-estar e a segurança de seus profissionais como pilares da integridade institucional. Para isso, adota uma abordagem preventiva e integrada na gestão dos riscos ocupacionais, considerando fatores físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, ambientais e psicossociais.

A gestão de riscos no ambiente de trabalho envolve a identificação, avaliação e controle de qualquer fator que possa comprometer a integridade física ou psicológica dos profissionais. Isso inclui, por exemplo, jornadas excessivas, infraestrutura inadequada, exposição a agentes nocivos e relações interpessoais abusivas. O **InSaúde** atua na mitigação desses riscos e na promoção de ambientes saudáveis, seguros e colaborativos, com incentivo ao equilíbrio entre vida pessoal e profissional.

É dever de todos zelar pela segurança nas operações, especialmente nas unidades de saúde. A responsabilidade individual inclui o cumprimento rigoroso dos protocolos e normas de segurança, a utilização correta e contínua dos equipamentos de proteção individual e coletiva, a observância das orientações técnicas e a adoção de condutas compatíveis com a prevenção de acidentes e incidentes.

Cabe ainda aos profissionais manter vigilância sobre o ambiente de trabalho, identificar e relatar prontamente condições inseguras, colaborar com as ações preventivas promovidas pelo Instituto e contribuir para a construção de uma cultura de cuidado, na qual a saúde e a segurança física e psicológica sejam reconhecidas como responsabilidades coletivas e permanentes. Essa responsabilidade inclui proteger a si mesmos, seus colegas de trabalho, os usuários dos serviços prestados e quaisquer pessoas potencialmente impactadas pelas atividades institucionais.



Compromisso com a Sustentabilidade

O **InSaúde** incorpora a sustentabilidade como valor transversal e componente estratégico de sua missão de proteger vidas com responsabilidade. Esse compromisso orienta a gestão, os projetos, as contratações e todas as atividades operacionais, assegurando que a promoção da saúde ocorra de forma ética, eficiente e comprometida com a preservação dos recursos naturais, do equilíbrio ambiental e do bem-estar das futuras gerações.

Todos os profissionais devem adotar atitudes conscientes no uso de materiais, energia, água e demais recursos institucionais, evitando desperdícios, prevenindo impactos negativos e contribuindo para a preservação do meio ambiente. A conduta sustentável também se expressa no zelo pelos espaços públicos, na correta separação e descarte de resíduos e no respeito à comunidade e aos ecossistemas locais.

Nas contratações, parcerias e relações com terceiros, o **InSaúde** prioriza critérios de responsabilidade socioambiental e integridade, incentivando fornecedores e parceiros a adotarem padrões sustentáveis e éticos de atuação.

Para mais informações, consultar as diretrizes institucionais sobre o tema.



Proteção de Dados e Confidencialidade

O **InSaúde** trata com rigor e responsabilidade a proteção de dados pessoais, sensíveis e outras informações sigilosas de natureza institucional, observando a legislação aplicável, especialmente a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). A confidencialidade das informações é condição essencial para a integridade das operações e para a preservação da confiança de usuários, parceiros, profissionais e do poder público.

Todos os profissionais devem zelar pela segurança das informações às quais têm acesso no exercício de suas funções, evitando o compartilhamento indevido, a exposição não autorizada ou o uso para fins pessoais, comerciais ou alheios à finalidade institucional. Essa obrigação se estende a dados pessoais, prontuários, relatórios, contratos, informações estratégicas, documentos internos e quaisquer registros protegidos por sigilo.

O acesso a dados e informações deve respeitar os princípios da necessidade, finalidade e minimização, sendo restrito aos profissionais autorizados e limitado ao estritamente necessário para o desempenho das atividades. Violações de confidencialidade, uso indevido de informações ou negligência na proteção de dados são condutas incompatíveis com os valores do **InSaúde** e estão sujeitas a medidas disciplinares, contratuais e legais.



Uso Ético de Recursos

Todos os recursos do **InSaúde** devem ser utilizados com responsabilidade, legalidade e estrita vinculação ao interesse institucional. Isso inclui, mas não se limita, a recursos financeiros, materiais, tecnológicos, logísticos, informacionais e humanos. O uso indevido, inadequado, desnecessário, pessoal ou abusivo desses bens compromete a integridade da gestão e será tratado como conduta inadequada.

Cabe aos profissionais zelar pela correta aplicação dos recursos sob sua responsabilidade, evitando desperdícios, extravios, furtos, fraudes, danos, apropriação indevida ou uso em desacordo com as finalidades institucionais. Equipamentos, sistemas, veículos, materiais, medicamentos, documentos, imóveis e demais ativos do Instituto, ou sob sua guarda em razão da operação dos serviços de saúde, devem ser utilizados exclusivamente para a execução das atividades institucionais.





Marca e Imagem Institucional

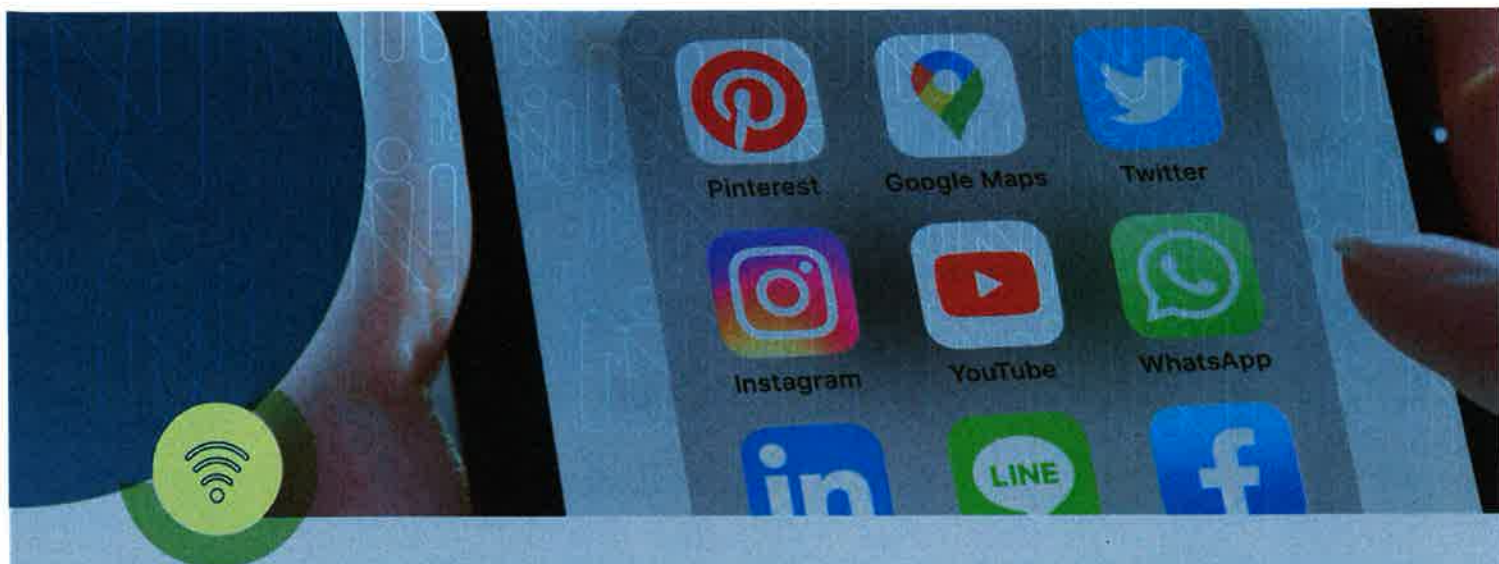
A marca, os símbolos e a identidade visual do **InSaúde** constituem patrimônio institucional e devem ser protegidos por todos os profissionais. Seu uso é restrito às finalidades autorizadas pelas áreas competentes e deve sempre refletir os valores e princípios do Instituto.

A imagem do **InSaúde**, de suas unidades, profissionais e usuários, somente pode ser utilizada em materiais de divulgação, campanhas, redes sociais ou meios de comunicação quando houver autorização expressa do Instituto, com a devida observância às normas legais, ao respeito ao direito de imagem e à proteção de dados.

É vedada a utilização da marca ou da imagem do InSaúde em contextos que possam comprometer sua reputação, bem como em atividades de natureza político-partidária, religiosa, ideológica, pessoal ou comercial alheia aos interesses institucionais, inclusive quando vinculadas a marcas, produtos ou serviços de terceiros. O uso indevido, ainda que fora do ambiente de trabalho ou do horário de expediente, pode configurar violação às normas institucionais.

Condutas praticadas por profissionais, ainda que em ambientes privados ou digitais, que afrontem os valores do InSaúde, exponham negativamente sua imagem ou gerem descrédito ao Instituto poderão ser enquadradas como quebra de decoro profissional. Essas situações comprometem a relação de confiança e poderão ensejar medidas disciplinares, conforme a natureza e a gravidade do ato.





Ambientes Digitais e Redes Sociais

O InSaúde reconhece a importância das redes sociais, aplicativos de mensagens e demais plataformas digitais como meios legítimos de interação, comunicação e expressão pessoal. No entanto, espera-se que todos os profissionais ajam com responsabilidade, cautela e respeito à legislação vigente e aos valores institucionais também nesses ambientes, mesmo quando não estejam no exercício de suas atividades laborais.

É dever de todos proteger a imagem, a reputação e a integridade do Instituto, abstendo-se de divulgar conteúdos que possam comprometer sua credibilidade, segurança, gerar associação indevida ou afetar negativamente os públicos atendidos.

Essa orientação se aplica a postagens, comentários, imagens, vídeos, áudios, mensagens e quaisquer manifestações em perfis pessoais ou canais institucionais.

São expressamente vedadas manifestações digitais que:

- **Divulguem informações sigilosas, estratégicas, sensíveis ou internas do InSaúde ou de seus usuários, parceiros ou profissionais;**
- **Comprometam a segurança física, psicológica ou digital de profissionais, usuários, fornecedores ou parceiros do InSaúde;**
- **Utilizem, sem autorização formal, a marca, os símbolos, documentos ou imagens institucionais;**
- **Gerem confusão entre opiniões pessoais e posicionamentos institucionais;**
- **Promovam ou façam apologia a crimes, desinformação, discurso de ódio, discriminação, pornografia, pedofilia, ataques à democracia, atos contra a administração pública, violação de direitos ou qualquer conteúdo incompatível com os princípios e valores do InSaúde.**

As vedações previstas nesta seção aplicam-se independentemente do local, do horário ou da plataforma utilizada. A participação em fóruns, grupos, páginas e perfis virtuais deve observar os limites éticos e legais da função exercida. Condutas em redes sociais que causem repercussão negativa, exponham indevidamente a imagem institucional ou configurem conflito de interesses, mesmo fora do expediente, poderão ser consideradas violações ao Código de Ética e Conduta e caracterizar quebra de decoro profissional.



Inteligência Artificial e Tecnologias Emergentes

O **InSaúde** adota a inovação tecnológica com responsabilidade, garantindo que o uso da inteligência artificial e de outras tecnologias emergentes esteja alinhado à ética, à legalidade, à proteção de dados e aos direitos humanos.

Ferramentas automatizadas, algoritmos e sistemas inteligentes devem ser utilizados com supervisão humana, transparência, segurança e respeito à privacidade, vedado qualquer uso que gere discriminação, riscos indevidos ou substitua o julgamento ético em decisões sensíveis.

Profissionais devem assegurar que a aplicação dessas tecnologias esteja em conformidade com a legislação, com as normas internas e com padrões técnicos reconhecidos. Sempre que envolverem dados pessoais, decisões automatizadas ou impactos relevantes, essas soluções devem ser previamente avaliadas quanto aos riscos e documentadas com rastreabilidade.





Canal de Denúncias

O **InSaúde** mantém um Canal de Denúncias independente, confidencial e disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, administrado por empresa especializada (Contato Seguro). Trata-se do meio oficial para relatar, de forma segura, anônima ou identificada, qualquer conduta que viole este Código de Ética e Conduta, as políticas internas ou a legislação vigente.

O canal de Denúncias pode ser utilizado por colaboradores, prestadores de serviço, parceiros, fornecedores, usuários ou qualquer pessoa que tenha conhecimento de irregularidades, incluindo, de forma exemplificativa:

- Corrupção, fraude, suborno ou desvio de recursos;
- Assédio moral ou sexual;
- Discriminação ou violação de direitos humanos;
- Conflito de interesses;
- Descumprimento de normas legais, contratuais ou institucionais;
- Uso indevido de recursos ou de informações confidenciais.

As manifestações podem ser registradas pelo site ou telefone, com possibilidade de anonimato e garantia de sigilo, confidencialidade e proteção contra não retaliação. Ao registrar a denúncia, o denunciante recebe um número de protocolo, que permite o acompanhamento do andamento da apuração.

- Telefone: 0800 881 9402
- Site: www.contatoseguro.com.br/insaude

Todas as denúncias são tratadas com independência, imparcialidade, confidencialidade e respeito ao devido processo. As irregularidades confirmadas poderão resultar na aplicação de sanções disciplinares, contratuais ou legais, conforme a gravidade e a natureza da infração.

Além do canal, a Área de Integridade do **InSaúde** permanece disponível para esclarecimentos, orientações, sugestões, elogios ou reclamações por meio do endereço eletrônico:

compliance@insaude.org.br



Não Retaliação

O **InSaúde** assegura que nenhuma pessoa será prejudicada, retaliada, perseguida, exposta ou punida por relatar, de boa-fé, suspeitas de irregularidades, violações a este Código, às políticas internas ou à legislação vigente, bem como por colaborar com investigações, por meio de depoimentos, informações, declarações ou apresentação de provas.

Essa proteção abrange demissões, sanções, constrangimentos, retaliações veladas, alterações indevidas nas condições de trabalho ou qualquer outra forma de intimidação decorrente da denúncia ou da colaboração. Qualquer tentativa de retaliação, direta ou indireta, será tratada com rigor e poderá resultar em medidas disciplinares ou legais. O **InSaúde** reafirma seu compromisso com a ética, a integridade e a transparência em todas as suas relações institucionais.



Consequências e Medidas Disciplinares

O descumprimento das diretrizes previstas neste **Código de Ética e Conduta**, nas políticas internas do **InSaúde** ou na legislação aplicável poderá resultar na adoção de medidas disciplinares, contratuais e administrativas, proporcionais à gravidade da conduta, à reincidência e aos impactos gerados, sem prejuízo de eventual responsabilização civil, administrativa ou penal.

As medidas disciplinares poderão incluir, conforme o caso e observadas as normas vigentes:

- advertência verbal ou escrita;
- suspensão;
- demissão sem justa causa;
- demissão por justa causa;
- rescisão contratual com terceiros; e
- possibilidade do encaminhamento aos órgãos competentes quando houver indícios de infração legal ou necessidade de comunicação a autoridades.

A apuração de condutas será conduzida com imparcialidade, isenção de vieses, sigilo, confidencialidade, observância ao procedimento interno de investigação e registro adequado das decisões, assegurando tratamento respeitoso a todas as partes envolvidas e acolhimento às pessoas afetadas.





Considerações Finais

Dúvidas sobre a interpretação ou a aplicação deste Código devem ser encaminhadas à Área de Integridade, que prestará a devida orientação com base nos princípios éticos, nas políticas internas e na legislação aplicável.

Este Código de Ética e Conduta entra em vigor na data de sua publicação no site oficial do InSaúde e permanecerá válido por prazo indeterminado.

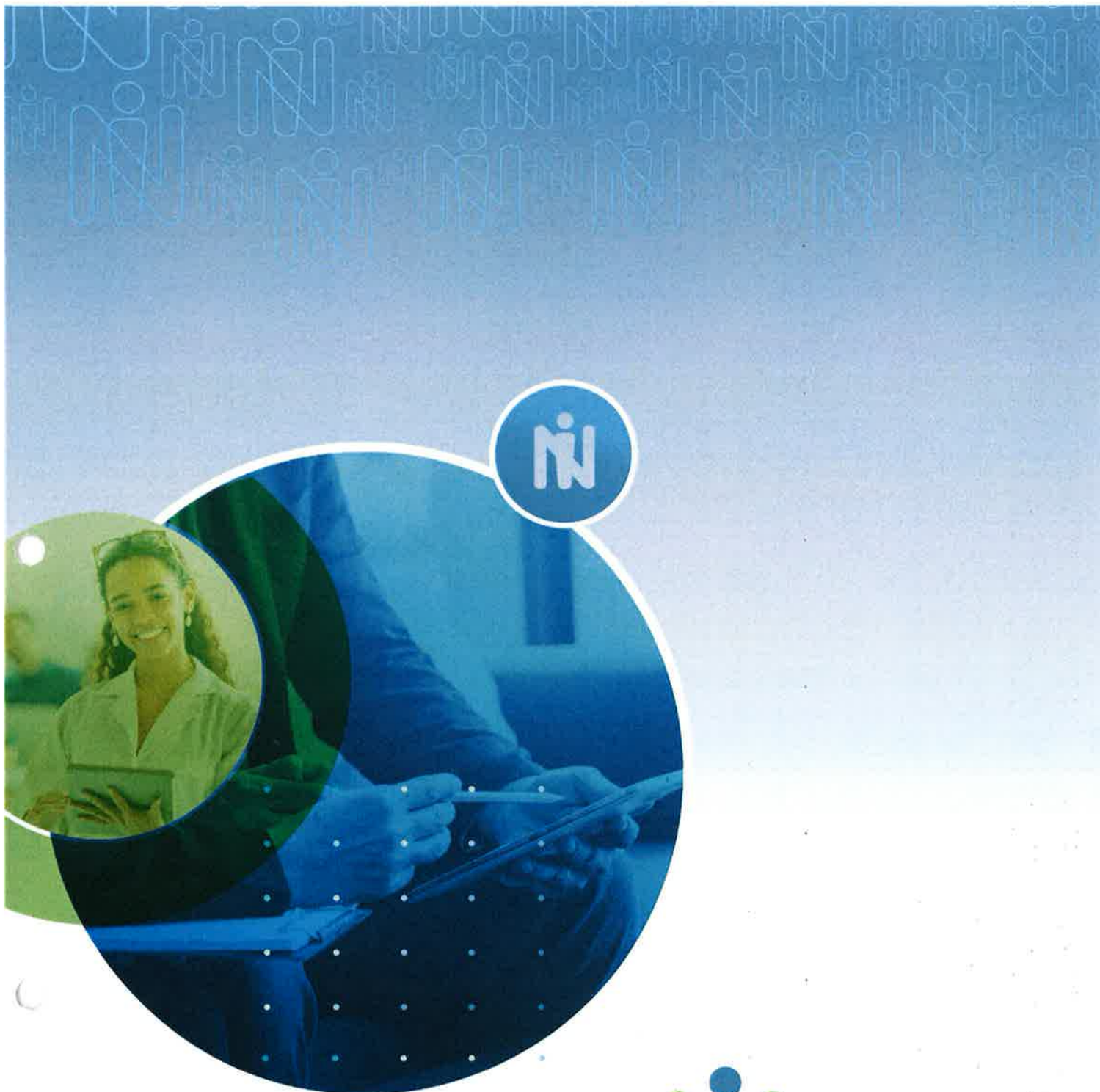
Suas diretrizes poderão ser revisadas a qualquer tempo, sempre que houver alterações relevantes no cenário normativo, institucional ou regulatório, bem como diante da necessidade de aperfeiçoamento das práticas de integridade e governança, respeitando-se, em qualquer caso, o prazo máximo de 24 meses para atualização.

A versão revisada será disponibilizada publicamente e amplamente divulgada, a fim de garantir que todos os públicos vinculados ao InSaúde tenham acesso ao conteúdo vigente.

Elaborado	Validado	Aprovado
Consultoria Externa	Diretoria Jurídica	Presidente
	Diretoria Administrativa	
	Diretoria Executiva	

Histórico de Revisão

00: Implantação do Código de Conduta do InSaúde
01: Revisão/Atualização Geral do Código de Conduta
02: Revisão do item "Visão" do Código de Conduta
03: Revisão Geral do Código de Conduta, com alinhamento a atualização das legislações vigentes

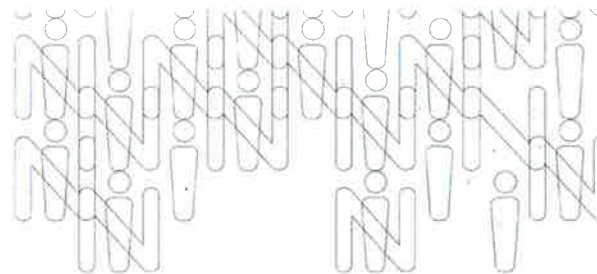


insaude.org.br

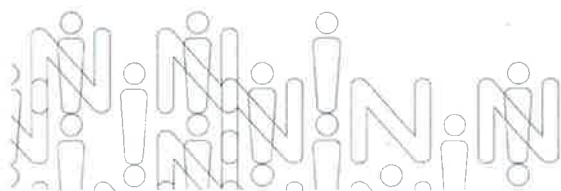
Av. Paulista • 1.754
Conjunto 5A
Bela Vista
São Paulo • SP
CEP 05024-030
F. (11) 3876.6787

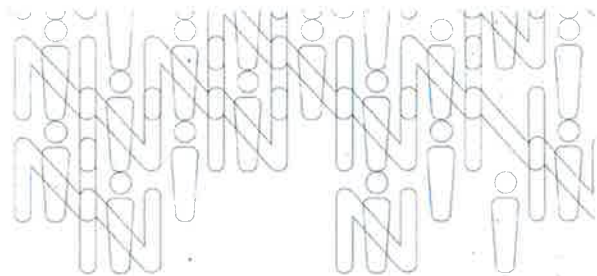
1707

2



POLÍTICA INTERNA DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS DO INSAÚDE





1. APRESENTAÇÃO

A presente Política de Proteção de Dados Pessoais (Política) tem como objetivo fornecer orientações acerca do gerenciamento das diversas atividades e operações de tratamento de dados pessoais existentes no INSAÚDE, tendo como ponto central a observância aos dispositivos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei no 13.709/2018) – LGPD, bem como as demais regulamentações e diretrizes sobre o tema.

Consciente da importância e da necessidade de adequar suas operações de tratamento de dados pessoais a uma nova e ampla regulação sobre o tema, a LGPD, o INSAÚDE deu início, ao seu processo de conformidade e implementação da nova Lei em seus processos de trabalho.

A LGPD é uma lei transversal, com aplicação nos mais diferentes setores.

No cumprimento de suas funções institucionais e objetivos estatutários, o INSAÚDE realiza diversas operações de tratamento de dados pessoais, sempre com vistas ao melhor interesse dos titulares desses dados, observando e respeitando os seus direitos. Pode, portanto, ser caracterizada como Controladora de Dados Pessoais e Operadora de Dados Pessoais, de acordo com as definições da LGPD.

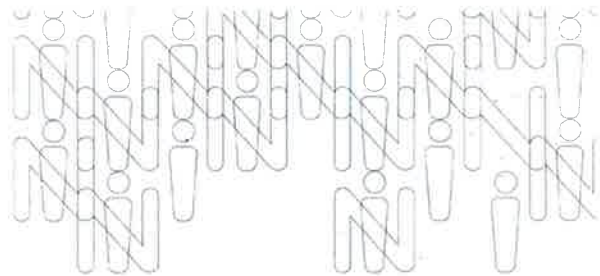
o INSAÚDE, em todas as posições que ocupar, desde pronto, declara o seu compromisso com o cumprimento das regras de privacidade e proteção de dados pessoais aplicáveis.

Esta política, além de representar o cumprimento de determinação legal, representa o fruto de um trabalho de revisão e adequação dos controles internos, inserindo-se como importante diretriz das boas práticas que sempre nortearam as ações da Sociedade.

2. DEFINIÇÕES

- **AGENTES DE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS:** O controlador e o operador de dados pessoais.
- **ANONIMIZAÇÃO:** Utilização de meios técnicos, razoáveis e disponíveis no momento do tratamento de dados pessoais, por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo. O dado anonimizado não é considerado dado pessoal para os fins da LGPD.
- **AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS ("ANPD"):** Órgão da administração pública responsável por zelar, implementar e fiscalizar o cumprimento da LGPD em todo território nacional. A ANPD foi instituída pela LGPD como órgão da administração pública federal com autonomia técnica, integrante da Presidência da República, definido a sua natureza como transitória e passível de transformação pelo Poder Executivo em entidade da administração

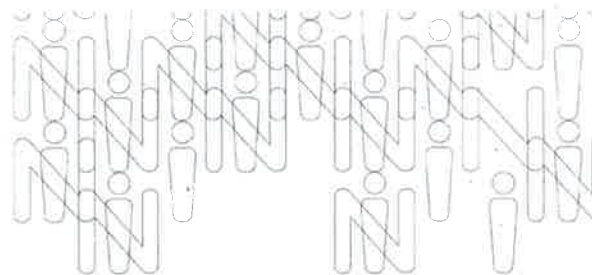




pública federal indireta, submetida a regime autárquico especial e vinculada à Presidência da República.

- **CONTROLADOR DE DADOS PESSOAIS:** Pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais.
- **DADOS PESSOAIS:** Informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável. Também são considerados dados pessoais aqueles utilizados para formação do perfil comportamental de determinada pessoa natural.
- **DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS:** Dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico quando vinculado a pessoa natural.
- **ENCARREGADO OU DATA PROTECTION OFFICER ("DPO"):** Pessoa física ou jurídica indicada pelo Agente de Tratamento para atuar como canal de comunicação entre o Controlador, os titulares de dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados. Será responsável pela implementação do Programa de Conformidade às leis de proteção de dados pessoais e condução das atividades relacionadas à proteção de dados pessoais no Sistema de Controles Internos e de Conformidade.
- **FORNECEDORES:** No contexto do INSAÚDE são considerados fornecedores os outros terceiros contratados e subcontratados, pessoa física ou jurídica, não enquadrados como parceiros institucionais e/ou comerciais.
- **LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS ("LGPD"):** Diploma normativo (Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais em meios digitais ou físicos realizados por pessoa natural ou por pessoa jurídica, de direito público ou privado, tendo como objetivo defender os titulares de dados pessoais e ao mesmo tempo permitir o uso dos dados para finalidades diversas, equilibrando interesses e harmonizando a proteção da pessoa humana com o desenvolvimento tecnológico e econômico.
- **OPERADOR DE DADOS PESSOAIS:** Pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do Controlador.
- **PARCEIROS INSTITUCIONAIS E/OU COMERCIAIS:** No são considerados parceiros institucionais e/ou comerciais os terceiros contratados, sejam eles pessoa física ou jurídica, que atuam em ações conjuntas ou em seu nome.
- **TERCEIRO:** É toda pessoa física ou jurídica contratada para desenvolver ou auxiliar no desenvolvimento de suas atividades, tanto na qualidade de fornecedores de bens ou serviços, como de parceiros institucionais e/ou comerciais.
- **TITULAR DE DADOS PESSOAIS ("TITULAR"):** Pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento.





- **TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS ("TRATAMENTO"):** Toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação, controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.
- **ASSOCIAÇÕES ESTADUAIS:** São associações sem finalidades lucrativas filiadas, cujo objetivos e políticas são aderentes aos princípios e demais disposições estatutárias do INSAÚDE.
- **GRUPOS DE TRABALHO:** Representam o agrupamento de Médicas e Médicos de Família e Comunidade, reconhecidos e regidos por instrumento próprio, que possuam por objetivo a produção, a pesquisa e a crítica científica.

3. ESCOPO

A presente Política estabelece as diretrizes para resguardo e uso de dados pessoais que venham a ser tratados em suas atividades, tendo como referência a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD, entre outras normas nacionais e internacionais relativas à privacidade e proteção de dados pessoais, com especial atenção à General Data Protection Regulation (GDPR).

4. DESTINATÁRIOS

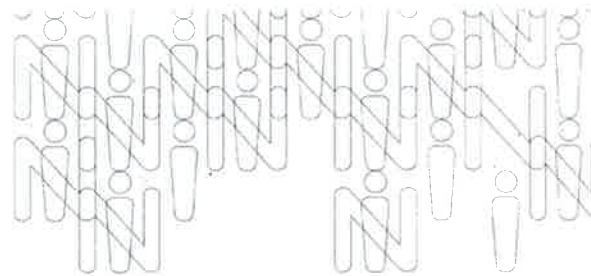
Esta Política se aplica:

- aos empregados e dirigentes;
- às Associações Estaduais filiadas;
- aos Grupos de Trabalho reconhecidos;
- a todos os terceiros, sejam eles pessoas físicas ou jurídicas que atuam para ou em nome do INSAÚDE em atividades que envolvam tratamento de dados pessoais;
- aos agentes de tratamento de dados pessoais externos à
- aos titulares de dados pessoais, cujos dados são tratados pelo INSAÚDE.

A adesão ao programa de conformidade às leis de proteção de dados pessoais e aos diplomas normativos dele decorrentes, Programa de Conformidade da LGPD, incluindo a presente Política, é obrigatória a todos os destinatários acima indicados na medida em que se relacionam com o INSAÚDE. Todas as operações que envolvam tratamento de dados pessoais que sejam realizadas no escopo das atividades conduzidas estão sujeitas a tais normativas.

5. APLICABILIDADE





Esta Política estabelece diretrizes e regras que possuem o objetivo de assegurar que seus destinatários entendam e cumpram as legislações que versam sobre proteção de dados pessoais em todas as interações com atuais e futuros titulares de dados pessoais, terceiros e agentes de tratamento de dados pessoais externos no âmbito de suas atividades. Para além dos conceitos definidos pelas normas que versam sobre privacidade e proteção de dados pessoais, as informações abarcadas pela presente Política incluem todos os dados detidos, usados ou transmitidos pela ou em nome do INSAÚDE, em qualquer tipo de mídia. Isso inclui dados pessoais registrados em papel, mantidos em sistemas de computador ou dispositivos portáteis, bem como dados pessoais transmitidos oralmente.

6. OBJETIVOS

São objetivos da Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais:

- Estabelecer as diretrizes e responsabilidades que assegurem e reforcem o compromisso da Instituição com o cumprimento das legislações de proteção de dados pessoais aplicáveis;
- Descrever as regras a serem seguidas na condução das atividades e operações de tratamento de dados pessoais realizadas pelo INSAÚDE e pelos destinatários desta Política, no âmbito das atividades que garantem a sua conformidade com as legislações de proteção de dados pessoais aplicáveis e, em especial, com a LGPD.

A presente Política deve ser lida em conjunto com as obrigações previstas nos documentos abaixo relacionados, que versam sobre informações em geral, e a complementam quando aplicável:

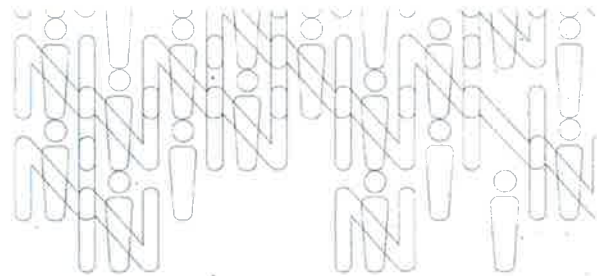
1. Contratos de trabalho dos empregados e outros documentos comparáveis, que dispõem sobre obrigações de confidencialidade em relação às informações mantidas pela Sociedade; ii. Políticas e normas de procedimentos de segurança da informação, bem como termos e condições de uso, que tratam sobre confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações; iii. Todas as normas internas a respeito da proteção de dados pessoais que vierem a ser elaboradas e atualizadas, de tempos em tempos.

7. PRINCÍPIOS DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

O INSAÚDE cumprirá com os seguintes princípios de proteção de dados pessoais quando do tratamento de dados pessoais:

- **FINALIDADE:** realizará o tratamento de dados pessoais apenas para propósitos legítimos, específicos, explícitos e informados ao titular de dados pessoais, sem possibilidade de tratamento posterior de forma incompatível com essas finalidades;





- **ADEQUAÇÃO:** realizará o tratamento de dados pessoais de forma compatível com as finalidades informadas ao titular de dados, e de acordo com o contexto do tratamento;
- **NECESSIDADE:** o tratamento de dados pessoais realizado será limitado ao mínimo necessário para a realização de suas finalidades, com abrangência dos dados pertinentes, proporcionais e não excessivos em relação às finalidades do tratamento;
- **LIVRE ACESSO:** garantirá aos titulares de dados pessoais a consulta facilitada e gratuita sobre a forma e a duração do tratamento, bem como sobre a integralidade de seus dados;
- **QUALIDADE DOS DADOS:** garantirá, aos titulares de dados pessoais, a exatidão, clareza, relevância e atualização dos dados, de acordo com a necessidade e para o cumprimento da finalidade de seu tratamento;
- **TRANSPARÊNCIA:** garantirá, aos titulares de dados pessoais, informações claras, precisas e facilmente acessíveis sobre a realização do tratamento e os respectivos agentes de tratamento de dados pessoais, observados os segredos comercial e industrial;
- **SEGURANÇA:** utilizará medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão;
- **PREVENÇÃO:** adotará medidas para prevenir a ocorrência de danos em virtude do tratamento de dados pessoais;
- **NÃO DISCRIMINAÇÃO:** garantirá a impossibilidade de realização do tratamento de dados pessoais para fins discriminatórios ilícitos ou abusivos;
- **RESPONSABILIZAÇÃO E PRESTAÇÃO DE CONTAS:** se compromete a demonstrar a adoção de medidas eficazes e capazes de comprovar a observância e o cumprimento das normas de proteção de dados pessoais, e a eficácia dessas medidas.

8. BASES LEGAIS PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

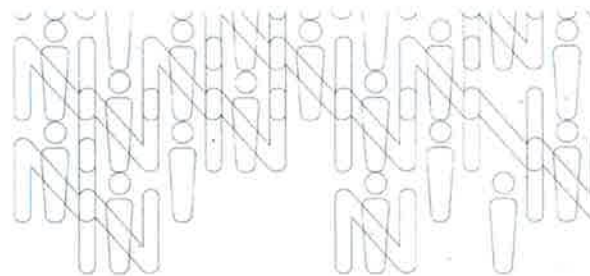
Todas as operações de tratamento de dados pessoais no âmbito das atividades conduzidas terão uma base legal que legitime a sua realização, com estipulação da finalidade e designação dos responsáveis pelo tratamento.

O INSAÚDE assume como compromisso institucional a avaliação periódica das finalidades de suas operações de tratamento, considerando o contexto em que estas operações se inserem, os riscos e benefícios que podem ser gerados ao titular de dados pessoais, e o legítimo interesse da Sociedade.

A realização de operações de tratamento de dados pessoais poderá ser realizada:

- Mediante o fornecimento de consentimento pelo titular de dados pessoais;





- Para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória;
- Para a realização de estudos por órgão de pesquisa;
- Quando necessário para a execução de contrato ou de procedimentos preliminares relacionados a contrato do qual seja parte o titular de dados pessoais;
- Para o exercício regular de direitos em processo judicial,

administrativo ou arbitral;

- Para a proteção da vida ou da incolumidade física do titular de dados pessoais ou de terceiro;
- Para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária;
- Quando necessário para atender aos interesses legítimos do INSAÚDE ou de terceiros;
- Para a proteção do crédito.

9. BASES LEGAIS PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

O INSAÚDE reconhece que o tratamento de dados pessoais sensíveis representa riscos mais altos ao titular de dados pessoais e por esta razão a Instituição assume o compromisso de resguardo e cuidados especiais frente ao tratamento de dados pessoais sensíveis.

Este compromisso incorpora os dados pessoais sensíveis enumerados no art. 5º, inciso II da LGPD, bem como os dados financeiros que, para os fins desta Política e do Programa de Conformidade da LGPD terão o mesmo status que os dados pessoais sensíveis.

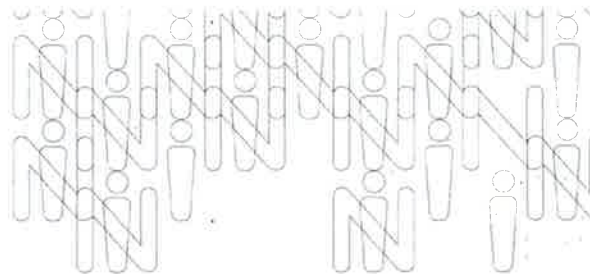
Os dados pessoais de crianças e adolescentes serão tratados com o mesmo nível de cuidado exigido e oferecido aos dados pessoais sensíveis, mas também estarão sujeitos às disposições próprias estabelecidas no Capítulo II, Seção III, da LGPD, e outras normas específicas aplicáveis.

A realização de operações de tratamento de dados pessoais sensíveis pelo INSAÚDE somente poderão ser ocorrer:

- Quando o titular de dados pessoais ou seu responsável legal consentir, de forma específica e destacada, para finalidades específicas;
- Sem fornecimento de consentimento do titular de dados pessoais, nos casos em que o tratamento for indispensável para:

1. O cumprimento de obrigação legal ou regulatória;





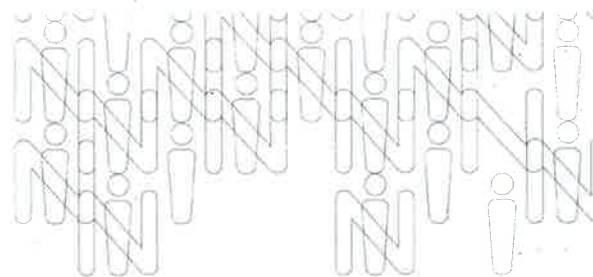
2. A realização de estudos quando estiver na posição de Órgão de Pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais sensíveis;
3. O exercício regular de direitos, inclusive em contrato e em processo judicial, administrativo e arbitral;
4. Proteção da vida ou da incolumidade física do titular de dados pessoais ou de terceiros;
5. Tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária; ou
6. Garantia da prevenção à fraude e à segurança do titular de dados pessoais, nos processos de identificação e autenticação de cadastro em sistemas eletrônicos.

10. DIREITOS DOS TITULARES DE DADOS PESSOAIS

O INSAÚDE, no contexto das suas atividades de tratamento de dados pessoais, reforça o seu compromisso de respeito aos direitos dos titulares de dados pessoais, quais sejam:

- **DIREITO À CONFIRMAÇÃO DA EXISTÊNCIA DO TRATAMENTO:** o titular de dados pessoais pode questionar, se há a realização de operações de tratamento relativos a dados pessoais seus;
- **DIREITO DE ACESSO:** o titular de dados pessoais pode solicitar e receber uma cópia de todos os dados pessoais coletados e armazenados;
- **DIREITO DE CORREÇÃO:** o titular de dados pessoais pode requisitar a correção de dados pessoais que estejam incompletos, inexatos ou desatualizados;
- **DIREITO DE ELIMINAÇÃO:** o titular de dados pessoais pode requisitar a exclusão de seus dados pessoais de bancos de dados geridos, salvo se houver um motivo legítimo para a sua manutenção, como eventual obrigação legal de retenção de dados ou estudo por órgão de pesquisa. Na hipótese de eliminação, a Instituição se reserva o direito de escolher o procedimento de eliminação empregado, comprometendo-se a utilizar meio que garanta a segurança e evite a recuperação dos dados;
- **DIREITO DE SOLICITAR A SUSPENSÃO DE TRATAMENTO ILÍCITO DE DADOS PESSOAIS:** a qualquer momento, o titular de dados pessoais poderá requisitar a anonimização, bloqueio ou eliminação de seus dados pessoais que tenham sido reconhecidos por autoridade competente como desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na LGPD.
- **DIREITO DE OPOSIÇÃO A UM TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS:** nas hipóteses de tratamento de dados pessoais não baseadas na obtenção do consentimento, o titular de dados pessoais poderá apresentar uma oposição, que será analisada a partir dos critérios presentes na LGPD.
- **DIREITO À PORTABILIDADE DOS DADOS:** o titular de dados pessoais poderá requisitar que seus dados pessoais sejam disponibilizados a outro fornecedor de serviço ou produto,





respeitados o segredo comercial e industrial da Instituição, bem como os limites técnicos de sua infraestrutura.

- **DIREITO À REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO:** o titular de dados pessoais tem direito a revogar o seu consentimento. Entretanto, ressalta-se que isso não afetará a legalidade de qualquer tratamento realizado antes da retirada. Na hipótese de revogação do consentimento, talvez não seja possível fornecer determinados serviços. Sendo este o caso, o titular de dados pessoais será informado.

O INSAÚDE reitera o seu compromisso com os direitos dos titulares de dados pessoais à transparência e à informação adequada, destacando o fornecimento de:

- Informação das entidades públicas e privadas com as quais realizou uso compartilhado de dados;
- Informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa.

11. DEVERES PARA USO O ADEQUADO DE DADOS PESSOAIS

Os deveres de cuidado, atenção e uso adequado de dados pessoais se estendem a todos os destinatários desta Política no desenvolvimento de seus trabalhos e atividades, comprometendo-se a auxiliar a Sociedade a cumprir suas obrigações na implementação de sua estratégia de privacidade e proteção de dados pessoais.

> DEVERES ESPECÍFICOS DOS TITULARES DE DADOS PESSOAIS:

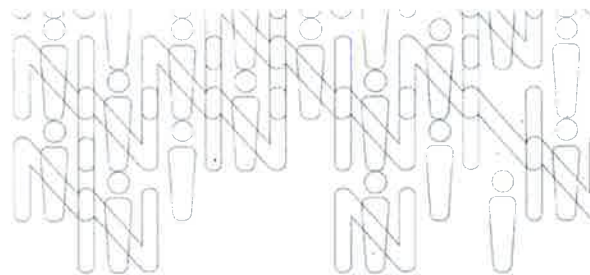
Incumbe aos titulares de dados pessoais comunicar sobre quaisquer modificações em seus dados pessoais na sua relação com a Instituição (ex: mudança de endereço), notificando-a preferencialmente na seguinte ordem:

- Por meio da plataforma disponibilizada com a qual o titular se relaciona;
- Por e-mail endereçado à secretaria;
- Por e-mail endereçado diretamente ao Encarregado de Proteção de Dados Pessoais – DPO;
- Por meio físico (ex: carta / ofício) endereçado diretamente à sede.

- **DEVERES ESPECÍFICOS DOS EMPREGADOS:**

O compartilhamento de dados pessoais de titulares de dados pessoais e suas Associações Estaduais filiadas é permitido, desde que respeitada a sua finalidade e base legal, observado o princípio da necessidade, ficando o tratamento de dados pessoais sempre adstrito ao desenvolvimento de atividades autorizadas pela Sociedade.





- **DEVERES DOS EMPREGADOS, AGENTES DE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E TERCEIROS:**
- Não disponibilizar nem garantir acesso aos dados pessoais mantidos para quaisquer pessoas não autorizadas ou competentes de acordo com as normas da Sociedade.
- Obter a autorização necessária para o tratamento de dados e ter os documentos necessários que demonstrem a designação de sua competência para a realização da operação de tratamento de dados lícita, nos termos do arcabouço normativo que será elaborado.
- Cumprir as normas, recomendações, orientações de segurança da informação e prevenção de incidentes de segurança da informação publicadas pela Instituição (e.g. Política de Segurança da Informação, Plano de Resposta a Incidentes de Segurança da Informação, orientações de gestão de senhas, dentre outras).

> DEVERES DE TODOS OS DESTINATÁRIOS DESTA POLÍTICA:

Todos os destinatários desta Política têm o dever de contatar o Encarregado de Proteção de Dados Pessoais, quando da suspeita ou da ocorrência efetiva das seguintes ações:

- Operação de tratamento de dados pessoais realizada sem base legal que a justifique;
- Tratamento de dados pessoais sem a autorização no escopo das atividades que desenvolve;
- Operação de tratamento de dados pessoais que seja realizada em desconformidade com a Política de Segurança da Informação;
- Eliminação ou destruição não autorizada de dados pessoais de plataformas digitais ou acervos físicos em todas as instalações da Instituição ou por ela utilizadas;
- Qualquer outra violação desta Política ou de qualquer um dos princípios de proteção de dados dispostos no item 7 acima.

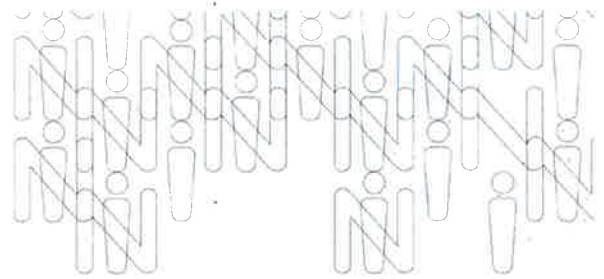
12. RELAÇÃO COM OS TERCEIROS

A LGPD estabelece que a responsabilidade no caso de danos patrimoniais, morais, individuais ou coletivos derivados de violações à legislação de proteção de dados pessoais é solidária a todos os agentes da cadeia envolvendo o tratamento de dados pessoais podem ser responsabilizados pelos eventuais danos causados.

Nesse sentido, a possibilidade de ser responsabilizada pelas ações de terceiros implica na necessidade de empregar os melhores esforços para verificar, avaliar e garantir que tais terceiros cumpram com as legislações de proteção de dados aplicáveis.

Dessa forma, todos os contratos com terceiros deverão conter cláusulas referentes à proteção de dados pessoais, estabelecendo deveres e obrigações envolvendo a temática, e atestando o compromisso dos terceiros com as legislações de proteção de dados pessoais aplicáveis.





Destaca-se, ainda, que esses contratos serão revisados e submetidos à aprovação do DPO e sua equipe técnica.

Todos os terceiros devem assinar o termo de aceitação desta Política, da Política de Segurança da Informação e do Plano de Resposta a Incidentes de Segurança, submetendo as atividades contratadas também a essas normativas.

13. PROGRAMA DE CONFORMIDADE ÀS LEIS DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

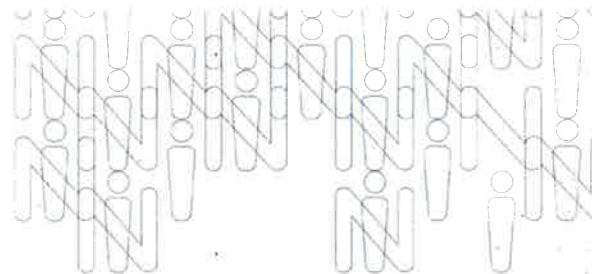
O Programa de Conformidade com a LGPD visa a garantir o compromisso em zelar pelo tratamento adequado de dados pessoais para fins legítimos que possam ser objeto de suas atividades e reforça o seu compromisso com boas práticas de privacidade e proteção de dados com as seguintes ações:

- Produção e disseminação de informações, independente do formato, que descrevam as responsabilidades individuais dos destinatários desta Política no âmbito da privacidade e proteção de dados pessoais;
- Fornecimento de treinamentos, orientações e aconselhamentos para os empregados e dirigentes e terceiros, incluindo, mas não se limitando a cursos presenciais e online, workshops, reuniões internas, conversas regulares, palestras, dentre outras iniciativas; comungando conteúdos disponibilizados no formato digital e presencial.
- Incorporação de preocupações e cuidados no tratamento de dados pessoais em todas as etapas de suas atividades, incluindo, mas não se limitando a rotinas administrativas, atividades de pesquisa, prestação de serviços, atividades de cunho acadêmico, dentre outras.
- Identificação e aprofundamento da avaliação dos riscos que podem comprometer o alcance dos objetivos na área de privacidade e proteção de dados pessoais; definir, criar e implementar planos de ação e políticas para mitigar os riscos identificados; além de manter uma avaliação contínua dos cenários com vistas a avaliar se as medidas implementadas não requerem novas diretrizes e atitudes.

A partir da entrada em vigor da LGPD, o Encarregado também referido como Data Protection Officer (DPO) –, auxiliado pela equipe técnica, terá as seguintes responsabilidades:

- Conduzir o Programa de Conformidade da LGPD, zelando pela sua fiscalização;
- Monitorar o cumprimento das legislações de proteção de dados pessoais aplicáveis, de acordo com as políticas;
- Orientar os destinatários desta Política quanto ao regime de privacidade e proteção de dados;





- Assegurar que as regras e orientações relativas à proteção de dados sejam informadas e incorporadas nas rotinas e práticas;
- Organizar treinamentos sobre proteção de dados pessoais;
- Prestar esclarecimentos, oferecer informações e apresentar relatórios sobre as operações de tratamento de dados pessoais e seus impactos para as autoridades públicas competentes (ex: Ministério Público, Autoridade Nacional de Proteção de Dados Pessoais, etc.);
- Responder às solicitações e reclamações de titulares de dados pessoais cujos dados tenham sido objeto de tratamento.
- Auxiliar em auditorias ou outra medida de avaliação e monitoramento de proteção de dados;
- Elaborar os relatórios de impacto à privacidade e proteção de dados, pareceres técnicos e revisão de documentos no que se refere à proteção de dados.

14. SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

As normas de segurança da informação e prevenção contra incidentes de dados pessoais estão contidas na Política de Segurança da Informação e demais normativas internas e documentos correlatos, a serem criados, ao tema. O INSAÚDE reforça o compromisso consubstanciado em sua Política de Segurança da Informação em empregar medidas técnicas e organizacionais adequadas no trato com dados pessoais, e empregar esforços para proteção dos dados pessoais dos titulares de dados pessoais contra acessos não autorizados, perda, destruição, compartilhamento não autorizado, entre outras hipóteses.

15. TREINAMENTO

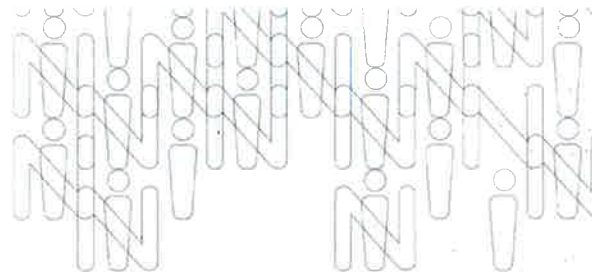
Os destinatários desta Política se comprometem a participar dos treinamentos, workshops, encontros e capacitações propostos para a ampliação da cultura de proteção de dados pessoais na Instituição. Os empregados cujas funções exigem o tratamento regular a dados pessoais, ou os responsáveis pela implementação desta Política se comprometem a participar de treinamentos adicionais para ajudá-los a entender seus deveres e como cumpri-los.

16. MONITORAMENTO

Reitera-se que reconhece o seu compromisso em zelar pelo tratamento adequado de dados pessoais para fins legítimos que possam ser objeto de suas atividades e reforça o seu compromisso com boas práticas de privacidade e proteção de dados, comprometendo-se a se manter seu Programa de Conformidade com a LGPD atualizado com as normas e recomendações emitidas pela ANPD ou outras autoridades competentes.

o INSAÚDE assume o compromisso de revisitar a presente Política periodicamente e, a seu critério, promover modificações que atualizem suas disposições de modo a reforçar o compromisso permanente da Instituição





com a privacidade e a proteção de dados pessoais, sendo comunicadas todas as alterações realizadas oportunamente pelos canais oficiais da Sociedade.



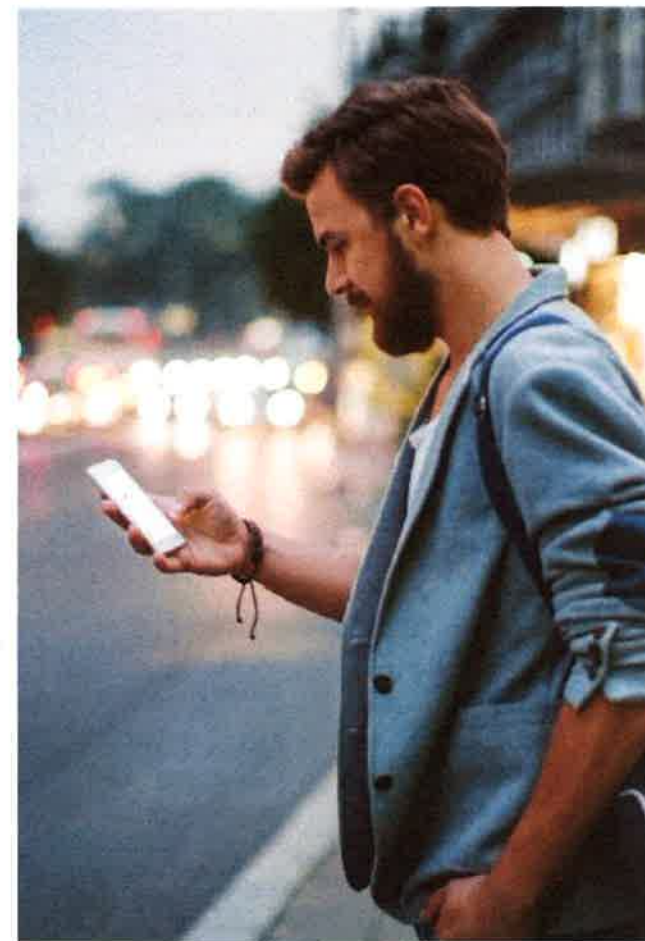


LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS - LGPD

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS - INSAÚDE

Sumário

1. Histórico
2. Princípios
3. Aplicação
4. Conceitos
5. Agentes definidos pela Lei
6. Bases Legais
7. Direitos do Titular
8. Obrigações
9. Sanções
10. Canais de Comunicação
11. Boas Práticas para Segurança e Proteção de Dados
 - i. Confidencialidade da Informação
 - ii. Mesa e Tela Limpa
 - iii. Uso adequado de Senhas
 - iv. Utilização de E-mail
 - v. Bloqueio da Estação de Trabalho
 - vi. Utilização de Equipamento





1. Histórico

O INSAÚDE visa esclarecer a todos os interessados pela Entidade, no tocante a Lei Geral de Proteção de Dados.

Considerando o avanço e crescimento da utilização de dados pessoais, incidentes de vazamento e seguindo uma tendência mundial, em 2018, foi criada a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº13,709/18), também conhecida pela sigla LGPD e tem como finalidade proteger os direitos de liberdade, privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

Esse material desenvolvido pelo INSAÚDE, apresenta os principais pontos em destaque da LGPD.

2. Princípios



A Lei Geral de Proteção de Dados tem como princípio a ***transparência ao titular, utilização mínima de dados possíveis para a finalidade, pelo menor tempo possível e sem prejuízo ao negócio.***

Para isso, a Lei também descreve alguns fundamentos, como:

- ✓ respeito à privacidade.
- ✓ liberdade de expressão.
- ✓ defesa do consumidor.
- ✓ entre outros.

3. Aplicação



Esta Lei aplica-se a qualquer operação de tratamento realizada por pessoa natural ou pessoa jurídica de direito público ou privado, independente do meio, do país de sua sede ou do país onde estejam localizados os dados.

Uma vez que a operação de tratamento seja realizada em território nacional, a atividade de tratamento tem por objetivo a oferta ou o fornecimento de bens ou serviços, ou o tratamento de dados de indivíduos localizados no território nacional ou os dados pessoais objeto de tratamento tenha sido coletados no território nacional, a Lei se aplica.

Em alguns itens específicos, a Lei não se aplica, como tratamentos realizados por pessoa natural sem fins particulares e não econômicos, jornalísticos, artísticos, acadêmicos, de segurança nacional, defesa nacional, segurança do Estado ou atividades de investigação e repressão de infrações penais.

4. Conceitos



A Lei estabelece alguns itens essenciais para seu entendimento:

- ✓ **Titular:** pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento.
- ✓ **Tratamento do dado:** toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem à coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.
- ✓ **Dados pessoais:** informação relacionada à pessoa natural identificada ou identificável.
- ✓ **Dados sensíveis:** dado pessoal sobre a origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico quando vinculado a uma pessoa natural.

4. Conceitos



- ✓ **Dado anonimizado:** dado relativo à titular que não possa ser identificado, considerando o uso de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião de seu tratamento.
- ✓ **Dado pseudonimizado:** quando há um tratamento por meio do qual um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo, senão pelo uso de informação adicional mantida separadamente pelo controlador em ambiente controlado e seguro.

5. Agentes definidos pela lei

- ✓ **Controlador:** pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem compete as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais.
- ✓ **Operador:** pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador.
- ✓ **ANPD:** Autoridade Nacional de Proteção de Dados.
- ✓ **Encarregado - DPO:** pessoa indicada pelo controlador para atuar como canal de comunicação entre o controlador, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados - ANPD.



6. Bases Legais



O tratamento dos dados pessoais só pode ser realizado nas seguintes hipóteses:

- ✓ Processo Judicial.
- ✓ Execução de Contrato.
- ✓ Legítimo Interesse.
- ✓ Proteção de Crédito.
- ✓ Proteção à Vida.
- ✓ Tutela da Saúde.
- ✓ Obrigação Legal.
- ✓ Pesquisa por Órgão.
- ✓ Política Pública.
- ✓ Consentimento do Titular.

7. Direitos do Titular



A Lei define alguns direitos que o titular passa a ter sobre seus dados como:

- ✓ Acesso.
- ✓ Retificação.
- ✓ Explicação.
- ✓ Portabilidade.
- ✓ Oposição.
- ✓ Cancelamento.
- ✓ Revisão de decisões automatizadas.

8. Obrigações



Todas as empresas e pessoas físicas que fazem uso de informações pessoais têm o dever de garantir a segurança e a proteção, durante todo o processo de tratamento dos dados pessoais, estes processos de tratamento devem ser transparentes ao titular e utilizar o mínimo possível de dados para a entrega do serviço.

Todas as ações que fugirem do objetivo inicial no qual o titular autorizou a utilização de seus dados, desde que não haja uma base legal para aquele tratamento, o titular deverá ser informado sobre o novo tratamento e, se necessário, coletar um novo consentimento.

As empresas devem gerar relatórios que avaliem o risco de impacto à proteção dos dados e notificar qualquer incidente que possa impactar negativamente o titular, além de indicar um encarregado para fazer o canal de comunicação com os titulares e o órgão regulamentador.

9. Sanções



A Lei dispõe sobre a aplicação de sanções para aqueles que estiverem em desacordo com seus dispositivos, entre elas, estão: multas por infração, multas diárias, publicitação do ocorrido, exclusão de dados, perda do direito de realizar tratamento de dados pessoais, bloqueio do banco de dados onde ocorreu a infração, entre outras sanções, que não substituem a aplicação de sanções administrativas, civis ou penais definidas na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, que dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

Por este motivo, é fundamental que todos os colaboradores, como empregados do INSAÚDE e cidadãos de bem contribuam para o cumprimento desta lei, seguindo as normas, rotinas, processos e recomendações da Entidade.

10. Canais de Comunicação



O INSAÚDE no intuito e cumprimento da legislação, disponibiliza os seguintes canais de comunicação referente à Lei Geral de Proteção de Dados:

Dúvidas e Sugestões: contato@insaude.org.br.

11. Boas Práticas para Segurança e Proteção dos Dados



Abaixo, listamos as boas práticas recomendadas que todos os colaboradores da Entidade devem seguir, com o objetivo de evitar qualquer desconformidade com a LGPD, bem como vazamento de informação e, assim, proteger a integridade dos dados.

11.1

Confidencialidade da Informação

Todas as informações coletadas, tratadas ou armazenadas nos limites da Entidade são confidenciais e não devem ser copiadas, gravadas, movidas ou compartilhadas sem a autorização formal da Diretoria da Sede do INSAÚDE, com validação específica da Diretoria Jurídica, seja em sua forma digital ou física.

Entende-se como compartilhamento qualquer forma de disseminação destas informações.

Todas as informações de uso da Entidade devem estar em sistemas, plataformas, e ferramentas da própria entidade e qualquer informação, que, eventualmente, esteja em ambiente fora do alcance ou em equipamentos pessoais, tais como: HD externo, pen-drive ou armazenamento em nuvem devem possuir autorização expressa e seguir as exigências de compartilhamento dos dados da Entidade.

11.2

Mesa Limpa



A política da mesa limpa consiste em organizar sua mesa de trabalho, não deixando expostos dados escritos ou impressos acessíveis a terceiros.

Devemos nos atentar ao ciclo de vida da informação impressa: criação, armazenamento, manipulação e ao descarte.

Impressos com dados sensíveis devem atender severamente questões de confidencialidade, não devendo ter seu conteúdo acessível a pessoas não autorizadas, para isso, devemos nos atentar onde são impressos nossos documentos, a forma que armazenamos, a quem concedemos seu acesso e o descarte do impresso.

Nesse ponto, observa-se o descarte talvez seja a principal fase do ciclo de vida da informação impressa, visto que devemos nos atentar, além das questões ambientais, também à forma adequada de destruição do impresso, por isso, devemos sempre buscar a orientação de sua chefia imediata.

Senhas, logins, dados telefônicos, lista de e-mail ou número de documentos nunca devem ser escritos e anexados ao monitor do computador, CPU ou qualquer meio que mantenha expostos estes dados. Cadernos, agendas e outros documentos impressos devem sempre ser armazenados em gavetas com chave.

Devemos nos atentar ao “post it”, recurso digital que é amplamente utilizado, onde lembretes (dados) ficam expostos a todo momento em tela de computadores, devemos nos atentar sobre o uso adequado desses recursos. dos dados da Entidade.

11.3

Uso Adequado de Senhas

Recomendamos que as senhas sejam periodicamente atualizadas e observado o conceito de senha segura que será apresentado a seguir:

Conceito de senha segura: devemos considerar que uma senha segura seja composta por números, letras maiúsculas e minúsculas e caracteres especiais, como por exemplo: \$uAs3nH@S3gUr@, devemos evitar sempre senhas que sejam previsíveis, por exemplo nome de familiares, nome de animais, datas comemorativas, times de futebol (qualquer esporte), etc.

A política de segurança da informação define direitos e responsabilidades dos colaboradores quanto ao uso de recursos informatizados, correio eletrônico e a utilização da internet.

Cada colaborador deverá ter suas credenciais de acesso, sendo vedado o compartilhamento de login e senha com qualquer outra pessoa em qualquer hipótese.

11.4

Utilização de e-mail

O uso do e-mail institucional deverá ser feito única e exclusivamente para finalidades profissionais, obedecendo a princípios de confidencialidade, práticas de compartilhamento de e-mail com pessoas não autorizadas e a impressão e/ou o armazenamento, sem o consentimento institucional, são proibidos.

Devemos nos atentar aos e-mails recebidos de fontes duvidosas, ou até mesmo de um outro membro da instituição em caso de suspeitas sobre seu conteúdo do e-mail.

Muitas ameaças virtuais utilizam táticas relativamente antigas para invadir uma rede de computadores ou, simplesmente para coletar dados da vítima que abre um arquivo zipado ou um link no corpo do e-mail com código malicioso.

Em incidentes relacionados a ameaças virtuais, recomendamos que acionem a Tecnologia da Informação da Sede Administrativa - CSC imediatamente, para que as tratativas e ações adequadas sejam rapidamente tomadas.

11.5

Bloqueio da Estação de Trabalho

Ao se ausentar, mesmo que, por um período curto, sua estação de trabalho deverá ser bloqueada.

Caso este procedimento não seja colocado em prática seus dados e da Entidade estarão expostos a outros colaboradores ou, até mesmo, a pessoas que não tenham qualquer vínculo com a Entidade.

Os riscos associados à exposição da informação podem variar, desde a alteração dolosa de algum documento ou registro em sistema até a exclusão dos dados.

O procedimento para o bloqueio da tela é simples e prático, bastando apenas que o colaborador pressione simultaneamente duas teclas do teclado (Windows + L).

11.6

Utilização de Equipamento

Não é permitida a modificação das características do sistema operacional, alteração, supressão e/ou instalação de software não homologado pelo INSAÚDE.

A utilização de desktops, notebook, smartphone e outros recursos de Tecnologia da Informação devem observar os termos e formulários específicos e ser restrita ao uso profissional, sendo seu uso vetado para finalidades particulares.

O uso de conexões de rede públicas, como Wi-Fi gratuito, deve ser evitado por não possuir o gerenciamento supervisionado pelo INSAÚDE.

TERMO DE RECEBIMENTO

Declaro ter recebido a cartilha “A Lei LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados” da SPDM, edição/ano 2021, contendo informações, direitos, deveres, condutas esperadas e procedimentos internos relacionados a Lei nº 13.709/18.

Nome Legível: _____

Matrícula: _____

Data da Admissão: ____/____/____

Unidade: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____





1742

SEDE ADMINISTRATIVA

✉ contato@insaude.org.br

☎ (11) 937020202

☎ (11) 3876-6787

📍 Avenida Paulista, 1754 -
Conjunto 5A, Bela Vista - São
Paulo - SP - CEP 01310-920



Controle de
Documento:
Versão 00
Novembro/2022



POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL

INTEGRIDADE

PDI.SEDE-CEI.0001



	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
INTEGRIDADE	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	1 de 11

1. OBJETIVO

A presente **Política de Integridade** tem como finalidade estabelecer um **conjunto estruturado de princípios, diretrizes e responsabilidades** voltados à **promoção da ética, da transparência e da conformidade institucional** em todos os níveis do INSAÚDE. Constitui o principal instrumento normativo e norteador do Programa de Integridade e materializa o compromisso institucional com a legalidade, a prevenção da corrupção, a integridade na gestão, e a sustentabilidade social e ambiental.

Esta política busca garantir que as práticas organizacionais estejam em conformidade com a **Lei nº 12.846/2013** - Lei Anticorrupção, o **Decreto nº 11.129/2022**, que regulamenta o Programa de Integridade, a **Lei nº 13.709/2018** - Lei Geral de Proteção de Dados, o **Decreto nº 12.304/2024**, que trata da responsabilização de pessoas jurídicas por danos ambientais, e demais normativos aplicáveis.

Esta Política possui caráter normativo, vinculante e educativo, constituindo o principal instrumento orientador do Programa de Integridade do INSAÚDE. Ao estabelecer padrões de conduta, mecanismos de prevenção, detecção e resposta a irregularidades, busca-se não apenas mitigar riscos legais e institucionais, mas também consolidar uma cultura organizacional baseada em ética, transparência, responsabilidade social e respeito às pessoas.

2. PROPÓSITO E APLICAÇÕES

Esta política aplica-se a todos os integrantes da estrutura do INSAÚDE, incluindo a Diretoria Estatutária, a Diretorias Executivas, Conselhos, Gestores, Empregados, Estagiários, Voluntários e qualquer pessoa física ou jurídica que atue em nome, interesse ou benefício da Entidade, direta ou indiretamente.

A política abrange todas as unidades assistenciais, administrativas, técnicas e operacionais do INSAÚDE, independentemente da localização geográfica. É igualmente aplicável a relações com parceiros públicos e privados, prestadores de serviços, fornecedores, organizações do terceiro setor e demais entes contratados.

Todos os colaboradores e terceiros devem, como condição de vínculo com o INSAÚDE, formalizar sua adesão ao Código de Conduta e às diretrizes desta política, reconhecendo sua obrigação de cumprir e zelar pela integridade institucional.

 <p>POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL</p> <p>INTEGRIDADE</p>	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0001
	Data da Elaboração:	20/01/2026
	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	2 de 11

A política também incorpora diretrizes sobre a gestão integrada de riscos de integridade, riscos sociais (relacionados a direitos humanos, discriminação, assédio, entre outros) e riscos ambientais (relacionados à sustentabilidade, impacto ambiental e passivos ecológicos), conforme previsto nas regulamentações mais recentes.

3. REFERÊNCIAS NORMATIVAS E OUTROS

Esta Política de Integridade foi elaborada com base na legislação vigente, em normativos aplicáveis e nas melhores práticas nacionais e internacionais de governança, ética e compliance, em especial:

- **Lei nº 12.846**, de 1º de agosto de 2013 – Lei Anticorrupção Empresarial.
- **Decreto nº 11.129**, de 11 de julho de 2022 – que regulamenta a Lei nº 12.846/2013 e estabelece parâmetros para avaliação de Programas de Integridade.
- **Decreto nº 8.420**, de 18 de março de 2015, no que couber.
- **Lei nº 13.709**, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD.
- **Lei nº 12.527**, de 18 de novembro de 2011 – Lei de Acesso à Informação (LAI), quando aplicável.
- **Manual Prático de Avaliação de Programas de Integridade** da Controladoria-Geral da União - CGU.
- **Diretrizes da Controladoria-Geral da União - CGU sobre integridade**, prevenção à corrupção e governança pública.
- Políticas, Procedimentos, Normas internas do INSAÚDE, incluindo o Código de Ética e Conduta e políticas correlatas.
- Boas práticas nacionais e internacionais de Compliance e Governança Corporativa, observadas as recomendações da OCDE, do Instituto Ethos e demais referências reconhecidas.
- Diretrizes e boas práticas aplicáveis a entidades do setor da saúde, organizações sociais, institutos e entidades sem fins lucrativos.
- Recomendações e boas práticas de governança corporativa do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC), aplicáveis, no que couber, a institutos e organizações sociais.

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

- **CGU** – Controladoria-Geral da União.
- **IBGC** – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
INTEGRIDADE	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	3 de 11

→ LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

5. ORIENTAÇÕES GERAIS

A presente política será **revisada anualmente ou sempre que houver mudanças relevantes** no ambiente legal, regulatório ou institucional que justifiquem sua atualização. A revisão será conduzida pela Gestão da Integridade, com apoio das demais áreas envolvidas, com base em indicadores, relatórios de auditoria, dados do Canal de Denúncia e Ética, eventos de não conformidade e recomendações dos órgãos de controle.

As atualizações deverão ser aprovadas pela Presidência da Entidade e comunicadas formalmente ao Conselho de Administração. Após aprovadas, as novas versões serão amplamente divulgadas a todos os públicos internos e relevantes terceiros. O histórico de versões será documentado, arquivado digitalmente e mantido disponível para consulta.

6. DESCRIÇÃO DA POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL

6.1. COMPROMISSO DA ALTA ADMINISTRAÇÃO (TONE AT THE TOP)

A Alta Administração do INSAÚDE demonstra compromisso inequívoco com a integridade, a ética e a conformidade legal, atuando de forma exemplar e apoiando integralmente o Programa de Integridade.

Esse compromisso se materializa por meio de:

- apoio institucional às ações de Compliance e Integridade.
- disponibilização de recursos humanos, técnicos e financeiros adequados.
- estímulo à cultura de ética, transparência, respeito e responsabilidade institucional.
- intolerância a qualquer forma de corrupção, fraude, assédio ou conduta irregular.

6.2. PRINCÍPIOS

A condução institucional do INSAÚDE deve estar alicerçada em **princípios fundamentais** que permeiam todos os processos decisórios, operacionais e assistenciais:

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
INTEGRIDADE	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	4 de 11

- ➔ **Legalidade:** todas as atividades do InSaúde devem ser conduzidas em total conformidade com as normas legais, regulatórias, contratuais e éticas vigentes. O cumprimento da legislação é um pressuposto de legitimidade, especialmente no contexto de entidades que operam com recursos públicos.
- ➔ **Ética:** a conduta organizacional deve ir além da mera conformidade legal, sendo orientada por princípios morais sólidos, justiça, equidade e integridade. A ética deve ser transversal, orientando o comportamento institucional mesmo diante de zonas cinzentas da norma.
- ➔ **Transparência:** informações relevantes devem ser comunicadas de forma clara, tempestiva e acessível às partes interessadas. A prestação de contas, a publicidade de relatórios e a visibilidade das decisões são componentes essenciais da governança.
- ➔ **Responsabilidade social:** o INSAÚDE deve atuar com foco na promoção do bem-estar coletivo, priorizando a equidade no acesso à saúde, o atendimento humanizado e o impacto positivo nas comunidades onde atua. Isso inclui a valorização da diversidade, inclusão e respeito aos direitos humanos.
- ➔ **Respeito aos direitos dos usuários e pacientes:** garantia da dignidade, da privacidade, da segurança e do atendimento humanizado nas atividades assistenciais.
- ➔ **Sustentabilidade e responsabilidade socioambiental:** o INSAÚDE reconhece seu papel institucional na prevenção de danos ambientais, na eficiência do uso de recursos e na promoção de práticas sustentáveis. O compromisso ambiental é tratado como eixo estratégico, conforme exigido pelo Decreto nº 12.304/2024.
- ➔ **Prevenção de riscos e melhoria contínua:** adoção de práticas sistemáticas de identificação, mitigação e monitoramento de riscos, com revisão permanente dos controles e processos institucionais.

Esses princípios orientam a tomada de decisão em todos os níveis da Entidade, devendo ser observados de forma transversal nas atividades administrativas, assistenciais, técnicas e operacionais, bem como nas relações com o Poder Público, usuários, parceiros, fornecedores e demais partes interessadas.

6.3. GESTÃO DA INTEGRIDADE – POSIÇÃO, ESTRUTURA E ATRIBUIÇÕES

A Gestão da Integridade é a responsável pela gestão técnica e institucional do Programa de Integridade do INSAÚDE. Sua atuação é estratégica, transversal e permanente, devendo ser exercida com total autonomia funcional e independência técnica. A gestão está diretamente vinculada à Presidência e Vice-Presidência da

 POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL INTEGRIDADE	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0001
	Data da Elaboração:	20/01/2026
	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	5 de 11

instituição (Diretoria Estatutária), com acesso ao Conselho de Administração, o que assegura seu posicionamento na estrutura organizacional, conforme as diretrizes do Decreto nº 11.129/2022.

A Gestão de Integridade deve dispor de recursos financeiros e tecnológicos adequados, capacitação continuada e acesso irrestrito a dados, informações e documentos institucionais. Seu titular deve possuir reputação ilibada, qualificação técnica comprovada e formação compatível com a natureza da função, preferencialmente com experiência em integridade, auditoria, controle interno ou governança.

As principais responsabilidades da Gestão da Integridade incluem, mas não se limitam a:

- Elaborar e revisar a Política de Integridade, o Código de Conduta e as políticas específicas (antissuborno, conflito de interesses, hospitalidade, doações, relacionamento com o setor público, entre outras), assegurando sua atualização conforme alterações legais, institucionais e de contexto.
- Conduzir o processo de mapeamento de riscos de integridade, sociais e ambientais, em articulação com a Controladoria, identificando áreas críticas, avaliando exposição institucional e propondo medidas de mitigação.
- Gerenciar o Canal de Denúncias e Ética, assegurando confidencialidade, anonimato, imparcialidade e proteção contrarretaliações, com relatórios periódicos de desempenho e estatísticas.
- Coordenar investigações internas de forma isenta e tecnicamente fundamentada, com apoio de áreas específicas como Jurídico, Recursos Humanos e Controladoria, assegurando a rastreabilidade, o contraditório e a aplicação de sanções proporcionais.
- Atuar na análise de integridade de terceiros (due diligence), com foco em fornecedores, prestadores de serviço, parceiros estratégicos, patrocinadores e doadores.
- Desenvolver e executar o plano anual de capacitação em integridade, promovendo treinamentos obrigatórios presenciais e virtuais, campanhas de comunicação e ações de engajamento ético.
- Monitorar a efetividade do Programa de Integridade, propondo indicadores, métricas, mecanismos de auditoria e relatórios à Presidência e ao Conselho.
- Garantir a transversalidade da cultura de integridade, articulando-se com todas as demais diretorias, conselhos e unidades, fomentando o comprometimento institucional em todos os níveis.

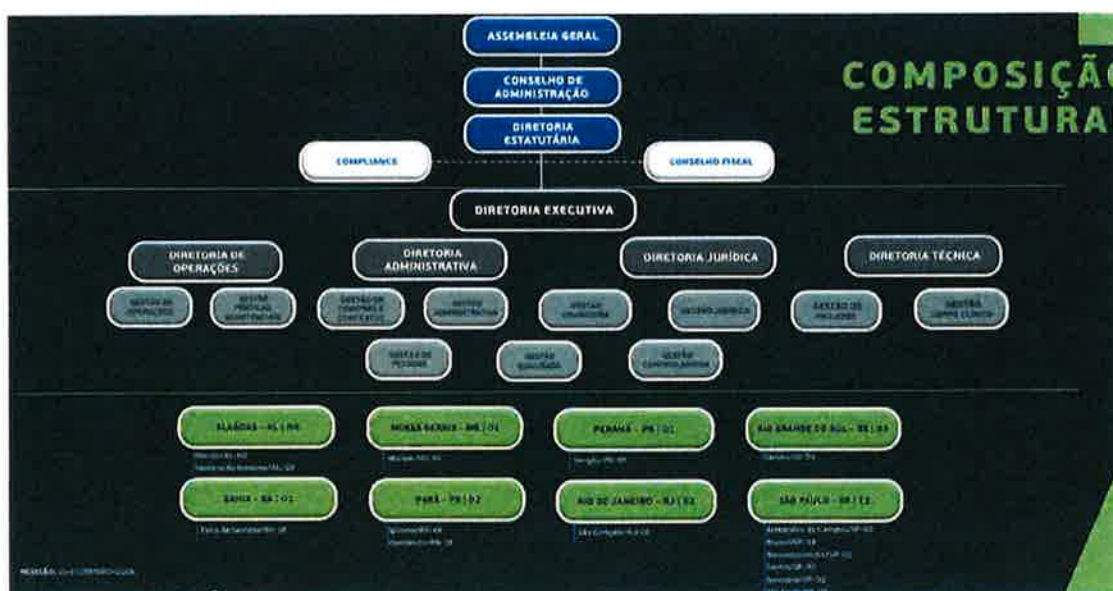
A Gestão da Integridade deve atuar com independência e isenção, de forma a não comprometer sua função institucional. Seu desempenho será avaliado periodicamente, com base em critérios técnicos, indicadores de impacto e grau de maturidade do Programa de Integridade.

A atuação da Gestão da Integridade observa as recomendações de boas práticas de governança corporativa, especialmente aquelas aplicáveis a institutos e organizações sociais, assegurando segregação de funções,

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
INTEGRIDADE	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	6 de 11

independência técnica, transparência e prestação de contas, em consonância com as diretrizes do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa - IBGC.

6.3.1. COMPOSIÇÃO ESTRUTURAL DO INSAÚDE



6.4. ÁREAS ENVOLVIDAS NO PROGRAMA DE INTEGRIDADE

O **Programa de Integridade** do INSAÚDE é construído com base na atuação conjunta, transversal e coordenada entre as diretorias executivas e áreas de apoio, garantindo efetividade na implementação e manutenção dos controles de integridade. Cada área possui responsabilidades específicas na disseminação da cultura ética, na execução dos controles internos e na mitigação de riscos de integridade, sociais e ambientais.

A seguir, detalha-se a atuação das principais áreas envolvidas:

 <p>POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL</p> <p>INTEGRIDADE</p>	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0001
	Data da Elaboração:	20/01/2026
	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	7 de 11

- ➔ **Diretoria Executiva – Gestão Financeira:** participa do processo de controle financeiro com foco na rastreabilidade, segregação de funções e conformidade contábil e fiscal. Monitora fluxos de pagamento, prevenção a fraudes financeiras, prestação de contas de contratos e apoio à detecção de sinais de alerta (red flags).
- ➔ **Diretoria Executiva – Gestão de Controladoria:** lidera a identificação, avaliação e monitoramento dos riscos corporativos, incluindo os riscos de integridade. Realiza auditorias internas, verifica a conformidade dos processos e colabora com a Gestão da Integridade na elaboração de planos de mitigação de riscos, com análise de desvios e recomendações de melhoria.
- ➔ **Diretoria Jurídica:** colabora com a Gestão da Integridade na análise de normas internas, revisão contratual com cláusulas anticorrupção, elaboração de pareceres legais, suporte a investigações internas e interpretação de legislações aplicáveis. Atua na defesa do INSAÚDE em litígios e representa um suporte técnico essencial para a conformidade jurídica dos processos.
- ➔ **Diretoria Administrativa – Processos Administrativos:** é responsável pelo suporte logístico e de processos internos relacionados à execução do Programa de Integridade, incluindo a estruturação documental, controle de acessos, sistemas internos e interface com os processos operacionais de suporte. Atua também na formalização de parcerias com exigência de cláusulas de integridade e conformidade.
- ➔ **Diretoria Administrativa - Gestão de Pessoas:** desempenha papel essencial na disseminação da cultura ética e no fortalecimento de valores institucionais. Coordena treinamentos obrigatórios, promove campanhas de engajamento, participa das apurações disciplinares e implementa medidas preventivas contra assédio moral, sexual, discriminação e outras formas de violação de direitos.
- ➔ **Diretoria de Operações – Gestão Operacional:** garante a aplicação prática do Programa nas unidades operacionais, desdobrando e atuando como ponto focal na implementação local das diretrizes e políticas de integridade. É responsável por assegurar que os procedimentos internos estejam alinhados com o Código de Conduta e os padrões estabelecidos.
- ➔ **Diretoria de Operações – Gestão Assistencial:** garante a aplicação prática do Programa nas unidades operacionais com foco nos processos assistenciais, atuando como ponto focal na implementação local das diretrizes e políticas de integridade. É responsável por assegurar que os procedimentos internos estejam alinhados com o Código de Conduta e os padrões estabelecidos.
- ➔ **Diretoria Técnica:** contribui para a incorporação de práticas de integridade na rotina assistencial e técnica da Entidade. Atua no monitoramento da conduta profissional dos colaboradores de saúde, no

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0001
	Data da Elaboração:	20/01/2026
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL INTEGRIDADE	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	8 de 11

cumprimento de normas técnicas e na articulação com as políticas de segurança do paciente e qualidade clínica.

Cada uma dessas áreas deve atuar com base em protocolos formais de cooperação com a Gestão da Integridade, estabelecendo rotinas de reporte, troca de informações, definição de responsáveis e articulação contínua. O sucesso do Programa depende da corresponsabilidade institucional e da integração entre áreas.

6.5. ELEMENTOS DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE

O Programa de Integridade do INSAÚDE será estruturado em elementos interdependentes, visando garantir a sua efetividade. Estes pilares operacionais deverão ser implementados em todas as unidades, níveis hierárquicos e áreas da organização, sendo adaptados conforme o grau de exposição a riscos e as peculiaridades dos processos.

Os principais elementos:

- **Código de Conduta acessível e amplamente divulgado:** documento normativo que expressa os princípios e valores da instituição, definindo padrões de conduta esperados, comportamentos vedados e orientações para os colaboradores quanto à ética nas decisões e nas relações institucionais. Obrigatória sua leitura e aceitação formal por todos os públicos internos e principais terceiros. Sua divulgação deve ocorrer de forma física, digital e por meio de campanhas periódicas.
- **Mapeamento e gestão de riscos de integridade, sociais e ambientais:** O INSAÚDE concluiu o mapeamento de riscos de integridade, conduzido como processo contínuo, sistemático e metodologicamente estruturado de identificação, análise, avaliação e tratamento dos riscos que possam afetar a integridade institucional. O mapeamento contemplou, entre outros, riscos relacionados à corrupção, fraude, conflitos de interesses, assédio moral e sexual, discriminação, bem como riscos socioambientais e reputacionais, considerando as especificidades das atividades assistenciais, administrativas e contratuais da Instituição. A gestão de riscos é realizada por meio de matrizes de risco, critérios objetivos de classificação, definição clara de responsáveis, planos de ação e cronogramas de mitigação, com monitoramento periódico e reporte à Alta Administração, contribuindo para o aprimoramento contínuo do Programa de Integridade.
- **Políticas específicas:** serão revisados ou desenvolvidos normativos complementares ao Código de Conduta que abordarão temas sensíveis ou de maior risco para a instituição, tais como:
 - Política Antissuborno e Pagamento de Facilitação.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
INTEGRIDADE	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	9 de 11

- Política de Conflito de Interesses.
- Política de Brindes, Presentes e Hospitalidade.
- Política de Relacionamento com o Setor Público.
- Política de Doações e Patrocínios.
- Política de Proteção de Dados e Conformidade à LGPD.
- Política de Sustentabilidade e Responsabilidade Ambiental.
- Política de Integridade na Contratação de Terceiros.

- ➔ **Canal de Denúncia e Ética independente e com garantia de anonimato:** O INSAÚDE possui Canal de Denúncias externo, independente e especializado, operado por empresa terceira, destinado ao recebimento de denúncias, relatos de irregularidades, suspeitas de violação às normas internas, à legislação vigente, bem como sugestões e dúvidas relacionadas à ética e à integridade. A plataforma assegura a possibilidade de registro de manifestações de forma identificada ou anônima, garantindo confidencialidade, segurança da informação e proteção ao denunciante de boa-fé contra qualquer forma de retaliação. As denúncias recebidas são tratadas com imparcialidade, sigilo, metodologia definida e critérios técnicos, observados o contraditório e a ampla defesa, sendo acompanhadas por meio de indicadores e relatórios periódicos submetidos à Alta Administração. O Canal de Denúncias constitui instrumento essencial do Programa de Integridade, sendo considerado elemento prioritário para a detecção de irregularidades, riscos de assédio, conflitos de interesses, fraudes, corrupção e demais violações às normas internas e à legislação aplicável.
- ➔ **Procedimentos de resposta a denúncias e investigações:** O INSAÚDE adota fluxo operacional formal para o tratamento das denúncias recebidas, incluindo triagem, investigação preliminar, apuração formal, deliberação sobre sanções e medidas corretivas. Serão seguidos princípios de isenção, ampla defesa, registro documental, rastreabilidade e imparcialidade. Os resultados serão reportados à Presidência e ao Conselho de Administração.
- ➔ **Treinamento contínuo e adequado ao perfil dos colaboradores:** O INSAÚDE adota plano anual de capacitação em integridade, com treinamentos obrigatórios voltados a colaboradores, gestores e, quando aplicável, terceiros, contemplando temas como ética, integridade, prevenção à corrupção, LGPD, assédio moral e sexual, diversidade, direitos humanos, sustentabilidade e uso adequado dos canais institucionais. As capacitações são segmentadas por público e nível de risco, utilizando diferentes formatos, como e-learning, workshops, campanhas internas, materiais educativos e ações presenciais,

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEL.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
INTEGRIDADE	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	10 de 11

conforme a natureza das atividades desempenhadas. Há controle de participação, registro de frequência, avaliação de aprendizado e monitoramento da efetividade dos treinamentos, com reporte periódico à Alta Administração. A Universidade Corporativa do INSAÚDE atua em apoio à Gestão da Integridade na curadoria, produção e disseminação dos conteúdos, assegurando alinhamento técnico, atualização contínua e capilaridade na aplicação das ações educativas.

O treinamento contínuo constitui elemento estruturante do Programa de Integridade, contribuindo para o fortalecimento da cultura ética, a mitigação de riscos e a efetividade dos mecanismos de prevenção e detecção de irregularidades. A participação nos treinamentos é obrigatória, sendo objeto de controle, registro, avaliação de aprendizado e monitoramento de efetividade, com reporte periódico à Alta Administração.

- ➔ **Monitoramento e auditoria periódicos dos controles implementados:** O monitoramento da aplicação das políticas e da eficácia dos controles internos será realizado de forma contínua, à medida que o Programa de Integridade avance em seu ciclo de implantação e amadurecimento. Estão previstas auditorias temáticas, testes de aderência, análise de indicadores, acompanhamento de planos de ação e revisões periódicas dos controles, com a elaboração de relatórios contendo achados, recomendações de melhoria e planos corretivos. Os resultados desse monitoramento e das auditorias serão reportados à Alta Administração, contribuindo para o aprimoramento contínuo do Programa de Integridade e para o fortalecimento da governança institucional.

7. ALÇADA DE APROVAÇÕES DESTE PROCEDIMENTO

As alçadas de aprovações desta Política Institucional, encontra-se descrito no item 08. Aprovações e Histórico de Revisão e ao longo desse documento.

8. APROVAÇÕES E HISTÓRICO DE REVISÃO

ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Compliance Officer <i>Tassia Seifas</i> com apoio da Consultoria externa Roberta Carneiro, Ética Consultoria	Diretoria Administrativa <i>g. Cas</i> Diretoria Jurídica <i>[assinatura]</i> Diretoria Executiva	1ª APROVAÇÃO: PRESIDENTE <i>[assinatura]</i>

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
INTEGRIDADE	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	11 de 11

ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
		2ª APROVAÇÃO: CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO Em reunião extraordinária realizada em ____/____/____ 2ª APROVAÇÃO: ASSEMBLEIA GERAL Em reunião realizada em ____/____/____
Histórico de Revisão: 00: Implantação da Política e Diretrizes Institucional.		



POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL

PRESENTES, BRINDES E HOSPITALIDADES

PDI.SEDE-CEI.0002



	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0002
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
PRESENTES, BRINDES E HOSPITALIDADES	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	1 de 7

1. OBJETIVO

A presente Política tem por objetivo estabelecer diretrizes, critérios e controles aplicáveis à oferta, entrega, aceitação e recebimento de presentes, brindes, hospitalidades, viagens, entretenimento, cortesias, benefícios e outras liberalidades, no âmbito das relações mantidas pelo InSaúde com agentes públicos, usuários dos serviços de saúde, familiares, acompanhantes, parceiros institucionais, fornecedores, prestadores de serviços e quaisquer terceiros, com o propósito de prevenir conflitos de interesses, influência indevida, favorecimento impróprio e quaisquer situações que possam comprometer a integridade, a imparcialidade, a transparência e a reputação do Instituto, em conformidade com a legislação vigente, com o Código de Ética e Conduta do InSaúde e com os valores que orientam sua atuação.

2. PROPÓSITO E APLICAÇÕES

Esta Política aplica-se a todas as pessoas que atuam no InSaúde, em qualquer função e nível hierárquico. Abrange os membros da alta direção, incluindo Conselheiros, Presidente, Vice-Presidente e integrantes da Diretoria Executiva, bem como Gestores, Supervisores, Estagiários, Voluntários e todos os demais colaboradores que desempenham atividades em nome do Instituto. Aplica-se, ainda, a Parceiros, Fornecedores, Prestadores de Serviços e quaisquer terceiros que mantenham relação com o InSaúde, independentemente da forma de vínculo ou da natureza da atividade exercida.

3. REFERÊNCIAS NORMATIVAS E OUTROS

→ Código de Conduta e Ética do InSaúde

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

- **Administração Pública** – Conjunto de órgãos, entidades e serviços da administração pública direta e indireta, em qualquer dos Poderes e em todos os níveis federativos, voltados à execução de atividades públicas e à tutela do interesse coletivo.
- **Agente Público** – Toda pessoa que exerça, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de vínculo, mandato, cargo,

 <p>POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL</p> <p>PRESENTES, BRINDES E HOSPITALIDADES</p>	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0002
	Data da Elaboração:	20/01/2026
	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	2 de 7

emprego ou função em órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios.

- **Conflito de Interesses** – Situação em que interesse pessoal, particular, econômico ou relacional possa interferir, influenciar ou aparentar influenciar a imparcialidade, a independência ou a objetividade de decisão ou conduta vinculada ao InSaúde.
- **Presentes** - Bens, itens, benefícios ou liberalidades ofertados ou recebidos de forma individualizada, com valor comercial e sem caráter estritamente institucional ou promocional, que possam gerar percepção de favorecimento, expectativa de retribuição, vínculo de reciprocidade, influência indevida ou obrigação informal no contexto das relações mantidas pelo InSaúde.
- **Brindes** - Itens de valor irrelevante ou modesto, normalmente distribuídos de forma impessoal e não direcionada, com finalidade institucional, promocional ou comemorativa, preferencialmente contendo identificação da organização ofertante, e que não estejam relacionados a processo decisório, contratação, fiscalização, regulação, credenciamento, seleção ou qualquer outra situação capaz de comprometer a independência ou a integridade da atuação profissional.
- **Hospitalidades** - Refeições, recepções, deslocamentos, hospedagens, inscrições em eventos, cursos, congressos, seminários ou outras facilidades de natureza institucional oferecidas ou recebidas em contexto profissional, técnico, científico, acadêmico ou de representação institucional, desde que relacionadas a finalidade legítima e compatível com as atividades do InSaúde.
- **Entretenimento** - Convites, ingressos, cortesias ou benefícios destinados a lazer, recreação ou fruição pessoal, tais como shows, espetáculos, eventos esportivos, experiências turísticas ou similares, sem vínculo direto com finalidade institucional legítima.
- **Dinheiro ou Equivalente de Dinheiro** - Valores em espécie, transferências, depósitos, PIX, reembolsos indevidos, vales, cartões-presente, créditos, empréstimos, adiantamentos, perdão de dívida ou qualquer outro instrumento com liquidez financeira ou capacidade de conversão econômica direta.
- **Terceiros** - Toda pessoa física ou jurídica que não integre a estrutura interna do InSaúde e que atue em seu nome, interesse ou benefício, ou que mantenha relação institucional, contratual ou comercial com o Instituto.
- **Vantagem Indevida** - Qualquer valor, bem, benefício, favor, privilégio, promessa ou utilidade, de natureza financeira ou não financeira, sem fundamento legítimo, oferecido, prometido, concedido, solicitado, aceito ou recebido com potencial de influenciar indevidamente decisão, conduta ou relação profissional, institucional ou comercial.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0002
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/01/2026
PRESENTES, BRINDES E HOSPITALIDADES	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	3 de 7

5. ORIENTAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DA POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL

6.1. PRESENTES

É vedada, em qualquer hipótese, a entrega de presentes pelo InSaúde. Igualmente, nenhuma pessoa sujeita a esta Política poderá oferecer, entregar ou viabilizar presentes em razão de suas atividades vinculadas ao Instituto, seja em seu próprio nome, seja em nome do InSaúde, ou, ainda, de modo que possa aparentar atuação, representação ou qualquer forma de vinculação institucional, ainda que sob justificativa de gentileza, relacionamento, agradecimento, celebração, reconhecimento ou uso social.

A aceitação ou o recebimento de presentes somente poderá ser admitido em caráter excepcional, desde que o valor individual do item não ultrapasse R\$ 300,00 (trezentos reais), a situação não represente risco à integridade, à imparcialidade, à transparência ou à reputação do InSaúde, e haja registro imediato junto à área de Integridade.

É vedado o recebimento de presentes cujo valor seja superior a R\$ 300,00 (trezentos reais).

É proibida, independentemente do valor, a aceitação de presentes oferecidos por agente público, fornecedor, prestador de serviços, parceiro institucional ou comercial, contratado ou qualquer terceiro que possua interesse direto ou indireto, atual, potencial ou percebido, em decisão administrativa, assistencial, contratual, comercial, financeira, regulatória ou institucional do InSaúde.

Caso não seja possível a recusa imediata do presente, sem constrangimento relevante ou prejuízo à adequada condução da relação formal existente, o item deverá ser submetido, sem demora, à avaliação da área de Integridade, que orientará quanto à medida cabível.

É terminantemente proibida a oferta, a entrega, a solicitação, a aceitação ou o recebimento de dinheiro ou equivalente de dinheiro, inclusive sob a forma de empréstimos, reembolsos indevidos, transferências, depósitos, vales, cartões-presente, créditos ou quaisquer outras formas de conversão econômica direta. Essa

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0002
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/01/2026
	PRESENTES, BRINDES E HOSPITALIDADES	Revisão: 00
		Última Revisão: ***
		Próxima Revisão: 12 meses
		Página: 4 de 7

vedação aplica-se a quaisquer pessoas físicas ou jurídicas que componham, integrem ou mantenham vínculo com o InSaúde.

Também é vedada a entrega, a oferta, a solicitação, a aceitação ou o recebimento de dinheiro ou equivalente de dinheiro entre colaboradores, profissionais, gestores, dirigentes, terceiros e prestadores de serviço do Instituto, quando relacionados ao exercício de suas funções ou ao ambiente institucional.

6.2. BRINDES

A oferta ou o recebimento de brindes somente poderá ser admitido quando o item possuir valor irrelevante ou modesto, contiver identificação institucional da parte ofertante, for distribuído de forma impessoal e estiver vinculado a ação institucional, promocional, comemorativa ou de marketing legítima.

Não serão admitidos brindes oferecidos ou recebidos em circunstâncias que possam comprometer a integridade das relações institucionais, influenciar decisões, gerar conflito de interesses ou criar aparência de favorecimento indevido.

Também não será admitido o oferecimento ou o recebimento de brindes que estejam, direta ou indiretamente, associados a decisões administrativas, assistenciais, contratuais, comerciais, financeiras, regulatórias ou negociais em curso, nem quando houver interesse direto ou indireto do ofertante ou do destinatário em matéria sujeita à apreciação, deliberação ou atuação do InSaúde.

Brindes que não atendam integralmente aos critérios estabelecidos nesta Política deverão ser recusados de imediato.

Caso haja dúvida quanto à caracterização do item como brinde, à adequação do contexto em que foi oferecido ou recebido, ou à existência de risco à integridade, à imparcialidade, à transparência ou à reputação institucional do InSaúde, a situação deverá ser submetida, sem demora, à avaliação da área de Integridade, que orientará quanto à medida cabível.

6.3. HOSPITALIDADES E VIAGENS

A oferta, a entrega, a solicitação, a aceitação ou o recebimento de hospitalidades e viagens somente poderão ser admitidos quando houver finalidade estritamente profissional, técnica, científica ou institucional, compatível com as atividades desenvolvidas pelo InSaúde e com seus interesses legítimos.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0002
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/01/2026
	PRESENTES, BRINDES E HOSPITALIDADES	Revisão: 00
		Última Revisão: ***
		Próxima Revisão: 12 meses
		Página: 5 de 7

A aceitação ou o oferecimento de hospitalidades e viagens dependerão de análise prévia, autorização da Diretoria Executiva e registro junto à área de Integridade, na forma dos procedimentos internos aplicáveis.

Não serão admitidas hospitalidades ou viagens que possam comprometer a integridade das relações institucionais, influenciar decisões, gerar conflito de interesses ou criar a aparência de favorecimento indevido.

A hospitalidade ou a viagem não poderá incluir, em nenhuma hipótese, entretenimentos paralelos, benefícios de cunho pessoal, despesas de lazer ou o custeio de acompanhantes, salvo nas hipóteses expressamente previstas em lei ou justificadas por necessidade específica devidamente analisada.

Quando a hospitalidade ou a viagem envolver agente público ou representante da Administração Pública, deverão ser observadas, além desta Política, as normas aplicáveis à Administração Pública e as diretrizes previstas na Política Anticorrupção e de Relacionamento Ético com a Administração Pública do InSaúde.

6.4. ENTRETERIMENTO

É vedada, em qualquer hipótese, a oferta, a entrega, a solicitação, a aceitação ou o recebimento de convites, ingressos, cortesias ou quaisquer benefícios relacionados a atividades de entretenimento, lazer ou eventos de caráter pessoal, tais como shows, espetáculos, eventos esportivos, experiências turísticas ou similares. A vedação prevista neste item aplica-se ainda que a atividade seja apresentada como cortesia, gentileza ou ação de relacionamento.

Caso haja dúvida quanto à caracterização da atividade como entretenimento ou quanto à adequação da situação concreta, a área de Integridade deverá ser consultada previamente.

6.5. AVALIAÇÃO PRÉVIA, APROVAÇÃO, REGISTROS E DÚVIDAS

As situações abrangidas por esta Política deverão ser previamente avaliadas, observados os critérios de legitimidade, necessidade, razoabilidade, proporcionalidade, transparência e aderência às normas internas aplicáveis.

Quando exigido por esta Política ou pelos procedimentos internos do InSaúde, a prática dependerá de autorização da Diretoria Executiva e de registro junto à área de Integridade, com a indicação da natureza da

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0002
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
PRESENTES, BRINDES E HOSPITALIDADES	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	6 de 7

liberalidade, da identificação das partes envolvidas, do contexto da interação, da justificativa e de quaisquer outros elementos necessários à adequada análise e à rastreabilidade da decisão.

Nos casos em que houver recebimento excepcional da liberalidade, a comunicação à área de Integridade deverá ser realizada de forma imediata ou tão logo seja possível, sem prejuízo da avaliação posterior quanto à devolução ou à adoção de outra medida cabível.

Sempre que houver dúvida quanto ao enquadramento da situação concreta, à regularidade da conduta pretendida ou à existência de risco de conflito de interesses, influência indevida ou favorecimento impróprio, a área de Integridade deverá ser consultada previamente.

6.6. CANAL DE DENÚNCIAS, CONSULTAS E REPORTE DE PREOCUPAÇÕES

O InSaúde mantém canal de denúncias independente, confidencial e disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, para o relato, anônimo ou identificado, de condutas que violem esta Política, o Código de Ética e Conduta do InSaúde, as normas internas ou a legislação aplicável. As manifestações podem ser registradas pelo telefone 0800 881 9402 ou pelo site: www.contatoseguro.com.br/insaude, com garantia de sigilo, confidencialidade, proteção contra retaliação e vedação a qualquer forma de represália ao denunciante de boa-fé.

Além do canal de denúncias, a Área de Integridade permanece disponível para orientações e esclarecimentos por meio do endereço eletrônico: compliance@insaude.org.br.

7. ALÇADA DE APROVAÇÕES DESTA POLÍTICA E DIRETRIZES

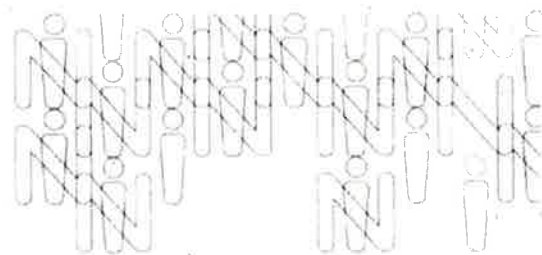
A alçada de aprovação deste documento consta no item 8. Aprovações e Histórico de Revisão Conforme segue abaixo.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0002
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
PRESENTES, BRINDES E HOSPITALIDADES	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	7 de 7

8. APROVAÇÕES E HISTÓRICO DE REVISÃO

ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Compliance Officer <i>Fassia Seixas</i> com apoio da Consultoria externa Roberta Carneiro, Eticar Consultoria	Diretoria Administrativa <i>gcas</i> Diretoria Jurídica <i>[assinatura]</i> Diretoria Executiva <i>[assinatura]</i>	1ª APROVAÇÃO: PRESIDENTE <i>[assinatura]</i> 2ª APROVAÇÃO: CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO Em reunião extraordinária realizada em ____/____/____ 2ª APROVAÇÃO: ASSEMBLEIA GERAL Em reunião realizada em ____/____/____
Histórico de Revisão: 00: Implantação da Política e Diretrizes Institucional.		

2



POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL

DOAÇÕES E PATROCÍNIOS

PDI.SEDE-CEI.0003



	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0003
	Data da Elaboração:	20/01/2026
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Revisão:	00
DOAÇÕES E PATROCÍNIOS	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	1 de 5

1. OBJETIVO

A presente Política tem por objetivo estabelecer diretrizes, critérios e controles aplicáveis à proposição, análise, aprovação, formalização, execução, registro e monitoramento de doações e patrocínios realizados pelo InSaúde, de modo a assegurar que tais iniciativas observem destinação legítima, alinhamento às finalidades estatutárias e aos objetivos contratuais do Instituto, vedação a interesses pessoais ou político-partidários, prevenção de benefícios indevidos e proteção da integridade, da independência, da transparência e da reputação, em conformidade com a legislação vigente, com o Código de Ética e Conduta do InSaúde e com os valores que orientam sua atuação.

2. PROPÓSITO E APLICAÇÕES

Esta Política aplica-se a todas as pessoas que atuam no InSaúde, em qualquer função e nível hierárquico. Abrange os membros da alta direção, incluindo Conselheiros, Presidente, Vice-Presidente e integrantes da Diretoria Executiva, bem como Gestores, Supervisores, Estagiários, Voluntários e todos os demais colaboradores que desempenham atividades em nome do Instituto. Aplica-se, ainda, a Parceiros, Fornecedores, Prestadores de Serviços e quaisquer terceiros que mantenham relação com o InSaúde, independentemente da forma de vínculo ou da natureza da atividade exercida.

3. REFERÊNCIAS NORMATIVAS E OUTROS

→ Código de Conduta e Ética do InSaúde

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

→ **Agente Público** – Toda pessoa que exerça, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de vínculo, mandato, cargo, emprego ou função em órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0003
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
DOAÇÕES E PATROCÍNIOS	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	2 de 5

- **Conflito de Interesses** – Situação em que interesse pessoal, particular, econômico ou relacional possa interferir, influenciar ou aparentar influenciar a imparcialidade, a independência ou a objetividade de decisão ou conduta vinculada ao InSaúde.
- **Doações** - Ato voluntário pelo qual o InSaúde destina serviços, apoio técnico ou outros recursos não financeiros a pessoa física ou jurídica, pública ou privada, sem finalidade comercial direta, desde que observados o interesse institucional, a legislação aplicável e as disposições desta Política.
- **Patrocínio** - Apoio institucional concedido pelo InSaúde, exclusivamente em caráter técnico, operacional ou de prestação de serviços, para a realização de iniciativas, projetos, ações ou eventos de interesse legítimo, com vinculação a objetivos institucionais, vedada a transferência de valores financeiros.
- **Devida Diligência** - Procedimento de verificação prévia destinado a avaliar a idoneidade, a regularidade, a integridade, a reputação, a conformidade legal e os riscos associados à pessoa física ou jurídica beneficiária, parceira ou relacionada à doação ou ao patrocínio.
- **Pessoa Politicamente Exposta** - Pessoa natural que ocupe ou tenha ocupado, nos últimos cinco anos, cargo, emprego ou função pública relevante no Brasil ou no exterior, bem como seus representantes, familiares, assim entendidos os parentes em linha direta até o segundo grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada, e seus estreitos colaboradores, nos termos da legislação e da regulamentação aplicáveis.
- **Terceiros** - Toda pessoa física ou jurídica que não integre a estrutura interna do InSaúde e que atue em seu nome, interesse ou benefício, ou que mantenha relação institucional, contratual ou comercial com o Instituto.

5. ORIENTAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

6. DESCRIÇÃO DA POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL

6.1. DOAÇÕES E PATROCÍNIO

É vedada, em qualquer hipótese, a realização de doações e patrocínios em valores financeiros pelo InSaúde.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0003
	Data da Elaboração:	20/01/2026
DOAÇÕES E PATROCÍNIOS	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	3 de 5

As doações e os patrocínios realizados pelo InSaúde somente poderão ocorrer em caráter técnico, operacional ou de prestação de serviços, desde que observem destinação institucional legítima, alinhamento às finalidades estatutárias e aos objetivos contratuais do Instituto, bem como aderência às normas internas e externas aplicáveis.

É vedada a realização de doações e patrocínios que tenham caráter pessoal ou político-partidário, que atendam a interesses privados alheios ao interesse institucional do InSaúde; que sejam destinados, direta ou indiretamente, a agentes públicos, pessoas politicamente expostas, partidos políticos, representantes políticos, candidaturas, campanhas eleitorais, movimentos político-partidários ou iniciativas de natureza político-partidária ou ideológica, ou que possam influenciar decisões administrativas, facilitar negociações, condicionar contrapartidas contratuais, criar obrigações informais de qualquer natureza ou gerar benefício indevido para o InSaúde, seus administradores, colaboradores, parceiros ou terceiros.

Também é vedada qualquer doação ou patrocínio que possa comprometer a imagem institucional do InSaúde, expor o Instituto a risco de integridade, conflito de interesses, favorecimento impróprio, desvio de destinação, associação reputacional inadequada ou questionamento quanto à legitimidade da iniciativa.

6.2. DEVIDA DILIGÊNCIA

A realização de doações e patrocínios estará sujeita à observância dos procedimentos internos aplicáveis, à aprovação pela instância competente e à realização de devida diligência compatível com a natureza, a relevância e o risco da iniciativa, bem como com o perfil de risco do terceiro.

Dessa forma, toda proposta de doação ou patrocínio deverá ser submetida à análise prévia, fundada em critérios objetivos e adequadamente documentados, para verificação de sua aderência ao interesse institucional, às finalidades estatutárias, aos objetivos contratuais do InSaúde e às normas aplicáveis, bem como da identidade, da idoneidade, da regularidade e da reputação da parte beneficiária, da existência de impedimentos legais ou institucionais, da conformidade da iniciativa com esta Política e dos riscos de integridade, conflito de interesses, favorecimento impróprio, desvio de destinação, benefício indevido ou comprometimento reputacional.

Essa avaliação poderá incluir, conforme o caso, a consulta a bases cadastrais, listas restritivas e registros oficiais, inclusive CEIS e CNEP, além da verificação de informações societárias, reputacionais e de eventuais ocorrências relevantes.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0003
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
DOAÇÕES E PATROCÍNIOS	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	4 de 5

O processo deverá assegurar o registro das análises, decisões e validações realizadas, de modo a garantir sua adequada rastreabilidade, transparência, fiscalização, monitoramento e prestação de contas.

Sempre que houver dúvida quanto à regularidade, à legitimidade, à destinação institucional ou à adequação da proposta de doação ou patrocínio, a área de Integridade deverá ser consultada previamente.

Para mais informações, deverá ser observada a Política de Relacionamento com Terceiros.

6.3. CANAL DE DENÚNCIAS, CONSULTAS E REPORTE DE PREOCUPAÇÕES

O InSaúde mantém canal de denúncias independente, confidencial e disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, para o relato, anônimo ou identificado, de condutas que violem esta Política, o Código de Ética e Conduta do InSaúde, as normas internas ou a legislação aplicável. As manifestações podem ser registradas pelo telefone 0800 881 9402 ou pelo site: www.contatoseguro.com.br/insaude, com garantia de sigilo, confidencialidade, proteção contra retaliação e vedação a qualquer forma de represália ao denunciante de boa-fé.

Além do canal de denúncias, a Área de Integridade permanece disponível para orientações e esclarecimentos por meio do endereço eletrônico: compliance@insaude.org.br.

7. ALÇADA DE APROVAÇÕES DESTA POLÍTICA E DIRETRIZES

A alçada de aprovação deste documento consta no item 8. Aprovações e Histórico de Revisão Conforme segue abaixo.

8. APROVAÇÕES E HISTÓRICO DE REVISÃO

ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Compliance Officer <i>Tassia Seixas</i> com apoio da Consultoria externa Roberta Carneiro, Eticar Consultoria	Diretoria Administrativa <i>gcass</i> Diretoria Jurídica <i>[assinatura]</i> Diretoria Executiva	1ª APROVAÇÃO: PRESIDENTE <i>[assinatura]</i>

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0003
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
DOAÇÕES E PATROCÍNIOS	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	5 de 5

ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
		2ª APROVAÇÃO: CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO Em reunião extraordinária realizada em ____/____/____ 2ª APROVAÇÃO: ASSEMBLEIA GERAL Em reunião realizada em ____/____/____
Histórico de Revisão: 00: Implantação da Política e Diretrizes Institucional.		



POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL

ANTICORRUPÇÃO E RELACIONAMENTO ÉTICO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

PDI.SEDE-CEI.0004



	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0003
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
ANTICORRUPÇÃO E RELACIONAMENTO ÉTICO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	1 de 7

1. OBJETIVO

A presente Política Anticorrupção e de Relacionamento Ético com a Administração Pública tem por objetivo estabelecer diretrizes e princípios que orientem a conduta dos profissionais do InSaúde e de terceiros que atuem em seu nome, interesse ou benefício, nas relações mantidas com os setores público e privado, de modo a prevenir e combater a corrupção em todas as suas formas, em conformidade com a legislação vigente, inclusive a Lei nº 12.846/2013, com o Código de Ética e Conduta do InSaúde e com os valores de integridade, transparência, qualidade e segurança que norteiam a atuação do Instituto.

2. PROPÓSITO E APLICAÇÕES

Esta Política aplica-se a todas as pessoas que atuam no InSaúde, em qualquer função e nível hierárquico. Abrange os membros da alta direção, incluindo Conselheiros, Presidente, Vice-Presidente e integrantes da Diretoria Executiva, bem como Gestores, Supervisores, Estagiários, Voluntários e todos os demais colaboradores que desempenham atividades em nome do Instituto. Aplica-se, ainda, a Parceiros, Fornecedores, Prestadores de Serviços e quaisquer terceiros que mantenham relação com o InSaúde, independentemente da forma de vínculo ou da natureza da atividade exercida.

3. REFERÊNCIAS NORMATIVAS E OUTROS

→ Código de Conduta e Ética do InSaúde

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

- **Administração Pública** – Conjunto de órgãos, entidades e serviços da administração pública direta e indireta, em qualquer dos Poderes e em todos os níveis federativos, voltados à execução de atividades públicas e à tutela do interesse coletivo.
- **Agente Público** – Toda pessoa que exerça, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de vínculo, mandato, cargo, emprego ou função em órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0003
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
ANTICORRUPÇÃO E RELACIONAMENTO ÉTICO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	2 de 7

- **Conflito de Interesses** - Situação em que interesse pessoal, particular, econômico ou relacional possa interferir, influenciar ou aparentar influenciar a imparcialidade, a independência ou a objetividade de decisão ou conduta vinculada ao InSaúde.
- **Corrupção Ativa** - Ato de oferecer, prometer ou dar, direta ou indiretamente, vantagem indevida a agente público, ou a terceiro a ele relacionado, para influenciar, determinar ou obter a prática, omissão ou retardamento de ato de ofício.
- **Corrupção Passiva** - Ato de solicitar, receber ou aceitar promessa de vantagem indevida, direta ou indiretamente, para si ou para outrem, em razão do cargo, função ou atribuição exercida.
- **Corrupção Privada** - Oferecer, prometer, dar, solicitar, receber ou aceitar promessa de vantagem indevida, direta ou indiretamente, no âmbito de relação entre particulares, com o objetivo de influenciar ato, decisão, conduta ou omissão de dirigente, administrador, empregado, representante ou qualquer pessoa que atue em entidade privada, em prejuízo da integridade das relações institucionais, profissionais ou comerciais.
- **Pagamento de Facilitação** - Pagamento, entrega de valor ou concessão de benefício a agente público ou privado, diretamente ou por intermédio de terceiro, com a finalidade de acelerar, viabilizar, garantir ou facilitar a prática de ato sob sua responsabilidade, ainda que haja direito à sua obtenção.
- **Suborno** - Forma de corrupção caracterizada pela oferta, promessa, entrega, solicitação, aceitação ou recebimento de vantagem indevida, direta ou indiretamente, com a finalidade de influenciar, determinar ou recompensar ato, decisão, conduta ou omissão de agente público ou privado.
- **Terceiros** - Toda pessoa física ou jurídica que não integre a estrutura interna do InSaúde e que atue em seu nome, interesse ou benefício, ou que mantenha relação institucional, contratual ou comercial com o Instituto.
- **Vantagem Indevida** - Qualquer valor, bem, benefício, favor, privilégio, promessa ou utilidade, de natureza financeira ou não financeira, sem fundamento legítimo, oferecido, prometido, concedido, solicitado, aceito ou recebido com potencial de influenciar indevidamente decisão, conduta ou relação profissional, institucional ou comercial.

5. ORIENTAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0003
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
ANTICORRUPÇÃO E RELACIONAMENTO ÉTICO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	3 de 7

6. DESCRIÇÃO DA POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL

6.1. VEDAÇÃO A CORRUPÇÃO E A PRÁTICAS CORRELATAS

O InSaúde não admite, tolera ou autoriza qualquer prática de corrupção, suborno, pagamento de facilitação, favorecimento indevido, fraude ou conduta incompatível com a legislação vigente, com o Código de Ética e Conduta do InSaúde e com os valores de integridade, transparência, qualidade e segurança que norteiam a atuação do Instituto. É vedado prometer, oferecer, dar, autorizar, solicitar, aceitar ou receber, direta ou indiretamente, vantagem indevida com o objetivo de influenciar ato, decisão, conduta ou omissão de agente público ou privado, bem como realizar pagamento de facilitação, utilizar terceiros para a prática de atos vedados, fraudar ou ocultar registros, documentos, reembolsos, prestações de contas ou aprovações, ou criar embaraços à fiscalização, auditoria, inspeção ou investigação.

6.2. RELACIONAMENTO ÉTICO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

As relações mantidas com a Administração Pública devem observar estritamente a legalidade, a integridade, a transparência, a impessoalidade e o interesse público, em conformidade com a legislação aplicável, inclusive a Lei nº 12.846/2013, sendo vedada qualquer conduta destinada à obtenção de favorecimento, tratamento diferenciado, facilitação indevida ou vantagem de qualquer natureza. Os contatos com agentes públicos devem ocorrer de forma legítima, profissional e aderente à finalidade da interação, por meios formais, com linguagem apropriada, postura técnica e observância dos deveres de rastreabilidade, cautela e preservação da reputação do InSaúde.

As interações com a Administração Pública que envolvam temas contratuais ou estratégicos devem ser previamente agendadas, realizadas em ambientes apropriados, durante o horário comercial, e acompanhadas por, no mínimo, dois profissionais do InSaúde. Na hipótese de ocorrência de abordagens indevidas ou quaisquer situações que possam representar riscos à integridade, é dever do profissional interromper a interlocução e comunicar o fato imediatamente à área de Integridade.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0003
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/01/2026
	ANTICORRUPÇÃO E RELACIONAMENTO ÉTICO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	Revisão: 00
		Última Revisão: ***
		Próxima Revisão: 12 meses
	Página:	4 de 7

6.3. LICITAÇÕES E CONTRATOS

Nas licitações e contratações com a Administração Pública, o InSaúde deve observar rigorosamente a legislação aplicável, os editais, os atos convocatórios, as cláusulas pactuadas e os controles internos pertinentes, sendo vedada qualquer prática de corrupção, fraude, conluio, favorecimento indevido, adulteração documental, frustração do caráter competitivo da licitação ou direcionamento indevido da contratação.

A execução contratual deve refletir com exatidão a realidade dos serviços prestados, das entregas realizadas, das medições efetuadas, dos documentos apresentados e das prestações de contas devidas, não sendo admitidas omissões, distorções, justificativas artificiais, aditivos indevidos ou qualquer conduta que comprometa a lisura da relação com o Poder Público.

6.4. RELAÇÕES COM USUÁRIOS DA SAÚDE

O atendimento aos usuários da saúde deve ocorrer de forma regular, impessoal e em conformidade com os critérios assistenciais, técnicos e administrativos aplicáveis, sendo vedada a solicitação, o recebimento ou a aceitação de pagamentos, gratificações, favores, benefícios ou promessas de vantagem indevida com o objetivo de favorecer, priorizar, agilizar ou influenciar o acesso a consultas, exames, internações, procedimentos, transferências, regulações, encaminhamentos ou quaisquer outros serviços de saúde, bem como a cobrança indevida em serviços gratuitos, contratualizados, conveniados ou custeados pelo Poder Público.

6.5. RELAÇÕES COM FORNECEDORES, PRESTADORES, PARCEIROS, INTERMEDIÁRIOS E DEMAIS TERCEIROS

Como medida de prevenção à corrupção e de proteção à integridade das relações mantidas pelo InSaúde, a contratação de fornecedores, prestadores, parceiros, intermediários e demais terceiros deverá ser precedida de due diligence de integridade, destinada à identificação de riscos legais, reputacionais e de conformidade. Essa avaliação poderá incluir, conforme o caso, a consulta a bases cadastrais, listas restritivas e registros oficiais, inclusive CEIS e CNEP, além da verificação de informações societárias, reputacionais e de eventuais ocorrências relevantes.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0003
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/01/2026
ANTICORRUPÇÃO E RELACIONAMENTO ÉTICO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	5 de 7

A extensão da due diligence deverá observar o nível de risco do terceiro, e o processo deverá assegurar o registro das análises, decisões e validações realizadas, de modo a garantir a rastreabilidade da avaliação, da homologação e de sua reavaliação periódica ou sempre que houver alteração relevante no perfil de risco. Para mais informações, deve ser consultada a Política de Relacionamento com Terceiros.

6.6. BRINDES, PRESENTES, HOSPITALIDADES E ENTRETENIMENTO

Em atenção à natureza de suas atividades na área da saúde, o InSaúde veda, em qualquer hipótese, a entrega de presentes. O recebimento de presentes fica limitado ao valor máximo de R\$ 300,00 (trezentos reais) e deve ser imediatamente registrado junto à área de Integridade. É proibida, independentemente do valor, a aceitação de presentes por agentes públicos, fornecedores, parceiros, contratados, autoridades ou terceiros com interesse direto ou indireto em decisões do Instituto.

Também é proibida a entrega ou o recebimento de valores em dinheiro, inclusive sob a forma de empréstimos, reembolsos ou equivalentes. Hospitalidades, viagens, refeições e outras cortesias somente poderão ser admitidas quando tiverem finalidade estritamente profissional, técnica ou científica, estiverem vinculadas a compromisso institucional legítimo e forem previamente analisadas, autorizadas e registradas. É vedada a entrega, oferta, aceite ou recebimento de entretenimento. Para mais informações, deve ser consultada a Política de Presentes, Brindes e Hospitalidades.

6.7. PATROCÍNIOS E DOAÇÕES

É vedada a realização de doações e patrocínios em valores financeiros pelo InSaúde. Quando realizados em caráter técnico ou de prestação de serviços, devem possuir finalidade institucional legítima, estar alinhados às finalidades estatutárias e contratuais do Instituto e não podem ter caráter pessoal ou político-partidário, gerar benefícios indevidos ou comprometer sua independência.

Toda proposta deverá ser submetida à análise técnica, devida diligência, avaliação de riscos e aprovação pela instância competente, com documentação apta a assegurar rastreabilidade e prestação de contas. Também é vedada a realização ou o aceite de doações e patrocínios destinados a influenciar decisões, facilitar negociações, condicionar contrapartidas ou gerar obrigações informais. Para mais orientações, deve-se consultar a Política de Doações e Patrocínios do InSaúde.

 POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL ANTICORRUPÇÃO E RELACIONAMENTO ÉTICO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0003
	Data da Elaboração:	20/01/2026
	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	6 de 7

6.8. CONFLITOS DE INTERESSES

Situações de conflitos de interesses, reais, potenciais ou aparentes, devem ser prevenidas, declaradas e tratadas de forma tempestiva, sempre que possam comprometer a imparcialidade, a independência ou a objetividade de decisão, conduta ou relacionamento vinculado ao InSaúde. Nenhum interesse pessoal, econômico, familiar, relacional ou externo pode prevalecer sobre o dever de atuação ética e íntegra no exercício das atividades do Instituto.

Sempre que identificada situação dessa natureza, o profissional deverá comunicar o fato à instância competente e abster-se de participar de deliberação, contratação, aprovação, tratativa ou decisão relacionada ao tema, até a orientação correspondente.

6.9. REGISTROS CONTÁBEIS, DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA E CONTROLES INTERNOS

Os registros contábeis, financeiros e operacionais do InSaúde devem refletir com exatidão, clareza e completude os atos praticados, os recursos empregados e as obrigações assumidas, sendo vedada a criação, manutenção ou aprovação de documentos falsos, incompletos, imprecisos ou que ocultem a natureza, a finalidade ou o destinatário de pagamentos, repasses, reembolsos, despesas ou contratações.

A documentação comprobatória deve ser mantida de forma íntegra, organizada e rastreável, em observância aos controles internos e às exigências legais e institucionais aplicáveis.

6.10. CANAL DE DENÚNCIAS, CONSULTAS E REPORTE DE PREOCUPAÇÕES

O InSaúde mantém canal de denúncias independente, confidencial e disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, para o relato, anônimo ou identificado, de condutas que violem esta Política, o Código de Ética e Conduta do InSaúde, as normas internas ou a legislação aplicável. As manifestações podem ser registradas pelo telefone 0800 881 9402 ou pelo site: www.contatoseguro.com.br/insaude, com garantia de sigilo, confidencialidade, proteção contra retaliação e vedação a qualquer forma de represália ao denunciante de boa-fé.

Além do canal de denúncias, a Área de Integridade permanece disponível para orientações e esclarecimentos por meio do endereço eletrônico: compliance@insaude.org.br.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-CEI.0003
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/01/2026
ANTICORRUPÇÃO E RELACIONAMENTO ÉTICO COM A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	12 meses
	Página:	7 de 7

7. ALÇADA DE APROVAÇÕES DESTA POLÍTICA E DIRETRIZES

A alçada de aprovação deste documento consta no item 8. Aprovações e Histórico de Revisão Conforme segue abaixo.

8. APROVAÇÕES E HISTÓRICO DE REVISÃO

ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
Compliance Officer <i>Tassia Seixas</i> com apoio da Consultoria externa Roberta Carneiro, Eticar Consultoria	Diretoria Administrativa <i>[assinatura]</i> Diretoria Jurídica <i>[assinatura]</i> Diretoria Executiva	1ª APROVAÇÃO: PRESIDENTE <i>[assinatura]</i> 2ª APROVAÇÃO: CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO Em reunião extraordinária realizada em ____/____/____ 2ª APROVAÇÃO: ASSEMBLEIA GERAL Em reunião realizada em ____/____/____
Histórico de Revisão: 00: Implantação da Política e Diretrizes Institucional.		

	INSTITUCIONAL	PI.SEDE.001
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	12/03/2018
Gestão Financeira	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	1 de 6

1. Objetivo

A Política Financeira do InSaúde estabelece e ratifica conceitos, critérios e limites de delegação para decisões que envolvem gestão do fluxo de caixa e liquidez, investimento das disponibilidades financeiras, captação de recursos financeiros e concessões de garantias e gestão do risco financeiro do negócio. O foco geral tem o objetivo de implantar boas práticas, responsabilidades e diretrizes padronizadas visando a transparência, otimização dos recursos, gestão de risco e minimização de custos que atendam os interesses do InSaúde e de seus colaboradores em exercício pela empresa.

2. Propósito e aplicações

As disposições dessa política aplicam-se a todas as unidades do InSaúde no Brasil e sua sede Administrativa e tem como propósito a transparência, diretrizes de conduta, esclarecimentos dos procedimentos internos e gestão dos mesmos.

3. Referências

- Código de Conduta
- Política de compras de produtos, serviços e gerenciamento de contratos
- Política de Alçadas
- Política de Tecnologia da Informação

4. Siglas e Definições

- **CSC** – Central de Serviço Compartilhado.

5. Diretrizes Gerais

A Gestão Financeira tem direto vínculo com ambiente de riscos. Nesta política, o conceito de risco está diretamente ligado a risco financeiro do negócio.

	INSTITUCIONAL	PI.SEDE.001
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	12/03/2018
Gestão Financeira	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	2 de 6

É de responsabilidade da Diretoria Executiva e dos gestores sob sua estrutura, assegurar que:

- as demonstrações financeiras estejam de acordo com as exigências legais e as práticas contábeis nacionais e internacionais vigentes.
- a gestão financeira e de riscos financeiros contemple todas as áreas do Instituto.
- a gestão financeira seja responsável pela identificação e mensuração de riscos, definição dos limites e instrumentos de mitigação dos mesmos.
- o cumprimento dos procedimentos, processos e alçadas estejam previstos em todas as instâncias da gestão financeira do InSaúde.
- a gestão pró-ativa e contínua dos riscos seja realizada através da antecipação e, quando necessária, da proteção a cenários desfavoráveis, de forma a salvaguardar os resultados e o patrimônio do InSaúde.
- a análise do retorno das aplicações financeiras seja ponderada pelo risco associado às estratégias do InSaúde.
- o permanente alinhamento dos objetivos das equipes envolvidas no processo de gestão financeira e riscos com os objetivos globais do InSaúde seja parte imprescindível para a correta execução desta política dentro dos preceitos gerais comunicados no Código de Conduta.
- o foco de criação de valor do InSaúde esteja exclusivamente na sua atividade-fim, ou seja, seu objeto social.

Além dessas diretrizes, cabe ressaltar a responsabilidade da Diretoria Executiva no combate constante a corrupção. Para tal é importante que as transações sejam transparentes, totalmente documentadas e codificadas para contas que reflitam de maneira precisa a sua natureza. Para a melhor condução dessa prática, caberá à estrutura da Diretoria Executiva:

- oferecer suporte a todas as unidades e equipes para a correta gestão financeira dos recursos do InSaúde.
- disponibilizar documentos, números e esclarecimento de dúvidas às equipes de auditoria interna, externa e para qualquer questionamento ou investigação advindo do Comitê de Compliance.

	INSTITUCIONAL	PI.SEDE.001
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	12/03/2018
Gestão Financeira	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	3 de 6

A Diretoria Executiva do InSaúde deverá atuar diretamente na gestão do risco financeiro com as seguintes responsabilidades:

- avaliar o posicionamento do InSaúde para cada risco identificado, de acordo com as diretrizes e políticas emanadas do Conselho de Administração.
- aprovar os indicadores de desempenho a serem utilizados na gestão de riscos.
- patrocinar as ações de fortalecimento e disseminação da cultura de gestão de riscos e controles internos em toda a InSaúde.
- aprovar propostas de qualquer alteração sugerida na estrutura conceitual de gestão de risco financeiro.

6. Descrição da Política

6.1 Dispositivos

Todo o processo financeiro deverá ocorrer com integridade dentro do sistema de gestão definido pelo InSaúde, monitorado e gerenciado conforme a Política Tecnologia da Informação e seguindo como preceito os procedimentos aprovados e atualizados para as áreas.

As Instituições bancárias definidas pelo InSaúde, deverão estar aptas a fornecer processos de aprovação mediante inserção preferencial de senha aleatória fornecida por dispositivo cuja responsabilidade pela guarda é do usuário (tabela de senhas, token ou displaycard). As alçadas para aprovação em Instituições bancárias deverão, preferencialmente, serem constituídas com aprovador Master e aprovadores Alternativos Conjuntos, devidamente capacitados e responsáveis exclusivos de senha de aprovadores. Na impossibilidade da Instituição Bancária fornecer aprovações de mais de um aprovador, a responsabilidade deverá ser exclusivamente do Aprovador Master ou operador designado, conforme tabela no item 7.

Caberá à Auditoria Interna e Auditoria Externa a cada 6 (seis) meses averiguar a correta e responsável utilização dos dispositivos de senhas para uso exclusivo dos aprovadores nomeados nesta Política.

	INSTITUCIONAL	PI.SEDE.001
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	12/03/2018
Gestão Financeira	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	4 de 6

6.2 Processos de Ciência e Aprovações

Todos os processos de aquisição de medicamentos, materiais de consumo em geral, serviços, equipamentos e qualquer tipo de imobilizado deverá seguir os preceitos e regras estabelecidos na Política de compras de produtos, serviços e gerenciamento de contratos e deverão apresentar no corpo do documento de solicitação/pedido e na N.F. a ciência do principal gestor da área ou unidade solicitante e adquirente do item.

Novas aquisições ou aumento de despesas, incluindo folha de pagamento, não previstas em orçamento CSC anual aprovado deverão ter seus impactos discutidos e aprovados conforme item 7.

6.3 Pagamentos em Geral

Todos os pagamentos serão realizados mediante rastreabilidade em contratos de compras ou prestação de serviços devidamente aprovados conforme a Política de compras de produtos, serviços e gerenciamento de contratos e com as fases de aprovação vindos das unidades devidamente reconhecidos frente à Política de Alçadas do InSaúde.

6.4 Entradas de recurso (Monitoramento e Riscos de Recebimento)

Caberá ao gerente financeiro monitorar as entradas de recursos provenientes dos contratos de gestão sob responsabilidade de execução do InSaúde. Todas as entradas deverão ser reconhecidas em sistema bancário, avaliadas em sua integridade e comunicadas às instâncias de operação (Unidades e Centro de Serviços Compartilhados) sempre que necessário.

Nos casos de reconhecimento de distorções ou entradas parciais de recursos, caberá ao gerente financeiro estabelecer contato com o gestor do projeto/unidade do InSaúde para que este acione o contratante, identifique soluções e comunique nova programação em retorno ao gerente financeiro.

Após 30 dias de atraso em recebimento de entradas devidas e lastreadas por contrato de gestão aprovado, caberá à Diretoria Executiva e Diretoria de Operações interceder em conjunto com gestor do projeto/unidade nas soluções diretas com o ente público e comunicar a gerência financeira para acompanhamentos cabíveis.

	INSTITUCIONAL	PI.SEDE.001
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	12/03/2018
Gestão Financeira	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	5 de 6

6.5 Investimentos Financeiros

Preferencialmente as contas bancárias deverão estar em módulo de aplicações automáticas formalizadas e ativas. Qualquer alteração em investimentos deverá ser analisada e comunicada pelo gerente financeiro ao Diretor Executivo para procedimentos de verificação e posterior aprovação conforme tabela de alçadas no item 7.

6.6 Entrega de Relatórios periódicos

Caberá ao gerente financeiro, com a anuência prévia do Diretor Executivo, apresentar os fechamentos periódicos e indicadores financeiros mensalmente em reunião de projetos convocada pelo Diretor Geral.

Os membros da Diretoria e Presidência poderão considerar pontos de detalhamentos necessários que serão respondidos prontamente, ou no menor tempo possível, pela gerência financeira. Em caso de necessidade, uma nova reunião de Diretoria poderá ser solicitada para a reapresentação de fechamentos e relatórios de orientação financeira do negócio.

7. Alçada de aprovações InSaúde – Gestão Financeira

Processo	Executor do processo	Tipo de Movimento	Aprovador de processo	Aprovador final
Pagamentos no Bankline e movimentações entre contas	Gerente Financeiro	100% dos pagamentos e movimentações	Gestor principal de cada área ou Unidade	Bancos com alternativo /conjunto: Diretor Executivo + Diretor Geral ou Gerente Financeiro Bancos único aprovador: Diretor Executivo ou Diretor Geral
Execução da Folha de Pagamento	Gerente Financeiro	100% das Folhas de pagamento	Gerente Administrativo + Diretor de cada unidade	Diretor Executivo Alternativo: Diretor Geral
Definição e alteração em aplicações financeiras	Gerente Financeiro	100% das aplicações	Diretor Executivo	Diretor Geral
Pagamento de Darfs gerados pelo movimento mensal	Gerente Financeiro	100% dos pagamentos	Gerente Contábil	Diretor Executivo Alternativo: Diretor Geral
Utilização de recurso destinado à	Gerente Financeiro	100% das ações de utilização	Diretor Executivo	Diretor Geral

	INSTITUCIONAL	PI.SEDE.001
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	12/03/2018
Gestão Financeira	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	6 de 6

Processo	Executor do processo	Tipo de Movimento	Aprovador de processo	Aprovador final
provisão do projeto*				
Alterações no orçamento aprovado	Gerente Financeiro	100% dos casos	Diretor Executivo	Diretor Geral
Utilização dos recursos do CSC**	Gerente Financeiro	100% das ações	Diretor Executivo	Diretor Geral
Retirada dos recursos para CSC	Gerente Financeiro	100% das ações	Gerente Contábil	Diretor Geral ou Diretor Executivo

* **provisão** de recursos como prática interna de proteção a risco de desmobilização, férias e décimo terceiro.

****recursos do CSC** – reserva de recursos recebidos pelo Centro de Serviços Compartilhados como remuneração pelos serviços prestados.

8. Aprovações e Histórico de Revisão

Elaborado por: Gerência Financeira e Controladoria	Verificado por: Gerência Administrativa	Aprovado por: Diretoria Executiva
Histórico de Revisão: 00 – Implantação da Política		

	INSTITUCIONAL	PI.SEDE.014
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	01/05/2019
Prestação de Contas do Contrato de Gestão	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	1 de 6

1. Objetivo

A Política Institucional de Prestação de Contas do Contrato de Gestão do Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde tem por objetivo padronizar as regras mínimas a serem observadas pelas unidades gerenciadas pelo InSaúde através de um Contrato de Gestão na forma da Prestação de Contas apresentadas ao ente público.

A Entidade InSaúde entende que existem peculiaridades de cada estado/municípios e os gestores das unidades gerenciadas devem estar atentos para atender de forma integral todas as regras definidas por seu Contrato de Gestão.

Essa política abrange de forma macro a estrutura da Prestação de Contas.

2. Propósito e aplicações

Todas as unidades gerenciadas por um Contrato de Gestão devem seguir a estrutura mínima aqui considerada.

3. Referências

- Contrato de Gestão.
- Plano de Trabalho.
- Orçamento Anual da Unidade.
- Tribunal de Contas – TCE.

4. Siglas e Definições

- **TCE** – Tribunal de Contas do Estado.
- **CSC** – Central de Serviço Compartilhado.
- **PROGRAMA DE INTEGRIDADE E COMPLIANCE** – Conjunto de políticas e normas de conduta que orientam as ações de transparência e são de responsabilidade do Comitê de Compliance.

	INSTITUCIONAL	PI.SEDE.014
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	01/05/2019
Prestação de Contas do Contrato de Gestão	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	2 de 6

5. Diretrizes Gerais

Todas as Prestações de Contas devem ser publicadas no Portal Transparência do InSaúde, de forma fidedigna das informações que foram protocoladas no órgão público. (<http://www.insaude.org.br>) na aba Transparência.

6. Descrição da Política

As atividades pertinentes a Prestação de Contas são de responsabilidade primeira da Diretoria da Unidade Gerenciada pelo InSaúde, e na sequência pela Diretoria de Operações.

6.1 Prestação de Contas – Física

A Prestação de Contas é dividida 04 subitens a serem observados:

6.1.1 Elaboração do Ofício

Para a elaboração do Ofício a ser apresentado na Prestação de Contas da unidade, deverá seguir os critérios:

- Nome da cidade, dia, mês e ano de elaboração do documento.
- Nº do ofício.
- Identificação contendo o nome da pessoa, departamento e endereço.
- Assunto: Prestação de Contas – mês/ano.
- Texto do Ofício:

O InSaúde – Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada no município xxx como Organização Social de Saúde, inscrita no CNPJ/MF sob o nº XXXX, respresentada pelo seu gestor Sr. (nome do Diretor da Unidade, vem respeitosamente, por meio deste, solicitar, na forma do Contrato de Gestão nº (XXX) de (dia/mês/ano), Cláusula XXX, parágrafo XXX, o pagamento referente a XXX parcela no valor de R\$ 000,00 (descrever o valor), conforme Nota Fiscal nº XXXX, e que o mesmo seja efetuado na conta a seguir:

- Banco:

	INSTITUCIONAL	PI.SEDE.014
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	01/05/2019
Prestação de Contas do Contrato de Gestão	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	3 de 6

- Agência:
- Conta Corrente:
- CNPJ:

Aproveitamos a oportunidade e encaminhamos o Relatório de Prestação de Contas referente a competência do (MÊS/ANO), dos serviços executados na Unidade de Saúde / Educação (NOME DA UNIDADE).

Sem mais para o momento,

- f) Identificar o emitente do ofício com o nome e cargo – assinar e carimbar o documento.

6.1.2 Emissão do Documento Fiscal

O InSaúde contendo o CNPJ e o Objeto dos serviços prestados (conforme constante no contrato de gestão) deverá emitir o documento fiscal para anexar ao Ofício.

6.1.3 Inclusão da Publicação do Registro do CEBAS

O InSaúde é uma entidade certificada como uma empresa “sem fins lucrativos” e possui CEBAS - **Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social**.

É um certificado concedido pelo Governo Federal, por intermédio dos Ministérios da Educação, do Desenvolvimento Social e Agrário e da Saúde, às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social que prestem serviços nas áreas de educação, assistência social ou saúde.

Tem direito ao CEBAS as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social e que prestem serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação e que atendam ao disposto na Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.

6.1.4 Elaboração do Relatório Descritivo de Gestão - RDG

	INSTITUCIONAL	PI.SEDE.014
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	01/05/2019
Prestação de Contas do Contrato de Gestão	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	4 de 6

Esse relatório é elaborado pela unidade mensalmente e descreve as atividades realizadas pela unidade gerenciada pelo Insaúde, referente ao um período de tempo (geralmente 01 mês) com o objetivo de cumprir o seu Propósito e observando os objetivos estatutários, apresenta ainda descritivamente os resultados mensais das metas contratuais e informações financeiras e contábeis, assistenciais e operacionais da gestão e análise sintética de ações a serem desenvolvidas para a melhoria contínua da gestão.

O relatório está estruturado seguindo os itens a serem trabalhados pelo gestor da unidade:

- a) **Contrato de Gestão** – Identificação do Contrato de Gestão, contendo o número, o escopo, início das atividades e o local/cidade onde é gerido o contrato.
- b) **Metas** – De acordo com o Edital, Contrato de Gestão e Anexos, subdivididos em:
 - i. **Metas Quantitativas** – metas que estão relacionadas a quantidade de serviços prestados, dependendo do escopo da unidade gerenciadas.
 - ii. **Metas Qualitativas** – metas que estão relacionadas a qualidade do serviço, geralmente relacionados a satisfação do paciente, tempo de atendimento, comissões em funcionamento, entre outros indicadores relacionado ao contrato de gestão.
 - iii. **Resultado** – nessa opção o gestor da unidade faz uma análise crítica da performance dos resultados das metas apresentadas, visando sempre o alcance do proposto e se não houver o atendimento dessas metas, as ações para enquadramento da mesma em tempo que não impacte na prestação dos serviços contratos.
- c) **Gestão do Projeto e Indicadores** – nesse item o gestor tem maior flexibilidade de atuar a elaboração do seu relatório, considerando os serviços desenvolvidos que dão a estrutura para que o contrato de gestão seja desenvolvimento com a melhor prática de gestão, a estrutura dos processos está subdivididos em:
 - i. **Processos Administrativos:**
 - Gestão de Pessoas
 - Gestão de Compras
 - Gestão de Contratos
 - Relacionamento com Clientes

	INSTITUCIONAL	PI.SEDE.014
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	01/05/2019
Prestação de Contas do Contrato de Gestão	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	5 de 6

- Produção
- E outros (se necessário)

ii. Processos Assistenciais:

- Gestão da Enfermagem
- Comissões
- Assistência Nutricional
- Assistência Farmacêutica
- E outros (se necessário)

d) Considerações Finais – Será descrito de forma sucinta as considerações do gestor da unidade conforme o seu entendimento e percepção da evolução das ações durante o percurso do mês.

6.1.5 Anexos

Anexos são os documentos e certidões que comprovem a realização de atividades ao longo o período analisado:

- ANEXO 01 - Relação dos Prestadores de Serviços – Pessoa Física
- ANEXO 02 – Relação dos Prestadores de Serviços - Pessoas Jurídicas
- ANEXO 03 -Relação Nominal dos Dirigentes do Projeto
- ANEXO 04 - Certidões

6.1.6 Prestação de Contas – Contábil/Financeira

Visa atender as exigências do Tribunal de Contas do Estado – TCE e segue a estrutura de preenchimento de planilhas a serem preenchidas com as informações que contemple:

- Demonstrativo dos Recursos Disponíveis no Exercício.
- Demonstrativo das Despesas Incorridas no mês.
- Demonstrativo do Saldo Financeiro do Exercício.
- Despesas Contabilizadas nesse Exercício.
- Despesas Contabilizadas em Exercícios Anteriores e Pagas neste Exercício.

	INSTITUCIONAL	PI.SEDE.014
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	01/05/2019
Prestação de Contas do Contrato de Gestão	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	6 de 6

- f) Despesas Contabilizadas nesse Exercício e Pagas neste Exercício.
- g) Panorama Financeiro.
- h) Provisões Trabalhistas Financeiras Futuras.
- i) Posição do Projeto junto as necessidades Financeiras X Posição Financeira.

6.2 Prestação de Contas – Eletrônica

Todas as prestações de contas elaborada pela unidade e apresentada ao órgão contratante fica disponível para consulta do dia 25 a 30 do mês subsequente no Portal Transparência do InSaúde, no sítio eletrônico:

(<http://www.insaude.org.br>) na aba Transparência.

7. Alçada de aprovações InSaúde – Prestação de Contas do Contrato de Gestão

As alçadas desta Política estão descritas ao longo desse documento.

8. Aprovações e Histórico de Revisão

Elaborado por: Gerência Administrativa	Verificado por: Diretor Jurídico Diretoria Executiva	Aprovado por: Diretoria Operações
Histórico de Revisão: 00 – Implantação da Política Institucional		

	INSTITUCIONAL	RI.SEDE.002
REGULAMENTO/REGIMENTO INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	02/01/2019
Regulamento de Compras	Revisão:	01
	Data da Última Revisão:	01/08/2019
	Página:	1 de 4

REGULAMENTO INSTITUCIONAL DE COMPRAS CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS

DA FINALIDADE E APLICAÇÃO

Art. 1º - O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas e critérios para compras de bens e contratação de obras e serviços especializados, através do Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde - INSAÚDE, doravante denominada Organização Social.

Parágrafo único. Este Regulamento se aplica a todos os processos de aquisição de bens e serviços, quando da celebração de contratos de gestão, convênios ou termos de parceria com entes públicos.

Art. 2º - A moralidade, boa-fé, impessoalidade, economicidade, eficiência, isonomia, publicidade, legalidade e qualidade, bem como a adequação aos objetivos da instituição serão princípios observados em todas as aquisições feitas pela Organização Social.

Art. 3º - O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, mediante julgamento fundado em critérios formais e objetivos, a proposta mais vantajosa e adequada às finalidades estatutárias do INSAÚDE, sob o ponto de vista da qualidade, da resolutividade da durabilidade e da quantidade.

DO PROCESSO DE COMPRAS

Art. 4º - O processo de compras compreende toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir a instituição com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades, obedecendo as seguintes etapas: Pedido de compra; Qualificação de fornecedores; Cotação; Escolha da melhor proposta; Ordem de compra.

Art. 5º - Na qualificação do fornecedor candidato ocorrerá a verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados que deverão ser encaminhados via Correios, via eletrônica ou entregues diretamente no departamento de compras da Organização Social, atualizados e dentro do prazo de validade.

1. CNPJ e Inscrição Estadual;
2. Contrato Social com as alterações;
3. CCM – Comprovante de Contribuintes Municipal;
4. Licença de Funcionamento emitida pela Prefeitura ou Corpo de Bombeiros;
5. Licença de Funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária, quando aplicável;
6. Licença de Funcionamento emitida pela Polícia Federal, quando aplicável;
7. 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;

	INSTITUCIONAL	RI.SEDE.002
REGULAMENTO/REGIMENTO INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	02/01/2019
Regulamento de Compras	Revisão:	01
	Data da Última Revisão:	01/08/2019
	Página:	2 de 4

Art. 6º. Para o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos são necessários também os documentos listados abaixo:

1. Cópia autenticada do registro no Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União – obrigatório para fabricante e distribuidor;
2. Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante;
3. Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica - obrigatório para fabricante e distribuidor;
4. Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA – obrigatório para fabricante;
5. Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) - desejável para fabricante e distribuidor;
6. Cópia autenticada da autorização especial para medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS – obrigatório para fabricante e distribuidor.

Art. 7º – A coleta de preço será realizada por e-mail ou fax símile, com a participação de, no mínimo, 3 (três) fornecedores previamente qualificados pela Organização Social.

Art. 8º – A coleta de preço, que trata o artigo 7º, e a qualificação de fornecedores, que trata os artigos 5º e 6º, serão dispensadas 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.

Parágrafo primeiro- Considera-se de urgência a aquisição de material inexistente no estoque, com riscos iminentes associados à sua falta.

Parágrafo segundo- A Organização Social poderá fazer uso de procedimentos eletrônicos ou presenciais (pregão), para fazer aquisição de bens e serviços.

Art. 9º - Os critérios para escolha da melhor oferta consideram: 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.

DA CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS

Art. 10- Para fins do presente Regulamento considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da Organização Social, realizada por terceiros: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade e seguro, consultoria, assessoria, hospedagem, alimentação, serviços técnicos profissionais especializados, produção

	INSTITUCIONAL	RI.SEDE.002
REGULAMENTO/REGIMENTO INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	02/01/2019
Regulamento de Compras	Revisão:	01
	Data da Última Revisão:	01/08/2019
	Página:	3 de 4

artística, serviços gráficos, bem como obras civis, englobando construção, reforma, recuperação ou ampliação.

Art. 11- Aplicam-se à contratação de serviços, no que couberem, todas as regras estabelecidas nos artigos 4º ao 9º do presente Regulamento, com exceção dos serviços técnicos profissionais especializados que ficam dispensados das exigências estabelecidas nos artigos 5º e 6º do presente Regulamento.

Art. 12 - A venda ou fornecimento de bens e serviços para a Organização Social implica a aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados pela Organização Social, bem como a observância deste Regulamento e normas aplicáveis.

Art. 13 - A Organização Social caberá fiscalizar a execução dos contratos, podendo aplicar as sanções previstas contratualmente, quando descumpridas as cláusulas pactuadas.

Art. 14- Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a estudos técnicos, pareceres, perícias, assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias financeiras; fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços; treinamento; informática, inclusive quando envolver desenvolvimento de softwares, entre outros.

Art. 15- A Diretoria deverá selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnicos profissionais especializados, que poderá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 16- Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Direção, com base nos princípios gerais de direito e subsidiariamente através da Lei Federal nº 8.666/93.

Art. 17- O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.



N

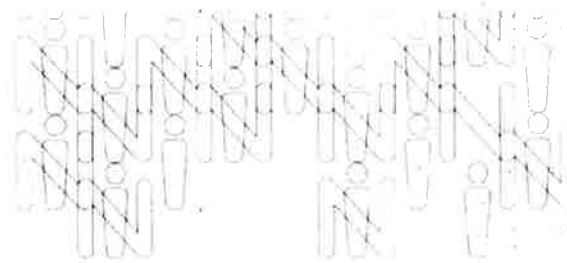
	INSTITUCIONAL	RI.SEDE.002
REGULAMENTO/REGIMENTO INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	02/01/2019
Regulamento de Compras	Revisão:	01
	Data da Última Revisão:	01/08/2019
	Página:	4 de 4

São Paulo, 01 de outubro de 2019.

Este documento também passou por aprovação junto ao Conselho de Administração da Organização Social.

1. Aprovações e Histórico de Revisão:

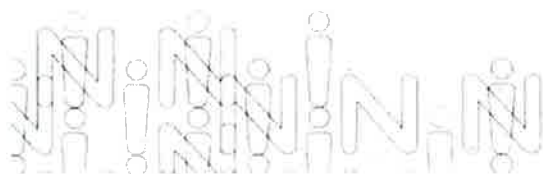
Elaborado por: Gerência Administrativa	Verificado por:  Diretor Jurídico Diretor de Operações	Aprovado por:  Diretor Executivo
Histórico de Revisão: 00 – Implantação do Regimento Institucional de Contratação de Compras.		



POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL

GESTÃO DE PESSOAS

PDI.SEDE-RH.0001



 POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS GESTÃO DE PESSOAS	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	Data da Elaboração:	14/05/2018
	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	1 de 26

1. OBJETIVO

Estabelecer os **princípios e as diretrizes institucionais para a Gestão de Pessoas** do Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde - InSaúde, assegurando que o planejamento da força de trabalho, a atração, a admissão, o desenvolvimento, a avaliação, a remuneração, a saúde e segurança, as relações de trabalho e o desligamento sejam conduzidos de forma ética, impessoal, transparente, inclusiva, segura e compatível com a legislação, com os contratos de gestão, com a qualidade assistencial e com a sustentabilidade institucional.

2. PROPÓSITO E APLICAÇÕES

Esta Política tem como propósito orientar decisões, responsabilidades e condutas relacionadas às pessoas, fortalecendo a capacidade do InSaúde de:

- manter equipes dimensionadas, qualificadas e aptas às necessidades assistenciais, administrativas e contratuais.
- promover relações de trabalho respeitadas, seguras, inclusivas e livres de discriminação, assédio e violência.
- assegurar critérios objetivos e rastreáveis para ingresso, movimentação, desenvolvimento, reconhecimento e desligamento.
- proteger os direitos dos trabalhadores, os dados pessoais, os recursos institucionais e o interesse público envolvido na execução dos serviços de saúde.

integrar a Gestão de Pessoas às estratégias de qualidade, segurança do paciente, integridade, gestão de riscos e melhoria contínua.

Aplica-se à Sede Administrativa, às unidades hospitalares, aos serviços de atenção primária, urgência e emergência, saúde mental e demais projetos ou unidades administradas pelo InSaúde, em todas as localidades em que a instituição atuar.

Abrange empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprendizes, estagiários, trabalhadores temporários e demais profissionais sob gestão direta do InSaúde, respeitadas as

M

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Data da Elaboração:	14/05/2018
GESTÃO DE PESSOAS	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	2 de 26

características de cada vínculo. As diretrizes de conduta, segurança, integridade, confidencialidade e respeito também se aplicam, no que couber, a terceiros, parceiros e profissionais cedidos que atuem nas dependências ou em nome da instituição, sem alterar a natureza jurídica de seus vínculos.

A aplicação desta Política deverá observar, cumulativamente, a legislação, as convenções e os acordos coletivos, o contrato de gestão, o plano de trabalho, o orçamento aprovado, os regulamentos do ente contratante e as normas internas vigentes. Em caso de conflito, prevalecerá a disposição de maior hierarquia ou a orientação formal das áreas competentes.

3. REFERÊNCIAS NORMATIVAS E OUTROS

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- Lei nº 9.637/1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e sobre os contratos de gestão.
- Decreto-Lei nº 5.452/1943 - Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, e alterações posteriores.
- Lei nº 8.213/1991, especialmente as disposições relativas à inclusão de pessoas com deficiência e reabilitados.
- Lei nº 11.788/2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes.
- Lei nº 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.
- Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD.
- Lei nº 14.457/2022, inclusive quanto às medidas de prevenção e combate ao assédio sexual e a outras formas de violência no trabalho.
- Lei nº 14.611/2023 e Decreto nº 11.795/2023, relativos à igualdade salarial e aos critérios remuneratórios entre mulheres e homens.
- Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho, especialmente NR-01, NR-05, NR-07, NR-17 e NR-32, além das demais aplicáveis à atividade e ao local de trabalho.
- Convenções Coletivas de Trabalho - CCT e Acordos Coletivos de Trabalho - ACT aplicáveis a cada categoria e localidade.
- Contratos de gestão, editais, planos de trabalho, regulamentos de contratação de pessoal e demais exigências dos entes contratantes.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Data da Elaboração: 14/05/2018
	GESTÃO DE PESSOAS	Revisão: 03
		Data da Última Revisão: 13/07/2026
		Próxima Revisão: 24 meses
		Página: 3 de 26

- Estatuto Social, Código de Conduta, Programa de Integridade e Compliance e demais políticas institucionais vigentes.
- Manual de Descrição de Cargos, Plano de Cargos e Salários, procedimentos, normas, POP, fluxos e formulários relacionados à Gestão de Pessoas.
- F.SEDE_DEP.001 – Solicitação de Contratação de Colaborador.
- F.SEDE_DEP.002 - Solicitação de Desligamento de Colaborador.
- F.SEDE_DEP.007 – Avaliação de Período de Experiência.
- F.SEDE_DEP.029 – Entrevista de Desligamento.

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

- CLT – Consolidação das Leis do Trabalho.
- CCT – Convenção Coletiva de Trabalho.
- ACT – Acordo Coletivo de Trabalho.
- CSC – Central de Serviços Compartilhados.
- RH – Recursos Humanos.
- ASO – Atestado de Saúde Ocupacional.
- PROGRAMA DE INTEGRIDADE E COMPLIANCE – Conjunto de políticas e normas de conduta que orientam as ações de transparência e são de responsabilidade do Comitê de Compliance.
- INTERESSE PÚBLICO, EFICIÊNCIA E ECONOMICIDADE - A Gestão de Pessoas deverá assegurar o uso responsável dos recursos, sem comprometer a continuidade, a segurança e a qualidade dos serviços de saúde.
- DIGNIDADE, RESPEITO E VALORIZAÇÃO DAS PESSOAS - Toda relação profissional deverá preservar a integridade física, emocional e moral dos trabalhadores, reconhecendo a diversidade de trajetórias, conhecimentos e contribuições.
- EQUIDADE, INCLUSÃO E NÃO DISCRIMINAÇÃO - O ingresso, a permanência, a remuneração, o desenvolvimento e o desligamento deverão ocorrer sem favorecimento ou discriminação, com igualdade de oportunidades e adoção de ajustes razoáveis quando necessários.
- MÉRITO, COMPETÊNCIA E CRITÉRIOS OBJETIVOS - As decisões sobre seleção, movimentação, reconhecimento e desenvolvimento deverão considerar requisitos do cargo, desempenho, competências, resultados, conduta e aderência às necessidades institucionais.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	Data da Elaboração:	14/05/2018
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS GESTÃO DE PESSOAS	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	4 de 26

- **INTEGRIDADE E PREVENÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES** - São vedados favorecimentos, nepotismo, retaliações, fraude, corrupção, manipulação de processos, ocultação de informações e qualquer conduta incompatível com o Código de Conduta e o Programa de Integridade.
- **SAÚDE, SEGURANÇA E PREVENÇÃO** - A instituição deverá atuar preventivamente sobre riscos ocupacionais, inclusive fatores psicossociais relacionados ao trabalho, e promover condições compatíveis com a preservação da vida e da saúde.
- **PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE** - Os dados pessoais e os registros funcionais deverão ser tratados somente para finalidades legítimas, com acesso restrito, segurança, minimização e observância da LGPD.
- **DESENVOLVIMENTO CONTÍNUO E APRENDIZAGEM** - A formação, a educação permanente e a gestão do conhecimento deverão apoiar o desempenho, a inovação responsável, a sucessão e a melhoria dos serviços.
- **DIÁLOGO E RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA** - Gestores, áreas técnicas e trabalhadores são corresponsáveis pelo cumprimento desta Política, pela qualidade das relações e pelo aprimoramento do ambiente de trabalho.
- **GESTÃO BASEADA EM RISCOS E EVIDÊNCIAS** - As decisões deverão utilizar dados confiáveis, indicadores, análises de risco, auditorias, avaliações e planos de ação, evitando soluções improvisadas ou baseadas apenas em percepção individual.

5. ORIENTAÇÕES GERAIS

A Gestão de Pessoas no InSaúde deverá ser conduzida de forma ética, transparente, imparcial e alinhada à legislação vigente, às normas internas, aos contratos de gestão, aos planos de trabalho e ao orçamento aprovado, assegurando critérios objetivos nos processos de contratação, movimentação, desenvolvimento, avaliação e desligamento de colaboradores.

As lideranças deverão atuar de maneira responsável, respeitosa e coerente com o Código de Conduta, promovendo ambiente de trabalho seguro, saudável, inclusivo e livre de discriminação, assédio ou qualquer forma de violência, preservando a confidencialidade das informações, a proteção dos dados pessoais, a continuidade dos serviços assistenciais e o uso adequado dos recursos destinados à saúde.

As contratações tanto da Sede Administrativa - CSC, como das unidades, deverão ser divulgadas através do site (<http://www.insaude.org.br>).

 POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS GESTÃO DE PESSOAS	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	POI.SEDE-RH.0001
	Data da Elaboração:	14/05/2018
	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	5 de 26

Todos os currículos recebidos deverão ser cadastrados conforme indicação do edital publicado.

6. DESCRIÇÃO DA POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL

A Gestão de Pessoas no InSaúde será conduzida de forma integrada entre a Sede Administrativa, as unidades e as lideranças, observando a legislação, as normas coletivas, os contratos de gestão, os planos de trabalho, o orçamento aprovado, as alçadas institucionais e os procedimentos internos. Esta seção reúne diretrizes e controles operacionais mínimos, sem substituir os procedimentos, formulários, calendários e fluxos específicos de cada processo.

6.1 GOVERNANÇA E RESPONSABILIDADES

A Gestão de Pessoas é uma responsabilidade institucional compartilhada. A definição de políticas, padrões e controles compete à governança central, enquanto a execução local deverá respeitar as diretrizes, as alçadas, os prazos e os registros estabelecidos.

Responsável	Principais responsabilidades
Conselho de Administração	Aprovar matérias de sua competência estatutária, inclusive diretrizes gerais de remuneração e benefícios, quando aplicável.
Diretoria Executiva	Aprovar esta Política, deliberar sobre exceções relevantes, assegurar recursos e acompanhar riscos e resultados institucionais.
Diretoria Administrativa	Validar diretrizes, supervisionar a implantação, integrar Gestão de Pessoas, Departamento Pessoal e áreas de apoio e reportar resultados à Diretoria Executiva.
Gestão de Pessoas e Departamento Pessoal da Sede	Padronizar processos, orientar as unidades, controlar registros e obrigações trabalhistas, consolidar dados, apoiar decisões e monitorar a conformidade.
Diretoria de Operações, Gerência de Práticas Assistenciais e gestores das unidades	Planejar a força de trabalho, cumprir o quadro e o orçamento aprovados, justificar demandas, assegurar a execução local e responder pelos resultados e pelo ambiente de trabalho. A Gerência de Práticas Assistenciais participará quando a matéria envolver cargos ou requisitos assistenciais.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Data da Elaboração: 14/05/2018
	GESTÃO DE PESSOAS	Revisão: 03
		Data da Última Revisão: 13/07/2026
		Próxima Revisão: 24 meses
		Página: 6 de 26

Responsável	Principais responsabilidades
Gestores imediatos	Definir expectativas, acompanhar desempenho, controlar jornada e conduta, promover feedback, identificar necessidades de desenvolvimento e formalizar as decisões de sua responsabilidade.
Jurídico, Compliance, Qualidade, SST/SESMT, Saúde Ocupacional, Tecnologia e Privacidade	Atuar tecnicamente nos temas de sua competência, participar de análises de risco, apurações, controles, proteção de dados e melhorias.
Colaboradores	Cumprir a legislação, o Código de Conduta, as normas internas e de segurança, participar das capacitações, preservar informações e comunicar riscos ou irregularidades.

6.2 PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO, SOLICITAÇÃO E APROVAÇÃO DE VAGAS

O quadro de pessoal deverá ser planejado conforme o contrato de gestão, o plano de trabalho, o orçamento-programa, a demanda assistencial, o perfil dos serviços, os parâmetros técnicos e regulatórios, as escalas de funcionamento e os riscos à continuidade e à segurança do cuidado. A abertura, reposição, ampliação, redução ou transformação de vagas dependerá de justificativa técnica, disponibilidade orçamentária, compatibilidade com o quadro aprovado, plano de trabalho e observância das alçadas institucionais.

- **A abertura, reposição, ampliação, redução ou transformação de vaga** dependerá de justificativa técnica, compatibilidade com o quadro e o orçamento aprovados e autorização conforme alçada.
- **A solicitação deverá ser formalizada pelo gestor** competente no formulário F.SEDE_DEP.001, contendo, no mínimo, motivo da contratação, cargo, quantidade, tipo de vaga, unidade ou área, jornada, escala, remuneração, centro de custo, data necessária, perfil profissional e indicação da previsão no plano de trabalho e no orçamento.
- **Vagas não previstas, contratações emergenciais e alterações estruturais** deverão apresentar análise de impacto assistencial, financeiro, trabalhista e contratual, além de plano de regularização quando necessário.
- **A Gestão de Pessoas deverá conferir a descrição do cargo, os requisitos, a faixa salarial, a documentação do processo e as aprovações** antes de iniciar o recrutamento.

[Handwritten signature]

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Data da Elaboração: 14/05/2018
	GESTÃO DE PESSOAS	Revisão: 03
		Data da Última Revisão: 13/07/2026
		Próxima Revisão: 24 meses
Página: 7 de 26		

- Nos processos de implantação, transição ou encerramento de contratos de gestão deverá ser elaborado plano específico de pessoas, com cronograma, dimensionamento, comunicação, regularidade documental, transferência de conhecimento e mitigação de passivos.

Tipo de vaga	Validação do processo	Aprovação mínima
Vaga de unidade prevista no quadro, plano de trabalho e orçamento	Gestor da unidade e Gestão de Pessoas e Departamento Pessoal da Sede. Validação técnica da área assistencial quando aplicável.	Diretoria de Operações ou autoridade definida na matriz de alçadas.
Vaga de unidade não prevista ou com aumento de despesa	Gestor da unidade, Gestão de Pessoas, área financeira e áreas técnicas aplicáveis.	Diretoria de Operações e Diretoria Executiva.
Vaga da Sede prevista no quadro orçamento	Gestor solicitante e Gestão de Pessoas.	Diretoria da área e Diretoria Administrativa, conforme alçada.
Vaga da Sede não prevista ou com alteração estrutural	Gestor solicitante, Gestão de Pessoas e área financeira.	Diretoria da área, Diretoria Administrativa e Diretoria Executiva.
Cargo estratégico, exceção remuneratória ou situação de risco relevante	Gestão de Pessoas e áreas técnicas competentes.	Diretoria Executiva e demais instâncias previstas no Estatuto ou na matriz de alçadas.

6.3 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

Os processos de recrutamento e seleção deverão ser impessoais, documentados, compatíveis com o perfil do cargo e conduzidos por critérios técnicos, comportamentais, éticos e de segurança. A modalidade, as etapas e os critérios deverão ser definidos antes da divulgação da vaga.

6.3.1 Divulgação e recrutamento

- As oportunidades serão divulgadas nos canais institucionais, inclusive na área Trabalhe Conosco, e por edital quando exigido por lei, contrato de gestão, regulamento do ente contratante ou regra específica da unidade.
- Vagas não classificadas como confidenciais deverão ser divulgadas internamente sempre que houver possibilidade real de aproveitamento de profissionais com os requisitos necessários.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	Data da Elaboração:	14/05/2018
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS GESTÃO DE PESSOAS	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	8 de 26

- A divulgação deverá informar cargo, unidade ou localidade, requisitos obrigatórios, requisitos desejáveis, jornada ou escala, etapas, prazo de inscrição e forma de envio do currículo.
- Currículos serão recebidos pelos canais institucionais definidos, com acesso limitado às pessoas envolvidas no processo e retenção conforme as regras de privacidade.
- No recrutamento interno, o colaborador deverá registrar seu interesse e apresentar currículo atualizado. A análise considerará requisitos do cargo, histórico de desempenho, competências, capacitações e aderência às necessidades da área, sem favorecimento pessoal.
- No recrutamento externo, a busca poderá ocorrer no banco de talentos, em canais especializados, por divulgação local ou por empresa especializada previamente aprovada.

6.3.2 Etapas mínimas da seleção

1. Triagem curricular e verificação dos requisitos obrigatórios.
 2. Entrevista técnica e comportamental, presencial ou remota, conduzida por profissionais definidos para o processo.
 3. Aplicação de prova, estudo de caso, teste prático ou outra avaliação quando a natureza da função justificar.
 4. Validação documental dos requisitos do cargo, incluindo escolaridade, experiência, habilitação e registro profissional quando aplicável.
 5. Registro do parecer do gestor e da Gestão de Pessoas, com justificativa objetiva para a decisão.
 6. Comunicação ao candidato selecionado e retorno aos demais participantes, conforme o modelo e o canal definidos.
- Os critérios de pontuação e classificação deverão constar no edital ou instrumento do processo quando houver seleção pública ou necessidade de classificação formal.
 - São vedadas perguntas ou exigências discriminatórias sem relação legítima com a função. Consultas adicionais somente poderão ser realizadas quando legalmente permitidas, necessárias e proporcionais ao risco do cargo.
 - Situações de parentesco, vínculo com agentes públicos ou possível conflito de interesses deverá ser declaradas e tratadas conforme o Código de Conduta e o Programa de Integridade.



	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	Data da Elaboração:	14/05/2018
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS GESTÃO DE PESSOAS	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	9 de 26

6.3.3 Aprendizes, estagiários, pessoas com deficiência e reabilitados

- A contratação de aprendizes observará a legislação, a cota aplicável, o programa de aprendizagem e a compatibilidade das atividades com a idade. Menores de 18 (dezoito) anos não poderão atuar nas unidades gerenciadas pelo InSaúde.
- A contratação de estagiários deverá preservar a natureza educacional do vínculo, o acompanhamento pela instituição de ensino, o termo de compromisso, a jornada permitida e o seguro obrigatório.
- Os processos para pessoas com deficiência e reabilitados seguirão os mesmos critérios técnicos das demais vagas, com acessibilidade, ajustes razoáveis e avaliação das condições reais de trabalho, sem redução indevida de oportunidades.

6.4 ADMISSÃO, SAÚDE OCUPACIONAL, REGISTRO E CONTRATO

A admissão deverá seguir o calendário mensal divulgado pela Gestão de Pessoas da Sede, respeitando as necessidades das unidades, os prazos legais e a organização da folha de pagamento. Nenhum colaborador poderá iniciar atividades sem a conclusão dos controles essenciais de admissão.

6.4.1 Documentação e cadastro

O candidato aprovado deverá apresentar os documentos e as informações necessários à formalização do vínculo, ao registro nos sistemas institucionais e governamentais, ao atendimento das obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais, ocupacionais e contratuais e à comprovação dos requisitos exigidos para o exercício do cargo.

Os documentos mínimos para admissão estão apresentados na tabela a seguir, sem prejuízo de outros que possam ser exigidos pela legislação, pelas normas coletivas, pelo contrato de gestão, pelo ente contratante, pelo conselho profissional, pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional ou pelas características específicas da função.

N

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Data da Elaboração:	14/05/2018
GESTÃO DE PESSOAS	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	10 de 26

Documento ou registro	Aplicabilidade	Orientação
Ficha cadastral ou formulário institucional de admissão	Obrigatório para todos	Deverá conter os dados pessoais, profissionais, bancários e cadastrais necessários ao registro do colaborador.
Documento oficial de identificação com foto	Obrigatório para todos	Poderá ser apresentada Carteira de Identidade Nacional, RG, CNH ou outro documento oficial válido.
Cadastro de Pessoa Física, CPF	Obrigatório para todos	O número deverá estar regular e compatível com os demais dados pessoais informados.
Carteira de Trabalho Digital	Obrigatório para todos	O CPF será utilizado como identificação para os registros trabalhistas e para o eSocial.
Comprovante de residência atualizado	Obrigatório para todos	Deverá ser apresentado documento recente ou declaração de residência, conforme procedimento institucional.
Certidão de nascimento ou casamento	Conforme o estado civil e a necessidade cadastral	Utilizada para conferência de dados pessoais, estado civil, alteração de nome e cadastramento de dependentes.
Comprovante de escolaridade	Obrigatório conforme o cargo	Deverá comprovar a formação mínima exigida na descrição do cargo ou no processo seletivo.
Diplomas, certificados, títulos ou comprovantes de cursos específicos	Quando exigidos pelo cargo	Deverão estar válidos e ser emitidos por instituição reconhecida ou habilitada.
Registro no conselho profissional	Obrigatório para profissões regulamentadas	Deverá ser apresentada carteira, certidão ou comprovante de inscrição e regularidade no conselho competente.
Comprovante de experiência profissional	Quando exigido no processo seletivo	Poderá ser comprovado por registros da Carteira de Trabalho Digital, contratos, declarações ou documentos equivalentes.

N

 <p>POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS</p> <p>GESTÃO DE PESSOAS</p>	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	Data da Elaboração:	14/05/2018
	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	11 de 26

Documento ou registro	Aplicabilidade	Orientação
atestado de Saúde Ocupacional, ISO admissional	Obrigatório para todos	Deverá indicar aptidão para a função e ser emitido antes do início das atividades. Informações clínicas detalhadas permanecerão sob responsabilidade da área médica.
Dados bancários	Obrigatório para crédito da remuneração	Deverão ser apresentados conforme as regras de pagamento adotadas pelo InSaúde.
Comprovante de inscrição no CNIS, PASEP ou NIT	Quando necessário	Será solicitado quando a informação não puder ser obtida ou validada pelos sistemas oficiais.
Documentação dos dependentes	Quando houver inclusão	Será utilizada para fins de benefícios, imposto de renda, salário-família e demais direitos aplicáveis.
Carteira Nacional de Habilitação	Quando o cargo envolver condução de veículos	A categoria e a validade deverão ser compatíveis com as atividades exercidas.
Documentação vacinal ou comprovação de imunização	Quando exigida pelo PCMSO, pela NR-32 ou pelos riscos da função	O controle deverá ocorrer em articulação com a Saúde Ocupacional, preservando o sigilo das informações de saúde.
Certificado, habilitação ou autorização técnica específica	Quando exigido pelo cargo	Aplicável a atividades que dependam de habilitação legal, técnica ou regulatória.
Autorização de residência e trabalho no Brasil	Para profissionais estrangeiros	A documentação deverá estar válida e permitir o exercício regular da atividade profissional.
Declaração de acumulação de cargos, empregos ou funções	Quando prevista em contrato, regulamento ou exigência do ente contratante	Deverá informar a existência ou inexistência de outros vínculos e a compatibilidade de horários, quando aplicável.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	POI.SEDE-RH.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Data da Elaboração: 14/05/2018
GESTÃO DE PESSOAS	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	12 de 26

Documento ou registro	Aplicabilidade	Orientação
Declaração de conflito de interesses, parentesco ou vínculo com agente público	Quando prevista nas normas institucionais	Será analisada conforme o Código de Conduta e o Programa de Integridade e Compliance.
Termo de ciência do Código de Conduta, políticas e normas internas	Obrigatório para todos	Deverá ser formalizado durante a admissão ou integração institucional.
Termos relativos à confidencialidade, segurança da informação e proteção de dados	Obrigatório conforme a função e os acessos concedidos	Deverão estabelecer responsabilidades relacionadas ao uso de sistemas, informações institucionais e dados pessoais.
Formulário de opção ou declaração de vale-transporte	Obrigatório para todos	O colaborador deverá solicitar o benefício ou declarar formalmente que não possui interesse em recebê-lo.
Formulários de adesão a benefícios	Quando aplicável	A inclusão dependerá da elegibilidade, dos prazos e das condições dos benefícios oferecidos.
Certidão de antecedentes ou documento equivalente	Somente quando legalmente permitido e justificado	A exigência deverá estar relacionada à natureza da função, ao risco envolvido e à orientação prévia do Jurídico.

A unidade deverá conferir a integridade, a legibilidade, a validade e a compatibilidade dos documentos antes de encaminhá-los à Gestão de Pessoas ou ao Departamento Pessoal da Sede para cadastro nos sistemas oficiais e formação do prontuário funcional.

Os documentos poderão ser apresentados em meio físico ou eletrônico, conforme o procedimento institucional, devendo ser armazenados em ambiente seguro, com acesso restrito às pessoas autorizadas.

Pendências relacionadas a documentos essenciais, requisitos do cargo, registro profissional, ASO ou informações necessárias ao eSocial impedirão o início das atividades. Exceções somente serão admitidas quando legalmente possíveis, justificadas e formalmente aprovadas pela Gestão de Pessoas da Sede e pelas áreas competentes.

W

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Data da Elaboração:	14/05/2018
GESTÃO DE PESSOAS	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	13 de 26

Para profissões regulamentadas, deverão ser verificados o registro e a regularidade perante o conselho profissional, com controles periódicos durante o vínculo. A unidade e o colaborador deverão comunicar imediatamente qualquer suspensão, vencimento, impedimento ou alteração relacionada à habilitação profissional.

Não serão solicitados documentos ou informações sem relação legítima com a contratação ou com o exercício da função. É vedada a exigência de teste, exame, laudo ou declaração relacionada à gravidez, esterilização ou qualquer outra condição que possa gerar discriminação no acesso ou na permanência no trabalho.

O registro da admissão e os eventos obrigatórios deverão ser realizados nos sistemas institucionais e governamentais dentro dos prazos legais, inclusive no eSocial, antes do início das atividades quando exigido.

6.4.2 Exame admissional e ASO

- O RH da unidade providenciará o agendamento do exame admissional conforme o PCMSO e os riscos ocupacionais do cargo.
- O exame admissional deverá ocorrer antes que o colaborador assuma suas atividades. A admissão somente será concluída após a emissão do ASO com indicação de aptidão para a função.
- Dados clínicos e resultados detalhados permanecerão sob sigilo da área médica. À Gestão de Pessoas serão disponibilizadas somente as informações necessárias à administração do vínculo e à definição de aptidão.
- A documentação ocupacional deverá ser armazenada e compartilhada de forma segura, conforme as responsabilidades da unidade, da Sede e do prestador de saúde ocupacional.

6.4.3 Contrato e comunicação da admissão

- O instrumento contratual aplicável deverá estar assinado antes do início das atividades, utilizando modelo institucional validado pelo Jurídico. Alterações de cláusulas dependerão de aprovação prévia.



 POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS GESTÃO DE PESSOAS	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	Data da Elaboração:	14/05/2018
	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	14 de 26

- A unidade comunicará ao novo colaborador a data, o horário, o local de apresentação e os documentos ou orientações pendentes, bem como informará a Sede sobre a conclusão do processo.
- Antes do início efetivo, deverão ser solicitados crachá, uniforme, equipamentos, estação de trabalho, acessos, perfis de sistema, e-mail institucional e demais recursos necessários, observada a segregação de acessos.
- A entrada do colaborador deverá ser comunicada às áreas envolvidas, limitando o compartilhamento de dados pessoais ao necessário.

6.5 INTEGRAÇÃO E ACOMPANHAMENTO INICIAL

A integração será de responsabilidade conjunta da Gestão de Pessoas, da unidade e do gestor imediato e deverá ocorrer de forma institucional, local e técnica.

- A integração institucional deverá contemplar história e propósito do InSaúde, estrutura, Código de Conduta, Programa de Integridade, prevenção ao assédio, segurança da informação, proteção de dados, saúde e segurança do trabalho.
- A integração local deverá apresentar a unidade, os fluxos, a equipe, as normas de acesso, a rotina, os canais de apoio e os procedimentos de emergência.
- A integração técnica deverá abranger atribuições do cargo, protocolos, sistemas, equipamentos, metas, responsabilidades, riscos ocupacionais e treinamentos obrigatórios.
- A participação deverá ser registrada em lista, formulário ou sistema institucional. O gestor imediato deverá acompanhar a adaptação e esclarecer as expectativas desde o início.

6.6 PERÍODO DE EXPERIÊNCIA E ADAPTAÇÃO À FUNÇÃO

O contrato de experiência, quando adotado, observará o prazo legal máximo e será acompanhado por avaliações formais, preferencialmente aos 45 dias e até o 85º dia, utilizando o formulário F.SEDE_DEP.007 ou o instrumento institucional vigente.

- O gestor deverá avaliar desempenho, competências, conduta, assiduidade, aderência às atribuições e cumprimento dos requisitos técnicos e de segurança, apresentando feedback ao colaborador.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Data da Elaboração:	14/05/2018
GESTÃO DE PESSOAS	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	15 de 26

- A decisão de efetivação ou encerramento deverá ser encaminhada à Gestão de Pessoas dentro do prazo definido, evitando perda do prazo contratual e decisões sem registro.
- A falta de avaliação no prazo será tratada como falha de gestão e deverá ser registrada e corrigida, sem prejuízo dos efeitos jurídicos do contrato.
- Movimentações internas poderão prever período de adaptação formalizado. O não atendimento das expectativas não resultará automaticamente em desligamento, devendo ser analisadas a reversão, a recolocação ou outras alternativas juridicamente adequadas.

6.7 CARGOS, REMUNERAÇÃO, BENEFÍCIOS E MOVIMENTAÇÕES

A estrutura de cargos e salários deverá refletir as responsabilidades, a complexidade, os requisitos, as competências e as condições de mercado de cada localidade, respeitando a legislação, as normas coletivas, o plano de trabalho, o orçamento e as características dos contratos de gestão.

6.7.1 Criação, alteração e extinção de cargos

- A criação ou alteração de cargo dependerá de descrição formal, requisitos, atribuições, vínculo hierárquico, faixa salarial, impacto financeiro, compatibilidade com o quadro e validação das áreas competentes.
- A extinção ou transformação de cargo deverá considerar a necessidade institucional, a continuidade dos serviços, a situação dos ocupantes, os riscos trabalhistas e a aprovação conforme alçada.
- A Gestão de Pessoas manterá o Manual de Descrição de Cargos e os registros correspondentes atualizados.

6.7.2 Alterações salariais e movimentações

- Promoções, progressões, transferências, reenquadramentos, gratificações e alterações salariais deverão ser solicitados em formulário institucional, com justificativa, avaliação de desempenho, requisitos do cargo, impacto financeiro e comprovação de previsão orçamentária.
- A análise deverá considerar mérito, competências, escolaridade, experiência, resultados, equidade interna, referência de mercado, localização, normas coletivas e condições do contrato de gestão.
- A implementação somente ocorrerá após as aprovações previstas, com atualização prévia de sistemas, folha, contrato, descrição de cargo e documentos aplicáveis.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	Data da Elaboração:	14/05/2018
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS GESTÃO DE PESSOAS	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	16 de 26

- Nenhum gestor poderá prometer remuneração, promoção, benefício ou condição especial sem autorização formal da alçada competente.
- A instituição observará a igualdade salarial e de critérios remuneratórios e adotará medidas para prevenir e corrigir diferenças injustificadas.

6.7.3 Benefícios

- Os benefícios serão concedidos conforme legislação, CCT, ACT, contrato de gestão, regulamento ou decisão institucional aprovada, com critérios de elegibilidade, inclusão, alteração e exclusão claramente definidos.
- Poderão incluir, conforme aplicabilidade, vale-transporte, vale-refeição ou alimentação, refeição no local, assistência médica e odontológica, seguro de vida e outros benefícios aprovados.
- A Gestão de Pessoas controlará valores, vigências, elegibilidade, movimentações, fornecedores, pagamentos, renovações e comunicação aos colaboradores.
- Inclusões e exclusões deverão ser processadas tempestivamente na admissão, nas alterações de vínculo, nos afastamentos e no desligamento, evitando pagamentos ou descontos indevidos.

6.8 GESTÃO DO DESEMPENHO E COMPETÊNCIAS

O InSaúde adotará práticas de gestão de desempenho e competências para alinhar expectativas, acompanhar entregas, reconhecer contribuições, identificar necessidades de desenvolvimento e apoiar decisões de pessoas.

- Os ciclos de avaliação ocorrerão na periodicidade definida pela instituição, preferencialmente anual, e utilizarão critérios relacionados às atribuições, competências técnicas e comportamentais, metas, qualidade, segurança, ética, colaboração, liderança e resultados.
- Todo colaborador avaliado deverá receber feedback claro, respeitoso e baseado em evidências, com oportunidade de compreender os pontos fortes, as expectativas e as necessidades de desenvolvimento.
- Os gestores serão responsáveis pela qualidade, tempestividade e coerência das avaliações, sujeitas à orientação, calibração e monitoramento pela Gestão de Pessoas.
- Avaliações não poderão ser utilizadas como forma de retaliação, perseguição ou discriminação. Divergências relevantes poderão ser submetidas à revisão conforme fluxo institucional.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Data da Elaboração: 14/05/2018
	GESTÃO DE PESSOAS	Revisão: 03
		Data da Última Revisão: 13/07/2026
		Próxima Revisão: 24 meses
		Página: 17 de 26

6.9 DESENVOLVIMENTO, CAPACITAÇÃO E SUCESSÃO

O InSaúde promoverá ambiente inclusivo, acessível e respeitoso, com igualdade de oportunidades em todas as etapas da relação de trabalho e medidas concretas para prevenir e corrigir barreiras, desigualdades e discriminações.

- Processos seletivos, avaliações, promoções, remuneração, capacitações e desligamentos deverão ser monitorados para identificar padrões de desigualdade ou impacto discriminatório.
- Pessoas com deficiência terão assegurados acessibilidade, recursos de tecnologia assistiva, adaptações razoáveis e condições de trabalho compatíveis, sem redução indevida de oportunidades.
- A instituição deverá cumprir as cotas legais de pessoas com deficiência, reabilitados e aprendizes e adotar plano de ação quando houver risco ou descumprimento.
- Nos estabelecimentos alcançados pela legislação, serão cumpridas as obrigações de envio, publicação e análise do Relatório de Transparência Salarial e de Critérios Remuneratórios, com plano de ação quando necessário.
- A comunicação institucional e as ações de desenvolvimento deverão utilizar linguagem respeitosa, acessível e compatível com a diversidade dos públicos.

6.10 RELAÇÕES DE TRABALHO, JORNADA, FREQUÊNCIA E FOLHA

As relações de trabalho deverão ser administradas com respeito, clareza, consistência e observância da legislação, das normas coletivas e das regras locais. Jornada, descansos, escalas, ausências, férias, afastamentos e horas extraordinárias deverão ser registrados nos sistemas oficiais.

- Horas extras, plantões adicionais, sobreavisos, compensações e alterações de escala dependerão de necessidade comprovada e autorização conforme procedimento, salvo emergências devidamente justificadas.
- Gestores e colaboradores são responsáveis pela veracidade dos registros de ponto e pela comunicação tempestiva de ocorrências. Marcações por terceiros, ajustes indevidos e manipulação de informações são proibidos.
- O processamento da folha deverá observar calendário, segregação de funções, conferências, validações, aprovação da liderança competente, tratamento de inconsistências e rastreabilidade das alterações.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	Data da Elaboração:	14/05/2018
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Revisão:	03
GESTÃO DE PESSOAS	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	18 de 26

- Ocorrências com potencial de pagamento ou desconto indevido deverão ser comunicadas, analisadas e corrigidas conforme a legislação e o procedimento institucional.
- As relações com sindicatos e as negociações coletivas serão conduzidas pelas áreas autorizadas, com participação da Gestão de Pessoas e do Jurídico.

6.11 DIVERSIDADE, INCLUSÃO, SAÚDE E SEGURANÇA

O InSaúde promoverá ambiente inclusivo, acessível, seguro e respeitoso, com igualdade de oportunidades e prevenção de riscos ocupacionais e psicossociais.

- Processos seletivos, avaliações, remuneração, promoções, capacitações e desligamentos deverão ser monitorados para identificar barreiras, desigualdades ou impactos discriminatórios.
- Pessoas com deficiência terão assegurados acessibilidade, tecnologia assistiva e adaptações razoáveis, conforme a necessidade e a viabilidade técnica, sem redução indevida de oportunidades.
- A instituição deverá cumprir as cotas legais de pessoas com deficiência, reabilitados e aprendizes e adotar plano de ação quando houver risco de descumprimento.
- Os riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, de acidentes e psicossociais deverão ser identificados, avaliados, controlados e monitorados por meio do PGR, PCMSO, SESMT, CIPA e demais estruturas aplicáveis.
- As unidades de saúde observarão especialmente a NR-32, os controles de exposição a agentes biológicos, a prevenção de acidentes com perfurocortantes, a imunização ocupacional, o uso de EPI e a resposta a incidentes.
- Afastamentos, retorno ao trabalho, readaptação e reabilitação serão acompanhados com respeito ao sigilo médico, à capacidade laboral e às orientações técnicas.

6.12 ÉTICA, PREVENÇÃO AO ASSÉDIO E MEDIDAS DISCIPLINARES

Não serão tolerados assédio moral ou sexual, discriminação, intimidação, perseguição, retaliação, humilhação, violência, abuso de autoridade, favorecimento ou condutas incompatíveis com a dignidade e a segurança no trabalho. Relatos deverão ser encaminhados aos canais institucionais, com confidencialidade, imparcialidade e proibição de retaliação.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Data da Elaboração:	14/05/2018
GESTÃO DE PESSOAS	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	19 de 26

6.12.1 Apuração de ocorrências

- O gestor deverá comunicar imediatamente à Gestão de Pessoas da Sede qualquer ocorrência com potencial disciplinar, encaminhando relato objetivo, datas, pessoas envolvidas, documentos, evidências e medidas emergenciais adotadas.
- A análise deverá preservar as evidências, permitir a manifestação das pessoas envolvidas quando cabível, evitar exposição indevida e considerar gravidade, impacto, intenção, risco, reincidência, antecedentes, função e circunstâncias do caso.
- Situações envolvendo assédio, discriminação, violência, estabilidade, acidente de trabalho, gestação, afastamento, CIPA, representação sindical ou risco jurídico relevante deverão contar com as áreas técnicas competentes.

6.12.2 Aplicação de medidas disciplinares

As medidas disciplinares possuem caráter educativo, corretivo e preventivo e deverão observar proporcionalidade, razoabilidade, imediatidade, individualização, coerência e proibição de dupla penalidade pelo mesmo fato. Como referência geral, poderá ser adotada a seguinte sequência:

1. Orientação ou advertência verbal, com registro interno da ocorrência e da orientação prestada.
 2. Advertência por escrito.
 3. Nova advertência por escrito quando houver reincidência da mesma conduta ou de conduta de natureza semelhante.
 4. Suspensão disciplinar.
 5. Análise de desligamento, conforme a gravidade, a reincidência, os registros e a avaliação das áreas competentes.
- A sequência não é automática nem obrigatória. Condutas graves poderão justificar medida mais severa desde a primeira ocorrência, após análise da Sede e das áreas técnicas aplicáveis.
 - Advertências escritas, suspensões e documentos disciplinares serão elaborados e emitidos pela Sede Administrativa, com base nas informações e evidências encaminhadas pela unidade, assegurando padronização e rastreabilidade.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Data da Elaboração:	14/05/2018
GESTÃO DE PESSOAS	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	20 de 26

- A existência de advertências por fatos distintos não autoriza, por si só, a progressão da penalidade. A reincidência deverá guardar relação com a conduta ou com obrigações de natureza semelhante.
- Qualquer possibilidade de desligamento por justa causa dependerá de análise e parecer prévio do Jurídico, considerando o enquadramento legal, a suficiência das provas e os riscos envolvidos.
- Medidas disciplinares não poderão ser discriminatórias, retaliatórias, humilhantes, coletivas ou baseadas apenas em boatos, preferências pessoais ou critérios alheios ao trabalho.

6.13 PRIVACIDADE, CONFIDENCIALIDADE E GESTÃO DOCUMENTAL

Os dados de candidatos, colaboradores, dependentes e ex-colaboradores serão tratados para finalidades legítimas, com base legal adequada, acesso restrito e medidas de segurança compatíveis com a sensibilidade das informações.

- A coleta de documentos deverá limitar-se ao necessário para o vínculo, as obrigações legais e o exercício da função.
- Dados de saúde, deficiência, biometria, filiação sindical e outras informações sensíveis terão proteção reforçada e acesso limitado.
- Prontuários funcionais e registros trabalhistas deverão ser íntegros, atualizados, localizáveis e mantidos pelo prazo aplicável, preferencialmente em sistemas oficiais e com controle de acesso.
- O compartilhamento com entes públicos, prestadores, bancos, operadoras, consultorias e demais terceiros deverá limitar-se ao necessário e observar contratos, segurança e confidencialidade.
- O encerramento do vínculo não autoriza a eliminação imediata de registros necessários ao cumprimento de obrigações legais, ao exercício de direitos e à defesa da instituição.

6.14 COMUNICAÇÃO, ESCUTA, CLIMA E RECONHECIMENTO

A instituição deverá manter comunicação clara e tempestiva sobre direitos, deveres, mudanças organizacionais, políticas, benefícios, oportunidades e decisões que afetem as pessoas.

- Canais de escuta, pesquisas de clima, reuniões, denúncias e entrevistas de desligamento deverão ser analisados de forma integrada, preservando anonimato e confidencialidade quando aplicáveis.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	Data da Elaboração:	14/05/2018
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS GESTÃO DE PESSOAS	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	21 de 26

- Os resultados deverão gerar planos de ação com responsáveis, prazos, acompanhamento e devolutiva compatível com o tema.
- Práticas de reconhecimento deverão valorizar contribuição, ética, qualidade, segurança, cooperação, aprendizado e resultados, sem favoritismo ou competição prejudicial.
- Mudanças relevantes deverão contar com plano de comunicação e gestão da transição, especialmente em implantações, reestruturações, trocas de gestão e encerramentos de contrato.

6.15 DESLIGAMENTO E TRANSIÇÃO DE RESPONSABILIDADES

Os desligamentos por iniciativa da instituição ou do colaborador deverão ser conduzidos com respeito, confidencialidade, planejamento, conformidade legal e preservação da continuidade dos serviços.

6.15.1 Desligamento por iniciativa institucional

- A solicitação deverá ser formalizada pelo gestor competente no formulário F.SEDE_DEP.002, com motivo objetivo, data pretendida, histórico relevante, situação de reposição e aprovações previstas.
- Antes da decisão, a Gestão de Pessoas deverá verificar estabilidade, afastamentos, acidente de trabalho, gestação, CIPA, representação sindical, riscos de discriminação ou retaliação, histórico disciplinar, documentação e demais impedimentos ou riscos.
- Casos estratégicos, com estabilidade, risco relevante, denúncia em apuração ou possibilidade de justa causa dependerão de análise do Jurídico e das alçadas competentes.
- A Sede orientará a data, o cálculo, os documentos e as comunicações obrigatórias, respeitando o calendário de desligamentos e os prazos legais.

6.15.2 Pedido de desligamento

- O colaborador deverá formalizar o pedido por carta física ou documento eletrônico assinado, informando a data, o cargo e a intenção quanto ao cumprimento do aviso prévio.
- O RH da unidade encaminhará o documento à Sede imediatamente para orientação, cálculo, registro e cumprimento das obrigações aplicáveis.

 POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS GESTÃO DE PESSOAS	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	Data da Elaboração:	14/05/2018
	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	22 de 26

- A dispensa ou o cumprimento do aviso prévio será tratado conforme a legislação, a norma coletiva e a decisão da autoridade competente.

6.15.3 Controles de encerramento

- Deverão ser providenciados exame demissional quando aplicável, comunicação do desligamento, documentos rescisórios, pagamento, eventos do eSocial, cancelamento ou ajuste de benefícios e arquivamento do processo.
- A unidade deverá assegurar devolução de bens, crachás, equipamentos e documentos, revogação de acessos, encerramento de procurações ou autorizações e proteção das informações institucionais.
- Para funções críticas, deverá ocorrer transição de atividades, documentos, agendas, pendências e conhecimento, sem compartilhamento de senhas pessoais ou retenção indevida de informações.
- A entrevista de desligamento, por meio do formulário F.SEDE_DEP.029, será utilizada como fonte de melhoria e não constituirá requisito para pagamento ou encerramento do vínculo. Os resultados serão consolidados de forma confidencial.
- Desligamentos coletivos, encerramentos de unidades ou transições contratuais exigirão plano específico com participação da Diretoria, Gestão de Pessoas, Jurídico, Operações, Financeiro, Comunicação e demais áreas necessárias.

6.16 GESTÃO DE RISCOS, INDICADORES E MELHORIA CONTÍNUA

A Gestão de Pessoas deverá integrar o sistema institucional de gestão de riscos, qualidade, integridade e melhoria contínua, identificando, avaliando, tratando e monitorando os riscos relacionados ao ciclo de vida dos colaboradores.

Entre os riscos prioritários estão o dimensionamento inadequado da força de trabalho, contratação sem comprovação dos requisitos, documentação incompleta, falhas na folha de pagamento ou nos benefícios, descumprimento de cotas legais, acidentes e adoecimento ocupacional, assédio e discriminação, elevada rotatividade, absenteísmo, excesso de horas extraordinárias, falta de sucessão, vazamento de dados, decisões sem alçada e formação de passivos trabalhistas.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	
GESTÃO DE PESSOAS	Data da Elaboração:	14/05/2018
	Revisão:	03
	Data da Última Revisão:	13/07/2026
	Próxima Revisão:	24 meses
Página:		23 de 26

A Gestão de Pessoas deverá acompanhar, no mínimo, os indicadores apresentados na tabela a seguir:

Indicador	Fórmula apresentada	Periodicidade
1. Turnover Geral	$\text{Número de desligamentos no período} \div \text{total de colaboradores médio do período} \times 100$	Mensal
2. Índice de Absenteísmo	$\text{Total de horas de ausência no período} \div \text{total de horas de trabalho previstas no período} \times 100$	Mensal
3. Índice de Aprovação no Período de Experiência	$\text{Número de colaboradores aprovados na experiência} \div \text{número de colaboradores avaliados} \times 100$	Trimestral
4. Índice de Avaliações de Desempenho Realizadas no Prazo	$\text{Número de avaliações realizadas dentro do prazo} \div \text{número de avaliações previstas} \times 100$	Anual
5. Índice de Execução do Plano Anual de Treinamento, PAT	$\text{Número de treinamentos realizados} \div \text{número de treinamentos planejados} \times 100$	Trimestral
6. Índice de Medidas Disciplinares	$\text{Número de medidas disciplinares aplicadas} \div \text{número total de colaboradores} \times 100$	Mensal
8. Índice de Entrevistas de Desligamento Realizadas	$\text{Número de entrevistas realizadas} \div \text{número de desligamentos ocorridos} \times 100$	Mensal

As metas, limites de tolerância e parâmetros de análise dos indicadores serão definidos anualmente ou conforme as necessidades institucionais, considerando o planejamento estratégico, os contratos de gestão, os planos de trabalho, as características das unidades, os requisitos legais e os referenciais internos.

Os indicadores deverão ser analisados de forma consolidada e por unidade, serviço, área, cargo, localidade ou centro de custo sempre que necessário para identificar causas, tendências, riscos e oportunidades de melhoria.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Data da Elaboração: 14/05/2018
	GESTÃO DE PESSOAS	Revisão: 03
		Data da Última Revisão: 13/07/2026
		Próxima Revisão: 24 meses
		Página: 24 de 26

A análise não deverá se limitar ao resultado numérico. Deverá considerar contexto, sazonalidade, movimentações contratuais, implantação ou encerramento de unidades, perfil assistencial, condições locais e fatores que possam influenciar os resultados.

Os resultados serão apresentados periodicamente às instâncias de governança, acompanhados de análise crítica, justificativas, plano de ação, responsáveis, prazos e verificação da eficácia das medidas adotadas.

Não conformidades, desvios relevantes ou resultados recorrentes fora dos parâmetros estabelecidos deverão ser registrados e tratados conforme o sistema institucional de gestão da qualidade e de riscos.

6.17 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS, EXCEÇÕES E ATUALIZADO

Os controles descritos nesta Política representam requisitos e diretrizes para aplicação nas unidades gerenciadas. Os processos de recrutamento, admissão, folha, movimentação, desempenho, treinamento, saúde ocupacional, medidas disciplinares e desligamento deverão possuir procedimentos, formulários, sistemas e calendários próprios, compatíveis com esta Política.

- Exceções somente poderão ser adotadas quando legalmente possíveis, justificadas, temporárias, documentadas e aprovadas pela alçada competente, sem violar contrato de gestão, CCT, ACT, segurança, integridade ou direitos dos colaboradores.
- Alterações legislativas, contratuais, organizacionais ou de risco poderão exigir revisão extraordinária desta Política antes do prazo regular.
- A Gestão de Pessoas deverá divulgar, orientar e monitorar a aplicação desta Política, mantendo evidências de ciência e capacitação das lideranças.

Nos processos de transição, quando o INSAÚDE assume a gestão de unidades de saúde que já se encontram em funcionamento, poderá ser oferecida aos profissionais que atuam no local a oportunidade de contratação e continuidade das atividades, condicionada ao atendimento dos requisitos institucionais e à avaliação de desempenho durante o período de experiência.

7. ALÇADA DE APROVAÇÕES DESTE PROCEDIMENTO

As decisões de Gestão de Pessoas deverão observar a segregação de funções, o orçamento, o quadro aprovado, o impacto institucional e as competências estatutárias. A matriz abaixo estabelece as alçadas

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001	
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Data da Elaboração:	14/05/2018
	GESTÃO DE PESSOAS	Revisão:	03
		Data da Última Revisão:	13/07/2026
		Próxima Revisão:	24 meses
Página:		25 de 26	

gerais, sem prejuízo de exigências adicionais previstas em procedimentos, contratos de gestão ou normas específicas.

MATÉRIA	VALIDAÇÃO / APROVAÇÃO MÍNIMA
Política Institucional de Gestão de Pessoas e revisões	Elaboração: Gestão de Pessoas. Validação: Diretoria Administrativa. Aprovação: Diretoria Executiva.
Estrutura geral de cargos, salários ou benefícios	Diretoria Administrativa e Diretoria Executiva, com submissão ao Conselho de Administração quando exigido pelo Estatuto ou pelo impacto da matéria.
Vaga prevista no quadro, plano de trabalho e orçamento	Gestor solicitante e direção responsável, conforme fluxo institucional e alçada vigente.
Vaga, cargo ou despesa não prevista	Diretoria da área, Diretoria Administrativa ou de Operações, conforme o caso, e Diretoria Executiva.
Promoção, transferência, reenquadramento ou alteração salarial individual	Gestor solicitante, Gestão de Pessoas, Diretoria da área e autoridade definida na matriz de alçadas.
Desligamento de posição estratégica, caso com estabilidade ou risco relevante	Diretoria responsável, Gestão de Pessoas, Jurídico e autoridade competente conforme alçada.
Exceção a procedimento ou condição extraordinária	Áreas técnicas envolvidas e Diretoria Executiva.

Nenhuma alçada afasta a necessidade de análise jurídica, de integridade, de segurança do trabalho, de proteção de dados ou de qualidade quando a natureza ou o risco do caso assim exigir.

8. APROVAÇÕES E HISTÓRICO DE REVISÃO

ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
<i>Bruma S. C. Azevedo Soares</i> Coordenação de Gestão de Pessoas	<i>Gláucia Cassiano</i> Diretoria Administrativa Diretoria Executiva	1ª APROVAÇÃO: PRESIDENTE NELSON ALVES Assinado de forma digital por NELSON ALVES LIMA:69521395834 LIMA:69521395834 2ª APROVAÇÃO: CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO Em reunião extraordinária realizada em

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-RH.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAIS	Data da Elaboração: 14/05/2018
	GESTÃO DE PESSOAS	Revisão: 03
		Data da Última Revisão: 13/07/2026
		Próxima Revisão: 24 meses
	Página: 26 de 26	

ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
		____/____/____ 2ª APROVAÇÃO: ASSEMBLEIA GERAL Em reunião realizada em ____/____/____

Histórico de revisão:

REVISÃO	DESCRIÇÃO
00	Implantação da Política Institucional de Gestão de Pessoas.
01	Revisão geral do documento.
02	Adequação ao formulário institucional e inclusão de elementos de gestão da qualidade, riscos e indicadores.
03	Revisão integral e reestruturação da Política como documento estratégico. Atualização do escopo, referências legais, princípios, governança, responsabilidades, planejamento da força de trabalho, recrutamento, admissão, remuneração, desempenho, desenvolvimento, diversidade, igualdade salarial, saúde e segurança, riscos psicossociais, prevenção ao assédio, proteção de dados, medidas disciplinares, desligamento, indicadores e alçadas. Transferência dos fluxos operacionais detalhados para procedimentos específicos.



	INSTITUCIONAL	RI.SEDE.002
REGULAMENTO/REGIMENTO INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	02/01/2019
Regulamento de Pessoal	Revisão:	01
	Data da Última Revisão:	01/08/2019
	Página:	1 de 7

1. Descrição do Regimento Institucional:

I – DA INTRODUÇÃO

Art. 1 - O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas e critérios para o recrutamento, seleção, contratação e avaliação de desempenho de profissionais, bem como fixação de diretrizes para o estabelecimento de normas para plano de cargos, salários e benefícios do Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde, associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, filantrópico, caráter beneficente de promoção social à saúde, sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado.

Art. 2 - Todas as normas aplicáveis ao recrutamento, seleção, contratação e avaliação de pessoal para integrarem os quadros da Organização Social reger-se-ão pelos princípios básicos da moralidade e boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade e competência de profissionais, bem como pela adequação aos objetivos da entidade.

Art. 3 - Todo o processo de recrutamento, seleção, contratação e avaliação de pessoal de que trata este regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização das instâncias pertinentes.

Art. 4 – Esse regulamento se desdobra da PI.SEDE.003 - Política de Gestão de Pessoas da Entidade, onde consta o detalhamento para a execução dos processos aqui descrito.

II – DO PROCESSO SELETIVO

Art. 5 - Os candidatos interessados em participar de processos seletivos conduzidos pela Organização Social, deverão observar os critérios e requisitos ora fixados neste Regulamento, bem como nos Editais de Convocação publicado no site: <http://www.insaude.org.br/trabalhe-conosco>.

	INSTITUCIONAL	RI.SEDE.002
REGULAMENTO/REGIMENTO INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	02/01/2019
Regulamento de Pessoal	Revisão:	01
	Data da Última Revisão:	01/08/2019
	Página:	2 de 7

a) Das Inscrições:

1. Os candidatos poderão inscrever-se:

1.1. Encaminhando seu *currículo vitae* por meio do site <http://www.insaude.org.br/trabalhe-conosco> e nos editais específicos de seleção de pessoal das unidades gerenciadas pela Entidade, quando aplicável, onde constará o Edital de abertura de vaga e demais orientações legais.

b) Do Processo de Recrutamento, Seleção de Pessoal e Contratação:

2. O Processo de recrutamento e seleção de pessoal será dividido nas seguintes etapas:

2.1 Etapa I – Análise do *currículo vitae* frente aos requisitos mínimos exigidos pela vaga constante no Edital de Abertura de Vaga e convocação destes para participação no processo de avaliação.

2.2 Etapa II – A avaliação dos candidatos convocados na Etapa I será realizada, mediante pertinência técnica e juízo de conveniência do avaliador, conforme os procedimentos seguintes:

2.2.1 Aplicação de prova de conhecimentos específicos e situacionais.

2.2.2 Aplicação de prova de redação.

2.2.3 Avaliação psicológica: entrevistas, aplicação de testes psicológicos e dinâmicas de grupo.

2.3 Etapa III – Os candidatos aprovados na Etapa II do processo seletivo serão convocados para entrevista final.

2.4 Etapa IV – Preencherão as vagas disponíveis os candidatos aprovados na entrevista final, a critério da Organização Social.

2.4.1 O candidato deve respeitar o prazo informado para apresentação da documentação requerida, sob pena de perder a vaga.

	INSTITUCIONAL	RI.SEDE.002
REGULAMENTO/REGIMENTO INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	02/01/2019
Regulamento de Pessoal	Revisão:	01
	Data da Última Revisão:	01/08/2019
	Página:	3 de 7

2.4.2 Todos os candidatos aprovados constará no **Edital Relação de Aprovados**, constante na página: <http://www.insaude.org.br/trabalhe-conosco>.

2.4.3 A aprovação no processo seletivo não garante contratação compulsória, tampouco confere direito subjetivo a vaga, apenas qualifica o candidato ao perfil da vaga podendo, tal processo, servir para cadastro de candidatos potencialmente aptos.

Parágrafo Único: A critério da Organização Social e consoante a especificidade dos cargos a serem selecionados, as etapas anteriores poderão ser ampliadas ou reduzidas, para melhor adequação ao processo seletivo desses profissionais.

c) Das Cotas para Pessoas Portadoras de Deficiência

3. Será assegurado aos portadores de deficiência o direito de participação no Recrutamento e Seleção, de acordo com as proporções estabelecidas no art. 93 da Lei 8.213/91.

III – DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Art. 6 – A avaliação de desempenho de pessoal no processo de Gestão de Pessoas, ocorre considerando 02 (dois) momentos: **a)** avaliação de período de experiência, e **b)** avaliação de desempenho de competências.

a) Avaliação de Período de Experiência:

- I.** Essa avaliação está diretamente relacionada a adaptação do colaborador dentro da organização, são realizadas avaliações considerando os 05 (cinco) critérios de:
 - ✓ **Evolução Pessoal:** avaliação da evolução do colaborador quanto as habilidades, competências e atitudes identificadas durante a seleção, habilidades, competências e atitudes essas que estão diretamente relacionadas a descrição da vaga ocupada.

	INSTITUCIONAL	RI.SEDE.002
REGULAMENTO/REGIMENTO INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	02/01/2019
Regulamento de Pessoal	Revisão:	01
	Data da Última Revisão:	01/08/2019
	Página:	4 de 7

- ✓ **Assiduidade do Profissional:** observação do profissional durante o período de experiência, no contexto de atrasos e faltas que podem estar diretamente relacionados a falta de compromisso e de interesse pela entidade.
- ✓ **Comportamento no Ambiente de Trabalho e Relação Interpessoal:** avaliado o entrosamento com os colegas de trabalho; chefias, clientes e prestadores de serviços, principalmente a proatividade ao realizar suas atividades e seu interesse em aprender para desempenhá-las na busca da excelência.
- ✓ **Adaptação às Normas e à Cultura Organizacional:** nesse critério é observado o quanto o novo colaborador está adaptados e cumpre as normas, rotinas e políticas da instituição, bem como ele tem respeitado os valores e as regras de conduta da empresa.
- ✓ **Comprometimento:** está diretamente relacionado como é a qualidade da entrega e prazo de entrega das suas demandas e o interesse em aprender sobre novos assuntos.

II. A Avaliação de Período de Desempenho ocorre em duas fases:

- a. **1ª Avaliação– 45 (quarenta e cinco) dias após a data de contratação**
– O colaborador é avaliado considerando os 05 (cinco) critérios acima descritos, totalizando o resultado mínimo de 70 pontos.
- b. **2ª Avaliação – 85 (oitenta e cinco) dias após a data de contratação –**
Com base na 1ª Avaliação o gestor utilizará os mesmos 05 (cinco) critérios acima descritos para avaliar o colaborador, esse profissional deverá atingir a pontuação mínima de 70 pontos.
- c. **Plano de Ação para desenvolvimento** – Tanto na 1ª ou na 2ª Avaliação caso o colaborador não atinja a pontuação mínima de 70 pontos o gestor e o colaborador em conjunto devem definir um plano de ação para melhoria dos critérios considerados abaixo da nota mínima para desempenho.

b) Avaliação de Desempenho de Competências:

A Avaliação de Desempenho de Competências é uma ferramenta utilizada para acompanhar o desempenho dos colaboradores considerando a criticidade de suas

	INSTITUCIONAL	RI.SEDE.002
REGULAMENTO/REGIMENTO INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	02/01/2019
Regulamento de Pessoal	Revisão:	01
	Data da Última Revisão:	01/08/2019
	Página:	5 de 7

atividades, conforme descrito na “Descrição de Cargos” da sua função e “Metas” sob sua responsabilidade e tem o objetivo de apresentar o feedback do desempenho apresentado em um período de 12 (doze) meses.

IV – DOS CARGOS, SALÁRIOS E BENEFÍCIOS

Art. 7 - A estrutura dos cargos, salários e benefícios deverá observar as diretrizes fixadas pelo Conselho de Administração da Organização Social, as normas técnicas aplicáveis e a legislação trabalhista vigente, de tal sorte a assegurar remunerações compatíveis com as atividades exercidas pelos profissionais, pela competitividade do mercado, pela localização geográfica em que inserida a organização de saúde e por outras variáveis que impactarem as dimensões econômicas, administrativas e jurídicas, dentre outras.

V – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 8 - Os empregados serão admitidos sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada cargo/função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço.

Art. 9 - A admissão de ex-colaboradores da Organização Social somente poderá ocorrer após do decurso do prazo de 6 (seis) meses entre o desligamento e a readmissão, devendo referido profissional ser submetido ao processo seletivo supra descrito.

Art. 10 - É permitida a contratação de empresa especializada em recrutamento e seleção de pessoal, sempre que a demanda do processo seletivo estiver acima da condição operacional própria da Organização Social, seja pelo volume ou especificidade da(s) vaga(s) existentes.

Art. 11 - A abertura e fechamento de vagas é uma decisão da diretoria da Organização Social, bem como a especificação do perfil de cada vaga.

	INSTITUCIONAL	RI.SEDE.002
REGULAMENTO/REGIMENTO INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	02/01/2019
Regulamento de Pessoal	Revisão:	01
	Data da Última Revisão:	01/08/2019
	Página:	6 de 7

Art. 12 - Os candidatos aprovados na entrevista final e que não forem contratados em razão do número de vagas disponíveis, ficarão cadastrados no Banco de Currículos por um período de até 12 (doze) meses e poderão ser aproveitados quando do surgimento de novas oportunidades.

Art. 13 - Terá seu contrato de trabalho extinto o empregado que, dentre outras hipóteses legais ou regulamentares, não cumprir a jornada de trabalho, carga horária semanal, não apresentar bom desempenho em suas atividades profissionais ou não cumprir as metas estabelecidas.

Art. 14 - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Diretoria, com base nos princípios gerais de direito.

Art. 15 - Para fins do presente Regulamento consideram Diretoria o profissional contratado para administrar a Organização Social de Saúde na localidade da unidade de saúde.

Art. 16 - O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação e pode ser aditado ou retificado a exclusivo critério da Organização Social.

São Paulo, 01 de janeiro de 2019.

Este documento também passou por aprovação junto ao Conselho de Administração da Organização Social.

2. Aprovações e Histórico de Revisão:

Elaborado por: Gerência Administrativa	Verificado por: Diretor Jurídico Diretor de Operações	Aprovado por: Diretor Executivo
--	--	---

	INSTITUCIONAL	RI.SEDE.002
REGULAMENTO/REGIMENTO INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	02/01/2019
Regulamento de Pessoal	Revisão:	01
	Data da Última Revisão:	01/08/2019
	Página:	7 de 7

Histórico de Revisão:

00 – Implantação do Regimento Institucional de Contratação de Pessoal.
01 – Alterado o Art. 1, Art. 4, incluído o item III e o template deste documento.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	1 de 136

Sumário:

1. Objetivo	4
2. Organograma Institucional: Unidade Gerenciada	4
3. Hierarquias: A Estrutura Organizacional	5
4. Metodologia do Plano de Cargos e Salário	6
4.1. Descrição	6
4.2. Base	6
4.3. Procedimentos	6
4.4. Requisitos	7
4.5. Avaliação	7
4.6. Critério	7
4.7. Valor	7
4.8. Quadro	7
4.9. Competência	8
5. Descrição de Cargos e Funções	10
5.1 DIRETOR - GERAL: CBO/CIUO 88: 12102-11.10	10
5.2 DIRETOR ADMINISTRATIVO – FINANCEIRO – CBO/CIUO 88: 1231-10	12
5.3 DIRETOR CLÍNICO/TÉCNICO - CBO/CIUO 88: 1312-05	15
5.4 COORDENADOR CCIH/SCIH - CBO/CIUO 88:	18
5.5 ASSISTENTE / TÉCNICO DE ENFERMAGEMS SCIH/CCIH - CBO/CIUO 88:	20
5.6 CONTROLADOR DA QUALIDADE - CBO/CIUO 88: 3912-05	22
5.7 AUDITOR - CBO/CIUO 88: 2522-05	24
5.8 GESTOR DE PESSOAS - CBO/CIUO 88: 1422-05	25
5.9 ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS - CBO/CIUO 88: 2524-05	29
5.10 AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE RH - CBO/CIUO 88: 4110-05	32
5.11 ASSESSOR DE COMUNICAÇÃO - CBO/CIUO 88: 2611-10	33
5.12 QUALIDADE E SUPORTE - CBO/CIUO 88:	35
5.13 SUPERVISOR DE ATENDIMENTO AO CLIENTE - CBO/CIUO 88: 4201-35	37
5.14 RECEPCIONISTA - CBO/CIUO 88: 4221-05	40
5.15 TELEFONISTA - CBO/CIUO 88: 4222-05	43
5.16 AGENTE DE PORTARIA - CBO/CIUO 88: 5174-10	44

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	2 de 136

5.17	VIGILANTE - CBO/CIUO 88: 5174-20.....	47
5.18	TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO - CBO/CIUO 88: 3516-05.....	48
5.19	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA QUALIDADE - CBO/CIUO 88: 4110-05	51
5.20	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO - CBO/CIUO 88: 4110-10.....	53
5.21	PSICÓLOGO (A) HOSPITALAR - CBO/CIUO 88: 2515-20	56
5.22	ASSISTENTE SOCIAL - CBO/CIUO 88: 2516-05.....	57
5.23	ASSISTENTE SOCIAL SAC - CBO/CIUO 88: 2516-05.....	59
5.24	FISIOTERAPEUTA - CBO/CIUO 88: 2236-05	62
5.25	APOIO - CBO/CIUO 88:.....	64
5.26	AUXILIAR DE HIGIENE E LIMPEZA - CBO/CIUO 88: 5143-20	65
5.27	SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO - CBO/CIUO 88: 9501-10	66
5.28	AUXILIAR DE MANUTENÇÃO - CBO/CIUO 88: 5143-10.....	69
5.29	PEDREIRO - CBO/CIUO 88: 7152-10	70
5.30	ELETRICISTA - CBO/CIUO 88: 9511-05	72
5.31	PINTOR - CBO/CIUO 88: 7166-10.....	73
5.32	AUXILIAR DE LAVANDERIA - CBO/CIUO 88: 5163-45	74
5.33	NUTRICIONISTA CLÍNICO - CBO/CIUO 88: 2237-10.....	75
5.34	NUTRICIONISTA DE PRODUÇÃO - CBO/CIUO 88: 2237-10	77
5.35	AUXILIAR DE COZINHA - CBO/CIUO 88: 5135-05	78
5.36	COPEIRO DE HOSPITAL - CBO/CIUO 88: 5134-30	80
5.37	SUPERVISOR DE ALMOXARIFADO - CBO/CIUO 88: 4102-05	81
5.38	AUXILIAR DE ALMOXARIFADO - CBO/CIUO 88: 4141-05	83
5.39	ESTOQUISTA - CBO/CIUO 88: 4141-05.....	85
5.40	COORDENADOR DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL - CBO/CIUO 88: 1422-10	87
5.41	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE DEPARTAMENTO PESSOAL - CBO/CIUO 88: 4110-05	89
5.42	COORDENADOR DE LOGISTICA E SUPRIMENTOS - CBO/CIUO 88: 1416-15.....	90
5.43	COMPRADOR - CBO/CIUO 88: 3542-05.....	93
5.44	AUXILIAR DE COMPRAS - CBO/CIUO 88: 4110-05	96
5.45	FARMACÊUTICO - CBO/CIUO 88: 2234-05	99
5.46	FARMACÊUTICO RT - CBO/CIUO 88: 2234-05.....	100

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	3 de 136

5.47	AUXILIAR DE FARMÁCIA - CBO/CIUO 88: 5152-10	102
5.48	MOTORISTA - CBO/CIUO 88: 7823-10	106
5.49	SUPERVISOR DE T.I.	108
5.50	TÉCNICO DE INFORMÁTICA - CBO/CIUO 88: CBO 3172	110
5.51	GERENTE FINANCEIRO - CBO/CIUO 88: 1421-15	112
5.52	ANALISTA FINANCEIRO - CBO/CIUO 88: 2512-05	116
5.53	AUXILIAR FINANCEIRO - CBO/CIUO 88: 4131-10.....	120
5.54	CONTADOR - CBO/CIUO 88: 2522-10	122
5.55	AUXILIAR DE FATURAMENTO - CBO/CIUO 88: 4131-10.....	124
5.56	AUXILIAR DE PATRIMONIO - CBO/CIUO 88: 4102-20.....	125
5.57	GERENTE DE ENFERMAGEM - CBO/CIUO 88: 1312-05	127
5.58	ENFERMEIRO - CBO/CIUO 88: 2235-05	130
5.59	TÉCNICO DE ENFERMAGEM - CBO/CIUO 88: 1312-0.....	132
5.60	AUXILIAR DE ENFERMAGEM - CBO/CIUO 88: 3222-30	133
5.61	AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ENFERMAGEM - CBO/CIUO 88: 4110-05	135
6.	Aprovações e Histórico de Revisão.....	136

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	4 de 136

1. Objetivo

Estabelecer critérios para o gerenciamento e descrição dos cargos e funções de maneira breve as tarefas, deveres, as responsabilidades e competências necessárias, além dos critérios estabelecidos para o plano de cargos e salários.

2. Organograma Institucional: Unidade Gerenciada

N

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	5 de 136

3. Hierarquias: A Estrutura Organizacional

Esta tabela mostra os níveis de responsabilidade por decisões conforme a posição dos cargos na estrutura hierárquica da unidade.

Níveis organizacionais	Escopo decisório
1. Diretor-geral	<p>Definições estratégicas / objetivos globais.</p> <p>Este nível recebe orientação direta do mais alto escalão diretivo, geralmente Conselho de Acionistas ou proprietários. Tem a função de definir os rumos do negócio e políticas amplas para a empresa como um todo.</p>
2. Diretoria	<p>Definições de políticas / objetivos da área.</p> <p>Este nível recebe orientação da diretoria-geral, sendo responsável pela definição das políticas específicas para suas respectivas áreas de atuação.</p>
3. Gerência (Gestor ou Coordenador)	<p>Definições táticas / elaboração planos de ação.</p> <p>Elabora e acompanha os planos de ação. Este nível é responsável pela execução das políticas para seus respectivos departamentos ou divisões.</p>

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	6 de 136

4. Supervisão	Definições de programação / execução planos de ação.
5. Analistas	Nível responsável por uma sub-função de um departamento ou por uma atividade especializada.
6. Assistentes	Execução de tarefas (rotinas mais complexas). Nível responsável por tarefas que envolvam algum tipo de análise, seguindo um plano de trabalho bem definido e especializado.
7. Auxiliares	Execução das tarefas (rotinas simples). Nível responsável pela execução de tarefas, seguindo rotinas bem estabelecidas.

4. Metodologia do Plano de Cargos e Salário

4.1. Descrição

O plano de cargos e salários é a bússola decisória dos gestores com relação às promoções de colaboradores na instituição. Da mesma forma serve de estímulo aos profissionais para alcançarem seus objetivos de carreira.

4.2. Base

O plano de cargos e salários tem por base o estudo da faixa salarial da categoria e os níveis salariais de carreira.

4.3. Procedimentos

Para mudar de nível salarial e de carreira, todo colaborador será avaliado por seu superior imediato, gerente da área e pelo Gestão de Pessoas.



	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	7 de 136

4.4. Requisitos

Os seguintes requisitos são imprescindíveis para a avaliação, em ordem de prioridade:

- a) Histórico profissional na empresa
- b) Resultados das avaliações de desempenho
- c) Participação em treinamentos e qualificações externas e internas (Histórico NEP – Núcleo de Educação Permanente)
- d) Tempo na empresa
- e) Teste: nos casos das áreas assistenciais, como Enfermagem, os colaboradores passarão por teste técnico além dos requisitos acima citados.

4.5. Avaliação

Após análise dos resultados das avaliações e requisitos, fornece-se ao colaborador o feedback.

4.6. Critério

A mudança só é feita a partir de 6 (seis) meses de empresa e as alterações de níveis ocorrem a cada 1 (um) ano.

4.7. Valor

O salário é acrescido de porcentagem de cada nível sobre o valor recebido do cargo anterior.

4.8. Quadro

Abaixo, quadro dos níveis salariais e de carreira utilizado para a análise de promoção do colaborador:

Níveis Salariais de Carreira

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	8 de 136

Platô I		
Trainee	Salário inicial para admissão (menos de 1 ano de experiência).	Salário inicial
Júnior	Acréscimo ao salário inicial de acordo com análise do acompanhamento de desempenho pelos gestores.	5%
Pleno I	Acréscimo ao último salário conforme resultado acompanhamento de desempenho analisado pelos gestores.	5%
Pleno II	Acréscimo ao último salário conforme resultado acompanhamento de desempenho analisado pelos gestores.	5%
Platô II		
Sênior I	Acréscimo ao último salário conforme resultado acompanhamento de desempenho analisado pelos gestores.	8%
Sênior II	Acréscimo ao último salário conforme resultado acompanhamento de desempenho analisado pelos gestores.	10%
Master	Acréscimo ao último salário conforme resultado acompanhamento de desempenho analisado pelos gestores.	10%

Fonte: Banco Nacional de Empregos, www.bne.com.br, acessado em dezembro de 2008. Adaptada para necessidades e realidade da Unidade em maio/2019.

4.9. Competência

É a inteligência de transformar os conhecimentos, habilidades e atitudes em resultados.

C	H	A
Conhecimentos (Saber) São conhecimentos técnicos, escolaridades, especializações, etc. <u>Ex:</u> informática básica. MBA em projetos. Inglês avançado. oratória.	Habilidades (Saber Fazer) São as experiências da pessoa e as capacidades do indivíduo. <u>Ex:</u> andar de bicicleta. inteligência espacial. inteligência matemática. planejamento estratégico.	Atitudes (Saber Ser) Ter atitudes para atingir eficácia em relação aos conhecimentos e habilidades adquiridas. <u>Ex:</u> liderança. comunicabilidade. empatia. respeito. proatividade. detalhismo.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	9 de 136

Estas competências são organizadas em 3 modalidades:

- Competências essenciais:** são os atributos e traços pessoais necessários para todos os cargos e funções na instituição. Competências imprescindíveis a todos devido o código de conduta grupal definido pela empresa, de acordo com seus objetivos existenciais.
- Competências específicas:** são os atributos e traços pessoais necessários ao cargo e função desempenhada em dado setor da instituição.
- Competências gerenciais:** são os atributos e traços pessoais necessários ao cargo exercido de liderança.

MODELO DE QUADRO COMPETÊNCIAS

	ESSENCIAIS	ESPECÍFICAS	GERENCIAIS
CONHECIMENTO			
HABILIDADE			
ATITUDE			

MODELO DE TABELA SALARIAL

CARGO	Trainee	Junior	Pleno I	Pleno II	Pleno III	Senior I	Sênior II	Master

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	10 de 136

5. Descrição de Cargos e Funções

5.1 DIRETOR - GERAL: CBO/CIUO 88: 12102-11.10

- **Descrição Sumária do Cargo:**

O Diretor-geral, no mais alto nível da empresa. Dirigir o hospital buscando a manutenção e o pleno desenvolvimento da Organização. Elaborar o orçamento programa, bem como coordenar, controlar e avaliar operações, processos e normas, a fim de proporcionar condições de excelência ao paciente, acompanhante, funcionários e sociedade. Avaliar indicadores, pessoas, atividades e ainda motivar e liderar a equipe de funcionários do hospital, visando manter ou alterar a direção dos planos, assim como promover a união e capacitação da equipe. Desenvolver projetos internos e externos, buscar reduzir custos e despesas da organização, visando à captação de recursos e a melhoria do resultado econômico do hospital, alcançando resultados e objetivos traçados.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Preservar a aplicação de recursos.
- ✓ Recomendar tipos de investimentos a realizar.
- ✓ Verificar concorrentes.
- ✓ Definir requisitos de qualidade.
- ✓ Formular políticas, conforme a missão da empresa.
- ✓ Responder pelas ações da empresa junto a órgãos públicos.
- ✓ Apreciar relatórios setoriais.
- ✓ Avaliar resultados.
- ✓ Cobrar resultados.



	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	11 de 136

- ✓ Visitar feiras e exposições.
- ✓ Interagir com órgãos governamentais.
- ✓ Interagir com órgãos de classe.
- ✓ Participar de lançamentos de produtos.
- ✓ Participar de eventos sociais da empresa.
- ✓ Negociar soluções políticas.
- ✓ Apresentar ideias e inovações.
- ✓ Discutir resultados e suas correções com subordinados diretos.
- ✓ Assegurar a compreensão, implementação e manutenção da política de qualidade.
- ✓ Fornecer recursos para desenvolvimento de sistema de qualidade.
- ✓ Conceder entrevistas.

• **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Esta função é exercida por pessoas com escolaridade de nível superior. Podem participar de cursos de aperfeiçoamento durante a trajetória profissional.
- ✓ **Tempo de experiência:** No mínimo 5 anos trabalhando na mesma função.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior Completo • Demonstrar conhecimento de seu produto e serviço • Comunicação verbal em língua estrangeira • Noções de Planejamento • Técnicas de comunicação • Empreendedorismo • Técnicas de mediação • Técnicas de negociação • Noções de orçamento e finanças • Demonstrar cultura geral 	<ul style="list-style-type: none"> • Empatia • Trabalhar em equipe • Equilíbrio emocional • Administrar conflitos • Automotivação • Abertura para inovações • Tomada de decisão • Saber dialogar • Apresentar-se bem em público • Abertura para inovações • Automotivação • Administrar conflitos • Persuadir e convencer • Conduzir reuniões 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa • Objetividade • Comprometimento com a missão da empresa • Inovação • Interesse em atualização profissional • Autonomia • Pro atividade • Visão estratégica • Liderar por meio de exemplos • Suportar pressões do mercado • Tratamento respeitoso e cortês

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	12 de 136

Delegar	Reconhecimento pelo trabalho bem feito dos subordinadores
---------	---

5.2 DIRETOR ADMINISTRATIVO – FINANCEIRO – CBO/CIUO 88: 1231-10

• Descrição Sumária do Cargo:

Disseminar a qualidade como forma de gestão da organização. Elaborar o planejamento estratégico bem como coordenar, controlar e avaliar operações, processos e normas, a fim de proporcionar condições de excelência no atendimento prestado. Avaliar indicadores, atividades, rotinas, visando manter ou alterar a direção dos planos, em especial com relação à qualidade e estratégia institucional. Controlar administrativamente as relações com médicos, bem como, adequações de pagamentos e contratos. Gerenciar planos de ação, metas contratuais, treinamentos e ações de humanização da organização.

• Principais Atividades:

- ✓ Incentiva crescimento profissional.
- ✓ Formular Política de captação de talentos.
- ✓ Formular Política de benefícios.
- ✓ Negocia política salarial.
- ✓ Implementa política de desenvolvimento de recursos humanos.
- ✓ Promover funcionários.
- ✓ Consignar elogios a funcionários.
- ✓ Aplicar sanções disciplinares.
- ✓ Admitir e demitir funcionários.
- ✓ Define atribuições das gerências.
- ✓ Define critérios para recrutamento e seleção.
- ✓ Propõe políticas de treinamento e capacitação.
- ✓ Avalia resultados dos programas de treinamento e capacitação.
- ✓ Conduz atividades da área.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	13 de 136

- ✓ Participa da definição da política de informática.
- ✓ Supervisiona serviços de informática.
- ✓ Supervisiona serviços jurídicos.
- ✓ Supervisiona serviços de alimentação.
- ✓ Supervisiona serviços de comunicações.
- ✓ Supervisiona serviços de segurança.
- ✓ Supervisiona serviços de limpeza.
- ✓ Contrata serviços terceirizados.
- ✓ Participa de comissão diretora.
- ✓ Estabelece estrutura administrativa da empresa.
- ✓ Analisar informações financeiras e comerciais da empresa.
- ✓ Analisar contas a pagar e receber.
- ✓ Negociar com fornecedores.
- ✓ Identificar alternativas de financiamentos e aplicações.
- ✓ Efetuar ajustes no fluxo de caixa.
- ✓ Acompanhar índices da tesouraria.
- ✓ Negociar operações bancárias.
- ✓ Avaliar riscos de créditos.
- ✓ Analisar informações bancárias.
- ✓ Identificar alternativas de políticas fiscal e tributária.
- ✓ Acompanhar operações do mercado financeiro.
- ✓ Acompanhar operações de câmbio.
- ✓ Acompanhar operações de mercado de capitais.
- ✓ Autoriza despesas.
- ✓ Examina balanço da empresa.
- ✓ Assinar cheques.
- ✓ Definir critérios orçamentários.
- ✓ Estabelecer parâmetros sub orçamentários.
- ✓ Coordenar a elaboração dos sub orçamentos por área.



	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	14 de 136

- ✓ Consolidar orçamentos por áreas.
- ✓ Acompanhar execução orçamentária.
- ✓ Reavaliar orçamento.
- ✓ Implementar ações corretivas.
- ✓ Elaborar relatórios gerenciais.
- ✓ Definir política de compras.
- ✓ Definir critérios de armazenagem.
- ✓ Estruturar processos de logística.
- ✓ Supervisionar serviço de manutenção.
- ✓ Supervisionar implantação de novos projetos.
- ✓ Supervisionar controle físico do patrimônio.
- ✓ Autorizar compras.
- ✓ Analisar relatórios contábeis.
- ✓ Analisar balancetes.
- ✓ Analisar balanço anual.
- ✓ Acompanhar a legislação tributária e fiscal.
- ✓ Coordenar auditoria interna.
- ✓ Coordenar informações cadastrais da empresa.
- ✓ Propor critérios de distribuição de resultados.
- ✓ Contratar auditoria externa.
- ✓ Analisar relatório de auditoria externa.
- ✓ Monitorar indicadores contábeis, econômicos e financeiros.
- ✓ Elaborar política de investimentos.
- ✓ Promover estudos e análises econômico-financeiras.
- ✓ Reavaliar planejamento financeiro.
- ✓ Acompanhar conjuntura econômica.
- ✓ Monitorar indicadores de desempenho operacional.

• **Requisitos:**

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	15 de 136

- ✓ **Formação:** Esta função é exercida por pessoas com escolaridade de nível superior. Podem participar de cursos de aperfeiçoamento durante a trajetória profissional.
- ✓ **Tempo de experiência:** No mínimo 3 anos trabalhando na mesma função.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior em Administração com especialização em Administração Hospitalar • Técnicas de comunicação • Noções de Planejamento • Gestão de Saúde Pública • Matemática financeira • Planejamento estratégico • MSOFFICE (Excel, Word, Outlook, Power Point) 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar conflitos • Capacidade de síntese • Equilíbrio emocional • Trabalhar em equipe • Gerenciar equipes • Conduzir reuniões • Apresentar-se em público • Comunicação • Liderança • Capacidade de argumentar 	<ul style="list-style-type: none"> • Agir com criatividade • Autonomia • Capacidade estratégica • Trabalhar com disciplina • Delegar responsabilidades. • Capacidade de observação • Autôcontrole • Flexibilidade • Demonstrar liderança • Empreendedorismo • Manter-se atualizado

5.3 DIRETOR CLÍNICO/TÉCNICO - CBO/CIUO 88: 1312-05

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Planejar, coordenar, implantar e avaliar a execução dos procedimentos médicos visando promover, preservar, recuperar e reabilitar a saúde individual ou coletiva nas diversas unidades, assegurando assistência médica humanizada e de qualidade. Será responsável pelo funcionamento da instituição e supervisão da coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento que a ele ficam subordinados hierarquicamente.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Elaborar planejamento estratégico visando melhoria contínua do atendimento prestado pelo corpo clínico do Hospital.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	16 de 136

- ✓ Participar e evidenciar os treinamentos e documentações voltadas aos processos da Gestão Pró Saúde (Programas da Qualidade).
- ✓ Organizar e controlar as atividades de cada unidade médica assistencial, responsabilizando-se pelo funcionamento técnico do serviço médico.
- ✓ Assegurar o exercício da correta prática médica do Hospital, conforme técnicas legais e administrativas vigentes.
- ✓ Estabelecer e fazer cumprir o regimento das clínicas médicas, procedimentos de gestão e instruções de trabalho.
- ✓ Analisar informações levantadas pelas Unidades Médicas Assistenciais para composição da prestação de contas mensal conforme exigências contratuais e padrões internos.
- ✓ Manter contato com os responsáveis pelas Unidades Médicas Assistenciais do Hospital e avalia periodicamente o desempenho dos mesmos, compatibilizando finalidade e resultado.
- ✓ Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, bem como assegurar condições dignas de trabalho e meios indispensáveis a prática médica, visando o melhor desempenho do corpo clínico e demais profissionais de saúde em benefício à população usuária da instituição.
- ✓ Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das comissões de Ética médica.
- ✓ Informar a Diretoria da Instituição das irregularidades que se relacionem com ordem, asseio e disciplina hospitalar.
- ✓ Executar e atender orientações da Instituição.
- ✓ Representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras quando exigirem a legislação em vigor.
- ✓ Manter perfeito relacionamento com os membros do corpo clínico da instituição.
- ✓ Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno do corpo clínico da instituição.
- ✓ Convocar e dirigir reuniões periódicas com sua equipe direta, registrando todas as decisões em ata.
- ✓ Apresentar relatório mensal das atividades realizadas à Diretoria Geral.
- ✓ Promover, orientar, supervisionar e incentivar atividades de ensino e pesquisa.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	17 de 136

- ✓ Estabelecer e avaliar sistemas de controle do corpo clínico, material e equipamentos da área médica.
- ✓ Dimensionar e avaliar recursos humanos necessários ao atendimento médico nas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário.
- ✓ Dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição.
- ✓ Orientar no desenvolvimento dos controles administrativos, técnicos, operacionais e éticos sobre as atividades do corpo clínico.
- ✓ Participar e orientar política de padronização de materiais e equipamentos que envolvam os serviços médicos, incentivando e orientando as emissões de laudos técnicos.
- ✓ Manter sistemas de avaliação contínua através da elaboração de instrumentos próprios, visando medir o desempenho da equipe médica e qualidade da assistência prestada aos usuários.
- ✓ Integrar e participar de comissões que venham a ser criadas, sempre que os assuntos forem pertinentes à área médica.
- ✓ Incentivar e colaborar com programas que visem à prevenção de doenças.
- ✓ Gerenciar, divulgar e fazer cumprir as escalas de plantão da equipe médica.
- ✓ Promover, incentivar e facilitar a participação da equipe médica em eventos científicos que contribuam com o processo de capacitação profissional.
- ✓ Atender a convocação dos poderes públicos competentes sempre que solicitado para prestar informações, fornecer pareceres e informações para expedientes e processos relativos à medicina.
- ✓ Pesquisar e emitir parecer sobre novos serviços a serem implantados no Hospital quando os mesmos envolverem a área médica.
- ✓ Participar do processo de seleção dos prestadores de serviços médicos a partir do perfil traçado junto à Diretoria Geral.
- ✓ Participar e Incentivar a participação nas atividades oferecidas pelos recursos humanos, através da atribuição de normas ou do incentivo para eventos e treinamentos que venham a qualificar e motivar os colaboradores no ambiente de trabalho, visando criar clima organizacional e motivacional nas equipes.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	18 de 136

- **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Superior em Medicina/ Registro ativo e regular CRM.
- ✓ **Tempo de experiência:** 04 anos em Clínica 03 anos em Cargo de Gestão/ liderança.
- ✓ **Conhecimentos específicos:** Gestão de Saúde Pública conhecimento em Planejamento Estratégico, conhecimento em MSOFFICE (Excel, Word, Outlook, Power Point).

- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior em Medicina • Gestão em Saúde Pública • Planejamento Estratégico • Técnicas de comunicação • MSOFFICE (Excel, Word, Outlook, Power Point). 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de comunicação • Trabalhar em equipe • Tomada de decisão • Capacidade analítica • Acolher opiniões • Autodesenvolvimento • Delegar 	<ul style="list-style-type: none"> • Visão estratégica • Empatia • Demonstrar liderança • Demonstrar flexibilidade • Capacidade de observação • Capacidade de síntese • Manter-se atualizado • Autonomia • Cooperativismo

5.4 COORDENADOR CCIH/SCIH - CBO/CIUO 88:

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Planejar a assistência de enfermagem e prestar cuidados complexos, como assistência ao paciente semicrítico e crítico, dando ênfase aos procedimentos do CCIH/SCIH.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Conhecer e divulgar a missão, visão, valores e políticas internas do Hospital.
- ✓ Incentivar o trabalho em equipe nos relacionamentos entre médicos, pares, colaboradores e demais profissionais visando a harmonia, ética e cooperação no trabalho.
- ✓ Prover o setor de todo material de apoio e equipamentos de proteção individual e coletivo necessários para a realização do serviço com segurança para o trabalhador.
- ✓ Elaborar as normas e rotinas de Enfermagem e de desinfecção e esterilização.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	19 de 136

- ✓ Fornecer parecer técnico de materiais médico-hospitalares que dizem respeito ao Controle de Infecção Hospitalar, quando solicitado.
- ✓ Realizar levantamento, condensação e divulgação das Notificações de Infecção às clínicas produtoras de dados e manter análise sistemática dos mesmos, para diagnosticar elevações anormais dos índices.
- ✓ Proceder ao levantamento epidemiológico, quando houver justificativa (surto de infecção hospitalar, elevação anormal dos índices, caso de infecção cruzada entre outros).
- ✓ Realizar Busca Ativa e a revisão das Fichas de Busca Ativa dos casos de Infecção Hospitalar.
- ✓ Proceder em conjunto com o médico infectologista às recomendações de isolamento para os pacientes com infecções transmissíveis.
- ✓ Participar do processo de integração para orientação dos novos contratados no Hospital.
- ✓ Ministras cursos e palestras a todos os membros diretamente envolvidos nas atividades hospitalares para as questões de Controle de Infecção hospitalar.
- ✓ Atuar em conjunto com Setor de Segurança do Trabalho para orientação e treinamento de colaboradores.
- ✓ Convocar reuniões extraordinárias quando necessário.
- ✓ Promover reuniões periódicas em todos os setores sobre assuntos referentes ao Controle de Infecção Hospitalar tais como: medidas de isolamento e o uso de antimicrobianos.
- ✓ Administrar o desempenho da equipe sob sua responsabilidade.
- ✓ Analisar o fluxo de trabalho em conjunto com a equipe atualizando os procedimentos quando necessário.
- ✓ Planejar e participar de programas de educação continuada própria e da equipe.
- ✓ Participar de comissões técnicas multidisciplinar contribuindo com o seu conhecimento.
- ✓ Elaborar, analisar e administrar os indicadores de qualidade em sua área de atuação.
- ✓ Realizar atividades administrativas relativas ao cargo como organização e digitação de documentos, preenchimento de formulários, elaboração de relatórios gerenciais, pareceres, estatísticas, fluxogramas e procedimentos de trabalho.
- ✓ Cumprir o Código de Ética Profissional do Enfermeiro.
- ✓ Representar a empresa em processos judiciais quando solicitado.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	20 de 136

- ✓ Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade.
- ✓ Manter limpo e organizado o seu setor de trabalho.
- ✓ Orientar a equipe para cumprir e fazer cumprir políticas, normas, regulamento e/ou regimento interno do hospital.

• **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Curso Superior completo de Enfermagem em Instituição reconhecida pelo MEC; Ter COREN ativo como enfermeiro com especialização em CCIH.
- ✓ **Tempo de experiência:** Mínimo de 06 meses em clínicas e/ou hospitais.
- ✓ **Conhecimentos Específicos:** Conhecimento específico em infecção hospitalar. Responsável pela busca ativa de pacientes auxiliando no controle dos índices de infecção do hospital.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Formação superior em Enfermagem regulamentada pela Lei nº 2.604/1955 • Conhecimento técnico da área • Planejamento Estratégico • MSOFFICE (Excel, Word, Outlook, Power Point). • Técnicas de comunicação • Comunicação interpessoal 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação • Trabalhar em equipe • Tomada de decisão • Observar • Poder de síntese • Ter visão sistêmica 	<ul style="list-style-type: none"> • Visão estratégica • Flexibilidade • Demonstrar liderança • Autocontrole • Capacidade de observação • Cooperativismo • Comportamento ético

5.5 ASSISTENTE / TÉCNICO DE ENFERMAGEMS SCIH/CCIH - CBO/CIUO 88:

• **Descrição Sumária do Cargo:**

Realizar vigilância epidemiológica dos pacientes internados.

• **Principais Atividades:**

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	21 de 136

- ✓ Cooperar na elaboração de normas e rotinas de Enfermagem e de desinfecção e esterilização.
- ✓ Organizar informações coletadas do levantamento, condensação e divulgação das Notificações de Infecção.
- ✓ Auxiliar nos procedimentos de levantamento epidemiológico.
- ✓ Atuar em conjunto com Setor de Segurança do Trabalho para orientação e treinamento de colaboradores.
- ✓ Participar de reuniões periódicas em todos os setores sobre assuntos referentes ao Controle de Infecção Hospitalar tais como: medidas de isolamento e o uso de antimicrobianos.
- ✓ Analisar o fluxo de trabalho em conjunto com a coordenação atualizando os procedimentos quando necessário.
- ✓ Participar de programas de educação continuada.
- ✓ Participar de comissões técnicas multidisciplinar contribuindo com o seu conhecimento.
- ✓ Administrar os indicadores de qualidade em sua área de atuação.
- ✓ Realizar atividades administrativas relativas ao cargo como organização e digitação de documentos, preenchimento de formulários, elaboração de relatórios gerenciais, pareceres, estatísticas, fluxogramas e procedimentos de trabalho.
- ✓ Incentivar o trabalho em equipe nos relacionamentos entre médicos, pares, colaboradores e demais profissionais visando a harmonia, ética e cooperação no trabalho.
- ✓ Cumprir o Código de Ética Profissional de Enfermagem.
- ✓ Representar a empresa em processos judiciais quando solicitado.
- ✓ Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade.
- ✓ Manter limpo e organizado o seu setor de trabalho.
- ✓ Orientar a equipe para cumprir e fazer cumprir políticas, normas, regulamento e/ou regimento interno do hospital.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Técnico em Enfermagem em Instituição reconhecida pelo MEC.
 - ✓ **Tempo de experiência:** Mínimo de 06 meses em clínicas e/ou hospitais.
- **Competências:**

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	22 de 136

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> Formação superior em Enfermagem regulamentada pela Lei nº 2.604/1955 Conhecimento técnico da área. Redação e língua portuguesa MSOFFICE (Excel, Word, Outlook, Power Point). Técnicas de comunicação 		<ul style="list-style-type: none"> Comunicação Ter visão sistêmica Redigir Trabalhar em equipe

5.6 CONTROLADOR DA QUALIDADE - CBO/CIUQ 88: 3912-05

• Descrição Sumária do Cargo:

É responsável pelo controle de qualidade vinculada à clientes, fornecedores e empresa é a auditoria que é vinculada a todos os processos da empresa.

• Principais Atividades:

- ✓ Conferir documentos de recebimentos de matérias primas.
- ✓ Verificar o local de recebimento, de acordo com as características das matérias primas.
- ✓ Avaliar condições de descarregamento.
- ✓ Selecionar instrumentos e ferramentas de trabalho.
- ✓ Conferir especificações de matérias primas.
- ✓ Registrar matérias primas não-conformes.
- ✓ Atualizar controles de recebimentos.
- ✓ Selecionar área para armazenamento.
- ✓ Verificar condições de higiene e limpeza dos locais de armazenamento.
- ✓ Identificar local de armazenamento.
- ✓ Identificar matéria prima com endereço de armazenamento.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	23 de 136

- ✓ Solicitar armazenamento de matérias primas.
- ✓ Verificar limite máximo da capacidade de armazenamento.
- ✓ Controlar condições ambientais no processo.
- ✓ Coletar amostras.
- ✓ Enviar amostras para análises.
- ✓ Verificar condições de uso de ferramentas e instrumentos.
- ✓ Realizar inspeções e ensaios.
- ✓ Analisar relatórios de controle de processos.
- ✓ Monitorar cumprimento de normas e procedimentos.
- ✓ Informar pessoas responsáveis, sobre produtos e serviços não-conformes.
- ✓ Verificar especificações do produto, conforme padrão.
- ✓ Conferir condições de transporte, higiene, disponibilidade tempo.
- ✓ Atender prazos legais e técnicos, para liberação do produto e serviço.
- ✓ Emitir liberação do produto e serviço.
- ✓ Implementar ações corretivas de reclamações de mercado.
- ✓ Inspeccionar condições de higiene e limpeza.
- ✓ Manusear instrumentos e ferramentas de trabalho, com segurança.
- ✓ Comunicar condições inseguras de trabalho.
- ✓ Solicitar ações preventivas e corretivas, em relação à segurança.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino Superior completo.
 - ✓ **Experiência:** No mínimo 2 anos na função.
 - ✓ **Conhecimentos específicos:** Manusear microcomputadores, operar equipamentos de laboratórios e aplicar ferramentas da qualidade.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino superior completo 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe. • Planejar 	<ul style="list-style-type: none"> • Agilidade de raciocínio • Agir com responsabilidade

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	24 de 136

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Manusear microcomputadores • Aplicar ferramentas da qualidade • Operar equipamentos de laboratórios | <ul style="list-style-type: none"> • Observar • Tomada de decisão • Capacidade analítica | <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de atenção • Comprometimento • Demonstrar dinamismo • Cooperativismo • Manter credibilidade |
|---|---|--|

5.7 AUDITOR - CBO/CIUO 88: 2522-05

• Descrição Sumária do cargo:

Programar e executar auditorias em todas as áreas da empresa, visando assegurar a correta aplicação das normas internas da empresa, nas áreas administrativas e operacionais, bem como a aplicação de leis, instruções normativas e outros dispositivos legais.

• Principais Atividades:

- ✓ Analisar processos, rotinas, organização do trabalho e controles operacionais, visando identificar oportunidades para melhorar a produtividade e eficiência do trabalho, através de sugestões e orientação às diversas áreas da empresa.
- ✓ Verificar os livros contábeis, fiscais e auxiliares da empresa, examinando os registros efetuados, para apurar a correspondência dos lançamentos com os documentos que lhes deram origem.
- ✓ Investigar as operações contábeis e financeiras realizadas, verificando cheques, recibos, faturas, notas fiscais e outros documentos, para comprovar a exatidão das mesmas.
- ✓ Analisar os custos dos impostos, visando identificar oportunidades para redução da carga tributária.
- ✓ Realizar auditorias na área do Almoxarifado/ depósito, verificando a movimentação de materiais e realizando inventários para confronto dos dados físicos com os controles internos e a contabilidade.
- ✓ Realizar auditorias na área operacional / de produção, verificando quadro de pessoal, rotinas e procedimentos, fazendo as recomendações necessárias para melhor produtividade do trabalho e qualidade do produto / serviço.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	25 de 136

- ✓ Preparar relatórios parciais e globais da auditoria realizada, assinalando as eventuais falhas encontradas e certificando a real situação patrimonial, econômica e financeira da empresa, para fornecer a seus dirigentes ou acionistas os subsídios contábeis necessários à tomada de decisões.
- ✓ Realizar auditorias específicas para apurar possíveis irregularidades contábeis ou nos procedimentos internos da empresa.
- ✓ Realizar inventários de estoques, fazendo o confronto do estoque físico com os registros contábeis, visando a elaboração de balanços e identificar e corrigir irregularidades ou divergências.
- ✓ Analisar os custos de manutenção e de transportes, avaliando sua compatibilidade com a utilização dos equipamentos e volume dos serviços prestados.
- **Requisitos:**
 - ✓ Formação: Superior em Economia.
 - ✓ Tempo de experiência: No mínimo 2 anos na função.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior em Economia • Conhecer outras línguas • Conhecimentos básicos de informática • Noções de planejamento • Conhecimentos em elaboração de relatórios • Noções de Legislação 	<ul style="list-style-type: none"> • Planejar • Analisar criteriosamente • Capacidade analítica • Trabalhar em equipe • Objetividade • Atenção • Comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Agir eticamente • Agir de forma educada • Agir com discrição • Falar corretamente • Agir com dinamismo • Manter-se atualizado • Guardar sigilo • Raciocinar logicamente • Manter-se atualizado • Demonstrar flexibilidade • Cooperativismo

5.8 GESTOR DE PESSOAS - CBO/CIUO 88: 1422-05

- **Descrição Sumária do Cargo:**

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	26 de 136

Gerir as atividades da área de Recursos Humanos, assegurando a implantação de programas de benefícios aos colaboradores, programas de Treinamentos e desenvolvimento de Pessoal, Cargos e salários, oferecendo as ferramentas mais adequadas para que a empresa possa recrutar, treinar, desenvolver e motivar os recursos humanos necessários ao seu crescimento.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Participar e Incentivar a participação nas atividades oferecidas pelos recursos humanos, através da atribuição de normas ou do incentivo para eventos e treinamentos que venham a qualificar e motivar os colaboradores no ambiente de trabalho, visando criar clima organizacional e motivacional nas equipes.
- ✓ Definir e supervisionar as políticas de Recursos Humanos e sua forma de atuação junto à Diretoria.
- ✓ Participar e evidenciar os treinamentos e documentações voltadas aos processos da Gestão Pró Saúde (Programas da Qualidade).
- ✓ Elaborar, acompanhar e controlar o orçamento programa, realizar eventos, campanhas e programas motivacionais.
- ✓ Responsabilizar-se pelas emissões de novos contratos, pedido de alteração e cancelamento dos contratos de estágio, bem como pelo controle dos prazos de validade.
- ✓ Supervisionar e Definir fontes de recrutamento interno e externo, através da análise das fontes disponíveis, verificando as que atendam às necessidades de contratação do Hospital, com o objetivo de garantir o bom andamento dos processos seletivos.
- ✓ Supervisionar o processo de recrutamento e seleção de pessoal, visando assegurar as competências técnicas e comportamentais dos colaboradores contratados.
- ✓ Emitir parecer psicológico de candidatos, por meio de análise dos testes aplicados em candidatos, visando auxiliar na definição de contratação ou não do candidato.
- ✓ Elaborar, acompanhar e controlar o orçamento programa, mediante a previsão das despesas do serviço.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	27 de 136

- ✓ Contratar prestadores de serviços para eventos internos, através de cotações, fechamento de contratos e acompanhamento da execução dos serviços, a fim de atender às necessidades requisitadas.
- ✓ Realizar eventos, campanhas e/ou programas motivacionais e de qualidade de vida, bem como desenvolver novos benefícios, mediante efetivação das atividades pré-estabelecidas e/ou de seu acompanhamento, como também pesquisa de novos tipos de benefícios e seus fornecedores, analisando propostas, negociando contratos e realizando a devida implantação, buscando motivar e melhorar a qualidade de vida dos colaboradores.
- ✓ Supervisionar as atividades administrativas do RH, através da transmissão das orientações necessárias, bem como do acompanhamento da realização e finalização das atividades, objetivando garantir o bom funcionamento do serviço.
- ✓ Divulgar, implantar e acompanhar a Lei 11097 (Lei da Aprendizagem), mediante análise do quadro funcional do Hospital, estabelecendo a cota e orientando seus diretores a fim de que realizem a contratação, buscando garantir o cumprimento da lei 11.097.
- ✓ Acompanhar implantação e manutenção do plano de cargos e salários, apoiando as ações de consultoria externa, por meio da realização de tarefas pré-estabelecidas, visando garantir a realização do projeto.
- ✓ Supervisionar a integração de novos funcionários, através da orientação quanto aos benefícios fornecidos, o histórico da entidade, bem como fornecimento de material ilustrativo e apresentação das instalações, setores e colaboradores do hospital, buscando orientar e Integrar o novo colaborador.
- ✓ Desenvolver e implantar novos projetos de gestão de pessoas, por meio da elaboração e estrutura do projeto de acordo com a aprovação da Diretoria Geral do hospital, objetivando melhorias internas.
- ✓ Elaborar e realizar plano de treinamento, através do levantamento das necessidades de treinamento de cada serviço/unidade, bem como da contratação dos cursos/treinamentos necessários, a fim de melhorar a qualificação e promover a capacitação dos colaboradores.
- ✓ Supervisionar contratos de estágio, mediante orientação e acompanhamento do vencimento e renovação dos contratos da Sede Administrativa, visando manter os contratos ativos.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	28 de 136

- ✓ Elaborar material informativo, através do desenvolvimento de cartas, ofícios, e-mails, bem como manuais e outros materiais que se fizerem necessário, buscando divulgar informações pertinentes aos colaboradores.
- ✓ Controlar as avaliações do período de experiência de novos colaboradores, através do acompanhamento da entrega e devolução dos formulários, como também da análise de seu preenchimento, com o objetivo de verificar a adaptação do novo colaborador e se precaver quanto à necessidade de substituição do mesmo.
- ✓ Supervisionar processo de admissão, mediante orientação quanto aos prazos para exame admissional, entrega de documentos e data de início, bem como da conferência e recepção da documentação, visando encaminhar ao Departamento Pessoal.
- ✓ Acompanhar o cronograma dos treinamentos, desenvolver, estruturar e ministrar cursos e treinamentos, a partir de levantamento de necessidades, ou solicitação dos gestores.
- ✓ Elaborar e implementar programas de treinamento e desenvolvimento gerencial/técnico/comportamental, visando assegurar o constante aprimoramento do desempenho e motivação dos recursos humanos.
- ✓ Definir critérios, procedimentos de gestão e instruções de trabalho.
- ✓ Contribuir com recomendações para a definição das políticas de remuneração e benefícios do hospital, coordenando a administração de cargos, visando a assegurar o equilíbrio interno e a competitividade externa.
- ✓ Desenvolver novos projetos, ações motivacionais, comunicação, mediação de conflitos e monitoração do clima organizacional.
- ✓ Manter controles e relatórios analíticos sobre a evolução do quadro e custos de pessoal e outras ocorrências relevantes.
- ✓ Prestar apoio técnico a todas as áreas da empresa nos assuntos relacionados à educação, treinamento e desenvolvimento, visando melhorar a capacitação dos recursos humanos para atingir objetivos e metas estabelecidas.
- ✓ Executar outras atividades correlatas às descritas, a critério de seu superior ou da demanda do Hospital.

• **Requisitos:**

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	29 de 136

- ✓ **Formação:** Psicologia ou administração ou áreas ligadas à Gestão de Pessoas.
- ✓ **Tempo de Experiência:** Mínimo de 3 anos na função de Gerente/Gestor de R.H.
- ✓ **Conhecimentos específicos:** Conhecimento em coordenação de equipe multidisciplinar em Gestão de Pessoas (R.&S, T&D, Sistemas de avaliação (competências e potencial), Cargos e Salários, Programas Motivacionais, e outros), conhecimento em pacote office. Conhecimento em sistemas de Gestão informatizados.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Curso em Psicologia ou administração ou áreas ligadas à Gestão de Pessoas • Conhecimento em coordenação de equipe multidisciplinar em Gestão de Pessoas (R.&S, T&D, Sistemas de avaliação (competências e potencial) • Cargos e Salários • Programas Motivacionais • Pacote office. • Sistemas de Gestão informatizados. • Técnicas de comunicação • Técnicas de resolução de conflitos • Coaching • Técnicas de mediação 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar conflitos • Tomada de decisão • Acolher opiniões • Trabalho em equipe • Observar • Planejar • Negociar • Capacidade analítica • Comunicação • Gerenciar equipes 	<ul style="list-style-type: none"> • Empatia • Cooperativismo • Proatividade • Reciclar-se constantemente • Demonstrar assertividade • Transformar-se em agente de mudança • Desempenhar papel facilitador • Demonstrar ética profissional • Demonstrar capacidade empreendedora • Inter-relacionamento interpessoal • Visão estratégica

5.9 ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS - CBO/CIUO 88: 2524-05

• **Descrição Sumária do Cargo:**

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	30 de 136

Definir em alinhamento com a Gerência as melhores soluções na área de Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal acompanhando os resultados e indicadores dos processos inerentes.

• **Principais Atividades:**

- ✓ Realizar os processos seletivos do Hospital.
- ✓ Contatar o requisitante da vaga para levantamento e/ou ajuste de perfil profissional a ser contratado.
- ✓ Definir junto ao requisitante as fontes de recrutamento interno e externo a serem utilizadas no preenchimento das vagas.
- ✓ Realizar entrevistas, dinâmicas de grupo e elaborar laudos psicológicos.
- ✓ Controlar as vagas abertas, candidatos participantes e cumprimento dos prazos de admissão.
- ✓ Realizar integração de novos funcionários juntamente com o NEP.
- ✓ Cumprir a programação de datas comemorativas juntamente com o NEP, conforme calendário, organizando os eventos internos propostos.
- ✓ Auxiliar na realização de cursos internos e externos do Hospital.
- ✓ Auxiliar nas campanhas educacionais (Palestras, Workshops, eventos.).
- ✓ Auxiliar na elaboração, implantação e controle dos projetos, tais como: Plano de Treinamento Corporativo, Avaliação de Desempenho, Comunicação Interna, Pesquisa de Clima, Avaliação de Experiência e outros que venham a ser implementados.
- ✓ Manter arquivo geral das atividades realizadas munindo a Gerência de informações de controle periodicamente.
- ✓ Auxiliar na implantação de banco de currículos e cuidar da manutenção do mesmo.
- ✓ Realizar entrevista de desligamento com todos os colaboradores desligados, reunindo as informações colhidas em relatório qualitativo e quantitativo.
- ✓ Divulgar, orientar e monitorar o cumprimento das Políticas de Recursos Humanos por todo Hospital, nos processos de admissão, integração, treinamento, avaliação e demissão.
- ✓ Participar, elaborar e ministrar treinamento interno quando necessário.
- ✓ Elaborar e acompanhar os índices de controle e produtividade da área de Recursos Humanos.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	31 de 136

- ✓ Desenvolver Projetos de Recursos Humanos com base na Gestão por Competências.
- ✓ Coordenar os processos de Avaliação de Experiência, Desempenho, entre outras.
- ✓ Acompanhar a Pesquisa de Clima Corporativa, implantando medidas de melhoria.
- ✓ Colaborar com as demais Instruções dos Serviços de RH sempre que necessário.

• **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino Superior em Psicologia
- ✓ **Tempo de Experiência:** Mínimo 3 anos em Recursos Humanos
- ✓ **Conhecimentos específicos:**
 - **Indispensável:** Conhecimento em R& S com experiência na aplicação e análise de testes e elaboração de laudo psicológico. Realização de dinâmicas de grupo. Conhecimento em Pacote Office.
 - **Desejável:** vivência em outras rotinas de R.H como por exemplo: Avaliação de Desempenho, Integração de Funcionários, Entrevista de Desligamento, Pesquisa de Clima, Campanhas Motivacionais, e outros.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Curso em Psicologia • Conhecimento em R& S com experiência na aplicação e análise de testes e elaboração de laudo psicológico. • Conhecimentos em dinâmicas de grupo • Pacote Office. • Avaliação de Desempenho • Integração de Funcionários • Entrevista de Desligamento • Campanhas motivacionais • Pesquisa de Clima 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Planejar • Autodesenvolvimento • Comunicação • Administrar conflitos • Persuasão • Visão sistêmica • Feedback 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar flexibilidade • Demonstrar iniciativa • Empatia • Pro atividade • Negociar com funcionários • Inter-relacionamento pessoal • Agir com diplomacia • Analisar criticamente • Cooperativismo • Agir com dinamismo

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	32 de 136

5.10 AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE RH - CBO/CIUO 88: 4110-05

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Apoiar as atividades de Recursos Humanos, no que se refere ao Recrutamento e Seleção, treinamentos e eventos, admissão de pessoal, digitação de documentos inerentes ao serviço e acompanhamento de programas implantados pelo RH.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Auxiliar na realização de eventos de responsabilidade do Recursos Humanos.
- ✓ Manter arquivo geral das atividades realizadas.
- ✓ Auxiliar em todo apoio logístico na realização de treinamentos internos.
- ✓ Executar as atividades planejadas e programadas pelo Analista e Gerente.
- ✓ Elaborar material didático de apoio aos treinandos, bem como relatórios das atividades realizadas.
- ✓ Tabular resultados dos treinamentos.
- ✓ Auxiliar programas de Ações Motivacionais.
- ✓ Entregar formulários, convites e solicitações aos demais Serviços do Hospital.
- ✓ Auxiliar nos processos seletivos realizando divulgação de vagas, triagem de currículos de acordo com o perfil do cargo, agendamento de entrevistas, e encaminhar retorno aos candidatos referente ao encerramento dos processos seletivos.
- ✓ Arquivar os currículos e demais documentos pertinentes.
- ✓ Agendar exames admissionais (médico e laboratorial), controlar a realização dos mesmos e a entrega dos resultados.
- ✓ Recolher e conferir documentos para admissão e encaminhar ao Departamento de Pessoal.
- ✓ Atendimento a candidatos e colaboradores (pessoal e por telefone) para esclarecer dúvidas e passar orientações conforme Políticas de Recursos Humanos vigentes.
- ✓ Colaborar com as demais Instruções dos Serviços de RH sempre que necessário.

- **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino médio completo.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	33 de 136

✓ **Tempo de experiência:** Acima de 01 ano na função.

✓ **Conhecimentos específicos:**

- Conhecimento em Pacote Office.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino médio completo. • Pacote Office • Redação e língua portuguesa 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Redigir • Administrar tempo • Disciplina e método • Comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar flexibilidade • Demonstrar iniciativa • Empatia • Demonstrar persistência • Demonstrar criatividade • Cooperativismo • Contornar situações adversas.

5.11 ASSESSOR DE COMUNICAÇÃO - CBO/CIUO 88: 2611-10

• **Descrição Sumária do Cargo:**

Responsável pelas ações de comunicação, através da produção de publicações e eventos, visando assegurar a consecução dos objetivos do Hospital e zelar pela sua imagem.

• **Principais Atividades:**

- ✓ Coordenar a participação do Hospital em eventos, feiras e congressos, mediante a contratação de serviços e organização geral, visando obter retorno de divulgação e fixação da imagem do HCV.
- ✓ Coordenar eventos do Hospital, apresentação de serviços ou de novos hospitais administrados, mediante contratação de serviços e organização dos eventos, visando obter retorno em termos de divulgação e fixação da imagem do Hospital.
- ✓ Efetuar a revisão dos textos produzidos, visando garantir a correção gramatical e coerência de materiais informativos que serão divulgados a clientes ou público em geral, como relatórios, diagnósticos, manuais, Textos dos Serviços/Unidades, etc.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	34 de 136

- ✓ Supervisionar o uso da logomarca e outros símbolos da instituição e hospital, em qualquer tipo de material, seja impresso ou eletrônico, no sentido de garantir padronização, adequação e objetivos, em acordo e fidelidade ao manual de comunicação visual da instituição.
- ✓ Elaborar informativos diários, através da seleção de informações, com o objetivo de manter os colaboradores atualizados com relação à área da saúde.
- ✓ Planejar, editar e acompanhar a produção das publicações periódicas e não-periódicas do Hospital, como revistas, jornais, boletins, manuais, relatórios, perfis, folders, comunicados, sejam em papel ou eletrônicos, através da seleção de assuntos prioritários, visando garantir qualidade, eficácia, bem como padrões gráficos e visuais.
- ✓ Zelar e divulgar a imagem corporativa, através do uso dos diversos instrumentos de comunicação existentes, visando auxiliar no desenvolvimento e na perpetuação da instituição.
- ✓ Criar Clipping, buscar matérias dentro da empresa para divulgar na mídia.
- ✓ Elaborar release.
- ✓ Administrar as informações entre os hospitais da Pró Saúde.
- ✓ Realizar em contato com imprensa e Associações de Classe em Geral.
- ✓ Participar das atividades oferecidas pelos recursos humanos, através da atribuição de normas ou do incentivo para eventos e treinamentos que venham a qualificar e motivar os colaboradores no ambiente de trabalho, visando criar clima organizacional e motivacional nas equipes.
- ✓ Participar e evidenciar os treinamentos e documentações voltadas aos processos da Gestão Pró Saúde (Programas da Qualidade).
- ✓ Elaborar as Instruções de Trabalho e Procedimentos de Gestão do Serviço de Comunicação.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino Superior Completo /Jornalismo ou Comunicação Social.
 - ✓ **Tempo de experiência:** 2 anos na área.
 - ✓ **Conhecimentos específicos:**
 - Domínio em pacote Office.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	35 de 136

- Ótima comunicação escrita e
- Verbal.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior em Jornalismo ou Comunicação Social • Pacote Office • Redação e língua portuguesa • Curso de idioma 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Comunicação verbal e escrita • Disciplina e método • Administrar tempo • Capacidade analítica • Observar • Redigir • Improvisar • Analisar criteriosamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter-se bem informado • Demonstrar iniciativa • Versatilidade • Demonstrar persistência • Demonstrar criatividade • Contornar situações adversas • Capacidade de organização • Admitir opiniões divergentes • Cooperativismo • Manter postura ética • Exercer o senso crítico • Cultivar a curiosidade • Manter imparcialidade ao informar • Possuir sensibilidade social

5.12 QUALIDADE E SUPORTE - CBO/CIUO 88:

• **Descrição Sumária do Cargo:**

Padronizar, formalizar e implantar as fases do processo de Gestão do Hospital; bem como concluir o desenvolvimento do Sistema de Controle e Avaliação Hospitalar.

• **Principais Atividades:**

- ✓ Estruturar os instrumentos normativos e complementares (receber, conferir, numerar, distribuir, implantar e controlar o histórico das revisões) de todas às áreas e setores do Hospital.
- ✓ Participar e Incentivar a participação nas atividades oferecidas pelos recursos humanos, através da atribuição de normas ou do incentivo para eventos e treinamentos que venham a

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	36 de 136

qualificar e motivar os colaboradores no ambiente de trabalho, visando criar clima organizacional e motivacional nas equipes.

- ✓ Participar, incentivar e evidenciar dos treinamentos e documentação voltados a Gestão Pró Saúde da Qualidade.
- ✓ Padronizar, formalizar e implantar as fases do processo de gestão do Hospital, conforme natureza do contrato, através de registros e planilhas, visando auxiliar na obtenção do padrão de qualidade desejado para o Hospital.
- ✓ Concluir o desenvolvimento do Sistema de Controle e Avaliação Hospitalar, mediante implantação e acompanhamento do desempenho das funções, visando à implementação de um modelo de gestão para a qualidade.
- ✓ Gerenciar a elaboração, implantação e aplicação dos indicadores de melhoria contínua do Hospital.
- ✓ Implantar e Gerenciar ações que promovam a melhoria contínua de todas as atividades do hospital.
- ✓ Gerenciar elaboração, implantação dos formulários do Hospital.
- ✓ Acompanhar as ações de melhorias implementadas resultantes das auditorias internas.
- ✓ Identificar as não conformidades resultantes das interações de processos.
- ✓ Acompanhar os registros das falhas dos processos nas reuniões da Comissão de Gerenciamento de Riscos.
- ✓ Informar continuamente a atualização dos documentos e registros do hospital.
- ✓ Oferecer melhor direcionamento dos processos de trabalho com foco na Qualidade e satisfação do cliente.
- ✓ Manter os critérios para a implantação e melhoria contínua dos processos de Gestão em Excelência em todos às áreas e setores.
- ✓ Prover indicadores de qualidade e de desempenho para acompanhar sua performance dos departamentos e setores.
- ✓ Gerenciar os protocolos através da coleta de dados conforme definição da alta administração.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	37 de 136

- ✓ Promover atividades educacionais que disseminem os conceitos, instrumentos e ferramentas da qualidade para todos os colaboradores do hospital. Participar e Incentivar a participação nas atividades oferecidas pelos recursos humanos, através da atribuição de normas ou do incentivo para eventos e treinamentos que venham a qualificar e motivar os colaboradores no ambiente de trabalho, visando criar clima organizacional e motivacional nas equipes.
- ✓ Participar, incentivar e evidenciar dos treinamentos e documentação voltados a Gestão Pró Saúde da Qualidade.
- ✓ Elaborar Procedimento de Gestão, Instrução de trabalho e Manuais.
- ✓ Apresentar mensalmente junto à Diretoria Geral, relatórios sobre as atividades desenvolvidas, bem como os respectivos resultados.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino médio completo.
 - ✓ **Tempo de experiência:** 01 ano de experiência em rotinas administrativas.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino Superior completo • Conhecimentos em aplicativos específicos (Visio) • Língua Portuguesa • Estrutura de Processos • Conhecimento em normas de Sistemas de Gestão da Qualidade • Pacote Office. • Elaborar relatórios 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar-se • Tomada de decisão • Gerenciar equipes • Administrar tempo • Capacidade analítica • Delegar • Comunicação • Acolher opiniões 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter postura ética • Capacidade de organização • Contornar situações adversas • Capacidade estratégica • Tolerância • Comprometimento • Cooperativismo • Liderança • Versatilidade

5.13 SUPERVISOR DE ATENDIMENTO AO CLIENTE - CBO/CIUO 88: 4201-35

- **Descrição Sumária do Cargo:**

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	38 de 136

Realizar a gestão de todos os serviços de atendimento administrativo voltados aos clientes (interno/externos), orientando, verificando/providenciando informações claras e objetivas sobre os diversos tipos de atendimento e realização dos mesmos.

• **Principais Atividades:**

- ✓ Gerir e coordenar os processos de trabalhos dos setores sob sua responsabilidade, promovendo melhorias contínuas.
- ✓ Planejar, dirigir e controlar as atividades do setor para atingir os objetivos específicos, de acordo com a política e manual de organização do setor aprovados pela Diretoria.
- ✓ Participar e evidenciar os treinamentos e documentações voltadas aos processos da Gestão Pró Saúde (Programas da Qualidade).
- ✓ Elaborar procedimentos para cada serviço do setor.
- ✓ Participar e Incentivar a participação nas atividades oferecidas pelos recursos humanos, através da atribuição de normas ou do incentivo para eventos e treinamentos que venham a qualificar e motivar os colaboradores no ambiente de trabalho, visando criar clima organizacional e motivacional nas equipes.
- ✓ Estabelecer e atingir metas de melhorias dos setores em conformidade com a Diretoria e diretrizes da Instituição.
- ✓ Realizar contratação de pessoal em conjunto com o Setor de Recursos Humanos.
- ✓ Assegurar o correto uso do material e equipamento sob sua responsabilidade.
- ✓ Representar o setor junto Diretoria e outros serviços.
- ✓ Assegurar o fornecimento de dados específicos para a Diretoria.
- ✓ Zelar pelo estado geral da conservação do material, equipamento ou instrumento sob sua responsabilidade.
- ✓ Fazer a previsão de consumo de material, justificando as requisições.
- ✓ Elaborar formulário de autorização de entrada e saída de materiais.
- ✓ Emitir escalas de trabalho da equipe de colaboradores de sua área.
- ✓ Identificar e aplicar treinamentos para aperfeiçoamento dos colaboradores dos setores.
- ✓ Elaborar escalas de trabalho e distribuição de tarefas entre os colaboradores.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	39 de 136

- ✓ Avaliar, periodicamente, o desempenho dos colaboradores do setor.
- ✓ Manter o Manual de Gestão atualizado, participar da construção e atualização das instruções de trabalho e participar ativamente das interações de processos de trabalho.
- ✓ Elaborar e entregar os relatórios de atividades mensalmente, com a participação dos colaboradores.
- ✓ Encaminhar os colaboradores e reforçar a importância da realização dos exames periódicos e a participação nos programas de imunização.
- ✓ Conhecer e atualizar as leis e legislações relativas aos seus setores.
- ✓ Ser agente de desenvolvimento, estimulando seus colaboradores no processo de desenvolvimento profissional e pessoal.
- ✓ Realizar reuniões com seus colaboradores, mensalmente. Os assuntos devem ser registrados em ata e a mesma deverá ser encaminhada a Diretoria da área.
- ✓ Solicitar manutenção corretiva dos equipamentos de seu setor, quando necessário, bem como controlar sua manutenção preventiva e/ou corretiva.
- ✓ Analisar e tomar providências em relação aos resultados dos questionários, preenchidos pelos clientes, de avaliação dos serviços prestados, que envolva algum colaborador do setor.
- ✓ Realizar treinamentos práticos para os novos colaboradores do setor.
- ✓ Conferir periodicamente a Pasta de Comunicação Interna e tomar providências em casos de irregularidades.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Superior completo, de preferência na área de humanas.
 - ✓ **Tempo de experiência:** Experiência mínima de 02 anos em coordenação de equipe que realiza atendimento ao público (principalmente atendimento pela equipe de recepção), preferencialmente em hospital.
 - ✓ **Conhecimentos:**
 - Domínio em pacote Office, conhecimento básico em estatística e elaboração de planilhas e gráficos. Conhecimento em processos de arquivamento.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	40 de 136

- Conhecimento em pacote Office, conhecimento em elaboração de escalas, elaboração e realização de pesquisas de satisfação (também fará contato com familiares e pacientes).
- Preferencialmente em hospital. Noções de leis de proteção ao consumidor/ cliente (preferência do segmento hospitalar).
- Conhecimento das exigências legais referentes ao sigilo profissional e atendimento ao cliente.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de liderança • Redação e língua portuguesa • Conhecer a área de atuação 	<ul style="list-style-type: none"> • Empatia • Capacidade de trabalhar em equipes • Tomada de decisão • Administrar conflitos • Motivar • Comunicação • Planejamento • Maturidade pessoal • Liderar equipes 	<ul style="list-style-type: none"> • Agir com ética e atitude profissional • Expressar-se com fluência verbal • Raciocínio lógico • Capacidade de observação • Comprometimento • Cooperativismo • Agir com flexibilidade • Atuar com dinamismo • Demonstrar atitude proativa • Autocontrole

5.14 RECEPCIONISTA - CBO/CIUO 88: 4221-05

• **Descrição Sumária do Cargo:**

Recepcionar, registrar atendimento e prestar serviços de apoio a clientes, pacientes, familiares, visitantes e colaboradores com qualidade e humanização.

• **Principais Atividades:**

- ✓ Recepcionar e direcionar os usuários com qualidade, segurança e humanização.
- ✓ Atender os usuários, familiares e públicos em geral.
- ✓ Realizar abertura de ficha do paciente.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	41 de 136

- ✓ Fornece informações sobre o funcionamento do hospital e processos administrativos.
- ✓ Formalizar o processo de internação.
- ✓ Fazer controle burocrático do atendimento em nível de internação.
- ✓ Atender as solicitações dos clientes internos e externos.
- ✓ Classificar documentos e correspondências, arquivar em locais apropriados, manter a documentação organizada e atualizada.
- ✓ Desenvolver atividades burocráticas.
- ✓ Manter atualizado o controle de leitos.
- ✓ Orientar pacientes e familiares sobre as normas do hospital.
- ✓ Atualizar constantemente o livro de registros de usuários.
- ✓ Manter sigilo sobre o conteúdo dos prontuários e demais documentos sobre sua guarda pertencentes à instituição.
- ✓ Cumprir a legislação trabalhista, regulamento, bem como as instruções contidas no manual do colaborador.
- ✓ Acionar sempre em casos de não conformidade a Supervisora de Atendimento.
- ✓ Consultar lista de profissionais e departamento da empresa, ramais internos e telefones externos.
- ✓ Interagir com os outros departamentos.
- ✓ Conferir documentos com identificação.
- ✓ Conferir idoneidade dos clientes.
- ✓ Notificar a segurança sobre a presença de pessoas estranhas.
- ✓ Guardar volumes de prestadores de serviços.
- ✓ Organizar materiais de trabalho.
- ✓ Acolher o cliente.
- ✓ Anunciar a chegada do cliente.
- ✓ Encaminhar o cliente para os diversos setores.
- ✓ Cadastrar clientes.
- ✓ Anotar telefonemas e recados.
- ✓ Transmitir recados e fax.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	42 de 136

- ✓ Propiciar informações gerais por telefone interna e externamente.
- ✓ Transferir ligações para ramais solicitados.
- ✓ Retomar ligações em caso de ramais ocupados ou não atendidos.
- ✓ Falar de maneira clara, ágil e objetiva.
- ✓ Ouvir com atenção.
- ✓ Orientar de maneira precisa.
- ✓ Comunicar-se visualmente com o cliente.
- ✓ Comunicar-se efetivamente por meio de escrita.

• **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino médio completo.
- ✓ **Tempo de experiência:** Mínimo 1 ano em atendimento ao público preferencialmente em hospitais e clínicas.
- ✓ **Conhecimento:** Domínio em pacote Office.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino médio completo • Conhecimentos de informática. • Domínio da língua portuguesa • Comunicação interpessoal • Conhecer a empresa 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetividade • Desembaraço • Boa Dicção • Expor ideias com clareza • Capacidade de expressão • Trabalho em equipe • Tomada de decisão 	<ul style="list-style-type: none"> • Agir com bom senso • Foco no paciente • Cooperativismo • Demonstrar interesse no aprimoramento profissional • Organização • Iniciativa • Afabilidade • Paciência • Agir com agilidade • Empatia • Demonstrar educação • Demonstrar capacidade de se antecipar às necessidades dos clientes

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	43 de 136

5.15 TELEFONISTA - CBO/CIUO 88: 4222-05

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Promover atendimento telefônico com segurança, qualidade e humanização.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Promover atendimento telefônico de forma rápida, direcionada e qualidade.
- ✓ Promover orientações e informações seguras.
- ✓ Direcionamento e monitoramento das ligações realizadas e recebidas.
- ✓ Atender às solicitações dos usuários externos e internos.
- ✓ Manter atualizado a relação de pacientes internados e colaboradores atuantes.
- ✓ Emitir relatórios administrativos para a coordenação no que diz respeito a indicadores setoriais.
- ✓ Orientar usuários e familiares sobre normas do hospital.
- ✓ Cumprir legislações trabalhistas, regulamento bem como seguir as instruções contidas no manual do colaborador.
- ✓ Acionar sempre a supervisora de atendimento em casos de não conformidades.
- ✓ Realizar controle de ligações.
- ✓ Agendar exames.
- ✓ Anotar telefonemas e recados.
- ✓ Transmitir recados e fax.
- ✓ Propiciar informações gerais por telefone interna e externamente.
- ✓ Transferir ligações para ramais solicitados.
- ✓ Retomar ligações em caso de ramais ocupados ou não atendidos.
- ✓ Falar de maneira clara, ágil e objetiva.
- ✓ Ouvir com atenção.
- ✓ Orientar de maneira precisa.
- ✓ Comunicar-se visualmente com o cliente.
- ✓ Comunicar-se efetivamente por meio de escrita.
- ✓ Executar outras tarefas afins a critério do superior imediato.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	44 de 136

- **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino médio completo.
- ✓ **Tempo de experiência:** Experiência de pelo 01 ano como telefonista.

- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino médio completo • Conhecimento técnico em PABX • Comunicação interpessoal • Conhecer a empresa • Domínio da língua portuguesa • Conhecimentos de digitação 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação • Capacidade de síntese • Saber ouvir e escutar • Tomada de decisão • Capacidade de expressão • Trabalho em equipe • Boa Dicção 	<ul style="list-style-type: none"> • Agir com bom senso • Transmitir informações corretamente • Demonstrar educação e respeito • Empatia • Agir com agilidade • Paciência • Demonstrar segurança • Cooperativismo • Falar formalmente • Cordialidade • Objetividade • Escutar atentamente (saber ouvir) • Demonstrar capacidade de assimilação

5.16 AGENTE DE PORTARIA - CBO/CIUO 88: 5174-10

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Proceder à vigilância patrimonial deste hospital, bem como a segurança de pessoas físicas como fornecedores, visitantes e clientes internos e externos, tudo com a finalidade de garantir o clima de tranquilidade e interatividade dos clientes com a Instituição.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Zelar e manter a integridade física e psicológica dos pacientes, acompanhantes, familiares, visitantes e colaboradores.
- ✓ Observar atentamente o fluxo de pessoas e de materiais e intervir quando necessário.

N

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	45 de 136

- ✓ Realizar controle de entrada de acompanhantes e visitantes de acordo com as normas do HMFI.
- ✓ Permitir somente a saída de cliente que recebeu alta, mediante a apresentação do sumário de alta, o qual deverá conferir.
- ✓ Fazer a entrega dos crachás dos acompanhantes e visitantes, registrando nomes e documentos em planilha.
- ✓ Recolher os crachás na saída dos visitantes e troca de acompanhantes, atualizando informações na planilha.
- ✓ Notificar familiares, visitantes e acompanhantes quanto a pendências de documentos.
- ✓ Não permitir a entrada de alimentos para acompanhantes e pacientes no interior do hospital.
- ✓ Não permitir a entrada de crianças menores de 12 anos para a visita.
- ✓ Ao término de cada visita, passar nas clínicas e convidar os visitantes para se retirarem.
- ✓ Não permitir a entrada de usuários no posto de enfermagem que não esteja autorizado pelo médico ou enfermeiro de plantão.
- ✓ Permitir somente a entrada de colaboradores após a identificação dos mesmos. Nos feriados e em horários fora do expediente.
- ✓ Realizar o registro de entrada e saída do colaborador nos feriados e em horários fora do expediente.
- ✓ Permitir a entrada de funerária no HMFI somente após autorização do familiar ou pela administração do hospital.
- ✓ Acompanhar o óbito até o necrotério.
- ✓ Acompanhar retirada do corpo pela funerária, IML e /ou SVO, registrando no livro de óbitos.
- ✓ Zelar e manter o controle do material que está sob sua responsabilidade.
- ✓ Manter a ordem e a manutenção da limpeza em seu posto de serviço.
- ✓ Fazer contato com o chefe de manutenção por ocasião da chegada de fornecedores e terceiros.
- ✓ A entrega de materiais e produtos acontecerá diariamente. O porteiro solicitará ao responsável pelo recebimento do material a liberação para a entrada, a qual deverá ser feita mediante entrega do crachá de fornecedor.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	46 de 136

- ✓ Permitir a saída de materiais somente com autorização por escrito e assinada por pessoas credenciadas para tal fim, sendo que 01 (uma) via dessa autorização deverá ficar na portaria e registrada no livro de ocorrência, a qual será desenvolvida para o setor de patrimônio.
- ✓ Zelar pela disciplina de luzes e ruídos.
- ✓ Manter uma lista atualizada com os ramais úteis, telefones de emergência, bem como o nome dos colaboradores por setor.
- ✓ Não conversar além do necessário ou distrair-se com televisores, rádios ou aparelhos que possam tirar a atenção no serviço.
- ✓ Executar outras tarefas afins a critério do superior imediato.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino Médio Completo.
 - ✓ **Tempo de experiência:** Experiência de 01 ano como Porteiro.
 - ✓ **Conhecimentos específicos:**
 - Conhecer técnicas de recepção e
 - Controle de acesso.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino médio completo • Conhecimentos de digitação • Técnicas de recepção • Conhecer a empresa • Técnicas de controle de acesso 	<ul style="list-style-type: none"> • Expor ideias com clareza • Tomada de decisão • Trabalho em equipe • Desembarço • Visão sistêmica • Observar 	<ul style="list-style-type: none"> • Agir com bom senso • Transmitir informações corretamente • Demonstrar educação e respeito • Empatia • Demonstrar asseio • Demonstrar paciência • Demonstrar prestatividade • Cooperativismo • Carisma • Manter o autocontrole

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	47 de 136

5.17 VIGILANTE - CBO/CIUO 88: 5174-20

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Fiscalizam a guarda do patrimônio e exercem a observação de fábricas, armazéns, residências, estacionamentos, edifícios públicos, privados e outros estabelecimentos, percorrendo-os sistematicamente e inspecionando suas dependências, para evitar incêndios, entrada de pessoas estranhas e outras anormalidades. controlam fluxo de pessoas, identificando, orientando e encaminhando-as para os lugares desejados. recebem hóspedes em hotéis. acompanham pessoas e mercadorias. fazem manutenções simples nos locais de trabalho.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Receber os pacientes.
- ✓ Orientar visitantes.
- ✓ Requisitar transporte.
- ✓ Zelar pela guarda do patrimônio.
- ✓ Inspeccionar os veículos no estacionamento.
- ✓ Observar movimentação das pessoas pela redondeza.
- ✓ Verificar portas e janelas.
- ✓ Contatar proprietários dos veículos irregularmente estacionados.
- ✓ Prevenir incêndios.
- ✓ Controlar o fluxo de pessoas.
- ✓ Receber materiais e equipamentos.

- **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino fundamental.
- ✓ **Tempo de experiência:** 1 ano na função

- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
--------------------	------------------	---------------

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	48 de 136

- Ensino fundamental
- Curso de vigilante
- Técnicas de controle de acesso

- Observar
- Trabalho em equipe
- Tomada de decisão

- Agir com bom senso
- Transmitir informações corretamente
- Demonstrar educação e respeito
- Capacidade de observação
- Demonstrar prestatividade
- Tolerância
- Cooperativismo

5.18 TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO - CBO/CIUO 88: 3516-05

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Supervisionar as atividades ligadas à segurança do trabalho, visando assegurar condições que eliminem ou reduzam ao mínimo os riscos de ocorrência de acidentes de trabalho, observando o cumprimento de toda a legislação pertinente. Participar da elaboração e implementação da política de saúde e segurança no trabalho, desenvolver ações educativas e preventivas visando proporcionar melhor qualidade de vida aos colaboradores.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Aplicar e divulgar os conhecimentos pertinentes à segurança do trabalho, visando evitar ou, ao menos reduzir os acidentes ao trabalhador, de acordo com a legislação vigente, bem como constituir e controlar o correto funcionamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).
- ✓ Promover inspeções nos locais de trabalho, identificando condições perigosas, tomando todas as providências necessárias para eliminar as situações de riscos, bem como treinar e conscientizar os funcionários quanto a atitudes de segurança no trabalho.
- ✓ Preparar programas de treinamento sobre segurança do trabalho, incluindo programas de conscientização e divulgação de normas de segurança, visando ao desenvolvimento de uma atitude preventiva nos funcionários quanto à segurança do trabalho.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	49 de 136

- ✓ Promover campanhas, palestras e outras formas de treinamento com o objetivo de divulgar as normas de segurança e higiene do trabalho, bem como para informar e conscientizar o trabalhador sobre atividades insalubres, perigosas e penosas, fazendo o acompanhamento e avaliação das atividades de treinamento e divulgação.
- ✓ Preparar programas de treinamento, admissional e de rotina, sobre segurança do trabalho, incluindo programas de conscientização e divulgação de normas e procedimentos de segurança, visando ao desenvolvimento de uma atitude preventiva nos funcionários quanto à segurança do trabalho.
- ✓ Determinar a utilização pelo trabalhador dos equipamentos de proteção individual (EPI), bem como indicar e inspecionar equipamentos de proteção contra incêndio, quando as condições assim o exigirem, visando à redução dos riscos à segurança e integridade física do trabalhador.
- ✓ Realizar pedidos de compra de EPI's e distribuir aos colaboradores de acordo com a necessidade, registrando a entrega através da assinatura do colaborador e o número do Certificado de Autorização (CA).
- ✓ Colaborar nos projetos de modificações prediais ou novas instalações da empresa, visando a criação de condições mais seguras no trabalho.
- ✓ Pesquisar e analisar as causas de doenças ocupacionais e as condições ambientais em que ocorreram, tomando as providências exigidas em lei, visando evitar sua reincidência, bem como corrigir as condições insalubres causadoras dessas doenças.
- ✓ Analisar e registrar todos os acidentes ocorridos na empresa, com ou sem vítima e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e característica do acidente e/ou doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições dos respectivos colaboradores.
- ✓ Levantar e estudar estatísticas de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho, analisando suas causas e gravidade, visando a adoção de medidas preventivas.
- ✓ Acompanhar e controlar as vacinações dos colaboradores.
- ✓ Colaborar com a CIPA em seus programas, estudando suas observações e proposições, visando a adotar soluções corretivas e preventivas de acidentes do trabalho.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	50 de 136

- ✓ Elaborar planos para controlar efeitos de catástrofes, criando as condições para combate a incêndios e salvamento de vítimas de qualquer tipo de acidente.
- ✓ Prestar apoio à SIPAT, organizando as atividades e recursos necessários.
- ✓ Avaliar os casos de acidente do trabalho, acompanhando o acidentado para recebimento de atendimento médico adequado.
- ✓ Elaborar a curva de variação da população trabalhadora, em cada hora de trabalho do hospital, proporcionando o conhecimento do total de colaboradores atuando em cada período.
- ✓ Planejar e implantar programas sobre segurança, visando neutralizar ou reduzir as causas de acidentes.
- ✓ Emitir mensalmente relatórios gerenciais para a Diretoria.
- ✓ Elaborar Mapas de Risco.
- ✓ Manter cadastro e realizar estatística dos acidentes a fim de orientar a prevenção e calcular o custo.
- ✓ Manter interação com a Medicina do Trabalho, Serviço de Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar e outras áreas, para as atividades que se fizerem necessária.
- ✓ Investigar acidentes ocorridos, examinar as condições, identificar suas causas e propor as providências cabíveis.
- ✓ Elaborar relatórios técnicos, periciais, e de estatísticas de acidentes.
- ✓ Orientar os funcionários no que se refere à observância das normas de segurança.
- ✓ Participar de programa de treinamento quando convocado.
- ✓ Participar de reuniões de trabalho relativas a sua área de atuação.
- ✓ Executar tarefas pertinentes à área de atuação utilizando-se de equipamentos de medição e programas de informática.
- ✓ Manter arquivos de documentos atualizados e organizados conforme necessidade do setor.
- ✓ Cumprir normas e Regulamento do Hospital.
- ✓ Executar outras tarefas afins a critério da chefia imediata.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino médio completo e Curso Técnico.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	51 de 136

✓ **Tempo de experiência:** Experiência de 01 ano na área de segurança do trabalho, preferencialmente em hospitais.

✓ **Conhecimentos específicos:**

- Domínio em pacote Office.
- Conhecimento de inspeções para determinar fatores de risco de acidente.
- Sistema de Combate ao incêndio.
- Elaboração de PCMSO e
- PPRA.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino médio completo • Curso Técnico • Sistema de Combate a incêndio • Conhecimento de inspeções para determinar fatores de risco de acidente • Pacote Office 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar • Tomada de decisão • Trabalhar em equipe • Visão sistêmica • Comunicação • Negociação • Administrar conflitos • Planejar 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar ética • Comprometimento • Pró atividade • Organização • Cooperativismo • Atitude proativa • Capacidade de discernimento

5.19 AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA QUALIDADE - CBO/CIUO 88: 4110-05

• **Descrição Sumária do Cargo:**

Realizar atividades de suporte ao Sistema de Gestão da Qualidade, envolvendo a análise de normas, preparação de treinamentos, organização de documentação e outras atividades de apoio administrativo, visando contribuir para o alcance dos objetivos estabelecidos pela empresa.

• **Principais Atividades:**

- ✓ Manter arquivo geral das atividades realizadas.
- ✓ Realizar as tarefas e rotinas administrativas da Qualidade.
- ✓ Realizar Auditorias Internas da Qualidade.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	52 de 136

- ✓ Realizar o agendamento das atividades internas.
- ✓ Executar digitação de relatórios, formulários e demais documentos.
- ✓ Zelo e conservação do material do serviço da qualidade.
- ✓ Auxiliar em todo apoio logístico na realização de treinamentos internos.
- ✓ Executar as atividades planejadas e programadas pelo Analista e Gerente.
- ✓ Tabular resultados das atividades da Qualidade.
- ✓ Entregar formulários, convites e solicitações aos demais Serviços do Hospital.
- ✓ Colaborar com as demais Instruções dos Serviços da Qualidade sempre que necessário.
- ✓ Prestar assistência ao processo de desenvolvimento e manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade, buscando informações e feedback que possibilitem avaliação dos programas e procedimentos implantados.
- ✓ Programar e executar o treinamento de todos os funcionários nas atividades do Sistema de Gestão da Qualidade, visando a multiplicação dos conhecimentos e facilitar a implementação dos programas.
- ✓ Assessorar os gerentes e facilitadores da empresa na implantação das atividades do Sistema de Gestão da Qualidade, visando garantir sua execução dentro dos padrões estabelecidos.
- ✓ Organizar eventos internos e externos relativos ao Sistema de Gestão da Qualidade, visando promover o treinamento dos colaboradores.
- ✓ Elaborar os fluxogramas de documentação do Sistema de Gestão da Qualidade, visando a correta comunicação e registro das informações.
- ✓ Desenvolver material de apoio, tais como apostilas, cartilhas, cartazes, visando otimizar os treinamentos e a divulgação do programa.
- ✓ Solicitar e providenciar a aquisição de normas oficiais junto à ABNT.
- ✓ Controlar as ocorrências relacionadas com a qualidade, digitando dados, para elaboração de relatórios com estatísticas.
- ✓ Participar da elaboração e redação dos procedimentos relacionados com a qualidade.
- ✓ Manter controles dos registros da qualidade.
- ✓ Controlar os certificados de qualidade dos serviços terceiros.
- ✓ Distribuir e controlar as cópias de documentos da qualidade.



	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	53 de 136

- **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino Médio Completo.
- ✓ **Tempo de Experiência:** Mínimo 1 ano.

- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino Médio Completo. • Redação e língua portuguesa • Pacote Office 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Comunicação • Disciplina e método • Administrar tempo • Redigir 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar flexibilidade • Cooperativismo • Contornar situações adversas. • Demonstrar criatividade • Demonstrar persistência • Empatia • Demonstrar iniciativa

5.20 ASSISTENTE ADMINISTRATIVO - CBO/CIUO 88: 4110-10

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Executam serviços de apoio. atendem fornecedores e clientes, fornecendo e recebendo informações sobre produtos e serviços. tratam de documentos variados, cumprindo todo o procedimento necessário referente aos mesmos. Atuam na concessão de microcrédito a microempresários, atendendo clientes em campo e nas agências, prospectando clientes nas comunidades.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Registrar a entrada e saída de documentos.
- ✓ Conferir notas fiscais e faturas de pagamentos.
- ✓ Triar e verificar documentos conforme normas e distribuí-los.
- ✓ Conferir dados e datas.
- ✓ Verificar documentos conforme normas.
- ✓ Conferir e elaborar planilhas de cálculos.
- ✓ Submeter pareceres para apreciação da chefia.
- ✓ Classificar e arquivar documentos segundo critérios pré-estabelecidos.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	54 de 136

- ✓ Digitar textos e planilhas.
- ✓ Preencher formulários.
- ✓ Preparar minutas.
- ✓ Digitar notas de lançamentos contábeis.
- ✓ Coletar dados.
- ✓ Verificar índices econômicos e financeiros.
- ✓ Confeccionar organogramas, fluxogramas e cronogramas.
- ✓ Efetuar cálculos.
- ✓ Redigir atas.
- ✓ Elaborar correspondência.
- ✓ Calcular prêmios.
- ✓ Dar apoio operacional para elaboração de manuais técnicos.
- ✓ Verificar prazos estabelecidos.
- ✓ Localizar processos.
- ✓ Acompanhar notificações de não conformidade.
- ✓ Encaminhar protocolos internos.
- ✓ Atualizar cadastro e dados do plano anual.
- ✓ Convalidar publicação de atos.
- ✓ Cadastrar avisos de sinistro.
- ✓ Expedir ofícios e memorandos.
- ✓ Fornece informações sobre produtos e serviços.
- ✓ Identificar natureza das solicitações dos clientes.
- ✓ Atender fornecedores.
- ✓ Registrar reclamações dos clientes.
- ✓ Executar procedimentos de recrutamento e seleção.
- ✓ Executar rotinas de admissão e demissão de pessoal.
- ✓ Dar suporte administrativo à área de treinamento.
- ✓ Orientar funcionários sobre direitos e deveres.
- ✓ Controlar frequência dos funcionários.



	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	55 de 136

- ✓ Auxiliar na elaboração da folha de pagamento.
- ✓ Controlar recepção e distribuição de benefícios (vale transporte etc).
- ✓ Atualizar dados dos funcionários.
- ✓ Controlar material de expediente.
- ✓ Levantar a necessidade de material.
- ✓ Requisitar materiais.
- ✓ Solicitar compra de material.
- ✓ Conferir material solicitado.
- ✓ Providenciar devolução de material fora de especificação.
- ✓ Distribuir material de expediente.
- ✓ Controlar expedição de malotes e recebimentos.
- ✓ Controlar execução de serviços gerais (Limpeza, transporte, vigilância).
- ✓ Pesquisar preços.
- ✓ Expressar-se oralmente.
- ✓ Demonstrar habilidade de redação.
- ✓ Demonstrar precisão de linguagem.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Superior em Administração.
 - ✓ **Tempo de experiência:** No mínimo 1 ano de experiência na função.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior em administração • Pacote Office • Redação e língua portuguesa 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Comunicação • Disciplina e método • Administrar tempo • Redigir • Visão sistêmica • Planejamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar flexibilidade • Demonstrar iniciativa • Empatia • Demonstrar persistência • Contornar situações adversas. • Demonstrar criatividade • Demonstrar capacidade de organização. • Cooperativismo

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	56 de 136

5.21 PSICÓLOGO (A) HOSPITALAR - CBO/CIUO 88: 2515-20

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Prestar assistência psicológica de forma ética e humanizada visando a melhora do paciente estimulando condutas de enfrentamento e contribuindo para maior qualidade de vida dele e de seus familiares

- **Principais Atividades:**

- ✓ Realizar Avaliações Psicológicas.
- ✓ Prestar assistência psicológica aos clientes e acompanhantes/familiares durante o período de hospitalização.
- ✓ Realizar triagem para diagnosticar se será necessário o atendimento contínuo ou não.
- ✓ Realizar palestras elucidativas aos usuários, acompanhantes/familiares e equipe multidisciplinar.
- ✓ Manter contato com os médicos para saber sobre os pacientes.
- ✓ Preparar o paciente para a cirurgia e após a mesma.
- ✓ Prestar atendimento psicossocial a óbitos.
- ✓ Elaborar relatórios de atendimento.
- ✓ Elaborar e Desenvolver atividades burocráticas pertinentes ao exercício do cargo, como: Preenchimentos de formulários de Avaliação e Evoluções, Elaboração de Pareceres, Encaminhamentos.
- ✓ Elaborar relatórios estatísticos mensais, abrangendo as atividades desenvolvidas.
- ✓ Cumprir normas e regulamentos do hospital.
- ✓ Cumprir o código de ética do Psicólogo.
- ✓ Executar outras tarefas afins a critério do superior imediato.
- ✓ Participar como membro da Comissão de Óbito, Captação e Transplantes de Órgãos e Comitê de Implantação da Política Nacional de Humanização do Atendimento (PNHAH).

- **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino Superior Completo. Desejável pós-graduação em Psicologia hospitalar.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	57 de 136

- ✓ **Tempo de experiência:** Experiência anterior de pelo menos 01 ano na área Hospitalar ou Clínica.
- ✓ **Conhecimentos específicos:** Conhecimento em pacote Office
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior em Psicologia • Pós-graduação em hospitalar • Técnicas de redação • Técnicas de comunicação • Pacote Office 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Ouvir ativamente (saber ouvir) • Acolher opiniões • Planejar • Visão holística • Visão sistêmica • Argumentar • Observação 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter sigilo profissional • Respeitar os limites de atuação • Imparcialidade • Cooperativismo • Demonstrar capacidade de contornar situações adversas • Respeitar valores e crenças dos clientes • Demonstrar de raciocínio abstrato • Demonstrar sensibilidade tátil • Demonstrar capacidade motora fina • Empatia

5.22 ASSISTENTE SOCIAL - CBO/CIUO 88: 2516-05

• Descrição Sumária do Cargo:

Interagir entre a instituição e o cliente visando à participação do mesmo como sujeito no processo de tratamento e a investigação e questões que interferem no processo de atendimento ao cliente. Realizar atendimento social aos clientes visando à manutenção da qualidade do atendimento hospitalar, contribuindo na humanização ao atendimento e melhoria da qualidade de vida do usuário.

• Principais Atividades:

- ✓ Pesquisar o histórico familiar (moradia, com quem mora, visitar para traçar o perfil).

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	58 de 136

- ✓ Entrevista e preenchimento da ficha de avaliação social, quando solicitado pelo médico.
- ✓ Providenciar encaminhamento a outros hospitais (transferência, procurar ambulância, acompanhamento do paciente com óbito, suporte familiar social).
- ✓ Encaminhamentos Sociais a órgãos diversos: CRAS, CAPS, Secretarias, Ministério Público, Conselho Tutelar, Juizado de Menores, etc.
- ✓ Articulação com os municípios para remoção de corpo em caso de óbito.
- ✓ Auxiliar o paciente no momento da alta, verificar se foi orientado.
- ✓ Atenção ao cliente em atendimento e encaminhamento ao profissional responsável.
- ✓ Visitas aos setores para identificar as problemáticas sociais e encaminhamento.
- ✓ Visita institucional, quando necessário.
- ✓ Intervenção junto à equipe médica, enfermagem, e demais clínicas e setores burocráticos, relacionado ao atendimento ao cliente.
- ✓ Encaminhar relatórios sociais informativos de sugestões para a diretoria geral do hospital.
- ✓ Elaborar projetos sociais.
- ✓ Participar de reuniões periódicas e extraordinárias, internas e externas, quando necessário.
- ✓ Registrar atividades mensais em relatório detalhado.
- ✓ Participar como membro da Comissão de Óbito, Captação e Transplantes de Órgãos e Comitê de Implantação da Política Nacional de Humanização do Atendimento (PNHAH).
- ✓ Autorização de visitas às unidades de internação fora de horário e troca de acompanhantes também fora de horários.
- ✓ Visita domiciliar quando necessário.
- ✓ Orientação sobre Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e viabilização dos mesmos.
- ✓ Viabilização dos Direitos Sociais, como transporte medicamentos, casa de apoio.
- ✓ Solicitar liberação de alimentação para acompanhante e cliente externo.
- ✓ Desempenhar suas atividades baseadas no código de ética do Assistente Social.
- ✓ Cumprir normas e regulamento do Hospital.
- ✓ Executar outras tarefas afins a critério da chefia imediata.
- ✓ Atendimento às Demandas Identificadas pelo SAU, Psicóloga, Enfermeiros, Técnicos e Médicos, entre outros.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	59 de 136

- ✓ Orientar, sensibilizar e motivar a família em caso de clientes abandonados no hospital.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino Superior Completo em Serviço Social.
 - ✓ **Tempo de experiência:** Experiência de 01 ano com Assistência Social na área hospitalar.
 - ✓ **Conhecimentos específicos:** Domínio em pacote Office.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior em Psicologia • Pós-graduação em hospitalar • Técnicas de redação • Técnicas de comunicação • Pacote Office 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Ouvir ativamente (saber ouvir) • Acolher opiniões • Planejar • Visão holística • Visão sistêmica • Argumentar • Observação 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter sigilo profissional • Respeitar os limites de atuação • Imparcialidade • Cooperativismo • Demonstrar capacidade de contornar situações adversas • Respeitar valores e crenças dos clientes • Demonstrar de raciocínio abstrato • Demonstrar sensibilidade tátil • Demonstrar capacidade motora fina • Empatia

5.23 ASSISTENTE SOCIAL SAC - CBO/CIUO 88: 2516-05

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Pesquisar e medir o grau de satisfação dos clientes externos (pessoalmente ou por atendimento telefônico), esclarecer dúvidas e queixas referentes aos serviços prestados e apresentar os índices de satisfação apurados, a todas as áreas e setores do Hospital.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Coordenar e supervisionar os processos de trabalho do setor e propor melhorias contínuas.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	60 de 136

- ✓ Participar e Incentivar a participação nas atividades oferecidas pelos recursos humanos, através da atribuição de normas ou do incentivo para eventos e treinamentos que venham a qualificar e motivar os colaboradores no ambiente de trabalho, visando criar clima organizacional e motivacional nas equipes.
- ✓ Planejar, dirigir e controlar as atividades do setor para atingir os objetivos específicos, de acordo com a política e manual de organização do setor aprovados pela Diretoria.
- ✓ Participar e evidenciar os treinamentos e documentações voltadas aos processos da Gestão Pró Saúde (Programas da Qualidade).
- ✓ Elaborar procedimentos para cada serviço do setor.
- ✓ Assegurar o correto uso do material e equipamento sob sua responsabilidade.
- ✓ Zelar pelo estado geral da conservação do material, equipamento ou instrumento sob sua responsabilidade.
- ✓ Fazer a previsão de consumo de material, justificando as requisições.
- ✓ Realizar contratação de pessoal em conjunto com o Setor de Recursos Humanos.
- ✓ Analisar e divulgar os resultados das pesquisas aos diversos envolvidos.
- ✓ Avaliar periodicamente o desempenho dos seus colaboradores. Representar o setor junto Diretoria e outros serviços.
- ✓ Assegurar o fornecimento de dados específicos para a Diretoria.
- ✓ Conhecer, cumprir e manter arquivos das legislações pertinentes a sua área de atuação.
- ✓ Elaborar, avaliar e organizar pesquisa de satisfação dos clientes.
- ✓ Elaborar e entregar pontualmente o relatório de atividades mensais com a participação de sua equipe de trabalho.
- ✓ Elaborar estatísticas mensais e anuais referentes às avaliações de atendimento.
- ✓ Avaliar e discutir o relatório de atividades mensalmente com o diretor da área.
- ✓ Encaminhar os colaboradores e reforçar a importância da realização dos exames periódicos e a participação nos programas de imunização.
- ✓ Envolver os colaboradores na elaboração e cumprimento das metas setoriais e organizacionais, divulgando, monitorando os resultados e fazer as correções que se fizerem necessárias.



	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	61 de 136

- ✓ Manter atualizados o manual de gestão, as instruções de trabalho e as padronizações estabelecidas no hospital.
- ✓ Realizar mensalmente reuniões com os colaboradores do setor, registrando em alta que deverá ser encaminhada ao diretor da área.
- ✓ Realizar visitas aos pacientes internados, no primeiro momento possível da data de internação e na alta do mesmo.
- ✓ Responder a todas as reclamações e/ou sugestões de pacientes encaminhadas ao SAC, por meio escrito e o mais breve possível.
- ✓ Solicitar manutenção corretiva dos equipamentos do setor sempre que necessário e acompanhar sua manutenção preventiva e /ou corretiva.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino Superior Completo.
 - ✓ **Tempo de experiência:** Mínimo 2 anos em atendimento ao público (preferencialmente em hospitais).
 - ✓ **Conhecimentos específicos:**
 - Atendimento ao público e
 - Domínio do conhecimento pacote Office.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior em Serviço Social • Pacote Office • Técnicas de redação • Técnicas de administração de conflitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Acolher opiniões • Administrar conflitos • Ouvir atentamente (saber ouvir) • Capacidade de argumentar • Observar • Visão sistêmica • Comunicação • Capacidade analítica 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar com ética profissional • Manter-se flexível • Contornar situações adversas • Demonstrar criatividade • Cooperativismo • Demonstrar sensibilidade política • Demonstrar persistência • Demonstrar discrição • Demonstrar autocontrole • Demonstrar bom senso • Manter-se imparcial

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	62 de 136

- Respeitar as diversidades étnicas, culturais, de gênero, de credo, de opção sexual, etc
- Demonstrar sensibilidade

5.24 FISIOTERAPEUTA - CBO/CIUO 88: 2236-05

• Descrição Sumária do Cargo:

Atender pacientes para prevenção, habilitação e reabilitação, utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia; habilitar pacientes; realizar diagnósticos específicos; analisar condições dos pacientes; desenvolver programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida. Assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.

• Principais Atividades:

- ✓ Aplicar avaliação tecnológica fisioterapêutica.
- ✓ Identificar potencialidades dos clientes e pacientes.
- ✓ Selecionar equipamentos e materiais.
- ✓ Operar equipamentos e instrumentos de trabalho;
- ✓ Acompanhar evolução terapêutica;
- ✓ Reorientar condutas terapêuticas;
- ✓ Prescrever órteses, próteses e adaptações.
- ✓ Capacitar clientes e pacientes a usar órteses, próteses e adaptações.
- ✓ Readaptar clientes e pacientes nas AVD (atividades de vida diária) nas AVDE (atividades de vida diária/esportiva).
- ✓ Aplicar procedimentos de habilitação pós cirúrgicos;
- ✓ Aplicar procedimentos específicos de reabilitação em UTI;
- ✓ Aplicar técnicas de tratamento de reabilitação;
- ✓ Restaurar funções neuro-sensório-cognitivo-motoras.
- ✓ Restaurar função articular e visceral.
- ✓ Gerenciar ventilação mecânica.

N

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	63 de 136

- ✓ Reeducar função respiratória marcha e postura.
 - ✓ Avaliar clientes e pacientes.
 - ✓ Estabelecer diagnóstico terapêutico.
 - ✓ Planejar estratégias de intervenção.
 - ✓ Interpretar indicadores epidemiológicos e índices de acidentes e incidentes.
 - ✓ Implementar ações de conscientização, correção e concepção.
 - ✓ Registrar procedimentos e evolução de clientes e pacientes.
 - ✓ Orientar profissionais da equipe de trabalho.
 - ✓ Emitir relatórios, pareceres e atestados.
 - ✓ Exercer atividades técnico-científicas.
 - ✓ Gerenciar serviços de saúde.
 - ✓ Elaborar Instruções de Trabalho, procedimentos e protocolos.
 - ✓ Ensinar procedimentos para mobilidade independente e semi dependente.
 - ✓ Orientar clientes, pacientes, familiares e cuidadores: explicar procedimentos e rotinas; demonstrar procedimentos e técnicas.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Superior na área de fisioterapia e registro no conselho. Desejável pós-graduação em UTI e /ou outras áreas hospitalar.
 - ✓ **Tempo de experiência:** Aproximadamente 1 ano na função
 - **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior em Fisioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar em equipe • Visão sistêmica • Tomada de decisão • Percepção • Observação • Comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperativismo • Estimular adesão e continuidade do tratamento • Demonstrar iniciativa • Demonstrar perseverança • Demonstrar capacidade motora fina • Demonstrar habilidade manual • Demonstrar criatividade • Contornar situações adversas

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	64 de 136

- Transmitir segurança
- Demonstrar equilíbrio emocional

5.25 APOIO - CBO/CIUO 88:

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Organizar e supervisionar o serviço de higiene hospitalar.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Promover a limpeza de todo hospital, através da distribuição das atividades para seus auxiliares, garantindo bons padrões de higiene.
- ✓ Supervisionar a coleta de lixo hospitalar, dando-lhe o devido destino de acordo com a legislação pertinente.
- ✓ Elaborar o programa de limpeza concorrente e terminal, de forma que o serviço ocorra com a maior rapidez e eficiência possível.
- ✓ Proceder ao combate sistêmico de insetos e roedores.
- ✓ Verificar equipamentos e recursos de trabalho.
- ✓ Orientar procedimentos de trabalho dos Assistentes em Serviços de Conservação e Limpeza.
- ✓ Elaborar escalas de serviço.
- ✓ Sugerir medidas preventivas e corretivas visando a economicidade de recursos e a maximização dos resultados.
- ✓ Propor medidas de melhoria dos processos de trabalho.
- ✓ Supervisionar as atividades diárias dos auxiliares, cuidando para que o hospital esteja devidamente limpo.
- ✓ Treinar funcionários quanto a novos procedimentos a serem implantados, garantindo que todos saibam executar os serviços.
- ✓ Auxiliar a coordenação na elaboração de escalas de folgas e serviços de seus auxiliares.
- ✓ Acompanhar a diluição dos produtos e distribuí-los conforme orientação dos fornecedores para que dessa forma haja a desinfecção correta do hospital.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	65 de 136

- ✓ Requisitar e controlar o material de consumo do setor, através do sistema para que não haja desperdício nem falta de produtos.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino médio completo.
 - ✓ **Tempo de experiência:** Aproximadamente 1 ano na função.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino médio completo • Técnicas de preparo e diluição de produtos de higiene, limpeza terminal e concorrente, • Pacote Office: Word, Excel e Power Point. • Técnicas combate a insetos e roedores. • Técnicas coleta de lixo 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Empatia • Tomada de Decisão • Dar feedback • Planejar • Delegar • Comunicação • Orientar e ensinar • Administrar conflitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperativismo • Ponderação • Comprometimento • Flexibilidade • Inter-relacionamento pessoal • Pró atividade • Versatilidade • Visão estratégica • Iniciativa

5.26 AUXILIAR DE HIGIENE E LIMPEZA - CBO/CIUO 88: 5143-20

• Descrição Sumária do Cargo:

Higienizar e conservar quartos, setores diversos e dependências do Hospital oferecendo um ambiente limpo e com menor contaminação possível.

• Principais Atividades:

- ✓ Organizar os móveis nas dependências do hospital de acordo com critérios pré-estabelecidos pela chefia.
- ✓ Recolher lixo utilizando equipamentos adequados e depositando em local definido.
- ✓ Atender solicitações de limpeza imediatas a pedido do superior imediato.
- ✓ Realizar limpeza de pisos, tetos, paredes, portas, janelas e alguns mobiliários dos quartos, enfermarias, corredores, rampas, halls, sanitários, azulejos, bebedouros, Ambulatórios e áreas administrativas.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
	Data da Elaboração:	23/04/2018
Manual Institucional	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	66 de 136
PCS - Plano de Cargos e Salários		

- ✓ Realizar a limpeza concorrente e terminal, de acordo com a orientação técnica pré-estabelecida, afim que de que haja a desinfecção adequada dos ambientes.
- ✓ Realizar limpeza concorrente com frequências específicas para áreas críticas, semicríticas e não-críticas do hospital.
- ✓ Manter organizados os MOP'S e zelar pela conservação dos mesmos. .
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino básico completo.
 - ✓ **Tempo de experiência:** Aproximadamente um ano.
- **Competências:**

C	H	A
Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino básico completo. • Conhecer a área de atuação • Técnicas de higienização • Técnicas de coleta de lixo 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Disciplina e método • Receber feedback • Observar • Administrar tempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar resistência física • Cooperativismo • Demonstrar prudência • Demonstra paciência • Demonstrar iniciativa • Demonstrar equilíbrio físico • Demonstrar capacidade de trabalhar em alturas • Reconhecer limitações pessoais • Demonstrar destreza manual. • Demonstrar controle emocional • Demonstrar agilidade

5.27 SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO - CBO/CIUO 88: 9501-10

• Descrição Sumária do Cargo:

Supervisionar as atividades de manutenção predial e serviços de apoio administrativo, visando garantir o estado de conservação da infraestrutura física das instalações e a qualidade dos serviços hospitalares. Realizar manutenção predial de maneira preventiva e corretiva.

• Principais Atividades:

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	67 de 136

- ✓ Participar e Incentivar a participação nas atividades oferecidas pelos recursos humanos, através da atribuição de normas ou do incentivo para eventos e treinamentos que venham a qualificar e motivar os colaboradores no ambiente de trabalho, visando criar clima organizacional e motivacional nas equipes.
- ✓ Supervisionar a manutenção predial, identificando necessidades de reparos, definindo as prioridades, visando preservar as condições de funcionamento das instalações prediais.
- ✓ Controlar o processo de medição do desempenho no trabalho, comparar resultados com objetivos e tomar providências corretivas quando necessário.
- ✓ Supervisionar atividades de manutenção predial, distribuindo e controlando a realização de atividades de manutenção, analisando registros de ocorrências técnicas e operacionais e avaliando condições das máquinas e equipamentos.
- ✓ Planejar ações e mudanças construtivas.
- ✓ Verificar, periodicamente, o estado dos bens móveis, imóveis e equipamentos, adotando as providências para a sua manutenção, substituição ou baixa na Coordenação de Patrimônio.
- ✓ Zelar pelo bom funcionamento do serviço de elevadores e instalações em geral.
- ✓ Manter, em perfeito estado de funcionamento, as instalações telefônicas, elétricas, hidráulicas, de esgoto e os equipamentos para prevenção de incêndios.
- ✓ Promover a instalação, a troca e o remanejamento de paredes divisórias, armários modulados, balcões, painéis de cortina, acessórios para banheiro, instalação de portas e execução de pequenos reparos, montagens e desmontagens de móveis, aberturas e consertos de fechaduras em geral e outros serviços na área de zeladoria.
- ✓ Acompanhar as etapas das operações, revisões, reparos e manutenções preventivas das instalações e equipamentos.
- ✓ Supervisionar e orientar os serviços de atendimento interno, como telefonia, recepção, vigilância, portaria e copa, visando assegurar a qualidade e presteza nesses serviços.
- ✓ Supervisionar os serviços de copa, limpeza, visando o adequado atendimento das necessidades das áreas usuárias desses serviços.
- ✓ Controlar as escalas de trabalho e tarefas do pessoal de manutenção, visando otimizar a utilização do tempo e dos recursos humanos disponíveis.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	68 de 136

- ✓ Auxiliar na manutenção da rede de oxigênio e central.
- ✓ Supervisionar os serviços de obras, orientando o pedreiro, quando necessário.
- ✓ Acompanhar manutenção preventiva de todo hospital.
- ✓ Negociar com prestadores de serviço de manutenção, selecionando empresas com pessoal especializado, visando a melhor qualidade do serviço prestado.
- ✓ Efetuar ou solicitar a compra dos materiais necessários à manutenção juntamente com a chefia imediata.
- ✓ Prestar manutenção nas redes de gases, vácuo e ar comprimido.
- ✓ Supervisionar e fiscalizar serviços de terceiros.
- ✓ Sugerir a realização de programas de treinamento e aperfeiçoamento para os subordinados.
- ✓ Executar outras atividades correlatas que lhe forem conferidas por superior.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** ensino fundamental completo
 - ✓ **Tempo de experiência:** mínimo dois anos na função, experiência em manutenção predial em obra de acabamento.
 - ✓ **Conhecimentos específicos:**
 - Conhecimento em pacote Office.
 - Conhecimento em instalações de ar condicionados.
 - Rede de gases.
 - Instalações.
 - Máquinas.
 - Equipamentos hospitalares.
 - Conhecimentos em prensas, injetoras, autoclaves e ou calandra.
 - Conhecimento de manutenção predial geral (elétrica, hidráulica, marcenaria, outros).
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
--------------------	------------------	---------------

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	69 de 136

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ensino fundamental completo • Pacote Office • Conhecimentos em prensas, injetoras, autoclaves e ou calandra • Conhecimento em instalações de ar condicionado, rede de gases, instalações, máquinas, equipamentos hospitalares • Conhecimento de manutenção predial geral (elétrica, hidráulica, marcenaria, outros) | <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Tomada de Decisão • Dar feedback • Planejar • Liderar • Comunicação • Orientar e ensinar • Administrar conflitos • Negociar prazos, valores, metas e procedimentos • Empatia | <ul style="list-style-type: none"> • Cooperativismo • Antecipar eventos e ações • Ponderação • Flexibilidade • Inter-relacionamento pessoal • Pro atividade • Demonstrar senso de organização • Demonstrar autocontrole • Iniciativa • Demonstrar raciocínio lógico |
|---|--|---|

5.28 AUXILIAR DE MANUTENÇÃO - CBO/CIUO 88: 5143-10

• Descrição Sumária do Cargo:

Realizar manutenção predial de maneira preventiva e corretiva.

• Principais Atividades:

- ✓ Realizar sob supervisão a manutenção geral das instalações hospitalares.
- ✓ Acompanhar as etapas das operações, revisões, reparos e manutenções preventivas das instalações e equipamentos.
- ✓ Auxiliar na manutenção da rede de oxigênio e central.
- ✓ Colaborar nos serviços de obras, auxiliando o pedreiro, quando necessário.
- ✓ Realizar manutenção preventiva de todo hospital.
- ✓ Reparar máquinas, aparelhos, móveis e utensílios.
- ✓ Auxiliar na manutenção de telhados.
- ✓ Auxiliar na limpeza de caixas d'água.
- ✓ Auxiliar em serviços de reparos na rede hidráulica/ sanitária.
- ✓ Auxiliar na realização de serviços de manutenção predial.
- ✓ Prestar manutenção nas redes de gases, vácuo e ar comprimido.
- ✓ Atender com urgência e eficiência aos chamados.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	70 de 136

- **Requisitos**

- ✓ **Formação:** Ensino fundamental completo.
- ✓ **Tempo de experiência:** Mínimo dois anos na função.

- **Competências:**

C	H	A
Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino fundamental completo • Técnicos da área de atuação 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Planejar • Tomada de decisão • Observação • Receber feedback • Administrar tempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa • Cooperativismo • Demonstrar resistência física • Demonstrar paciência • Demonstrar equilíbrio físico • Demonstrar agilidade • Demonstrar capacidade de trabalhar em alturas • Demonstrar destreza manual • Demonstrar prudência • Contornar situações adversas

5.29 PEDREIRO - CBO/CIUO 88: 7152-10

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Executar atividades na área de alvenaria, pintura, piso, forros, marcenaria, serralha, revestimento de edificação, armações de ferro e tela, madeiramento no âmbito da construção civil.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Construir ou reparar pisos, paredes e forros, serviços de demolição, alicerce, assentamento de tijolos ou blocos, instalação de peças sanitárias.
- ✓ Armar e desmontar andaimes de madeiras ou metálicos.
- ✓ Nivelar e preparar pisos e paredes.
- ✓ Perfurar paredes, visando a colocação de canos e fios elétricos.
- ✓ Impermeabilizar caixas d'água, paredes, tetos e outros.
- ✓ Participar de reuniões e grupos de trabalho.
- ✓ Revestir superfícies.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	71 de 136

- ✓ Executar consertos em redes de esgoto.
- ✓ Reparar telhados.
- ✓ Preparar materiais de acabamentos.
- ✓ Responder pelos serviços de obras, civis quando forem determinados.
- ✓ Realizar pinturas látex e esmalte.
- ✓ Instalar esquadrias de madeiras e metálicas.
- ✓ Responsabilizar-se pelo controle e conservação de materiais e equipamentos colocados à sua disposição.
- ✓ Realizar outros serviços compatíveis com o cargo.

• **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino fundamental completo.
- ✓ **Tempo de experiência:** Mínimo 3 anos na função.
- ✓ **Conhecimentos específicos:** Domínio básico em construção civil (Assentamento de blocos, placas cerâmicas, tijolos, revestimento de pisos e serviços de madeiramento em geral).

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino fundamental completo • Domínio básico em construção civil • Conhecimentos em Assentamento de blocos, placas cerâmicas, tijolos, revestimento de pisos e serviços de madeiramento em geral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação • Planejar • Observação • Trabalho em equipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar em grandes alturas e áreas de risco • Preocupar-se com a produtividade • Cumprir as especificações do fabricante. • Cooperativismo • Obedecer às normas técnicas e de segurança • Zelar pela qualidade do trabalho • Manter-se atualizado quanto às normas de segurança

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	72 de 136

5.30 ELETRICISTA - CBO/CIUO 88: 9511-05

- Descrição Sumária do Cargo:**

Montar e reparar instalações de baixa e alta tensão, no hospital, utilizando ferramentas manuais comuns e especiais, aparelhos de medição elétrica e eletrônica, material isolante e equipamento de solda, para possibilitar o funcionamento das mesmas.

- Principais Atividades:**

- ✓ Realizar serviços de manutenção da rede elétrica- unidades de consumo, quadros de comandos e gerador.
- ✓ Fazer revisão de focos do Centro Cirúrgico.
- ✓ Realizar manutenção preventiva no grupo gerador.
- ✓ Realizar manutenção em equipamentos elétricos.
- ✓ Realizar a expansão da rede elétrica, quando autorizada pela Administração.
- ✓ Verificar, com regularidade, o funcionamento das chaves elétricas, casa de máquinas, gerador e cabine primária.
- ✓ Realizar pequenos reparos na rede elétrica como: Campainhas, tomadas, interruptores, troca de lâmpadas etc.

- Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino médio completo, com curso técnico em elétrica ou afins/ Curso básico de segurança em instalações e serviços em eletricidade.
- ✓ **Tempo de experiência:** Mínimo dois anos de experiência na área hospitalar, industrial ou predial.
- ✓ **Conhecimentos específicos:** Conhecimentos Específicos em eletricidade.

- Competências:**

C	H	A
Conhecimentos	Habilidades	Atitudes

N

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	73 de 136

- Ensino médio completo, com curso técnico em elétrica ou afins
- Curso básico de segurança em instalações e serviços em eletricidade.
- Conhecimentos Específicos em eletricidade.

- Observação
- Disciplina e método
- Tomada de decisão
- Trabalho em equipe
- Planejar

- Demonstrar persistência
- Cooperativismo
- Demonstrar dinamismo
- Autocontrolar-se
- Demonstrar raciocínio lógico
- Demonstrar coordenação motora
- Demonstrar prudência
- Demonstrar concentração

5.31 PINTOR - CBO/CIUO 88: 7166-10

• Descrição Sumária do Cargo:

Pintam as superfícies externas e internas de edifícios e outras obras civis, raspando-a amassando-as e cobrindo-as com uma ou várias camadas de tinta. revestem tetos, paredes e outras partes de edificações com papel e materiais plásticos e para tanto, entre outras atividades, preparam as superfícies a revestir, combinam materiais etc.

• Principais Atividades:

- ✓ Analisar projeto de obra.
- ✓ Esboçar medidas da obra.
- ✓ Tirar medidas em obra.
- ✓ Definir material e quantidade de material (qualidade e tipo).
- ✓ Estabelecer cronogramas de execução.
- ✓ Montar equipamentos (andaimes, cavaletes, escadas etc.).
- ✓ Relacionar ferramentas, acessórios e epi conforme o serviço discriminado.
- ✓ Preparar o material para acabamento de obras.
- ✓ Corrigir superfícies para acabamento de obras.
- ✓ Preparar superfícies para acabamentos/.
- ✓ Aplicar tinta ou revestimentos.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	74 de 136

- ✓ Proteger superfícies que não vão ser trabalhadas.
- ✓ Fazer revisão final com clientes.
- ✓ Limpar ferramentas, equipamentos e acessórios
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino médio completo.
 - ✓ **Tempo de experiência:** Mínimo dois anos de experiência.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino médio completo • Conhecimentos sobre a área 	<ul style="list-style-type: none"> • Planejar • Disciplina e método • Observar • Trabalhar em equipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Zelar pelos equipamentos, máquinas e acessórios • Cooperativismo • Demonstrar habilidade para trabalhar em grandes alturas • Manter limpo o ambiente de trabalho • Seguir normas de segurança • Demonstrar criatividade e iniciativa • Manter-se atualizado sobre novos materiais e técnicas • Demonstrar eficiência e comprometimento com o trabalho

5.32 AUXILIAR DE LAVANDERIA - CBO/CIUO 88: 5163-45

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Organizar e realizar a distribuição de roupas em todo hospital.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Distribuir roupas nas unidades de internação, Centro Cirúrgico e UTI com os carrinhos de transporte de maneira que não falte roupas para os pacientes.
- ✓ Acondicionar as roupas na rouparia de acordo com técnicas específicas de maneira a facilitar a distribuição.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	75 de 136

- ✓ Manter o controle das roupas distribuídas das unidades para que não haja evasão do enxoval.
- ✓ Recolher as roupas sujas deixadas no expurgo, com carrinho adequado para levar a rouparia e posteriormente ser retirada pela empresa terceira responsável pela lavagem das mesmas.
- ✓ Auxiliar a empresa terceira no transporte das roupas do caminhão para a rouparia e vice-versa.
- ✓ Realizar reparos em roupas e enxovais conforme necessidade (costura).
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino médio completo.
 - ✓ **Tempo de experiência:** Não é necessário.
 - ✓ **Conhecimentos específicos:**
 - Pacote Office e
 - Conhecimento em costura para realização de conserto de roupas.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino médio completo • Pacote Office • Conhecimento em costura para realização de conserto de roupas 	<ul style="list-style-type: none"> • Planejar • Disciplina e método • Trabalho em equipe • Observar • Discriminar cores e manchas 	<ul style="list-style-type: none"> • Vacinar-se periodicamente • Trabalhar com atenção • Trabalhar com segurança • Operar as máquinas

5.33 NUTRICIONISTA CLÍNICO - CBO/CIUO 88: 2237-10

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Prestar assistência dietética e promover educação nutricional a indivíduos, sadios ou enfermos visando à manutenção e recuperação da saúde.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Fazer o levantamento de prescrições dietéticas, nos prontuários dos pacientes para elaborar o mapa de dietas.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	76 de 136

- ✓ Supervisionar a distribuição de toda alimentação dos pacientes.
- ✓ Visitar diariamente os pacientes para inteirar-se da aceitação da refeição servida.
- ✓ Documentar no prontuário dos pacientes a evolução dietética para que o médico possa acompanhar.
- ✓ Informar aos médicos sobre os hábitos alimentares dos pacientes, disponibilidade, viabilidade da execução da dieta etc.
- ✓ Participar de programas de treinamentos para funcionários, para que dessa forma, se mantenha a qualidade dos serviços prestados.
- ✓ Pesquisar a disponibilidade de alimentos dietéticos, por exemplo, que possam ser usados no hospital.
- ✓ Aplicar novas dietas e acompanhar os casos, apresentando resultados e acompanhando o comportamento psicossomático do paciente submetido a determinadas dietas.
- ✓ Informar aos pacientes sobre a importância da dieta em sua recuperação.
- ✓ Elaborar relatórios sobre o grau de satisfação das refeições servidas pelo hospital.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino superior completo em nutrição/ Especialização em nutrição clínica.
 - ✓ **Tempo de experiência:** Mínimo 1 ano na função.
 - ✓ **Conhecimentos específicos:**
 - Domínio em Nutrição Clínica e em dietoterapia.
 - Noções gerais de dietoterapia.
 - Conceitos básicos de Educação em Saúde e
 - Conhecimento em pacote Office.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
--------------------	------------------	---------------

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	77 de 136

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Especialização em nutrição clínica • Domínio em Nutrição Clínica e em dietoterapia • Pacote Oficce. • Conceitos básicos de Educação em Saúde • Noções gerais de dietoterapia • Dominar legislação | <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Planejar • Administrar conflitos • Gerenciar equipes • Comunicação • Tomada de decisão • Liderar | <ul style="list-style-type: none"> • Cooperativismo • Manter-se dinâmico • Participar de grupos e reuniões técnicas • Contornar situações adversas • Trabalhar em equipe multi e interdisciplinar • Participar de programas institucionais • Participar de entidades de classe • Manipular instrumentos de avaliação do estado nutricional • Demonstrar criatividade e flexibilidade |
|--|---|---|

5.34 NUTRICIONISTA DE PRODUÇÃO - CBO/CIUO 88: 2237-10

• Descrição Sumária do Cargo:

Planejamento, acompanhamento, avaliação, execução e controle das atividades relacionadas à nutrição, programas de educação preventiva, vigilância nutricional e de reeducação alimentar, respeitadas a formação, legislação profissional e regulamentos do serviço.

• Principais Atividades:

- ✓ Supervisionar a identificação e distribuição de alimentos no refeitório.
- ✓ Planejar e elaborar cardápios dietoterápicos, baseando-se na aceitação dos alimentos pelos funcionários de forma a proporcionar uma composição equilibrada de nutrientes.
- ✓ Verificar se a produção atende à legislação.
- ✓ Garantir controles estabelecidos zelando pela melhor entrega.
- ✓ Verificar no prontuário dos pacientes a prescrição de dietas e resultados de exames de laboratórios para estabelecer o tipo de dieta, distribuição e horário de cada paciente.
- ✓ Fazer previsão do controle de gêneros alimentícios e providenciar a sua aquisição.
- ✓ Adotar medidas que assegurem preparação higiênica e conservação dos alimentos.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	78 de 136

- ✓ Orientar serviços de cozinha, copa e refeitório na correta preparação de cardápios.
- ✓ Orientar os funcionários quanto aos nutrientes e equilíbrio das refeições.
- ✓ Elaborar relatórios quanto ao grau de satisfação das refeições servidas aos funcionários.
- ✓ Auxiliar a coordenação em treinamentos para os funcionários.

• **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino superior em nutrição.
- ✓ **Tempo de experiência:** Mínimo um ano.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino superior em nutrição. • Domínio em Nutrição Clínica e em dietoterapia • Dominar legislação • Pacote Office. • Conceitos básicos de Educação em Saúde • Noções gerais de dietoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Planejar • Administrar conflitos • Gerenciar equipes • Comunicação • Tomada de decisão • Liderar 	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperativismo • Manter-se dinâmico • Participar de grupos e reuniões técnicas • Contornar situações adversas • Trabalhar em equipe multi e interdisciplinar • Participar de programas institucionais • Participar de entidades de classe • Manipular instrumentos de avaliação do estado nutricional • Demonstrar criatividade e flexibilidade

5.35 AUXILIAR DE COZINHA - CBO/CIUO 88: 5135-05

• **Descrição Sumária do Cargo:**

Os trabalhadores auxiliares nos serviços de alimentação auxiliam outros profissionais da área no pré-preparo, preparo e processamento de alimentos, na montagem de pratos. Verificam a qualidade dos gêneros alimentícios, minimizando riscos de contaminação. Trabalham em conformidade a normas e procedimentos técnicos e de qualidade, segurança, higiene e saúde.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	79 de 136

- **Principais Atividades:**

- ✓ Pré-preparar o alimento.
- ✓ Preparar molhos, fundos, caldos, recheios e coberturas.
- ✓ Rechear alimentos.
- ✓ Cozinhar alimentos.
- ✓ Branquear hortifrutigranjeiros.
- ✓ Modelar massas.
- ✓ Pré-assar alimentos.
- ✓ Resfriar alimentos.
- ✓ Congelar alimentos.
- ✓ Ajudar na montagem dos pratos.
- ✓ Processar alimentos.
- ✓ Verificar pedidos, comandas ou cardápio.
- ✓ Selecionar gêneros alimentícios e/ou ingredientes.
- ✓ Pegar alimentos no estoque ou câmara.
- ✓ Etiquetar e embalar gêneros alimentícios e/ou ingredientes.
- ✓ Auxiliar na adaptação de pedidos, cardápios ou comandas.
- ✓ Conferir requisição de gêneros alimentícios e/ou ingredientes recebidos.
- ✓ Auxiliar no cálculo de quantidades.
- ✓ Minimizar riscos de contaminação.
- ✓ Preparar local de trabalho.
- ✓ Conferir materiais e utensílios e notificar quando houver quebra ou danos.
- ✓ Guardar materiais e utensílios
- ✓ Solicitar reposição de utensílios
- ✓ Controlar desperdícios.

- **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino fundamental e preferencialmente cursos profissionalizantes.
- ✓ **Tempo de experiência:** 1 ano na função.

- **Competências:**

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	80 de 136

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino fundamental • Curso profissionalizante 	<ul style="list-style-type: none"> • Paladar apurado • Discriminar odores • Senso estético • Observação • Acuidade visual 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar com segurança. • Organização • Demonstrar atenção • Demonstrar boa apresentação • Demonstrar criatividade • Demonstrar destreza manual • Proatividade

5.36 COPEIRO DE HOSPITAL - CBO/CIUO 88: 5134-30

• Descrição Sumária do Cargo:

Atendem os clientes, recepcionando-os e servindo refeições e bebidas em hospitais. montam e desmontam praças, carrinhos, mesas e balcões. organizam, conferem e controlam materiais de trabalho, bebidas e alimentos, listas de espera, a limpeza e higiene e a segurança do local de trabalho. preparam alimentos e bebidas.

• Principais Atividades:

- ✓ Servir bandeja
- ✓ Posicionar a mesa para o paciente
- ✓ Servir pratos
- ✓ Acomodar o cliente
- ✓ Descrever os pratos
- ✓ Fornecer informações ao cliente
- ✓ Atender reclamações do cliente
- ✓ Selecionar produtos (limpeza e outros)
- ✓ Montar kits de descartáveis (guardanapos, talheres, sal)
- ✓ Montar o carrinho
- ✓ Selecionar alimentos e bebidas (ab)
- ✓ Conferir a dieta
- ✓ Verificar a quantidade e disponibilidade de produtos

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	81 de 136

- ✓ Verificar material de trabalho (utensílios e equipamentos)
- ✓ Requisitar utensílios, equipamentos e produtos de limpeza
- ✓ Controlar prazo e data de validade de alimentos e bebidas
- ✓ Preparar alimentos e bebidas.
- ✓ Desmontar o carrinho
- ✓ Recolher as bandejas, louça, talheres e copos.
- ✓ Arrumar o espaço
- ✓ Encaminhar enxoval de mesa para lavanderia
- ✓ Higienizar utensílios e equipamentos.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino Fundamental.
 - ✓ **Tempo de experiência:** No mínimo 1 ano.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino Fundamental. • Atendimento ao cliente 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir atentamente (saber ouvir) • Comunicação • Organização • Discriminar sabores, odores e cores • Disciplina • Trabalho em equipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter-se dinâmico e paciente • Cuidar da aparência e higiene pessoal • Contornar situações adversas • Lidar com estresse • Demonstrar cordialidade • Cultivar ética profissional • Cooperativismo

5.37 SUPERVISOR DE ALMOXARIFADO - CBO/CIUO 88: 4102-05

- **Descrição Sumária do Cargo:**

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	82 de 136

Supervisionam e controlam equipe e serviços financeiros, de câmbio, bens-patrimoniais, créditos e bancários. elaboram orçamentos. efetuam e conferem pagamentos. realizam cobranças, planejando e solucionando pendências. administram almoxarifado.

• **Principais Atividades:**

- ✓ Projetar gastos por áreas.
- ✓ Projetar receitas.
- ✓ Elaborar demonstrativos financeiros e econômicos.
- ✓ Coletar dados financeiros e econômicos da empresa.
- ✓ Comparar valores estimados com realizados.
- ✓ Estimar custo de pessoal.
- ✓ Analisar necessidades das áreas.
- ✓ Reavaliar projeções.
- ✓ Levantar preços de mercado.
- ✓ Controlar execução orçamentária.
- ✓ Orientar áreas de acordo com metas e objetivos da empresa.
- ✓ Listar pagamentos a efetuar e conferir pagamentos efetuados.
- ✓ Acompanhar pedidos de compra da empresa.
- ✓ Examinar prestações de contas.
- ✓ Negociar prazos de pagamentos com fornecedores.
- ✓ Controlar fundo fixo de caixa.
- ✓ Gerar documentos para contabilidade.
- ✓ Realizar cobranças.
- ✓ Solucionar pendências com áreas técnicas e comerciais.
- ✓ Enviar títulos aos cartórios ou empresas de cobranças terceirizadas.
- ✓ Monitorar cobranças bancárias.
- ✓ Controlar bens materiais.
- ✓ Contratar câmbio.
- ✓ Resolver pendências financeiras de exportação.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	83 de 136

- ✓ Analisar documentos para fechamento de câmbio.
- ✓ Analisar créditos.
- ✓ Coordenar caixa.
- ✓ Administrar almoxarifado.
- ✓ Supervisionar trabalho em equipe.

• **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Superior completo e curso básico de qualificação.
- ✓ **Tempo de experiência:** 3 a 4 anos experiência na função

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior completo • Curso de qualificação 	<ul style="list-style-type: none"> • Liderança • Planejar • Tomada de decisão • Comunicação • Orientar e ensinar • Administrar conflitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar iniciativa • Demonstrar sinergia • Cultivar ética profissional • Atitude Proativa • Descentralizar tarefas • Cooperativismo • Demonstrar agilidade • Demonstrar sensatez • Demonstrar flexibilidade e objetividade

5.38 AUXILIAR DE ALMOXARIFADO - CBO/CIUO 88: 4141-05

• **Descrição Sumária do Cargo:**

Executar o recebimento, armazenamento, controle de estoque e distribuição de mercadorias de todo hospital.

• **Principais Atividades:**

- ✓ Recepcionar, conferir e armazenar produtos facilitando o controle e distribuição dos mesmos.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	84 de 136

- ✓ Conferir nota fiscal e ordens de compras para que não haja divergências entre material solicitado e entregue no hospital.
- ✓ Controlar os pedidos da Central de Compras através do sistema integrado mantendo a atualização do mesmo.
- ✓ Solucionar pendências e intercorrências no momento do recebimento dos produtos, de acordo com a necessidade e ferramentas disponíveis para manter o devido estoque.
- ✓ Auxiliar no inventário do almoxarifado, seguindo cronograma e critérios pré-estabelecidos pelo Coordenador da área, informando-o, imediatamente sobre qualquer intercorrência.
- ✓ Controlar o fluxo de estoque, através do sistema para não faltar produtos.
- ✓ Responsabilizar-se pelo reabastecimento e validade dos produtos.
- ✓ Fornecer informações para elaboração de relatórios de controle de estoque e consumo por serviço, através do sistema visualizando o que tem mais saída.
- ✓ Receber e organizar as requisições de acordo com o setor solicitante, assim como assegurar sua pronta entrega.
- ✓ Organizar o armazenamento de produtos e materiais para garantir uma estocagem racional e ordenada.
- ✓ Separar materiais deteriorados, dando baixa no sistema para realizar trocas.
- ✓ Executar outras atividades solicitadas pelo coordenador da área.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino médio completo.
 - ✓ **Tempo de experiência:** Mínimo um ano de experiência na função.
 - ✓ **Conhecimentos específicos:**
 - Conhecimento em recebimento.
 - Conferência, Controle, Estoque de mercadorias.
 - Domínio de Pacote Office (principalmente Excel).
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino médio completo • Noções de informática 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação • Disciplina 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar organização

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	85 de 136

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento em recebimento, conferência, controle e estoque de mercadorias. | <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Tomada de decisão • Liderança • Ouvir atentamente (saber ouvir) | <ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar resistência física • Demonstrar honestidade • Demonstrar paciência • Demonstrar criatividade • Demonstrar dedicação • Demonstrar agilidade |
|--|---|--|

5.39 ESTOQUISTA - CBO/CIUO 88: 4141-05

• Descrição Sumária do Cargo:

Recepcionam, conferem e armazenam produtos e materiais em almoxarifados, armazéns, silos e depósitos. Fazem os lançamentos da movimentação de entradas e saídas e controlam os estoques. Distribuem produtos e materiais a serem expedidos. Organizam o almoxarifado para facilitar a movimentação dos itens armazenados e a armazenar.

• Principais Atividades:

- ✓ Verificar notas fiscais.
- ✓ Confrontar notas e pedidos.
- ✓ Descarregar produtos.
- ✓ Encaminhar materiais para armazenagem.
- ✓ Conferir lacre do caminhão.
- ✓ Conferir conhecimento de fretes com nota fiscal.
- ✓ Conferir prazos de entrega dos produtos.
- ✓ Conferir lastro de embalagem.
- ✓ Conferir quantidades.
- ✓ Conferir marcas dos produtos.
- ✓ Conferir qualidade e vencimento dos produtos.
- ✓ Conferir materiais por subgrupo.
- ✓ Conferir produtos com especialista da área requerente.
- ✓ Informar ao Gestor dos itens em desacordo.
- ✓ Examinar a quantidade das mercadorias.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	86 de 136

- ✓ Listar mercadorias para reposição.
- ✓ Requisitar mercadorias em falta.
- ✓ Receber mercadorias.
- ✓ Conferir mercadorias mediante nota fiscal e pedido.
- ✓ Estocar mercadorias.
- ✓ Arrumar mercadorias no depósito.
- ✓ Devolver mercadorias rejeitadas.
- ✓ Separar mercadorias para balanço.
- ✓ Definir o módulo de armazenamento.
- ✓ Definir áreas de armazenamento por tipo de produto.
- ✓ Transportar mercadoria para área definida.
- ✓ Direcionar mercadorias de acordo com o sistema.
- ✓ Armazenar por linha e marca.
- ✓ Planejar o leiaute.
- ✓ Sinalizar áreas de risco.
- ✓ Identificar os produtos por etiquetas.
- ✓ Organizar prateleiras.
- ✓ Organizar produtos no espaço físico.
- ✓ Agrupar produtos.
- ✓ Ordenar materiais.
- ✓ Reutilizar caixas vazias.
- ✓ Controlar o acesso de pessoas.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Noções de informática 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Ouvir atentamente (saber ouvir) • Disciplina e método • Criatividade • Organização • Comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Classificar itens por características • Demonstrar honestidade • Demonstrar paciência • Cooperativismo • Demonstrar resistência física

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	87 de 136

- Tomar decisões
- Demonstrar agilidade

5.40 COORDENADOR DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL - CBO/CIUO 88: 1422-10

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Preparar dados e cálculos para processamento da folha de pagamento.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Participar e Incentivar a participação nas atividades oferecidas pelos recursos humanos, através da atribuição de normas ou do incentivo para eventos e treinamentos que venham a qualificar e motivar os colaboradores no ambiente de trabalho, visando criar clima organizacional e motivacional nas equipes.
- ✓ Planejar, dirigir e controlar as atividades do setor para atingir os objetivos específicos, de acordo com a política e manual de organização do setor aprovados pela Diretoria.
- ✓ Elaborar procedimentos para cada serviço do setor.
- ✓ Estabelecer o processo de avaliação permanente da atividade de trabalho desenvolvida no setor e propor medidas que visem melhoria contínua da produtividade do trabalho.
- ✓ Participar da elaboração de rotinas gerais do hospital, que envolvam atividades do Setor de Departamento Pessoal.
- ✓ Estabelecer e/ou modificar técnicas específicas do Setor de Departamento Pessoal.
- ✓ Atender à fiscalização Trabalhista e Previdenciária.
- ✓ Preparar as Rescisões de Contrato de Trabalho e todos os procedimentos inerentes à rotina.
- ✓ Providenciar o andamento legal da documentação de acidentes de trabalho e auxílio doença.
- ✓ Anotar e atualizar a CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) dos colaboradores.
- ✓ Preparar avisos e recibos de férias dos colaboradores.
- ✓ Elaborar relatórios das atividades do serviço e apresentá-lo à Diretoria quando necessário.
- ✓ Orientar e controlar o comportamento fiel das formalidades determinadas pelas Leis Trabalhistas, tais como: preenchimento de todos os documentos e registros oficiais dos

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	88 de 136

novos empregados, Contrato de Experiência, Registro de Ponto, Concessão de Férias, Sanções Disciplinares, Demissões, outros.

- ✓ Assegurar o correto uso do material e equipamento sob sua responsabilidade.
 - ✓ Zelar pelo estado geral da conservação do material, equipamento ou instrumento sob sua responsabilidade.
 - ✓ Fazer a previsão de consumo de material, justificando as requisições.
 - ✓ Representar o setor junto a Diretoria e outros serviços.
 - ✓ Assegurar o fornecimento de dados específicos para a Diretoria.
 - ✓ Manter-se atualizado sobre toda a legislação pertinente as atividades.
 - ✓ Zelar pela organização, controle e arquivos de todos os documentos inerentes às suas atividades.
 - ✓ Colaborar na definição de plano de cargos e salários.
 - ✓ Executar outras tarefas afins a critério da Diretoria Administrativa.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino Superior Completo – Administração, Contabilidade ou Direito/Contabilidade
 - ✓ **Tempo de experiência:** Experiência em rotinas de departamento de Pessoal acima de 3 anos na função.
 - ✓ **Conhecimentos específicos:**
 - Domínio em pacote Office.
 - Conhecimento Legislação Trabalhista.
 - Encargos Trabalhistas.
 - Relações Sindicais em Software de folha de pagamento.
 - Domínio em execução de folha de pagamento (recolhimento de encargos, administração de benefícios, cálculo de férias, processo de admissão, cálculos rescisórios, alimentação de sistema integrado).
 - Conhecimento em SESMT.
 - Conhecimento em sistemas de Gestão informatizados/integrados.
 - Preferência que já conheça o segmento hospitalar.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	89 de 136

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino Superior Completo – Administração, Contabilidade ou Direito/Contabilidade • Pacote Office • Legislação Trabalhista, Encargos Trabalhistas. • Relações Sindicais em Software de folha de pagamento. • Alimentação de sistema integrado. • Sistemas de Gestão informatizados/integrados. • Conhecimento em SESMT. • Domínio em execução de folha de pagamento, recolhimento de encargos, administração de benefícios, cálculo de férias, processo de admissão, cálculos rescisórios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organização • Capacidade de argumentar • Comunicação • Tomada de decisão • Planejar • Orientar e ensinar • Liderança 	<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrole • Demonstrar ética profissional • Demonstrar assertividade • Cooperativismo • Comprometimento • Concentração • Visão estratégica • Raciocínio lógico

5.41 AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE DEPARTAMENTO PESSOAL - CBO/CIUO 88: 4110-05

• **Descrição Sumária do Cargo:**

Executar todos os trabalhos burocráticos do serviço, sob a orientação do Coordenador.

• **Principais Atividades:**

- ✓ Auxiliar admissões de colaboradores, conferindo toda a documentação necessária incluindo o registro.
- ✓ Executar atividades administrativas do serviço.
- ✓ Distribuir vale transporte conforme determinação legal.
- ✓ Receber e transmitir recados, registrando as informações recebidas para possibilitar comunicações posteriores aos interessados.
- ✓ Auxiliar em serviço de escritório separando documentos, confeccionando cópias e realizando outras tarefas de apoio administrativo.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	90 de 136

- ✓ Efetuar entrada de dados ou realizar consultas através de sistemas informatizados.
 - ✓ Classificar documentos correspondências, arquivar em locais apropriados, manter a documentação organizada e atualizada.
 - ✓ Redigir correspondências, lançar, dados para controle.
 - ✓ Esclarecer dúvidas quanto a pagamentos, registro, salário família, documentação, outros.
 - ✓ Entregar e controlar os uniformes, crachás.
 - ✓ Conferir e realizar lançamento de ponto.
 - ✓ Redigir pedidos de compras, quando solicitados.
 - ✓ Orientar e controlar o cumprimento fiel das formalidades determinadas pela lei trabalhistas, tais como: preenchimento de todos os documentos e registros oficiais dos novos empregados, licenças, registro de ponto, concessão de férias, sanções disciplinares, outro.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino médio completo.
 - ✓ **Tempo de experiência:** Acima de 01 ano na função.
 - **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino médio completo • Redação e língua portuguesa • Conhecimento em todas as rotinas do setor: ponto eletrônico, admissões, rescisões, férias, folha de pagamento, recolhimento de encargos, benefícios. • Noções de legislação trabalhista • Pacote Office 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Redigir • Administrar tempo • Disciplina e método • Comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar flexibilidade • Cooperativismo • Contornar situações adversas. • Demonstrar criatividade • Demonstrar persistência • Empatia • Demonstrar iniciativa

5.42 COORDENADOR DE LOGISTICA E SUPRIMENTOS - CBO/CIUO 88: 1416-15

- **Descrição Sumária do Cargo:**

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	91 de 136

Planejam as atividades operacionais de empresas de armazenamento, distribuição, transportes, comunicações e logística. Administram equipes, gerenciam recursos materiais e financeiros da área. Controlam o processo operacional e avaliam seus resultados. Providenciam meios para que as atividades sejam desenvolvidas em conformidade com as normas e procedimentos técnicos, de qualidade, segurança, meio ambiente e saúde. Buscam novas tecnologias e assessoram a diretoria e setores da empresa.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Planejar atividades de armazenamento, distribuição, transportes e comunicação.
- ✓ Definir metas (redução de custos, ganhos de produtividade, renovação de frota....).
- ✓ Definir plano operacional e de manutenção.
- ✓ Planejar recursos humanos e materiais para as operações.
- ✓ Elaborar orçamentos.
- ✓ Definir indicadores de desempenho (% de redução de custos, nº passageiros por viagem....).
- ✓ Elaborar e aprovar normas e procedimentos.
- ✓ Elaborar plano de contingência e ações preventivas.
- ✓ Planejar expansão de áreas de atendimento.
- ✓ Planejar expansão de capacidade de atendimento.
- ✓ Planejar alternativas de terceirização.
- ✓ Estabelecer padrões para serviços subcontratados.
- ✓ Planejar soluções de atendimento a clientes.
- ✓ Definir linhas e itinerários.
- ✓ Planejar viagens diferenciadas (fretamentos - cargas/passageiros).
- ✓ Planejar serviços de rádio chamada.
- ✓ Revisar planos.
- ✓ Administrar equipes.
- ✓ Analisar demanda operacional.
- ✓ Analisar capacidade de ocupação dos equipamentos.
- ✓ Otimizar uso de recursos materiais.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	92 de 136

- ✓ Otimizar uso do espaço físico.
- ✓ Racionalizar custos operacionais.
- ✓ Priorizar alocação de recursos.
- ✓ Autorizar requisições de compras.
- ✓ Autorizar gastos com terceirização.
- ✓ Autorizar comercialização de espaço físico para anúncios, exposições, serviços....).
- ✓ Autorizar alienação de equipamentos.
- ✓ Autorizar aluguel de equipamentos a terceiros.
- ✓ Solucionar reclamações de clientes.
- ✓ Acionar plano de contingência.
- ✓ Acionar serviços de manutenção.
- ✓ Controlar serviços de manutenção.
- ✓ Monitorar tráfego aéreo, marítimo, fluvial, rodoviário, ferroviário....).
- ✓ Monitorar tráfego dos serviços de correios e telecomunicações.
- ✓ Monitorar roteiros e itinerários de veículos.
- ✓ Controlar disponibilidade de veículos.
- ✓ Controlar execução de serviços de terceiros.
- ✓ Controlar o fluxo de entrada e saída de materiais e veículos.
- ✓ Controlar uso e funcionalidade dos equipamentos a bordo.
- ✓ Avaliar resultados.
- ✓ Buscar novas tecnologias.
- ✓ Assessorar diretoria e setores da empresa.
- ✓ Promover condições de segurança, saúde, meio-ambiente e qualidade.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Superior completo.
 - ✓ **Tempo de experiência:** Mais de cinco anos de experiência profissional.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
--------------------	------------------	---------------



	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	93 de 136

- Superior completo
- Comunicação
- Organização
- Criatividade
- Tomada de decisão
- Trabalho em equipe
- Administrar conflitos
- Liderança
- Demonstrar capacidade de negociação
- Relacionar-se interpessoalmente
- Demonstrar iniciativa
- Demonstrar flexibilidade
- Demonstrar capacidade de empreendimento
- Demonstrar credibilidade
- Manter-se atualizado profissionalmente

5.43 **COMPRADOR** - CBO/CIUO 88: 3542-05

• **Descrição Sumária do Cargo:**

Recebem requisições de compras, executam processo de cotação e concretizam a compra de serviços, produtos, matérias-primas e equipamentos para o comércio atacadista e varejista, para indústrias, empresas, órgãos públicos e privados. Acompanham o fluxo de entregas, desenvolvem fornecedores de materiais e serviços. supervisionam equipe e processos de compra. Preparam relatórios e fazem o papel de interlocutor entre requisitantes e fornecedores.

• **Principais Atividades:**

- ✓ Registrar requisições.
- ✓ Verificar especificações dos materiais ou serviços.
- ✓ Identificar famílias (ramos) de materiais ou serviços.
- ✓ Verificar quantidades de materiais ou serviços solicitados.
- ✓ Verificar a existência de verbas.
- ✓ Verificar estoques.
- ✓ Identificar itens de maior consumo.
- ✓ Sugerir ao solicitante opções de materiais ou serviços.
- ✓ Obter informações sobre local de entrega.
- ✓ Verificar o prazo de entrega dos materiais ou serviços.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	94 de 136

- ✓ Organizar processos de concorrência.
- ✓ Selecionar fornecedores.
- ✓ Solicitar cotações.
- ✓ Determinar data para apresentação de cotações.
- ✓ Abrir concorrências.
- ✓ Montar planilhas de cotações.
- ✓ Analisar cotações.
- ✓ Escolher as melhores condições comerciais.
- ✓ Negociar com fornecedores preços, prazos e condições de pagamento.
- ✓ Definir o fornecedor.
- ✓ Estipular termos do contrato de compras.
- ✓ Firmar contrato de compra de materiais ou serviços.
- ✓ Emitir pedido de compra.
- ✓ Enviar pedido de compra ou contrato para aprovação.
- ✓ Confirmar pedido de compra.
- ✓ Arquivar processos de compras.
- ✓ Revisar pedidos em aberto.
- ✓ Cobrar a entrega de materiais ou serviços.
- ✓ Checar a entrega de materiais ou serviços.
- ✓ Devolver materiais rejeitados.
- ✓ Providenciar a reposição de materiais ou serviços em garantia.
- ✓ Negociar reparação dos prejuízos decorrentes de materiais rejeitados.
- ✓ Acompanhar a nova entrega de materiais.
- ✓ Consultar fontes de informações sobre fornecedores.
- ✓ Visitar feiras e exposições.
- ✓ Pesquisar referências dos fornecedores.
- ✓ Requisitar amostras ou catálogos de materiais ou serviços.
- ✓ Entrevistar fornecedores.
- ✓ Agendar visita técnica ao fornecedor.



	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	95 de 136

- ✓ Participar da homologação de fornecedores, materiais e serviços.
 - ✓ Cadastrar fornecedores.
 - ✓ Atualizar o cadastro de fornecedores.
 - ✓ Encaminhar materiais ou serviços para testes.
 - ✓ Avaliar o desempenho de fornecedores.
 - ✓ Colaborar no planejamento orçamentário.
 - ✓ Instruir sobre procedimentos para a área de compras.
 - ✓ Agrupar requisições por ramo ou segmento de materiais ou serviços.
 - ✓ Aprovar pedidos de compras.
 - ✓ Zelar pelo cumprimento de normas internas.
 - ✓ Racionalizar o fluxo de procedimentos.
 - ✓ Controlar os processos de aquisição de materiais ou serviços.
 - ✓ Realizar reuniões para avaliação dos trabalhos e motivação de funcionários.
 - ✓ Propor cursos ou treinamentos para funcionários.
 - ✓ Preparar relatórios de acompanhamento dos processos de compra.
 - ✓ Preparar relatórios de visitas a fornecedores.
 - ✓ Preparar relatórios de não conformidade de materiais.
 - ✓ Preparar relatórios de variação de preços.
 - ✓ Preparar relatórios de desempenho de funcionários.
 - ✓ Interpretar textos.
 - ✓ Comunicar aos setores sobre compras efetuadas.
 - ✓ Avisar usuários e fornecedores sobre materiais rejeitados.
 - ✓ Redigir comunicados e correspondências
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
--------------------	------------------	---------------

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	96 de 136

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Relatórios • Cálculos financeiros • Pacote office | <ul style="list-style-type: none"> • Negociação • Planejar • Argumentar • Comunicação • Trabalho em equipe • Organização • Observação | <ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar com ética • Lidar com pressões internas e externas • Cumprir normas de segurança, saúde e meio ambiente • Demonstrar objetividade • Manter-se versátil e dinâmico • Atualizar-se com o mercado e com mudanças tecnológicas • Demonstrar iniciativa • Cooperativismo • Agir com equilíbrio emocional • Demonstrar habilidade em cálculos financeiros |
|---|--|--|

5.44 AUXILIAR DE COMPRAS - CBO/CIUO 88: 4110-05

• Descrição Sumária de Cargo:

Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, administração, finanças e logística. atendem fornecedores e clientes, fornecendo e recebendo informações sobre produtos e serviços. tratam de documentos variados, cumprindo todo o procedimento necessário referente aos mesmos. Atuam na concessão de microcrédito a microempresários, atendendo clientes em campo e nas agências, prospectando clientes nas comunidades.

• Principais Atividades:

- ✓ Registrar a entrada e saída de documentos.
- ✓ Conferir notas fiscais e faturas de pagamentos.
- ✓ Triar documentos.
- ✓ Distribuir documentos.
- ✓ Conferir dados e datas.
- ✓ Verificar documentos conforme normas.
- ✓ Identificar irregularidades nos documentos.
- ✓ Conferir cálculos.
- ✓ Submeter pareceres para apreciação da chefia.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	97 de 136

- ✓ Classificar documentos, segundo critérios pré-estabelecidos.
- ✓ Arquivar documentos conforme procedimentos.
- ✓ Digitar textos e planilhas.
- ✓ Preencher formulários.
- ✓ Preparar minutas.
- ✓ Digitar notas de lançamentos contábeis.
- ✓ Emitir cartas convite nos processos de compras e serviços.
- ✓ Coletar dados.
- ✓ Verificar índices econômicos e financeiros.
- ✓ Elaborar planilhas de cálculos.
- ✓ Confeccionar organogramas, fluxogramas e cronogramas.
- ✓ Efetuar cálculos.
- ✓ Elaborar correspondência.
- ✓ Dar apoio operacional para elaboração de manuais técnicos.
- ✓ Fornece informações sobre produtos e serviços.
- ✓ Identificar natureza das solicitações dos clientes.
- ✓ Atender fornecedores.
- ✓ Registrar reclamações dos clientes.
- ✓ Controlar material de expediente.
- ✓ Levantar a necessidade de material.
- ✓ Requisitar materiais.
- ✓ Solicitar compra de material.
- ✓ Conferir material solicitado.
- ✓ Providenciar devolução de material fora de especificação.
- ✓ Distribuir material de expediente.
- ✓ Controlar expedição de malotes e recebimentos.
- ✓ Pesquisar preços.
- ✓ Expressar-se oralmente.
- ✓ Demonstrar habilidade de redação.



	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	98 de 136

- ✓ Demonstrar precisão de linguagem.
- ✓ Cadastrar produtos no sistema.
- ✓ Codificar notas.
- ✓ Solicitar reposição de estoque.
- ✓ Registrar prazos de entrega.
- ✓ Registrar condições de pagamento.
- ✓ Emitir requisição de compras.
- ✓ Registrar cancelamento de pedidos.
- ✓ Emitir autorização de serviço.
- ✓ Enviar documentos fiscais para o setor contábil.
- ✓ Lançar entradas e saídas de mercadorias.
- ✓ Dimensionar quantidades mínimas e máximas.
- ✓ Controlar mercadorias de alta e baixa rotatividade.
- ✓ Controlar pedidos de compra.
- ✓ Fazer previsão mensal de estoque.
- ✓ Controlar datas de vencimento de produtos.
- ✓ Controlar qualidade dos produtos armazenados.
- ✓ Vistoriar produtos avariados.
- ✓ Controlar produtos danificados na manipulação.
- ✓ Controlar devolução de itens.
- ✓ Controlar estoque físico e contábil.
- ✓ Inventariar itens por endereço.
- ✓ Controlar material em consignação.
- ✓ Controlar mercadorias por depósito.
- ✓ Controlar termo de responsabilidade de materiais acautelados.
- ✓ Controlar estoques futuros.
- ✓ Controlar mercadorias por fornecedores.
- ✓ Controlar mercadoria por tempo de estoque

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	99 de 136

- **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino médio completo.
- ✓ **Tempo de experiência:** Mínimo 1 ano de experiência.

- **Competência:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino médio completo. • Pacote Office • Elaboração de correspondência • Elaboração de relatórios • Língua portuguesa 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Comunicação • Organização • Observar 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar iniciativa • Relacionar-se com flexibilidade • Concentração • Cooperativismo • Versatilidade

5.45 FARMACÊUTICO - CBO/CIUO 88: 2234-05

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Prestar assistência técnica, farmacovigilância, monitoração e fiscalização da quarentena, controle de psicotrópicos e entorpecentes, avaliação das prescrições médicas, suporte clínico e auxiliar na gestão da equipe de farmácia.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Conhecer, cumprir e estabelecer condições para o cumprimento da legislação vigente.
- ✓ Supervisionar a preparação da manipulação de fórmulas magistrais para atendimento às necessidades especiais do paciente.
- ✓ Realizar pedido ao Serviço de Almoxarifado sempre que necessário, para a aquisição de produtos reembolsáveis.
- ✓ Manter contato com o paciente e corpo clínico para qualquer esclarecimento relativo à prescrição médica.
- ✓ Avaliar a prescrição no que diz respeito à concentração, compatibilidade físico-química, biodisponibilidade dos componentes da formulação, dose e via de administração, conforme rotina pré-estabelecida.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	100 de 136

- ✓ Realizar estudos a fim de desenvolver novos medicamentos e formulações para melhorar os existentes.
- ✓ Orientar e realizar os controles e registros relativos à legislação vigente sobre a guarda e manipulação de substâncias, estas sujeitas a controle especial.
- ✓ Orientar e informar o paciente e corpo clínico sobre o uso correto dos medicamentos.
- ✓ Promover auditorias internas, visando assegurar o cumprimento de todas as normas estabelecidas, de modo a garantir uma adequada manipulação, conservação e dispensação de produtos.
- ✓ Selecionar fabricante a fim de garantir a qualidade dos produtos adquiridos e, quando necessário, acompanhar seus respectivos certificados de análise.
- ✓ Criar critérios e supervisionar o arquivamento de todas as documentações relativas às preparações realizadas.
- ✓ Executar outras atividades solicitadas pelo superior imediato.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino superior completo /farmácia
 - ✓ **Tempo de Experiência:** Mínimo 1 ano de experiência em farmácia hospitalar
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior em farmácia • Controle de psicotrópicos e entorpecentes • Noções em controle de estoque • Farmacovigilância 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomada de decisão • Comunicação • Trabalho em equipe • Orientar e ensinar 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar de campanhas e educação em saúde pública • Buscar inovações • Realizar peritagem e assessoria • Participar em comissões técnicas • Participar na revisão da farmacopéia • Elaborar formulários e normas técnicas • Ministras aulas

5.46 FARMACÊUTICO RT - CBO/CIUO 88: 2234-05

- **Descrição Sumária do Cargo:**

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	101 de 136

Implantar, fiscalizar a gestão da farmácia (dose individualizada e posteriormente unitária).

• **Principais Atividades:**

- ✓ Participar e Incentivar a participação nas atividades oferecidas pelos recursos humanos, através da atribuição de normas ou do incentivo para eventos e treinamentos que venham a qualificar e motivar os colaboradores no ambiente de trabalho, visando criar clima organizacional e motivacional nas equipes.
- ✓ Elaborar escalas de serviços e folgas de seus funcionários de maneira que haja rodízio das atividades e descanso para todos.
- ✓ Orientar seus colaboradores sobre o uso de EPI's para que não haja acidentes.
- ✓ Elaborar relatórios mensais das atividades desenvolvidas pelo setor para a Diretoria de Apoio, para que a mesma possa acompanhar e orientar quanto a melhoria dos serviços.
- ✓ Fiscalizar o consumo, anotando no sistema para que possa esclarecer dúvidas e orientar sobre melhorias.
- ✓ Fornecer parâmetros de custos relacionados a medicamentos dispensados pela farmácia.
- ✓ Orientar sobre os processos executados na central de manipulação e fracionamento.
- ✓ Acompanhar a solicitação da licença para aquisição de psicotrópicos e entorpecentes junto à Polícia Federal anualmente.
- ✓ Manter sistema de localização e controle quantitativo dos estoques de medicamento e material de consumo organizados.
- ✓ Estabelecer rotinas e roteiros escritos para aquisição, distribuição, devolução e controles de medicamentos e material médico hospitalar.
- ✓ Definir sistemas ou formulários apropriados para prescrição, distribuição e controle dos medicamentos.
- ✓ Controlar e manter em dia a licença de funcionamento da Vigilância Sanitária.
- ✓ Proceder à coleta dos produtos não utilizados e fazer os créditos físicos e contábeis.
- ✓ Aplicar a curva ABC para os controles.
- ✓ Receber, conferir, controlar e distribuir, de acordo com a técnica definida no Regulamento da Instituição, todos os medicamentos e materiais médicos hospitalares.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	102 de 136

- ✓ Interagir com as Gerências de Enfermagem e Médica e ou Serviços, Seções e Setores por eles delegados, objetivando a implantação das cautelas de segurança dos medicamentos e materiais distribuídos e a sua metodologia de controle.
- ✓ Cumprir e fazer cumprir o Regulamento do Hospital.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino superior Completo em Farmácia
 - ✓ **Conhecimentos específicos:**
 - Conhecimento em farmacovigilância,
 - Controle de psicotrópicos e entorpecentes e preferencialmente vivência em farmácia hospitalar com dose unitária.
 - Noções em controle de estoque.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior em farmácia • Noções em controle de estoque. • Controle de psicotrópicos e entorpecentes • Farmacovigilância 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Planejar • Tomada de decisão • Comunicação • Orientar e ensinar • Liderança 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar peritagem e assessoria • Buscar inovações • Participar em comissões técnicas • Participar na revisão da farmacopeia • Elaborar formulários e normas técnicas • Participar de campanhas e educação em saúde pública • Ministrar aula

5.47 AUXILIAR DE FARMÁCIA - CBO/CIUO 88: 5152-10

- **Descrição do Cargo do Cargo:**

Coletam material biológico, orientando e verificando preparo do paciente para o exame. Auxiliam os técnicos no preparo de vacinas. aviam fórmulas, sob orientação e supervisão. Preparam meios de cultura, estabilizantes e hemoderivados. Organizam o trabalho. recuperam material de trabalho,

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	103 de 136

- **Descrição do Cargo do Cargo:**

lavando, secando, separando e embalando. Trabalham em conformidade a normas e procedimentos técnicos e de biossegurança.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Examinar requisição de exames.
- ✓ Verificar preparo do cliente e ou paciente para procedimento.
- ✓ Triar doador de sangue.
- ✓ Escolher veia em melhor condição.
- ✓ Efetuar antissepsia na área de coleta.
- ✓ Puncionar veia periférica.
- ✓ Fracionar material biológico em recipientes.
- ✓ Colher material infectado para análise.
- ✓ Conferir cor, volume, validade e acondicionamento de amostras domiciliares e da enfermagem.
- ✓ Comparar pedido de exames com material colhido.
- ✓ Manter controle de temperatura (ambiente de trabalho, estufa, banho-maria, geladeira, câmara fria).
- ✓ Fornecer concentrados virais ao técnico.
- ✓ Adicionar estabilizadores às vacinas, sob supervisão.
- ✓ Estocar concentrados virais em dornas.
- ✓ Auxiliar no envasamento de vacinas.
- ✓ Levar amostras de vacina para controle de qualidade.
- ✓ Interpretar receita.
- ✓ Elaborar ficha de medidas com base em receita.
- ✓ Separar matéria-prima, vidraria etc..
- ✓ Ajudar na manipulação de produtos químicos.
- ✓ Quantificar produtos.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	104 de 136

- ✓ Inspeccionar volume, cor, uniformidade etc..
- ✓ Encapsular medicamentos.
- ✓ Envasar medicamentos.
- ✓ Receber concentrados virais e hemoderivados.
- ✓ Pesar nutrientes.
- ✓ Colher amostras de água para análise.
- ✓ Dissolver meio de cultura, estabilizantes de vacinas e reagentes.
- ✓ Esterilizar meio de cultura e estabilizantes de vacina.
- ✓ Acrescentar antibióticos ao meio de cultura.
- ✓ Alíquota o meio de cultura em placas ou frascos.
- ✓ Armazenar meio de cultura e estabilizantes em câmara fria.
- ✓ Incubar meio de cultura em estufa.
- ✓ Semear material biológico.
- ✓ Executar tipagem de sangue.
- ✓ Separar hemocomponentes.
- ✓ Lavar material de trabalho.
- ✓ Secar material de trabalho.
- ✓ Separar material de trabalho.
- ✓ Embalar material de trabalho.
- ✓ Autoclavar material de trabalho.
- ✓ Devolver material de trabalho às salas
- ✓ Providenciar manutenção de ambiente e equipamento de trabalho.
- ✓ Priorizar atendimento.
- ✓ Recolher das salas de exame amostras coletadas.
- ✓ Triar material biológico.
- ✓ Distribuir material para os setores.
- ✓ Recolher amostras para controle de qualidade.
- ✓ Controlar estoques.
- ✓ Efetuar antissepsia pessoal.



	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	105 de 136

- ✓ Usar equipamento de proteção individual.
- ✓ Paramentar-se (usar roupa estéril).
- ✓ Realizar assepsia em salas e em recipientes de insumos.
- ✓ Esterilizar vestimenta para paramentação.
- ✓ Reconhecer símbolos de risco.
- ✓ Tomar vacinas.
- ✓ Submeter-se a exames periódicos.
- ✓ Acondicionar material para descarte.
- ✓ Descontaminar material biológico e paramentação para descarte.
- ✓ Inutilizar amostras de medicamentos.
- ✓ Registrar protocolo das vacinas.
- ✓ Preencher ficha de registro ou folha de trabalho.
- ✓ Cadastrar cliente e ou paciente.
- ✓ Identificar material biológico (nome do cliente e ou paciente, tipo de exame, vacina).
- ✓ Orientar cliente e ou paciente sobre preparo para exame.
- ✓ Orientar cliente e ou paciente sobre procedimentos de coleta e ou exame.
- ✓ Discutir procedimentos com colegas e ou supervisores.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino fundamental e médio, acompanhado de qualificação no próprio emprego ou em instituição de formação profissional.
 - ✓ **Tempo de experiência:** No mínimo 1 ano.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
--------------------	------------------	---------------



	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	106 de 136

- Língua portuguesa
- Ensino médio, qualificação no próprio emprego ou em instituição de formação profissional
- Discriminar cores e odores
- Demonstrar habilidade tátil
- Atualizar-se profissionalmente
- Trabalhar com ética profissional
- Participar em campanhas de vacinação
- Demonstrar responsabilidade
- Trabalhar com atenção
- Revelar segurança profissional

5.48 MOTORISTA - CBO/CIUO 88: 7823-10

• Descrição Sumária de Cargo:

Dirigem e manobram veículos e transportam pessoas, cargas ou valores. Realizam verificações e manutenções básicas do veículo e utilizam equipamentos e dispositivos especiais tais como sinalização sonora e luminosa, software de navegação e outros. Efetuam pagamentos e recebimentos e, no desempenho das atividades, utilizam-se de capacidades comunicativas. Trabalham seguindo normas de segurança, higiene, qualidade e proteção ao meio ambiente.

• Principais Atividades:

- ✓ Checar indicações dos instrumentos do painel.
- ✓ Ajustar bancos e retrovisores.
- ✓ Detectar problemas mecânicos.
- ✓ Identificar sinais sonoros, luminosos e visuais.
- ✓ Buscar local seguro em caso de perigo.
- ✓ Desviar de buracos.
- ✓ Evitar paradas bruscas.
- ✓ Reduzir velocidade em caso de chuva ou neblina.
- ✓ Isolar veículo em caso de emergência ou situações anormais.
- ✓ Destruar portas do veículo apenas em local seguro.
- ✓ Cumprir ordem de serviço.
- ✓ Calcular distância do local de destino.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	107 de 136

- ✓ Alterar itinerário em caso de situações de risco ou emergência.
- ✓ Elaborar itinerários.
- ✓ Calcular tempo de chegada ao destino.
- ✓ Consultar guias e mapas.
- ✓ Acondicionar carga no veículo.
- ✓ Verificar condições físicas da carga.
- ✓ Embarcar produtos embalados.
- ✓ Manusear cargas.
- ✓ Conferir quantidades dos bens a serem transportados.
- ✓ Identificar avarias no veículo.
- ✓ Verificar nível do combustível.
- ✓ Abastecer veículo.
- ✓ Limpar parte interna e externa do veículo.
- ✓ Verificar estado dos pneus.
- ✓ Testar sistema elétrico.
- ✓ Testar sistema de freios.
- ✓ Conferir equipamentos obrigatórios do veículo.
- ✓ Trocar óleos.
- ✓ Acompanhar prazos ou quilometragem para revisões periódicas.
- ✓ Providenciar revisões periódicas.
- ✓ Trocar pneus.
- ✓ Executar pequenos reparos mecânicos de emergência.
- ✓ Verificar suspensão do veículo.
- ✓ Localizar vaga para estacionamento.
- ✓ Identificar obstáculos ao redor do veículo.
- ✓ Controlar velocidade de manobra.
- ✓ Estacionar veículo.
- ✓ Localizar veículo no pátio de estacionamento.
- ✓ Sinalizar local em caso de estacionamento emergencial.

N

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	108 de 136

- ✓ Informar valor a receber.
- ✓ Receber numerário, notas promissórias, cheques.
- ✓ Emitir comprovantes de prestação de serviços ou entrega de mercadorias (recibos, boletos).
- ✓ Efetuar prestação de contas.
- ✓ Conferir dados do cliente para entrega de mercadorias.
- ✓ Recolher assinatura do recebedor da mercadoria.
- ✓ Assinar comprovante de débito no fornecimento de combustíveis
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino Fundamental.
 - ✓ **Tempo de experiência:** No mínimo 1 ano de experiência na função.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino Fundamental. • Leis de trânsito • Direção defensiva • Noções básicas de mecânica de veículos • Cálculos matemáticos básicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade visual espacial • Comunicação • Planejamento • Atenção • Observação 	<ul style="list-style-type: none"> • Zelar pelo material transportado • Agir com ética • Cumprir horários e escalas de trabalho • Demonstrar cortesia • Agir com criatividade • Manter-se atualizado • Manter-se calmo • Trabalhar sob pressão • Tratar clientes com polidez

5.49 SUPERVISOR DE T.I.

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Supervisionar os diversos recursos tecnológicos, bem como administrar os recursos de comunicação de dados e voz, desenvolver projetos, homologar softwares e hardwares, como também elaborar planos de TI, e ainda negociar e contratar produtos e/ou serviços de tecnologia, visando manter os recursos tecnológicos em operação, bem como contribuir para melhoria de desempenho dos colaboradores no uso desses recursos.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	109 de 136

- **Principais Atividades:**

- ✓ Participar e incentivar a participação nas atividades oferecidas pelos recursos humanos, através da atribuição de normas ou do incentivo para eventos e treinamentos que venham a qualificar e motivar os colaboradores no ambiente de trabalho, visando criar clima organizacional e motivacional nas equipes.
- ✓ Gerenciar os diversos recursos tecnológicos, através de supervisão e monitoramento das atividades do setor, buscando mantê-los em operação.
- ✓ Participar e evidenciar os treinamentos e documentações voltadas aos processos da Gestão Pró Saúde (Programas da Qualidade).
- ✓ Realizar previsão de orçamento para investimento na área de TI, como projetos de tecnologia e soluções em TI.
- ✓ Administrar os recursos de tecnologia, com o objetivo de garantir comunicação necessária entre os diversos sistemas do hospital.
- ✓ Desenvolver projetos, de acordo com as necessidades do Hospital, procedendo às devidas ações técnicas, buscando viabilizar os processos e atividades do mesmo.
- ✓ Homologar softwares e hardwares para uso no domínio, por meio de testes e verificação da interação deles com a rede, visando evitar incompatibilidades e problemas pós-instalação.
- ✓ Elaborar planos de T.I., através da elaboração de orçamento e de plano para adequação tecnológica, com o objetivo de manter a competitividade da Entidade, redução de custos e melhoria na produtividade dos colaboradores.
- ✓ Negociar e contratar produtos e/ou serviços de informática visando atender as necessidades do hospital.
- ✓ Zelar, avaliar e enviar à Diretoria de Apoio o conjunto de relatórios gerenciais do setor.
- ✓ Conhecer as legislações referentes ao serviço.
- ✓ Assessorar os diversos departamentos do HCV na preparação de roteiros para operação dos sistemas.
- ✓ Executar trabalho de manutenção dos sistemas já implantados.
- ✓ Documentar os sistemas.
- ✓ Acompanhar elaboração de rotinas necessárias para a execução e padronização das tarefas.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	110 de 136

- **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino Superior Completo em Tecnologia da Informação, Ciência da Computação, ou áreas afins.
- ✓ **Tempo de experiência:** Experiência mínima de 3 anos na função de Gerente/Gestor de TI ou Informática. Preferência que já conheça o segmento hospitalar.

- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior completo em Tecnologia da Informação ou Ciência da Computação • Planejamento estratégico do setor • Integração e manutenção de sistemas • Elaboração e condução de projetos de TI envolvendo rede, comunicação, sistemas e segurança. • Domínio em planejamento e gestão de rede, implantação e integração de sistemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Tomada de decisão • Comunicação • Planejamento • Liderança 	<ul style="list-style-type: none"> • Pro atividade • Concentração • Comprometimento • Raciocínio lógico • Cooperativismo

5.50 TÉCNICO DE INFORMÁTICA - CBO/CIUO 88: CBO 3172

- **Descrição Sumária do Cargo:**

Oferecer suporte estrutural dos computadores e equipamentos de informática, central de dados, telefonia e cabeamento estruturado.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Selecionar e montar nas unidades correspondentes as mídias necessárias à execução da rotina de cópia de segurança.
- ✓ Efetuar instalações em equipamentos de sistemas.
- ✓ Atender as solicitações dos usuários quanto às dificuldades na utilização dos programas e máquinas.
- ✓ Analisar o desempenho das máquinas e programas.

N

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	111 de 136

- ✓ Cumprir legislação trabalhista, manual do setor, e instruções contidas no manual do colaborador.
- ✓ Acionar a chefia imediata em casos de não conformidades.
- ✓ Identificar erros e adotar medidas preventivas prescritas para corrigi-los.
- ✓ Promover adequação entre software e hardwares.
- ✓ Registrar o tempo de processamento de cada serviço.
- ✓ Controlar o desenvolvimento de suas atividades, elaborando relatórios e participando de reuniões sobre andamentos do trabalho.
- ✓ Manter a organização do setor e executar atribuições correlatas.
- ✓ Atender os usuários (help desk) e registrar os chamados no sistema de gerenciamento do help desk e suporte.
- ✓ Prestar suporte aos usuários nos sistemas de informação e aplicativos do HCV que constam no portfólio de sistemas e aplicativos.
- ✓ Administrar o sistema operacional e o sistema anti-praga virtual das estações de trabalho.
- ✓ Executar manutenção (preventiva e corretiva) nas estações de trabalho e periféricos (hardwares), acionando a garantia e acompanhando o chamado quando for o caso.
- ✓ Administrar a rede física e lógica de computadores do HCV (monitorar ativos, realizar manutenções no cabeamento, incluir ou mudar pontos de rede de local, etc).
- ✓ Administrar os serviços de telefonia, inclusive apoio à área de gestão de contratos.
- ✓ Executar rotinas de cópia de segurança de dados conforme instruções de trabalho.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Ensino Médio Completo e Nível Técnico
 - ✓ **Tempo de experiência:** Experiência de 1 ano no cargo
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino Médio Completo e Nível Técnico • Conhecer técnicas de manutenção de hardwares, softwares. • Configuração de instalação de impressoras 	<ul style="list-style-type: none"> • Organização • Atenção • Trabalho em equipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar disponibilidade. • Demonstrar iniciativa. • Demonstrar atenção difusa.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	112 de 136

- Configuração de redes de computadores
- Manutenção em centrais de dados, central telefônica e CFTV, cabeamento estruturado.

Administrar o tempo.

- Demonstrar auto-controle.
- Agir com objetividade
- Interpretar leitura técnica.

5.51 GERENTE FINANCEIRO - CBO/CIUO 88: 1421-15

• Descrição Sumária de Cargo:

Exercem a gerência dos serviços administrativos, das operações financeiras e dos riscos em empresas industriais, comerciais, agrícolas, públicas, de educação e de serviços, incluindo-se as do setor bancário. Gerenciam recursos humanos, administram recursos materiais e serviços terceirizados de sua área de competência. Planejam, dirigem e controlam os recursos e as atividades de uma organização, com o objetivo de minimizar o impacto financeiro da materialização dos riscos

• Principais Atividades:

- ✓ Acompanhar execução orçamentária.
- ✓ Assegurar cumprimentos de normas internas e externas.
- ✓ Controlar contas a pagar.
- ✓ Controlar contas contábeis.
- ✓ Controlar custos.
- ✓ Selecionar parceiros e fornecedores.
- ✓ Participar da elaboração de contratos.
- ✓ Controlar contratos de fornecedores.
- ✓ Controlar inadimplência.
- ✓ Negociar parcelamento de débitos.
- ✓ Organizar processo de cobrança judicial.
- ✓ Controlar conciliação de pagamentos e depósitos bancários.
- ✓ Liberar verba para despesas de pequeno vulto.
- ✓ Monitorar operações de crédito.
- ✓ Monitorar carteira de títulos em cobrança.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	113 de 136

- ✓ Acompanhar indicadores de desempenho.
- ✓ Conduzir processo de implantação de normas de qualidade.
- ✓ Aperfeiçoar fluxo de trabalho.
- ✓ Delegar competências por níveis de responsabilidade.
- ✓ Validar processos de operações bancárias.
- ✓ Arquivar documentos confidenciais.
- ✓ Acompanhar a solução de não-conformidades apontadas pela auditoria.
- ✓ Identificar riscos.
- ✓ Dimensionar riscos.
- ✓ Avaliar potencial de riscos.
- ✓ Valorar perdas.
- ✓ Elaborar plano de prevenção de perdas.
- ✓ Recomendar alternativas para mitigação de riscos.
- ✓ Elaborar contratos de transferência de risco.
- ✓ Dimensionar níveis de retenção (franquias, auto seguro).
- ✓ Apresentar riscos ao mercado.
- ✓ Negociar contratos de seguro.
- ✓ Negociar instrumentos financeiros de proteção.
- ✓ Negociar garantias.
- ✓ Contratar seguros.
- ✓ Participar da elaboração de planos de contingência.
- ✓ Analisar contexto organizacional.
- ✓ Analisar contexto conjuntural.
- ✓ Estabelecer diretrizes financeiras.
- ✓ Estabelecer diretrizes administrativas.
- ✓ Definir metas do setor.
- ✓ Estabelecer estratégias.
- ✓ Estabelecer critérios de seleção de parceiros.
- ✓ Definir processos operacionais.



	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	114 de 136

- ✓ Estabelecer indicadores de desempenho.
- ✓ Traçar plano orçamentário.
- ✓ Estabelecer plano de contingência.
- ✓ Participar da elaboração de normas, diretrizes e procedimentos.
- ✓ Planejar implantação de normas de qualidade.
- ✓ Participar de projetos específicos
- ✓ Identificar necessidade de novas funções.
- ✓ Determinar perfil de funcionários da área.
- ✓ Criar condições materiais e humanas para exercício do trabalho.
- ✓ Participar do processo de seleção de funcionários.
- ✓ Distribuir tarefas.
- ✓ Estimular trabalho participativo.
- ✓ Coordenar equipe.
- ✓ Despertar motivação em funcionários.
- ✓ Gerenciar assiduidade e pontualidade.
- ✓ Promover treinamento e reciclagem de funcionários.
- ✓ Avaliar desempenho de funcionários.
- ✓ Realocar funcionários.
- ✓ Sugerir promoção de funcionários.
- ✓ Gerenciar conflitos.
- ✓ Decidir sobre desligamento de funcionários
- ✓ Cadastrar fornecedores de clientes.
- ✓ Verificar regularidade fiscal de fornecedores.
- ✓ Autorizar a compra de materiais e serviços.
- ✓ Efetuar pagamentos e repasses para terceiros.
- ✓ Fiscalizar o uso ilegal de software.
- ✓ Inventariar imobilizados.
- ✓ Avaliar prestadores de serviços e fornecedores
- ✓ Controlar orçamento de seguros.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	115 de 136

- ✓ Monitorar o cumprimento de exigências.
- ✓ Contratuais.
- ✓ Controlar pagamento de prêmios.
- ✓ Controlar renovação dos contratos de transferência de riscos.
- ✓ Controlar recebimento de comissões e indenizações.
- ✓ Gerenciar regulação de sinistros.
- ✓ Identificar necessidades dos clientes.
- ✓ Inspeccionar condições de atendimento.
- ✓ Orientar cliente interno e externo.
- ✓ Aferir tempo de atendimento.
- ✓ Agilizar atendimento.
- ✓ Receber reclamações de clientes.
- ✓ Solucionar problemas de clientes.
- ✓ Participar da definição de políticas da empresa.
- ✓ Divulgar metas e objetivos para funcionários.
- ✓ Criar canais de comunicação entre chefia e funcionários.
- ✓ Emitir instruções de serviço.
- ✓ Interagir com demais áreas da empresa.
- ✓ Interagir com empresas e instituições..
- ✓ Conduzir reuniões e apresentações.
- ✓ Participar de reuniões.
- ✓ Atender auditoria interna e externa.
- ✓ Elaborar relatórios gerenciais

• **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Superior completo.
- ✓ **Tempo de experiência:** Em torno de cinco anos gerenciando riscos em uma área específica.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
--------------------	------------------	---------------

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	116 de 136

- Superior completo.
- Pós-graduação em ciências contábeis
- Contas contábeis e custos
- Língua portuguesa
- Redação
- Elaboração de relatórios
- Pacote office

- Liderança
- Trabalho em equipe
- Administrar conflitos
- Orientar e ensinar
- Comunicação
- Capacidade de argumentar
- Negociar
- Planejar
- Persuasão

- Demonstrar visão organizacional global
- Demonstrar equilíbrio emocional
- Demonstrar capacidade de decisão
- Versatilidade
- Comprometimento
- Flexibilidade
- Empatia
- Atualizar-se profissionalmente
- Pro atividade
- Capacidade de auto-avaliação
- Adaptar-se a situações adversas
- Demonstrar capacidade de questionamento
- Antever cenários futuros

5.52 ANALISTA FINANCEIRO - CBO/CIUO 88: 2512-05

• Descrição Sumária de Cargo:

Analisa o ambiente econômico. elaboram e executam projetos de pesquisa econômica, de mercado e de viabilidade econômica, dentre outros. Participam do planejamento estratégico e de curto prazo e avaliam políticas de impacto coletivo para o governo, ong e outras organizações. Gerem programação econômico-financeira. atuam nos mercados internos e externos. examinam finanças empresariais. Podem exercer mediação, perícia e arbitragem.

• Principais Atividades:

- ✓ Analisar conjunturas.
- ✓ Realizar análises setoriais e regionais.
- ✓ Analisar ambiente político-institucional.
- ✓ Analisar sustentabilidade socioeconômica e ambiental.
- ✓ Analisar tendências de longo prazo.
- ✓ Construir cenários.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	117 de 136

- ✓ Gerenciar bancos de dados.
- ✓ Delinear problema.
- ✓ Delimitar objeto.
- ✓ Justificar projeto.
- ✓ Levantar bibliografia.
- ✓ Definir metodologia.
- ✓ Determinar fontes.
- ✓ Definir produtos e resultados.
- ✓ Dimensionar recursos humanos e físicos.
- ✓ Definir cronograma.
- ✓ Orçar projetos.
- ✓ Negociar projetos.
- ✓ Recrutar equipe.
- ✓ Treinar equipe.
- ✓ Coordenar projetos.
- ✓ Desenvolver instrumentos de coleta.
- ✓ Coletar dados.
- ✓ Processar dados.
- ✓ Criticar dados.
- ✓ Desenvolver indicadores.
- ✓ Interpretar resultados.
- ✓ Propor ações.
- ✓ Identificar estrutura de mercado (concorrência).
- ✓ Prever atuação dos concorrentes.
- ✓ Identificar oportunidades e ameaças no ambiente e na organização.
- ✓ Estimar demanda.
- ✓ Elencar alternativas de ação.
- ✓ Estimar custos privados.
- ✓ Estimar impactos sociais e ambientais (externalidades).

N

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	118 de 136

- ✓ Estimar resultados.
- ✓ Estimar rentabilidade e viabilidade.
- ✓ econômico-financeira.
- ✓ Sugerir adoção de tecnologia.
- ✓ Planejar investimentos (orçamentos de capital).
- ✓ Selecionar fontes de financiamento.
- ✓ Gerar parâmetros de avaliação.
- ✓ Aferir adequação das ações ao problema.
- ✓ Verificar execução das ações propostas.
- ✓ Mensurar conseqüências das ações.
- ✓ Confrontar com custos alternativos.
- ✓ Recomendar políticas
- ✓ Acompanhar indicadores de mercado.
- ✓ Gerir fluxo de caixa.
- ✓ Administrar carteira de cliente.
- ✓ Administrar riscos.
- ✓ Acompanhar execução orçamentária.
- ✓ Auxiliar na formulação de políticas comerciais.
- ✓ Auxiliar em políticas de marketing.
- ✓ Criar produtos financeiros.
- ✓ Detectar novos mercados.
- ✓ Precificar produtos e serviços.
- ✓ Subsidiar formulação de normas, regulamentos e contratos.
- ✓ Fiscalizar cumprimento de normas.
- ✓ Representar interesses em negociações nacionais e internacionais.
- ✓ Averiguar barreiras à competição.
- ✓ Averiguar vantagens comparativas.
- ✓ Calcular valor de mercado da empresa.
- ✓ Verificar informações da empresa.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	119 de 136

- ✓ Efetuar análise de demonstrativo financeiro.
- ✓ Indicar fusão, aquisição, parceria etc.
- ✓ Efetuar análise de crédito.
- ✓ Emitir laudos e pareceres.
- ✓ Valorar patrimônio.
- ✓ Mediar conflitos de interesse.
- ✓ Escrever artigos, livros, boletins econômicos e relatórios.
- ✓ Proferir palestras.
- ✓ Apresentar comunicações em eventos.
- ✓ Dialogar com a mídia.
- ✓ Adaptar linguagem ao público.
- ✓ Ministrar cursos

• **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** superior em ciências econômicas ou pós-graduação em economia e registro no Conselho Regional de Economia
- ✓ **Tempo de experiência:** 2 anos de experiência na função.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior em ciências econômicas ou pós-graduação em economia • Pacote Office. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liderança • Trabalho em equipe • Orientar e ensinar • Dar e receber feedback • Administrar conflitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter-se atualizado • Subsidiar decisões • Demonstrar capacidade de uso de recursos de informática • Revelar julgamento crítico • Formular conceitos abstratos • Demonstrar raciocínio lógico • Mostrar criatividade • Aplicar métodos quantitativos

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	120 de 136

5.53 AUXILIAR FINANCEIRO - CBO/CIUO 88: 4131-10

- **Descrição Sumária de Cargo:**

Organizam documentos e efetuam sua classificação contábil. geram lançamentos contábeis, auxiliam na apuração dos impostos, conciliam contas e preenchimento de guias de recolhimento e de solicitações, junto a órgãos do governo. Emitem notas de venda e de transferência entre outras. realizam o arquivo de documentos.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Relacionar documentos.
- ✓ Arquivar documentos.
- ✓ Enviar documentos para arquivo morto.
- ✓ Requisitar documentos junto ao arquivo.
- ✓ Controlar entrada e saída de documentos no arquivo.
- ✓ Reunir dados e documentos para atender fiscalizações e auditorias.
- ✓ Classificar documentos segundo o plano de contas.
- ✓ Registrar dados em planilha ou ficha de lançamentos contábeis.
- ✓ Digitar dados e informações.
- ✓ Depreciar bens.
- ✓ Efetuar lançamentos contábeis.
- ✓ Conciliar contas contábeis.
- ✓ Escriturar os livros fiscais e auxiliares.
- ✓ Dar manutenção em plano de contas.
- ✓ Levantar informações relacionadas a custos.
- ✓ Contabilizar valores referentes à folha de pagamento.
- ✓ Apurar valores referentes ao IPI.
- ✓ Apurar valores referentes ao ICMS.
- ✓ Apurar valores referentes ao ISS.
- ✓ Calcular imposto de empresas classificadas no regime simples.
- ✓ Calcular Pis-Pasep.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	121 de 136

- ✓ Calcular COFINS.
- ✓ Calcular imposto de renda.
- ✓ Calcular contribuição social.
- ✓ Preencher guias de recolhimento.
- ✓ Preencher declaração de contribuições e tributos federais (DCTF).
- ✓ Preencher contrato social.
- ✓ Preencher formulários e requerimentos.
- ✓ Solicitar a verificação de empresas com o mesmo nome social.
- ✓ Preparar documentos para obtenção de alvará de funcionamento.
- ✓ Preencher a declaração de IRPF.
- ✓ Solicitar certidões negativas junto a órgãos públicos.
- ✓ Preparar documentação para cisão, fusão e incorporação de empresas.
- ✓ Montar processos administrativos da empresa.
- ✓ Preencher declaração de IRPJ.
- ✓ Elaborar declaração de imposto de renda sobre pessoa física (DIRF).
- ✓ Verificar a consistência das contas.
- ✓ Elaborar balancete de verificação.
- ✓ Elaborar relatórios gerenciais.
- ✓ Elaborar a demonstração de resultados do exercício (DRE).
- ✓ Elaborar demonstrações das mutações patrimônio líquido.
- ✓ Levantar dados para a elaboração da demonstração de origem e aplicação dos recursos (DOAR).
- ✓ Auxiliar na elaboração do balanço.
- ✓ Emitir nota fiscal.
- ✓ Efetuar lançamentos nas contas de estoque.
- ✓ Lançar imposto nas transações comerciais.
- ✓ Emitir faturas e duplicatas.
- ✓ Emitir conhecimento de frete.
- ✓ Atualizar cadastro de clientes



	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	122 de 136

- **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino médio completo.
- ✓ **Tempo de experiência:** Não é necessário experiência anterior.

- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino médio completo. • Legislação trabalhista • Pacote Office • Conhecimentos técnicos específicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Empatia • Comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar normas e procedimentos internos • Desenvolver raciocínio lógico • Cultivar a ética • Manter-se dinâmico • Buscar autodesenvolvimento • Demonstrar iniciativa • Demonstrar capacidade de participação • Demonstrar capacidade de crítica

5.54 CONTADOR - CBO/CIUO 88: 2522-10

- **Descrição Sumária de Cargo:**

Legalizam empresas, elaborando contrato social/estatuto e notificando encerramento junto aos órgãos competentes. administram os tributos da empresa. registram atos e fatos contábeis. controlam o ativo permanente. gerenciam custos. administram o departamento pessoal. preparam obrigações acessórias, tais como: declarações acessórias ao fisco, órgãos competentes e contribuintes e administra o registro dos livros nos órgãos apropriados. elaboram demonstrações contábeis. prestam consultoria e informações gerenciais. realizam auditoria interna e externa. atendem solicitações de órgãos fiscalizadores e realizam perícia.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Elaborar contrato social/estatuto.
- ✓ Preencher formulários específicos inerentes a atividade da empresa.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	123 de 136

- ✓ Notificar encerramento junto aos órgãos competentes.
- ✓ Preparar documentação p/certidões negativas.
- ✓ Enquadrar a empresa em um sistema de tributação.
- ✓ Apurar os impostos devidos.
- ✓ Apontar as possibilidades de uso dos incentivos fiscais.
- ✓ Compensar tributos.
- ✓ Gerar os dados para preenchimento das guias.
- ✓ Levantar informações para recuperação de impostos.
- ✓ Solicitar aos órgãos regime especial de procedimentos fiscais, municipais, estaduais e federais.
- ✓ Identificar possibilidade de redução de impostos.
- ✓ Identificar as necessidades de informações da empresa.
- ✓ Estruturar plano de contas conforme a atividade da empresa.
- ✓ Definir procedimentos internos.
- ✓ Definir procedimentos contábeis.
- ✓ Fazer manutenção do plano de contas.
- ✓ Atualizar procedimentos internos.
- ✓ Parametrizar aplicativos contábeis/fiscais e de suporte.
- ✓ Administrar fluxo de documentos.
- ✓ Classificar os documentos.
- ✓ Escriturar livros fiscais.
- ✓ Escriturar livros contábeis.
- ✓ Conciliar saldo de contas.
- ✓ Gerar diário/razão.
- ✓ Controlar o ativo permanente.
- ✓ Gerenciar custos.
- ✓ Administrar o departamento de pessoal.
- ✓ Preparar obrigações acessórias.
- ✓ Elaborar demonstrações contábeis.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	124 de 136

✓ Realizar auditoria interna

• **Requisitos:**

✓ **Formação:** Curso superior em Ciências contábeis.

✓ **Tempo de experiência:** O desempenho pleno das atividades ocorre após quatro anos (contador) e mais de cinco anos (auditor geral e perito contábil).

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Curso superior em Ciências contábeis • Pacote Office • Legislação 	<ul style="list-style-type: none"> • Raciocínio lógico • Trabalho em equipe • Comunicação • Planejar 	<ul style="list-style-type: none"> • Agir eticamente • Agir de maneira educada • Demonstrar objetividade • Agir com discrição • Manter sigilo • Agir com dinamismo

5.55 AUXILIAR DE FATURAMENTO - CBO/CIUO 88: 4131-10

• **Descrição Sumária de Cargo:**

Executar todos os trabalhos burocráticos do setor, sob a orientação do Coordenador.

• **Principais Atividades:**

- ✓ Executar atividades administrativas do serviço.
- ✓ Processar dados relativos aos procedimentos realizados.
- ✓ Efetivar o faturamento de todos os procedimentos realizados no final de cada prontuário após a alta.
- ✓ Colher dados internos e externos.
- ✓ Realizar digitação dos procedimentos.
- ✓ Receber e transmitir recados, registrando as informações recebidas para possibilitar comunicações posteriores aos interessados.
- ✓ Auxiliar em serviços simples de escritório separando documentos, confeccionando cópias e realizando outras tarefas de apoio administrativo.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	125 de 136

- **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino médio completo.
- ✓ **Tempo de experiência:** Experiência no mínimo 1 ano na função.

- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino médio completo • Pacote Office • E-mail e intranet • Língua portuguesa 	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção • Trabalho em equipe • Organização • Planejar 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar normas e procedimentos internos • Acompanhar legislação trabalhista • Desenvolver raciocínio lógico • Demonstrar conhecimentos técnicos específicos • Demonstrar empatia • Manter-se dinâmico • Buscar autodesenvolvimento • Demonstrar capacidade de participação • Demonstrar capacidade de crítica

5.56 AUXILIAR DE PATRIMONIO - CBO/CIUO 88: 4102-20

- **Descrição Sumária de Cargo:**

Supervisionam e controlam equipe e serviços financeiros, de câmbio, bens-patrimoniais, créditos e bancários. elaboram orçamentos. efetuam e conferem pagamentos. realizam cobranças, planejando e solucionando pendências. administram almoxarifado.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Elaborar orçamentos.
- ✓ Coletar dados financeiros e econômicos da empresa.
- ✓ Comparar valores estimados com realizados.
- ✓ Analisar necessidades das áreas.
- ✓ Levantar preços de mercado.
- ✓ Acompanhar pedidos de compra da empresa

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	126 de 136

- ✓ Realizar cadastramento dos bens no sistema patrimonial.
- ✓ Realizar baixa no sistema dos bens inservíveis.
- ✓ Atualizar bens no sistema patrimonial.
- ✓ Supervisionar e controlar bens patrimonial.
- ✓ Determinar tipo de bem para fins de depreciação.
- ✓ Classificar bens por centro de custos
- ✓ Incorporar bem
- ✓ Inventariar bens
- ✓ Transferir posse de bens
- ✓ Baixar bens
- ✓ Supervisionar reavaliação de bens por terceiros
- ✓ Atender auditorias
- ✓ Ajustar valor dos bens reavaliados
- ✓ Confirmar capeamento de bens
- ✓ Executar demais atividades inerentes ao setor por determinação superior imediato.

• **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Superior completo.
- ✓ **Tempo de experiência:** 3 a 4 anos na função.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Superior completo. • Matemática básica 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Observação • Atenção • Planejamento • Comunicação • Visão sistêmica 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar iniciativa. • Demonstrar flexibilidade. • Demonstrar objetividade. • Demonstrar sensatez. • Motivar-se. • Comprometer-se no trabalho. • Demonstrar sinergia. • Cultivar ética profissional. • Cultivar a sensibilidade. • Descentralizar tarefas. • Demonstrar agilidade

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	127 de 136

5.57 GERENTE DE ENFERMAGEM - CBO/CIUO 88: 1312-05

- Descrição Sumária de Cargo:**

Planejam, coordenam e avaliam ações de saúde. definem estratégias para unidades de saúde. administram recursos financeiros. gerenciam recursos humanos e coordenam interfaces com entidades sociais e profissionais.

- Principais Atividades:**

- ✓ Analisar indicadores de saúde.
- ✓ Analisar indicadores sociodemográficos.
- ✓ Operacionalizar ações e normas de autoridades sanitárias.
- ✓ Aprovar normas de funcionamento das unidades assistenciais.
- ✓ Aplicar as normas legais referentes ao funcionamento da unidade assistencial.
- ✓ Definir instruções de serviços internos.
- ✓ Estabelecer normas técnicas de funcionamento da unidade assistencial.
- ✓ Adequar funcionamento da unidade assistencial às normas.
- ✓ Dimensionar rede credenciada de serviços de saúde.
- ✓ Organizar fluxo de atendimento aos usuários.
- ✓ Estabelecer protocolos de atendimento.
- ✓ Estabelecer critérios para otimização de atendimento.
- ✓ Gerenciar assistência à saúde.
- ✓ Monitorar cumprimento de normas técnicas, administrativas e legais.
- ✓ Viabilizar recursos para cumprimento de normas técnicas, administrativas e legais.
- ✓ Acompanhar processos de assistência à saúde.
- ✓ Implementar programas de saúde.
- ✓ Implantar programas de saúde.
- ✓ Delegar funções.
- ✓ Estabelecer metas administrativas, técnicas e financeiras.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	128 de 136

- ✓ Operacionalizar campanhas de saúde.
- ✓ Coordenar projetos de saúde.
- ✓ Estabelecer políticas de gestão.
- ✓ Promover atividades científicas.
- ✓ Gerenciar risco em tecno vigilância.
- ✓ Gerenciar risco em hemoderivados.
- ✓ Gerenciar risco em farmacovigilância
- ✓ Elaborar plano estratégico.
- ✓ Definir padrão de qualidade do serviço de saúde.
- ✓ Analisar demanda dos serviços de saúde.
- ✓ Definir público-alvo de atendimento.
- ✓ Definir aquisição de equipamentos.
- ✓ Definir investimentos e custeio.
- ✓ Definir capacidade operacional da instituição.
- ✓ Definir instalação física em função dos serviços.
- ✓ Participar na elaboração de campanhas de promoção e divulgação de serviços de saúde.
- ✓ Elaborar estudos de viabilidade técnica e econômica
- ✓ Promover estudos de custo de serviços de saúde.
- ✓ Analisar estudos de custo de serviços de saúde.
- ✓ Levantar custo por departamento.
- ✓ Levantar custo da prestação de serviços.
- ✓ Calcular custo de tratamentos.
- ✓ Otimizar recursos.
- ✓ Acompanhar fluxo financeiro.
- ✓ Avaliar resultados financeiros.
- ✓ Viabilizar captação de recursos
- ✓ Estabelecer critérios de avaliação.
- ✓ Acompanhar processos de ação de saúde.
- ✓ Acompanhar resultados de ação de saúde.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	---
	Página:	129 de 136

- ✓ Redefinir estratégias de avaliação.
- ✓ Avaliar resultados de campanhas.
- ✓ Avaliar desempenho dos equipamentos de saúde.
- ✓ Avaliar desempenho dos profissionais da unidade de saúde.
- ✓ Avaliar ações de vigilância de saúde.
- ✓ Avaliar o impacto das ações de saúde.
- ✓ Dimensionar necessidade de contratação.
- ✓ Gerenciar diretores, chefias e coordenadores de ações de saúde.
- ✓ Aprovar contratações e demissões.
- ✓ Identificar perfis profissionais, de acordo com as necessidades.
- ✓ Promover programa de qualidade de vida no trabalho.
- ✓ Aprovar alterações de cargos e salários.
- ✓ Implementar ações de saúde e segurança do trabalhador.
- ✓ Identificar necessidades de treinamento e qualificação.
- ✓ Propor diretrizes para organograma funcional.
- ✓ Administrar conflitos.
- ✓ Propor diretrizes de planos de carreira e salários.
- ✓ Estabelecer níveis de responsabilidade dos profissionais de saúde
- ✓ Representar a instituição junto à sociedade civil e órgãos governamentais.
- ✓ Realizar convênios e parcerias.
- ✓ Participar em conselhos.
- ✓ Propor auditorias.
- ✓ Contratar auditorias.
- ✓ Nomear ouvidores.
- ✓ Conciliar interesses dos usuários de serviços de saúde

• **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Ensino Superior em Enfermagem/ Registro COREN ativo e regular Pós-graduação e / ou Especialização na área de atuação

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	130 de 136

- ✓ **Tempo de experiência:** 02 anos em cargo de Gestão de Enfermagem 3 anos em Assistência Desejável conhecimento dos processos de Acreditação Hospitalar e vivência com Planejamento Estratégico. Utilizar conhecimentos, métodos, técnicas e equipamentos para execução de tarefas, através da experiência profissional. Domínio da Sistematização da Assistência e sua aplicação.

- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino Superior em Enfermagem • Especialização • Pacote Office. • conhecimento dos processos de Acreditação Hospitalar • Planejamento Estratégico. • Domínio da Sistematização da Assistência e sua aplicação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Liderança • Saber ouvir • Negociação • Comunicação • Organização • Tomada de decisão • Visão sistêmica • Planejar 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar bom senso • Demonstrar iniciativa • Evidenciar capacidade crítica • Demonstrar capacidade de comunicação oral e escrita • Demonstrar capacidade de negociação • Demonstrar criatividade • Evidenciar acessibilidade

5.58 ENFERMEIRO - CBO/CIUO 88: 2235-05

- **Descrição Sumária de Cargo:**

Planejar assistência de enfermagem e prestar cuidados complexos aos pacientes.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Participar do processo de implantação do Sistema da Qualidade na sua área de atuação.
- ✓ Criar estratégias visando melhorar os custos das unidades de internação.
- ✓ Implementar os processos de trabalho e procedimento técnicos.
- ✓ Alinhar a equipe ao Modelo de Assistência do HCV.
- ✓ Planejar, elaborar, orientar e controlar os trabalhos das Unidades.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	131 de 136

- ✓ Passar o plantão ao Enfermeiro responsável, através do registro de todos os dados e intercorrências de seu período de trabalho.
- ✓ Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem em todos os pacientes sob sua responsabilidade.
- ✓ Colaborar nos programas de prevenção de doenças e promoção da saúde.
- ✓ Interagir com os integrantes da equipe.
- ✓ Realizar visitas a todos os pacientes sob sua responsabilidade e acompanhar os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem.
- ✓ Realizar procedimentos complexos de enfermagem nos pacientes sob sua responsabilidade.
- ✓ Incentivar a equipe a ter uma visão holística do paciente, que deve ser cuidado de forma integral e personalizada.
- ✓ Realizar reuniões e capacitar a equipe mensalmente.
- ✓ Participar de reuniões periódicas com a Diretoria Assistencial ou sempre que convocado.
- ✓ Participar de comissões da instituição quando solicitado.
- ✓ Medir os indicadores da assistência de enfermagem que lhe forem solicitados.
- ✓ Acompanhar o Plano de Tratamento.
- ✓ Organizar a unidade e distribuir as tarefas aos membros da equipe.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Formação Superior em Enfermagem/ Registro COREN ativo e regular
 - Desejável Pós-graduação e / ou Especialização na área de atuação
 - ✓ **Tempo de experiência:** Experiência na assistência da enfermagem
 - Desejável Vivência com Planejamento Estratégico e processos de Acreditação Hospitalar.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
--------------------	------------------	---------------

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	132 de 136

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Formação Superior em Enfermagem • Desejável Pós-graduação e / ou Especialização na área de atuação • Utilizar conhecimentos, métodos, técnicas e equipamentos para execução de tarefas, através da experiência profissional. • Conhecer técnicas e os processos de enfermagem. • Domínio da Sistematização da Assistência e sua aplicação • Planejamento Estratégico • Acreditação Hospitalar | <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe • Liderança • Saber ouvir • Negociação • Comunicação • Organização • Tomada de decisão • Visão sistêmica • Planejar | <ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar capacidade de efetuar atendimento humanizado. • Demonstrar capacidade de interpretar linguagem verbal e não verbal. • Demonstrar flexibilidade. • Demonstrar autocontrole. • Demonstrar capacidade de adaptar-se às situações. • Demonstrar capacidade de atenção. • Demonstrar sensibilidade. • Demonstrar destreza manual. |
|---|--|--|

5.59 TÉCNICO DE ENFERMAGEM - CBO/CIUO 88: 1312-0

- **Descrição Sumária de Cargo:**

Apoiar a assistência nos cuidados aos pacientes conforme padrões internos de excelência.

- **Principais Atividades:**

- ✓ Prestar cuidados aos pacientes sob sua responsabilidade, de acordo com o plano de assistência, atendendo as necessidades de higiene, conforto e segurança dos mesmos.
- ✓ Auxiliar o enfermeiro na verificação e controle de materiais e medicamentos sob supervisão do mesmo.
- ✓ Verificar o uso, estado de conservação e condições dos aparelhos e equipamentos.
- ✓ Registrar cuidados e tratamentos executados, incluindo informações sobre os gastos de materiais e medicamentos por usuário.
- ✓ Preparar e manter material para execução das atividades médicas e de enfermagem.
- ✓ Preparar e manter a limpeza e a ordem nas áreas específicas de trabalho da enfermagem.
- ✓ Receber e passar plantão em suas unidades de trabalho, prestando informações necessárias à continuidade do serviço.

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	133 de 136

- ✓ Participar de reuniões da equipe de enfermagem quando convocado, sugerindo medidas que visem a integração e desenvolvimento da equipe.
- ✓ Participar efetivamente das programações de treinamento e desenvolvimento.
- ✓ Atender aos usuários com cortesia, presteza e agilidade.
- ✓ Auxiliar a equipe médica na realização de exames e tratamentos.
- ✓ Executar procedimentos e cuidados de rotina conforme prescrição prévia.
- ✓ Cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem, Manual de Gestão do Hospital e Princípios Éticos da profissão.

• **Requisitos:**

- ✓ **Formação:** Formação Técnica em Enfermagem/ Registro COREN ativo e regular
- ✓ **Experiência:** 1 ano na função.

• **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidade no manejo de aparelhos, equipamentos e instrumentais utilizados na execução dos trabalhos • Formação Técnica em Enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Saber ouvir • Persuasão • Trabalho em equipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar compreensão • Demonstrar capacidade de atenção • Demonstrar capacidade de efetuar atendimento humanizado • Demonstrar coordenação motora fina • Empatia

5.60 AUXILIAR DE ENFERMAGEM - CBO/CIUO 88: 3222-30

• **Descrição Sumária de Cargo:**

Prestam assistência ao paciente zelando pelo seu conforto e bem-estar, administram medicamentos e desempenham tarefas de instrumentação cirúrgica, posicionando de forma adequada o paciente e o instrumental.

• **Principais Atividades:**

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	
	Página:	134 de 136

- ✓ Apresentar-se situando paciente no ambiente.
- ✓ Monitorar evolução de paciente.
- ✓ Higienizar paciente.
- ✓ Prestar assistência ao paciente.
- ✓ Administrar medicação prescrita.
- ✓ Auxiliar equipe técnica em procedimentos específicos.
- ✓ Realizar instrumentação cirúrgica.
- ✓ Averiguar paciente e pertences (drogas, álcool etc.).
- ✓ Prevenir tentativas de suicídio e situações de risco.
- ✓ Implementar atividades terapêuticas prescritas.
- ✓ Organizar ambiente de trabalho.
- ✓ Vistoriar cada paciente.
- ✓ Conferir quantidade de psicotrópicos.
- ✓ Conferir quantidade e funcionalidade de material e equipamento.
- ✓ Trabalhar com biossegurança e segurança.
- ✓ Identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos.
- ✓ Realizar ações de prevenção de agravos e curativas
- ✓ Chamar médico nas intercorrências.
- **Requisitos:**
 - ✓ **Formação:** Curso de Auxiliar de Enfermagem/ Registro COREN ativo e regular
 - ✓ **Experiência:** 1 ano na função.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
--------------------	------------------	---------------

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	135 de 136

Curso de Auxiliar de Enfermagem	Trabalho em equipe Receber feedback Observar Visão sistêmica	Demonstrar compreensão Demonstrar capacidade de atenção Demonstrar capacidade de efetuar atendimento humanizado Demonstrar capacidade de saber ouvir Demonstrar coordenação motora fina Demonstrar capacidade de persuasão Demonstrar empatia.
---------------------------------	---	--

5.61 AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ENFERMAGEM - CBO/CIUO 88: 4110-05

- Descrição Sumária de Cargo:**

Apoiar a assistência no que se refere a rotinas administrativas de forma a organizar e agilizar o trabalho da assistência.

- Principais Atividades:**

- ✓ Direcionar os acompanhantes até os leitos.
- ✓ Agendar exames de pacientes junto às respectivas áreas.
- ✓ Redação de Comunicados Internos conforme solicitação de seu Coordenador ou Supervisor.
- ✓ Providenciar material de expediente referente à sua unidade de trabalho.
- ✓ Encaminhar equipamentos para manutenção conforme plano pré-estabelecido e/ou demanda.
- ✓ Manter a organização dos prontuários em local de fácil acesso.
- ✓ Prever e realizar pedidos de farmácia e almoxarifado conforme rotina da unidade e procedimentos pré-estabelecidos.
- ✓ Enviar materiais ao laboratório, bem como as respectivas requisições, receber resultados de exames comunicando ao enfermeiro responsável e anexando ao prontuário.
- ✓ Encaminhar alta, óbito e transferência de pacientes.
- ✓ Zelar pela ordem do ambiente e do serviço em geral.

- Requisitos:**

	INSTITUCIONAL	MI.SEDE.001
Manual Institucional	Data da Elaboração:	23/04/2018
PCS - Plano de Cargos e Salários	Revisão:	00
	Data da Última Revisão:	--
	Página:	136 de 136

- ✓ **Formação:** 2º Grau Completo.
- ✓ **Tempo de experiência:** Um ano experiência em serviços administrativos preferencialmente em hospital/ clínica.
- **Competências:**

C Conhecimentos	H Habilidades	A Atitudes
<ul style="list-style-type: none"> • Ensino médio • Redação e língua portuguesa • Pacote Office 	<ul style="list-style-type: none"> • Redigir • Administrar tempo • Disciplina e método • Comunicação • Trabalho em equipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar flexibilidade • Contornar situações adversas. • Demonstrar criatividade • Demonstrar persistência • Empatia • Demonstrar iniciativa

6. Aprovações e Histórico de Revisão

Elaborado por: Gerência Administrativa	Verificado por: Diretoria Executivo	Aprovado por: Diretoria de Operações
Histórico de Revisão: 00 – Implantação do Plano de Cargos		

	Política	POL.GP - 004	
		Estabelecido em: 15/01/2024	
		Versão: 01	Página 1 de 10
Política de Avaliação de Desempenho			

1. Objetivo

A Política Institucional de avaliação de desempenho do Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde tem por objetivo estimular o acompanhamento e desenvolvimento dos colaboradores, desde o momento de sua admissão e no decorrer do seu contrato de trabalho para que assim as expectativas, responsabilidades e plano de desenvolvimento deste colaborador esteja alinhado com os objetivos da entidade, gerando assim comprometimento com a efetividade da gestão organizacional.

2. Abrangência

Todos os colaboradores contratados pelo regime CLT do Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde.

3. Definições

Gestão de Pessoas: é uma associação de habilidades e métodos, políticas, técnicas e práticas definidas com objetivo de administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano.

Abrange atividades relacionadas à organização e coordenação das ações relativas ao planejamento de recursos humanos, condições de trabalho, saúde, segurança e desenvolvimento das pessoas. (Manual ONA versão 2010).

Recrutamento: é o processo pelo qual a organização atrai candidatos potencialmente qualificados e capazes de ocupar determinados cargos ou desenvolver determinadas tarefas na instituição. O recrutamento ocorre a partir da disseminação de uma oportunidade de trabalho ao mercado e pode ser Interno, externo ou misto.

Seleção: é o processo que se ocupa de identificar, por meio de técnicas, as competências dos candidatos recrutados e compará-las com o perfil da função que realizará definindo, ao final o candidato mais adequado para a contratação.

Administração de Pessoal: processo encarregado de tarefas e atividades específicas desde a contratação do colaborador, pagamento de salários, benefícios, férias, licença médica, 13º Salário, encargos sociais, organização dos horários de trabalho e Rescisão Contratual dos colaboradores.

	Política	POL.GP - 004	
		Estabelecido em: 15/01/2024	
		Versão: 01	Página 2 de 10
Política de Avaliação de Desempenho			

Gestão Trabalhista: responsável pela coleta, tratamento e análise crítica das informações oriundas de rotinas que envolvam cargos, salários, indicadores de desempenho, práticas e contencioso trabalhista, em consonância com a legislação em vigor, convenções coletivas do trabalho, orientações da área jurídica e normas e diretrizes da empresa.

Treinamento: é um processo sistemático para promover a aquisição de habilidades, regras, conceitos ou atitudes que resultem em uma melhoria da adequação entre as características dos empregados e as exigências dos papéis funcionais.

Desenvolvimento: processo de longo prazo para aperfeiçoar as capacidades e motivações dos empregados a fim de torná-los futuros membros valiosos da organização. O desenvolvimento inclui não apenas o treinamento, mas também a carreira e outras experiências.

SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho): consiste no conjunto permanente de ações, medidas e programas, previstos em normas e regulamentos, além daqueles desenvolvidos por livre iniciativa da empresa, tendo como objetivo a prevenção de acidentes e doenças, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida, a promoção da saúde do trabalhador e do meio ambiente de trabalho; objetivando garantir, permanentemente, um nível mais eficaz de segurança e saúde a todos os colaboradores.

TURNOVER taxa de rotatividade de funcionários de uma empresa, ou seja, o número de colaboradores que entram e saem da empresa num determinado período. É um indicador que mede a substituição de empregados.

FEEDBACK comunicação feita entre duas ou mais pessoas, na qual uma delas é avaliada pelos demais com relação às suas ações, comportamentos, tarefas, entre outros. Em outras palavras, significa “dar um retorno” às pessoas para orientá-las sobre sua performance e como pode melhorá-la.

4. Diretrizes

4.1 Princípios Norteadores

	Política	POL.GP - 004	
		Estabelecido em: 15/01/2024	
		Versão: 01	Página 3 de 10
Política de Avaliação de Desempenho			

- Assegurar a qualidade dos processos avaliações de desempenho dos colaboradores, atendendo às demandas conforme o planejamento estratégico da força de trabalho e o perfil de competências necessário ao sucesso dos negócios organizacionais.
- Orientar o colaborador para assegurar o nível adequado de capacitação e desenvolvimento das pessoas nas competências profissionais necessárias ao atendimento dos processos empresariais.
- Promover a gestão do conhecimento no Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde, visando o aperfeiçoamento contínuo dos processos.
- Promover o acompanhamento contínuo do desempenho dos colaboradores, orientando o desenvolvimento na carreira, com foco em resultados e competências.
- Promover o reconhecimento dos colaboradores e equipes que contribuírem de forma diferenciada para a concretização dos objetivos e metas da organização.
- Desenvolver nas lideranças as competências gerenciais, especialmente aquelas voltadas à gestão de pessoas, de forma continuada e alinhada às orientações estratégicas.
- Promover a gestão das informações pessoais e profissionais dos colaboradores, com transparência e respeito à confidencialidade.
- Promover a gestão do clima organizacional, visando a melhoria contínua do nível de satisfação dos colaboradores e diminuição do Turnover.
- Estimular uma cultura empresarial que leve ao comprometimento dos colaboradores com a estratégia organizacional.
- Incentivar práticas de gestão que estimulem a responsabilidade social e condutas éticas de negociação entre as empresas e as entidades representativas dos empregados.

	Política	POL.GP - 004	
		Estabelecido em: 15/01/2024	
		Versão: 01	Página 4 de 10
Política de Avaliação de Desempenho			

- Estabelecer políticas de equidade de gênero e acessibilidade, com oportunidades iguais para todos, independente de sexo, cor, religião, deficiência, estado civil, orientação sexual, situação familiar, idade ou qualquer outra condição.
- Atuar de forma integrada e monitorar a gestão de pessoas, garantindo a igualdade de direitos, oportunidades e obrigações, respeitando as especificidades e características de cada região, aumentando a sinergia entre os colaboradores e a empresa do Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde.

4.2 Fundamentação Técnica

A política de Avaliação de Desempenho institucional do Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde, busca a valorização pessoal e profissional dos colaboradores da organização.

O Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde acredita na valorização do bem maior da instituição, que são as pessoas que a compõem, consubstanciada nos princípios legais, éticos e morais, buscando uma gestão de qualidade, com a valorização do trabalho como um instrumento importante para a atenção à saúde e a criação de vínculos dos colaboradores com os clientes e com a própria instituição.

Neste sentido, esta política reforça a ideia de que os colaboradores são sujeitos ativos e participativos e que “constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. E reforça que a utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substitui a atuação de um trabalhador de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção” (BRASIL, 2005, p. 20).

Esta política foi construída com base na literatura, nas legislações pertinentes à gestão de pessoas, e a política de Gestão de Pessoas existentes no Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde, bem como nas necessidades identificadas de negócio.

4.2 Processos de Avaliações de Desempenho no Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde

	Política	POL.GP - 004	
		Estabelecido em: 15/01/2024	
		Versão: 01	Página 5 de 10
Política de Avaliação de Desempenho			

Legenda:

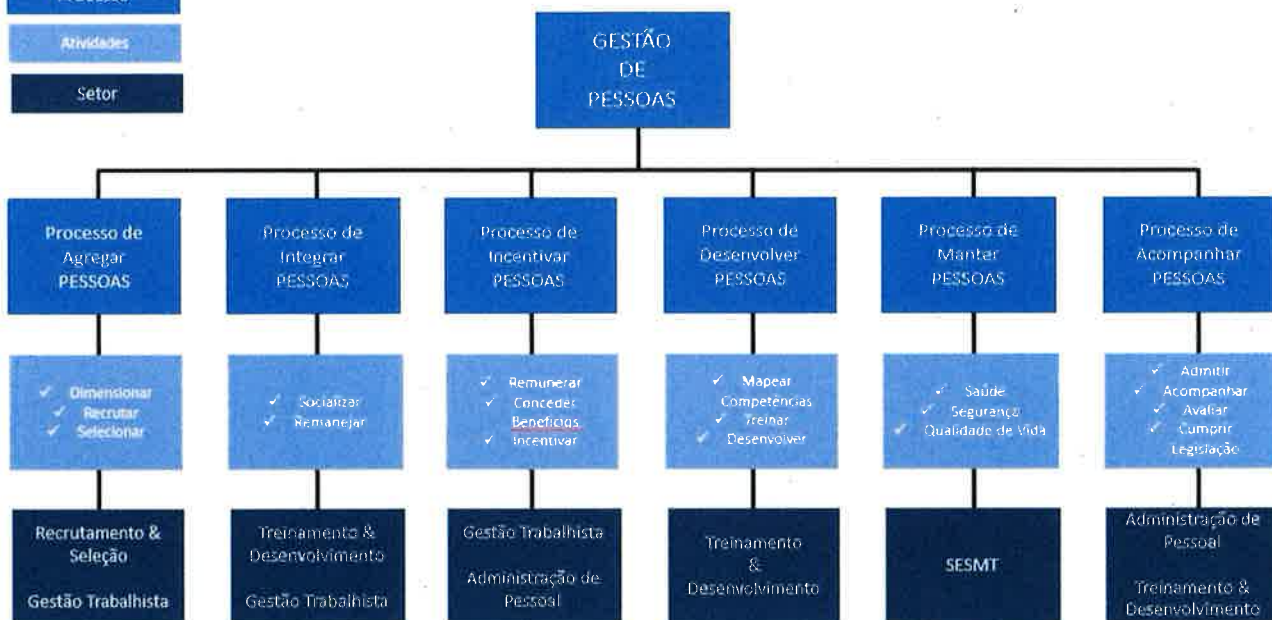


Fig. 1 – Esquema do processo de Gestão de Pessoas no Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde (baseado em Chiavenato, 2005).

Estes processos servirão de base para o desenvolvimento da Política de Gestão de Pessoas e Política de Avaliação de Desempenho do Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde.

4.4 Estrutura Organizacional da área de Gestão de Pessoas Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde

O Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde possui em sua estrutura organizacional subsistemas (áreas) de apoio a gestão de pessoas, vinculado diretamente a Diretoria Administrativa do Instituto, sendo esses divididos em três núcleos: Núcleo de Relações Trabalhistas, Núcleo de Desenvolvimento Humano e Organizacional e Núcleo de Segurança, Saúde e Qualidade de Vida.

A área de Gestão de Pessoas do Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde deverá ser estruturada, conforme proposta abaixo apresentada, para serem viabilizados os processos de agregar, integrar, incentivar, desenvolver, manter e monitorar pessoas.

	Política	POL.GP - 004	
		Estabelecido em: 15/01/2024	
		Versão: 01	Página 6 de 10

Política de Avaliação de Desempenho

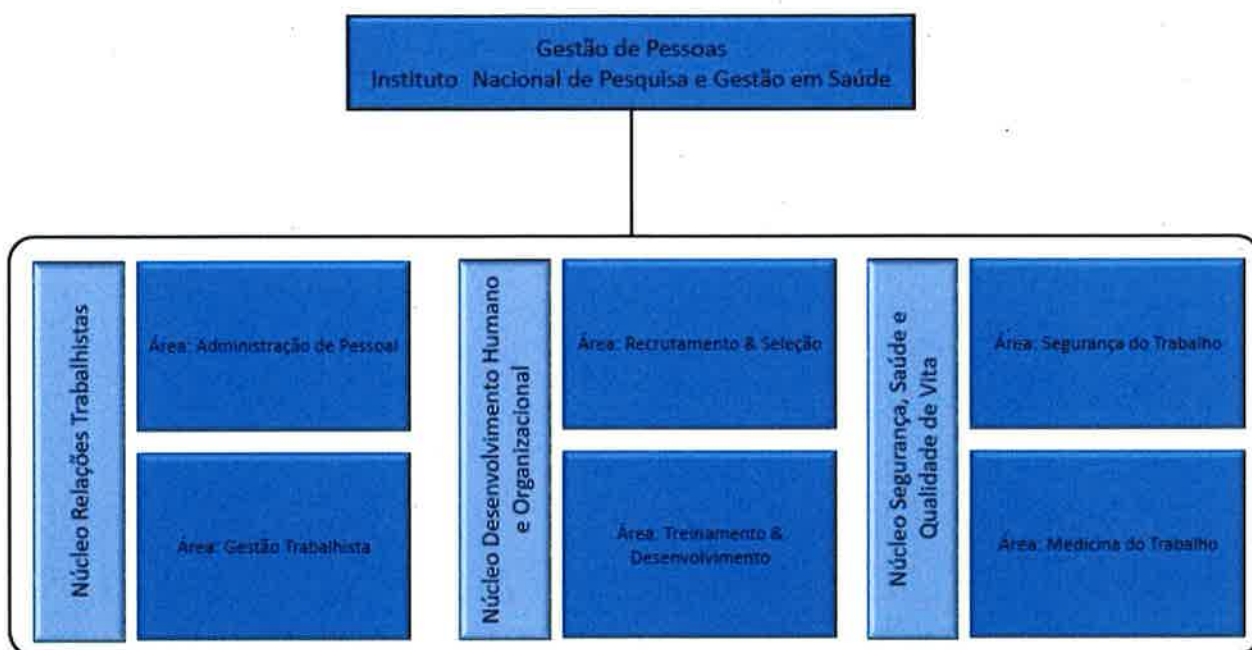


Fig. 2 – Esquema setorial de Gestão de Pessoas no Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde

Cada uma das áreas possui papel delineado no escopo organizacional, com atividades específicas, integradas e interdependentes, para o alcance de cada processo de Gestão de Pessoas.

Processos De Desenvolver Pessoas

Promover a capacitação e o desenvolvimento dos colaboradores com base em levantamento sistemático das necessidades presentes e futuras da organização, considerando critérios e práticas que atendam a todos os segmentos funcionais, tendo como prioridades tanto o atendimento dos GAPs de competências que os colaboradores apresentam, como os objetivos de desenvolvimento individual e de equipes, demandados pelo Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde.

Promover a formação e o desenvolvimento de boas práticas de gestão, por meio da oferta de oportunidades para que os gestores aperfeiçoem suas competências técnicas, comportamentais e de gestão, consideradas as diferentes realidades gerenciais e necessidades da instituição, incluindo o preparo de futuro gestores.

Assumir que as práticas de gestão de pessoas deverão ter como foco o desenvolvimento e a entrega de competências individuais (técnicas e comportamentais) e de equipe, alinhadas aos objetivos

	Política	POL.GP - 004	
		Estabelecido em: 15/01/2024	
		Versão: 01	Página 7 de 10
Política de Avaliação de Desempenho			

das unidades de negócio do Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde, sua missão, seus valores e prioridades.

Processos De Manter Pessoas

A saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho no Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde, deve ser um preceito de gestão organizacional cujo foco deve ser o aprimoramento permanente das relações sócio profissionais, das condições e da organização do trabalho, das práticas de reconhecimento visando à promoção do bem-estar dos colaboradores no âmbito do complexo, da preocupação com a saúde do colaborador e como uma premissa para que a missão, os objetivos e as metas do Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde sejam plenamente alcançados.

Os processos utilizados devem criar condições ambientais psicológicas satisfatórias para as atividades das pessoas. Incluem administração da cultura organizacional, clima, disciplina, higiene, segurança e qualidade de vida e manutenção de relações sindicais.

Processos De Acompanhar Pessoas

Realizar a avaliação do desempenho e da contribuição dos indivíduos para os resultados organizacionais, considerando a convergência das ações realizadas pelos colaboradores com o plano de trabalho individual, da unidade de negócio a que pertencem, tendo como referências as metas globais e intermediárias fixadas para o Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde segundo critérios estabelecidos pela legislação vigente sobre avaliação de desempenho.

Acompanhar o colaborador desde o seu ingresso, prestando informações sobre os seus direitos e deveres, responsabilizando-se juntamente com o colaborador pela manutenção ou alterações das prerrogativas firmadas no contrato de trabalho, bem como estabelecer programas que visem orientar os colaboradores próximos da aposentadoria para novas perspectivas de aproveitamento produtivo.

5. Padrões Relacionados

5.1 Processo de realização da avaliação

O colaborador do Insaude deverá ser avaliado anualmente, sendo que o será submetido à dois modelos de avaliações em diferentes momentos:

	Política	POL.GP - 004	
		Estabelecido em: 15/01/2024	
		Versão: 01	Página 8 de 10
Política de Avaliação de Desempenho			

- **No período de experiência:** O gestor direto do colaborador, 5 dias antes do final do primeiro e segundo período de 45 dias de experiência após a admissão, terá uma avaliação com feedbacks estruturados e orientações para melhorias e esclarecimentos de dúvidas para o bom desempenho deste colaborador no segundo período de experiência, que totalizará 90 dias no total, quando este colaborador passará de um contrato de experiência para um contrato por prazo indeterminado.
- **Anualmente:** Entre os meses de Abril e Outubro, os gestores responsáveis de cada área deverão agendar o feedbacks individuais com sua equipe de acordo com as orientações do setor de Gestão de Pessoas, levando sempre em conta que esta avaliação é documento primordial em uma tomada de decisões e um possível processo de promoção, aumento salarial ou ainda caso seja necessário um desligamento.

Para realizar as avaliações de desempenho, o gestor deve ter como premissa as seguintes orientações:

1. Ao iniciar o preenchimento da avaliação, pergunte-se como você quer que o colaborador se sinta depois da conversa? Que comportamentos você quer que sejam mudados/melhorados? Que fatos e dados você tem para apoiar a avaliação que está realizando? Quais são os pontos fortes e quais são os pontos de melhoria?
2. Prepare-se para o momento, reserve um momento em sua agenda para que consiga dedicar atenção plena ao colaborador;
3. Crie um ambiente agradável, explique o objetivo da reunião e comece com comentários positivos;
4. Dê espaço para que o colaborador expresse o que pensa e sente;
5. Estabeleça acordos, alinhe as expectativas e esteja disponível para auxiliar e monitorar o progresso dos acordos firmados no feedback;
6. Lembre-se que receber feedback também é muito importante, reforce com o colaborador sua disponibilidade para ouvi-lo.

5.2 Matriz de Competências Base

O gestor avaliador deverá ter como base a matriz de competências bases relacionadas abaixo

	Política	POL.GP - 004	
		Estabelecido em: 15/01/2024	
		Versão: 01	Página 9 de 10
Política de Avaliação de Desempenho			

em conjunto com a descrição de cargo do colaborador que será avaliado. O material explicativo para cada competência deverá ser consultado nas descrições de cargo e matriz de competências:

- Liderança
- Orientação ao cliente.
- Comunicação
- Foco
- Negociação
- Planejamento
- Organização
- Visão sistêmica
- Proatividade
- Trabalho em Equipe.
- Criatividade
- Flexibilidade
- Integridade
- Coerência
- Autoconfiança
- Capacidade analítica e estratégica

5.3 Documentos Complementares

- a) Modelo de Avaliação de Desempenho do Período de Experiência – 45 e 90 dias
- b) Modelo de Avaliação de Desempenho Anual do Colaborador (um modelo para líder e outro para demais colaboradores que não possuem subordinados)
- c) Matriz de Competências
- d) Descrições de Cargos

5.4 Indicadores de Efetividade

- a) Turnover (Administração de Pessoal)

	Política	POL.GP - 004	
		Estabelecido em: 15/01/2024	
		Versão: 01	Página 10 de 10
Política de Avaliação de Desempenho			

b) Satisfação dos Colaboradores – Clima Interno (Treinamento & Desenvolvimento)

c) Efetivação no Período de Experiência (Recrutamento & Seleção)

6. Histórico de Atualização

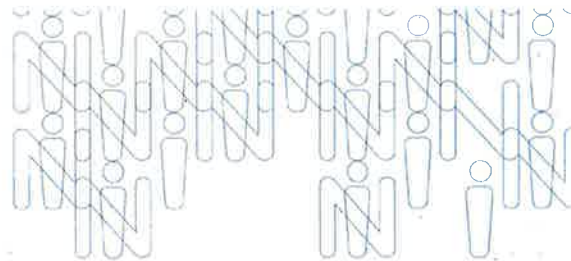
Versão	Data	Alterações Efetuadas
00	15/01/2024	Emissão Inicial

7. Referências

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

MALIK, A.M. **Gestão de recursos humanos**. In: Cidadania & Saúde: para gestores municipais de serviços de saúde. USP. São Paulo, 1998.

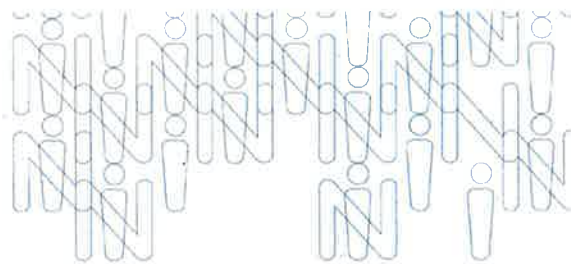
LUCENA, M. D. S. **Planejamento de Recursos Humanos**. São Paulo: Atlas, 1998.



MANUAL DO COLABORADOR

Este documento é um modelo técnico desenvolvido pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência será submetido a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador). A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos.



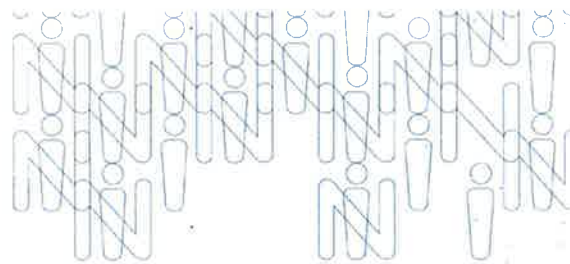


Sumário

INTRODUÇÃO	3
Unidade	3
DO CONTRATO DE GESTÃO	3
DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL - O.S.	4
RESPONSABILIDADES DA GESTÃO	4
CONHECENDO AS ÁREAS DA UNIDADE	5
Refeições dos colaboradores.....	5
- Contrato de trabalho.....	6
- Salário.....	6
- Marcação do ponto	6
- Atrasos e faltas.....	6
- Medidas disciplinares:	7
- Horário noturno	7
- Insalubridade.....	8
- Vale transporte.....	8
- 13º Salário	8
- Férias	9
- Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)	9
- Áreas Estratégicas	10
POLÍTICAS INTERNAS	12
DICAS IMPORTANTES	14
ATENDIMENTO AO TELEFONE	15
ORGANIZAÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO	15
APRESENTAÇÃO E HIGIENE PESSOAL	16



N



O QUE TODOS DEVEM SABER..... 17

Colaborador (a)

Matrícula: _____ Data entrada: ____/____/____

INTRODUÇÃO

Este manual é ferramenta de esclarecimento e material de apoio da área de Gestão de Pessoas da Unidade, entregue durante a Integração – treinamento institucional de entrada – que tem por objetivo auxiliar o novo colaborador apresentando a instituição da qual fará parte; seus direitos e deveres e demais informações importantes para o seu trabalho.

Contamos com você nesta grande e especial equipe de saúde, realizando o atendimento ao paciente de maneira diferenciada, buscando sempre a melhoria nos processos, e qualidade em tudo que fizer.

SEJA BEM VINDO AO TIME!!!

Unidade

(breve relato da origem da Unidades)

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 é XXX; o perfil de atendimento é predominantemente XXX; a clientela é formada por pacientes dos convênios XXX.

Esta Unidade é um patrimônio público e encontra-se sob gestão de uma OSS – Organização Social de Saúde denominada XXX, regularmente contratada para esta finalidade.

Identidade da Unidade: citar missão / visão / valores

DO CONTRATO DE GESTÃO





O contrato de gestão No.XXX datado de XXX, seus anexos técnicos e aditivos são instrumentos que outorgam à O.S. poder de gestão da Unidade e estabelecem todas as condições operacionais a cerca da produção de serviços e custeio da atividade. Dada a relevância do contrato de gestão ele é parte integrante deste Regulamento (anexo 1)

DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL - O.S.

Entidade civil, de direito privado, sem fins lucrativos, filantrópica, com sede e foro jurídico na cidade XXXX. A O.S. tem duração por tempo indeterminado, com as seguintes finalidades:

1. Prestar assistência a quantos procurarem seus serviços, sem distinção de nacionalidade, raça, credo religioso, opinião política ou qualquer outra condição, tanto em regime de internação, quanto dos serviços externos;
2. Prestar assistência social, através de asilos, creches e outras atividades que ajudem a comunidade a se realizar;
3. Desenvolver a pesquisa, tanto em sua forma pura quanto aplicada, sobretudo em seus estabelecimentos, para favorecer o aperfeiçoamento das atividades da saúde;
4. Levar a efeito atividades de saúde comunitária, com vistas à prevenção de doenças e promoção da saúde, orientação sanitária e imunização.
5. A O.S. prestará assistência gratuita aos que não tiverem recursos, na proporção, ao menos, que preceitua a legislação em vigor.
6. A pessoa humana é o nosso maior patrimônio, por isto, denominamos o nosso funcionário como colaborador.

RESPONSABILIDADES DA GESTÃO

GESTOR PUBLICO	GESTOR DA OSS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manutenção financeira; ✓ Controle do investimento do dinheiro público; ✓ Fiscalização da prestação dos serviços e metas pactuadas; ✓ Regulação da demanda. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumprimento das metas; pactuadas em contrato, tais como: <ul style="list-style-type: none"> - Humanização; - Qualidade; - Economicidade; - Transparência na aplicação dos recursos.





CONHECENDO AS ÁREAS DA UNIDADE

Apresentar todas as áreas da Unidade e organograma.

Refeições dos colaboradores

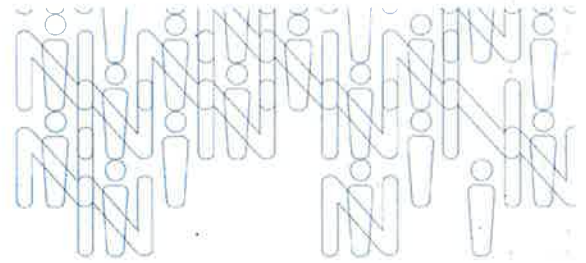
- Desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia.
- As refeições serão realizadas no refeitório, com exceção dos lanches no Centro Cirúrgico, UTI e Central de Materiais.
- As refeições são fornecidas no refeitório através da coparticipação do colaborador, quando compatível.
- O colaborador tem direito às refeições contidas dentro de sua jornada de trabalho devendo obedecer à escala de horário elaborada pelo líder da área.
- A realização de qualquer tipo de refeição só é permitida no refeitório e copa, quando houver.
- Os horários das refeições deverão ser respeitados.
- Qualquer solicitação extra deverá ser comunicada com antecedência.
- O refeitório será fechado obedecendo aos horários estabelecidos ao encerramento das refeições.
- Apresentar Cartão.
- Ajude com a separação correta do lixo.

OBS: Em alguns casos serão fornecidos vale refeição.

✓ Horário das refeições

HORÁRIOS DAS REFEIÇÕES	
Café da Madrugada	02h00 as 03h00
Café da Manhã	09h00 as 10h00
Almoço dos Colaboradores	11h30 as 14h00
Almoço dos Acompanhantes	13h00 as 14h00
Café da Tarde	15h30 as 16h30
Jantar dos Colaboradores e Acompanhantes	21h00 as 23h30





-Contrato de trabalho

- ✓ Contrato de Trabalho sob-regime CLT
- ✓ Período de Experiência: 45 + 45 = 90 dias

- Salário

Creditado no 5º dia útil do mês em sua conta salário.

- Marcação do ponto

O registro correto do ponto deve conter 04 marcações:

- ✓ Entrada
- ✓ Saída para refeição ou lanche
- ✓ Retorno da refeição ou lanche
- ✓ Saída
- ✓ A tolerância para entrada/saída antecipada ou postergada é de 05min.
- ✓ A marcação do ponto deve ser feita pelo próprio colaborador
- ✓ Em hipótese alguma a marcação de ponto de um colaborador poderá ser realizada por outra pessoa

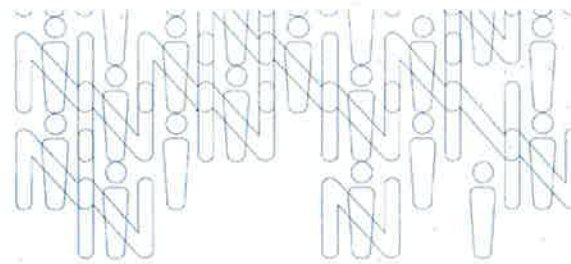
- Atrasos e faltas

Com atrasos e faltas, você prejudica o andamento do trabalho em seu setor e o atendimento ao paciente, além de sobrecarregar seus colegas e demais áreas da Unidade.

- ✓ Os compromissos pessoais e consultas médicas devem ser agendados fora de seu horário de trabalho
- ✓ Todos os atrasos e faltas, bem como entradas e saídas horário devem ser comunicadas ao superior, com no mínimo 48hs de antecedência através do formulário de justificativas de faltas.

Faltas Justificadas – são aquelas abonadas por lei e não geram prejuízo ao salário do colaborador.





TIPO	DIAS DE AFASTAMENTO (CONSECUTIVOS)
Casamento	03
Falecimento de cônjuge, pai, mãe ou filhos.	02
Licença Paternidade	05
Licença Maternidade	120 dias
Enfermidade	Até 15 dias

Todos os itens acima devem ser comprovados através de documento original em até 24 horas após sua emissão.

Faltas não justificadas - aquelas em que o motivo apresentado não é assegurado por lei podendo acarretar prejuízo em seu salário além de medidas administrativas e disciplinares:

- Desconto no Descanso Semanal Remunerado
- Redução do período de férias
- Desconto no salário
- Advertência
- Suspensão
- Demissão por justa causa

- Medidas disciplinares:

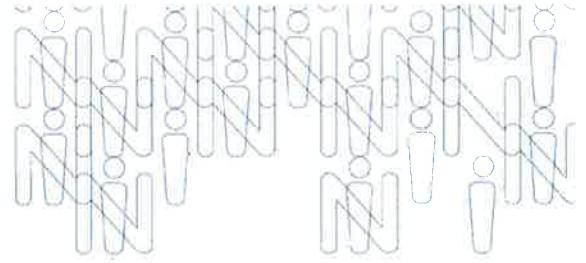
- Advertência verbal: deve ser dada formalmente pelo superior imediato e comunicada ao setor de DP para registro no histórico do colaborador.
- Advertência escrita: deve ser solicitada ao Departamento de Pessoal e comunicada ao colaborador em até 24 horas do ocorrido. Após assinatura do colaborador, do superior imediato e responsável pelo setor, a chefia deve encaminhar a advertência ao DP para arquivo.

Suspensão: o comunicado de suspensão deve ser solicitado pelo responsável imediato junto ao Departamento de Pessoal, podendo ser aplicada juntamente com a advertência escrita. A suspensão acarreta desconto dos dias não trabalhados no pagamento do colaborador.

- Demissão por Justa Causa: interrupção do contrato de trabalho quando o colaborador descumpra sua obrigação legal ou contratual ou ainda apresenta conduta pessoal inadequada.

- Horário noturno





Considera-se noturno, nas atividades urbanas, o trabalho realizado entre as 22h00min horas de um dia às 05h00min horas do dia seguinte, e deve ser paga com um acréscimo de 20% (vinte por cento) sobre o valor da hora diurna.

O adicional noturno será apurado de acordo com o período da folha de ponto, ou seja, do dia 16 ao dia 15 de cada mês.

- Insalubridade

O exercício de trabalho em condições insalubres, acima dos limites de tolerância estabelecidos pelo Ministério do Trabalho, assegura a percepção de adicional conforme prevê artigo 192 da CLT:

40% (quarenta por cento) - Grau máximo

20% (vinte por cento) - Grau médio

10% (dez por cento) - Grau mínimo

Os percentuais acima se referem ao salário mínimo vigente.

É preciso que a atividade apontada pelo laudo pericial como insalubre esteja prevista na relação oficial elaborada pelo Ministério do Trabalho, tal como definido pela NR-15, não será suficiente somente o laudo pericial para que o empregado tenha direito ao respectivo adicional.

- Vale transporte

O VT é um direito do trabalhador concedido para o transporte da residência ao local de trabalho e do local de trabalho de volta à residência, com desconto previsto em lei de até 6% do salário base.

A quantidade solicitada deve ser compatível com o itinerário. Sempre que houver necessidade de alteração, o colaborador deverá comprová-la. Mentir ou não comunicar as alterações é considerado falta grave.

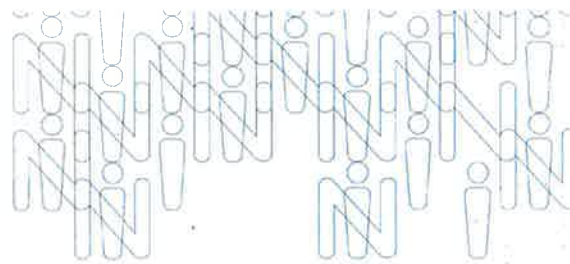
O VT é um direito do trabalhador concedido para o transporte da residência ao local de trabalho e do local de trabalho de volta à residência, com desconto previsto em lei de até 6% do salário base.

A quantidade solicitada deve ser compatível com o itinerário. Sempre que houver necessidade de alteração, o colaborador deverá comprová-la. Mentir ou não comunicar as alterações é considerado falta grave.

- 13º Salário

É pago proporcionalmente aos meses trabalhados no ano. O pagamento da primeira parcela é realizado em 30 de novembro e a segunda parcela em 20 de dezembro com os respectivos descontos.





- Férias

Todo colaborador tem direito a férias sempre que completar 12 meses de trabalho, concedidas nos 12 meses subsequentes a critério da Instituição.

As férias não poderão ser em hipótese alguma, gozadas ou pagas em período diferente do período de gozo.

- Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)

✓ Por que devo seguir as normas de Segurança?

- Devido ao Grau de risco da Unidade e o investimento da empresa na área;
- Menor risco de acidentes e doenças ocupacionais;
- Menor índice de afastamento;
- Melhor desempenho nas atividades;
- Proporciona maior proteção para o próprio trabalhador.

✓ EPI – Equipamento de Proteção Individual (NR 6)

Esta norma estabelece regras de utilização dos equipamentos de proteção individual.

Cabe aos membros do SESMT e membros da SECIH determinar o equipamento adequado ao risco.

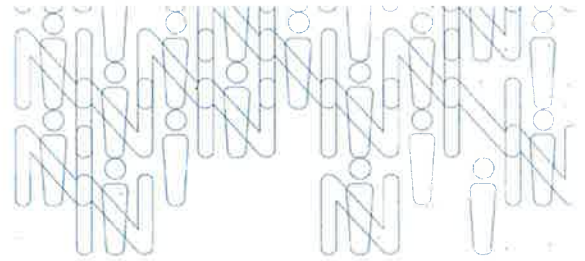
✓ Dever do Empregador (NR 6)

- Fornecer o EPI adequado ao risco de cada atividade;
- Exigir seu uso;
- Fornecer ao trabalhador somente o aprovado pelo órgão nacional;
- Orientar e treinar o trabalhador sobre o uso adequado; guarda e conservação;
- Substituir imediatamente, quando danificado;
- Responsabilizar-se pela higienização e manutenção periódica.

✓ Obrigação dos Empregados (NR 6)

- Usar apenas para finalidade que se destina;





- Responsabilizar-se pela guarda e conservação;
- Comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para uso;
- Cumprir as determinações sobre o uso adequado;
- Não levar EPI's para a residência.

✓ **NR – 32 (Restrições)**

- Vedado o uso de calçado aberto (Ex.: Crocs, Sandálias, Peep Toe, Channel, etc);
- Manter atualizado junto ao SESMT, carteiras de vacinas;
- Vedado o uso de adornos (Brincos, Corrente, Anéis, Relógios, etc).

- Áreas Estratégicas

Comunicação

A Assessoria de Comunicação é responsável por todo material informativo destinado ao acesso público, assim como, pelos murais do interior da Unidade e todas as outras formas de comunicação interna. Todas as informações ou notícias sobre a Unidade devem ser divulgadas somente pelo setor de Comunicação, que fará contatos com a imprensa em caso de necessidade.

A imagem da Unidade perante o público externo é avaliada e documentada pela Comunicação, através do arquivamento de todo material veiculado na mídia sobre a Unidade. Diante disto, todo contato ou solicitação recebido pela Imprensa e Órgãos Públicos deve ser imediatamente direcionado a Assessoria de Comunicação ou à Diretoria.

Nenhum colaborador deve fornecer declarações, esclarecimentos ou prestar qualquer tipo de informação sobre a Instituição ou em seu nome.

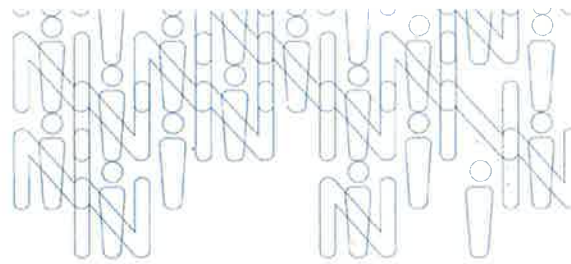
Gestão de Pessoas.

Área responsável pela implementação de políticas e práticas definidas de uma organização para orientar o comportamento humano e as relações interpessoais no ambiente de trabalho. Visa ações que permitam conhecer, potencializar, integrar e subsidiar a gestão por competências individuais e institucionais com foco na auto-realização das pessoas e a excelência no cumprimento da missão institucional da Unidade.

Responsabilidades Gestão de Pessoas:

- Captação de Talentos





- Integração de novos colaboradores
- Educação Permanente
- Plano de Reconhecimento e Carreira
- Pesquisa organizacional
- Acompanhamento de desempenho das equipes junto aos gestores
- Projetos de qualidade de vida para o colaborador

Núcleo da Qualidade

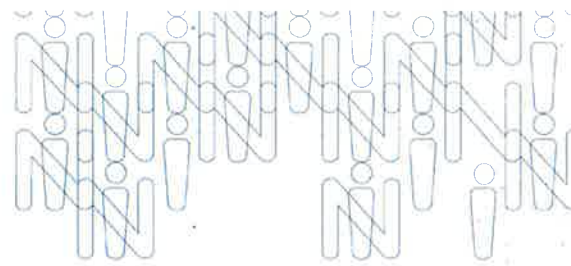
Deve ser designada pelo Diretor Geral e devem ser considerados membros do núcleo representante da Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa, Diretoria de Enfermagem. Este núcleo terá suas competências descritas no seu Regimento.

Comissões

A Diretoria da Unidade irá organizar e manter em funcionamento todas as Comissões legalmente exigidas pelos Órgãos fiscalizadores da atividade na área da Saúde, bem como poderá criar outras para melhorar o desempenho institucional.

- Comissão Interna e Prevenção de Acidentes – CIPA.
- Comissão Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.
- Comissão de Revisão de Prontuários.
- Comissão de Óbitos.
- Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT.
- Comissão Humanização.
- Comissão Fármaco Vigilância.
- Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos.
- Comissão Sustentabilidade.
- Comissão Ética Médica.
- Comissão de Riscos.
- Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente.
- Comissão de Custos.
- Comissão Ética em Enfermagem.





- Comitê Transfusional.
- Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional – EMTN.
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

POLÍTICAS INTERNAS

- Celular

A utilização do celular durante o expediente de trabalho deve observar rigorosamente as seguintes regras:

- ✓ Solicitar autorização prévia de seu líder para receber ou atender ligações.
- ✓ Manter o celular em modo silencioso durante o período de trabalho e enquanto permanecer nas dependências da Unidade.
- ✓ Utilizar o celular apenas em casos de urgência.
- ✓ Utilizar tom de voz adequado ao ambiente da Saúde.

Fica expressamente proibido o uso de celular em áreas de atendimento ao cliente.

- Fumo

É proibido fumar nas dependências da área da Saúde conforme determinação da Lei Federal 9.294/96. NR 32, item 32.3.9.4.6.

- Crachá

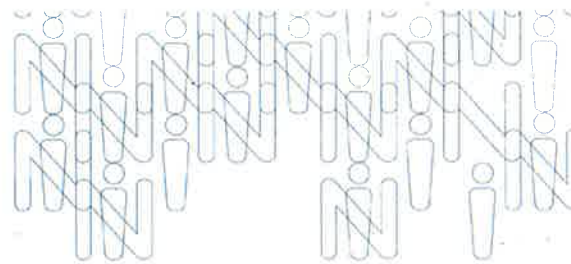
O uso do crachá é obrigatório para identificação de todos os profissionais. Para visualização adequada, o crachá deve estar localizado na parte superior do tórax e não deve estar acoplado a demais acessórios.

- Comercialização Interna

Fica expressamente proibido qualquer tipo de comercialização interna entre colaboradores, bem como a entrada de vendedores externos nas dependências da empresa para exposição ou promoção de produtos.

Qualquer oferta de serviços ou produtos deverá ser feito fora de seu horário de trabalho e das dependências da Unidade.





- Uniforme

O calçado utilizado pelo colaborador deve ser fechado (na frente, atrás e nas laterais).

Os profissionais da Assistência devem utilizar roupa branca sob o Jaleco.

Os acessórios* e maquiagem devem ser utilizados com discrição e em tons neutros. As roupas íntimas não devem aparecer sob o uniforme.

** NR 32- profissionais da Assistência não podem utilizar nenhum tipo de adorno no exercício de sua atividade.*

Não será permitido o acesso de colaboradores às dependências da empresa sem o uniforme completo, calçado adequado, crachá, etc. Lei 16.491 que proíbe os profissionais da área da saúde usarem jalecos, aventais ou outro tipo de vestimenta de proteção individual em ambiente publica que sirva refeições como bares e restaurantes.

A utilização do uniforme completo e em boas condições de apresentação nas dependências da Unidade e/ou em horário de expediente é dever de todo colaborador.

A vestimenta é de responsabilidade do colaborador: quanto à higiene, manutenção e conservação do uniforme. No ato da admissão, o colaborador receberá dois conjuntos de uniformes que será trocado anualmente.

Peças sob-responsabilidade da Unidade: Quando as peças (jalecos e aventais) são higienizadas pela Unidade para posterior utilização. O Jaleco ou Avental deve ser retirado na Portaria de Entrada de Colaboradores no ato de sua chegada ao trabalho e devolvido ao término de seu expediente.

Estão liberados do uso do uniforme apenas Diretores, e Gerentes.

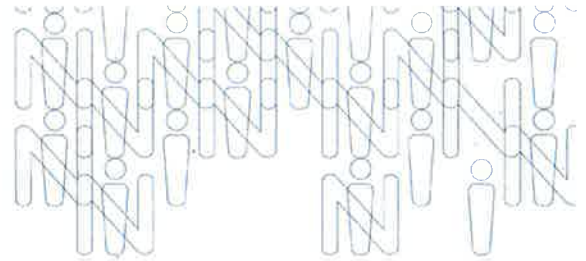
- Utilização da sala de colaboradores

A sala dos colaboradores é local para descanso e entretenimento aos funcionários da Unidade. O objetivo é de proporcionar um espaço agradável e de qualidade de vida no próprio ambiente de trabalho, gerando a sinergia motivação-trabalho-lazer.

PRINCÍPIOS PARA BOA CONVIVÊNCIA

- Alimentação é no **refeitório**.
- Acendeu, **apague**.
- Colchonete **não é cortina**.
- Desarrumou, **arrume**.
- Está no colchonete, **use-o sem dobrar**.
- Está com um colega, **fale baixo**.





- Leu um livro, **devolva-o no lugar.**
- Ligou, **desligue**
- Na brinquedoteca, **mantenha a luz acesa.**
- Sujou, **limpe.**
- Sente no sofá, **não deite.**
- Tocou o celular, **atenda fora da sala.**
- Use os objetos do local, **não traga cobertores, lençóis ou qualquer outro material dos setores.**
- Você abriu, **feche.**

O bem-estar de **TODOS** também **Depende de você.**

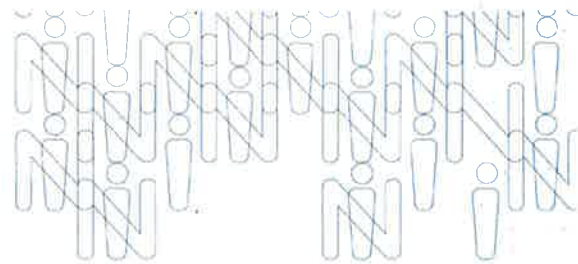
Participe!

DICAS IMPORTANTES

Posturas Humanizadas:

- ✓ Atenção ao tom de voz e excesso de gestos.
- ✓ Boa postura (ouvir reclamações e buscar soluções).
- ✓ Bom humor e gentileza.
- ✓ Comprometimento (informar com antecedência, cumprimento de prazos, rapidez e eficácia, supere expectativas).
- ✓ Contribuir para o trabalho em equipe.
- ✓ Evitar preconceitos e julgamentos.
- ✓ Evite criticar negativamente ou culpar seus colegas ou a empresa em que trabalha, olhe primeiro para as suas próprias posturas e atitudes.
- ✓ Evite excessos de familiaridade, intimidade, apelidos e franqueza.
- ✓ Evite chamar outras pessoas aos gritos, falar alto ou rir escandalosamente. Isto atrapalha a concentração de todos e causa uma péssima impressão.
- ✓ Manter conduta ética evitando comentários desnecessários.
- ✓ Nunca diga **NÃO**, busque a solução.
- ✓ Não reclame, contribua.
- ✓ Não use gírias. Mantenha uma comunicação madura e profissional.
- ✓ Olhe nos olhos (sincero, acolhedor, empatia).
- ✓ Respeitar a dor do outro, ser solidário.
- ✓ Respeite a privacidade das pessoas.
- ✓ Seja educado (Bom dia, Bom tarde; Posso ajudá-lo?).
- ✓ Sorriso acolhedor.





- ✓ Segurança (informações precisas).
- ✓ Se não for ajudar, não atrapalhe.
- ✓ Saiba ouvir ideias e sugestões, mas, afastem-se de comentários indiscretos, lamentações e fofocas.

UM GESTO VALE MAIS QUE 1.000 PALAVRAS

ATENDIMENTO AO TELEFONE

Quem deve atender

- ✓ Todos colaboradores devem atender

Como atender as chamadas

- ✓ Nome da empresa, atendente e bom dia, boa tarde.
- ✓ Não negar informações.
- ✓ Procurar saber o nome da pessoa que está do outro lado e chamá-la pelo nome.
- ✓ Sorrir.
- ✓ Assumir responsabilidades.
- ✓ Anotar recados com nomes e telefones.

O que evitar:

- ✓ Ruído, goma de mascar, comer, beber, bocejar, conversa sem motivo na presença de pacientes e familiares.

ORGANIZAÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO

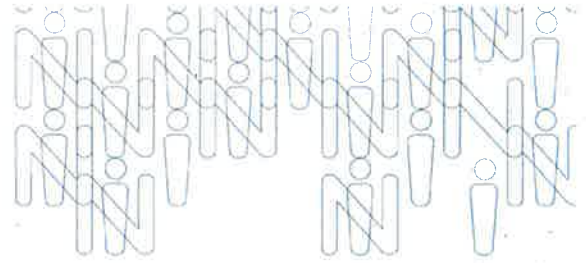
5S (Seiton, Seiri, Seiso, Seiketsu e Shitsuke)

“5S” é o nome de um método, ou antes, uma filosofia, de administração japonesa e se refere à inicial de cinco palavras:

Seiton, Seiri, Seiso, Seiketsu e Shitsuke.

A filosofia dos 5S busca promover, através da consciência e responsabilidade de todos, disciplina, segurança e produtividade no ambiente de trabalho. Cada uma das cinco palavras representa uma etapa do programa de implantação do 5S, ou então, como também podem ser chamados os cinco “sensores”:





- **SEITON**: significa deixar tudo em ordem, ou o “senso de organização”. É literalmente arrumar tudo, deixar as coisas arrumadas e em seu devido lugar para que seja possível encontrá-las facilmente sempre que necessário. Assim, evita-se o desperdício de tempo e energia.

- **SEIRI**: se refere a evitar o que for desnecessário, ou o “senso de utilização”. Ao separar aquilo que é realmente necessário ao trabalho daquilo que é supérfluo, ou desnecessário, passando-o para outros que possam fazer uso dele ou simplesmente descartando, conseguimos melhorar a arrumação e dar lugar ao novo.

- **SEISO**: significa manter limpo, ou o “senso de limpeza”. Agora que você já tirou tudo que era desnecessário e deixou tudo em ordem, é preciso manter assim.

- **SEIKETSU**: zelar pela saúde e higiene, ou “senso de saúde e higiene”. Não adianta nada mantermos o local de trabalho limpo se não cuidarmos de nossa higiene pessoal também.

- **SHITSUKE**: disciplina. Este conceito é um pouco mais abrangente do que o significado ao qual estamos acostumados de seguir as normas. Ele se refere também ao caráter do indivíduo que deve ser honrado, educado e manter bons hábitos.

Parece bem simples, mas na verdade os 5S são baseados na filosofia japonesa do Bushido (lê-se bushidô). Um código de princípios morais não escritos, mas que foram passados de geração para geração e incorporados à cultura japonesa e que se resumem em disciplina e harmonia.

Organização é sinônimo de credibilidade e profissionalismo!

APRESENTAÇÃO E HIGIENE PESSOAL

Vestimenta

- ✓ Sempre usar uniformes.
- ✓ Cuide de sua vestimenta, uniforme bem passado e lavado.
- ✓ Não utilize sapatos e acessórios barulhentos.

Higiene

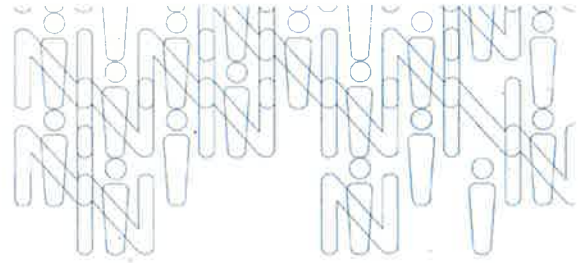
- ✓ Cuidar bem do corpo, mantê-lo saudável, limpo, usar desodorante com perfume suave.

Aparência

- ✓ Cabelos bem cuidados, aparados, presos.
- ✓ Barba bem feita, aparada.
- ✓ Maquiagem leve e discreta

Unhas





- ✓ Cuidado com as unhas mantê-las cortadas, limpas, curtas, esmalte discreto.

O QUE TODOS DEVEM SABER

Perguntas e Respostas sobre Acreditação na área da Saúde e Qualidade

Você sabe o que significa ONA?

Resposta: Organização Nacional de Acreditação.

O que é Acreditação?

Resposta: A Acreditação é uma certificação de Qualidade semelhante à ISO, porém exclusiva para instituições de Saúde. Trata-se de um método de avaliação que serve para garantir a qualidade dos serviços ofertados pela instituição, por meio de padrões previamente definidos. Não é uma forma de fiscalização, mas um programa de educação continuada.

Quantos níveis têm na Acreditação? Quais são?

Resposta: São 03 níveis.

Nível 1: Acreditado (Segurança)

Nível 2: Acreditado Pleno (Gestão Integrada)

Nível 3: Acreditada com Excelência (Excelência em Gestão)

Quais as vantagens da Acreditação?

Resposta: Segurança para os pacientes e profissionais; Qualidade da assistência; Construção de equipe e melhoria contínua; Útil instrumento de gerenciamento; Critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira; O caminho para a melhoria contínua.

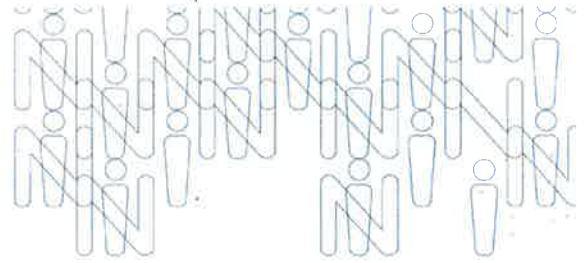
O que são riscos?

Resposta:

Probabilidade de ocorrência de um evento sentinela que, no caso dos serviços de saúde, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido.



N



O que é evento sentinela?

Resposta:

Qualquer evento imprevisto que pode resultar em **danos** para clientes externos e internos da Organização Prestadora de Serviços de Saúde. A ocorrência de um evento sentinela interpreta-se como um sinal de que a qualidade dos serviços pode estar necessitando de melhoria, e consequentemente estruturas e processos assistenciais estejam causando ou aumentando o risco de danos aos clientes.

O que é Plano de Ação?

Resposta:

Um plano de ação é o planejamento das atividades que devem ser executadas, com um determinado objetivo.

No plano de ação, as tarefas que devem ser realizadas são listadas em ordem cronológica, informando qual o prazo para a realização da tarefa e quem é o responsável. Desta forma, é possível ter um controle das atividades que estão sendo executadas pelas áreas.

O que é processo?

Resposta:

Conjuntos de atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas). Os insumos (entradas) para um processo são geralmente produtos (saídas) de outro processo.

O que é Gerenciamento por Processo?

Resposta:

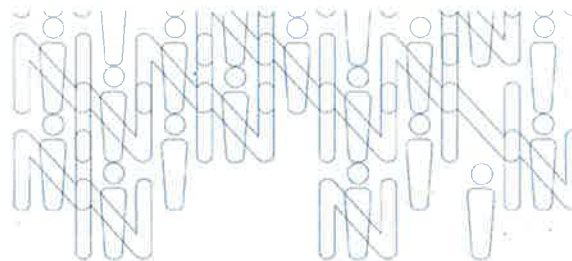
É o procedimento utilizado para controlar o processo de trabalho como um todo. Ele é determinado em três ações principais: o estabelecimento da diretriz de controle (planejamento); a mensuração do nível de controle (avaliação e manutenção de padrões); e a alteração da diretriz de controle (melhorias).

O que é PGRSS?

Resposta:

Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde





O que é PPRA?

Resposta:

Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.

O que é PCMSO?

Resposta:

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

O que é PPR?

Resposta:

Plano de Proteção Radiológica

O que são Ocorrências?

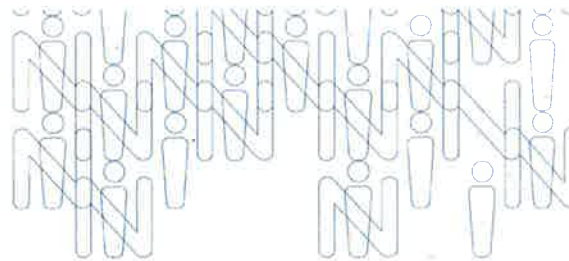
Resposta:

Ocorrências são os acontecimentos que fogem aos padrões estabelecidos para determinado processo. As ocorrências devem ser notificadas por todos nós.

Lembre-se:

Sua imagem é seu cartão de visitas. Demonstre seu profissionalismo e gere confiança.





O QUE TODOS PRECISAM SABER

Precaução Padrão

Devem ser seguidas para **TODOS OS PACIENTES**, independente da suspeita ou não de infecções.



Higienização
das mãos



Luvas e avental
(se contato com
sangue ou
secreções)

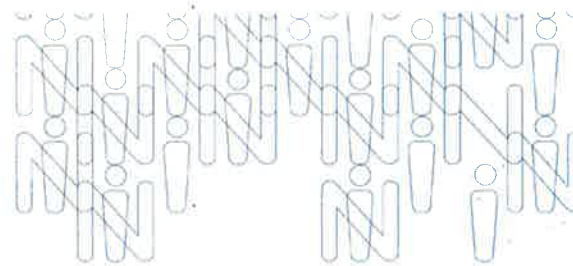


Óculos e Máscara
(caso risco de
respingos)



Descarte correto de
pêrfuro-cortantes





Precaução de Contato



Higienização das
mãos



Avental e luvas



Artigos
individualizados



Quarto privativo ou
distância entre leitos de
1 metro

Precaução para Gotículas



Higienização
das mãos



Máscara Cirúrgica
(Profissional)



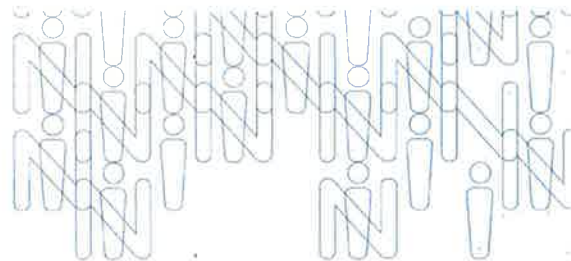
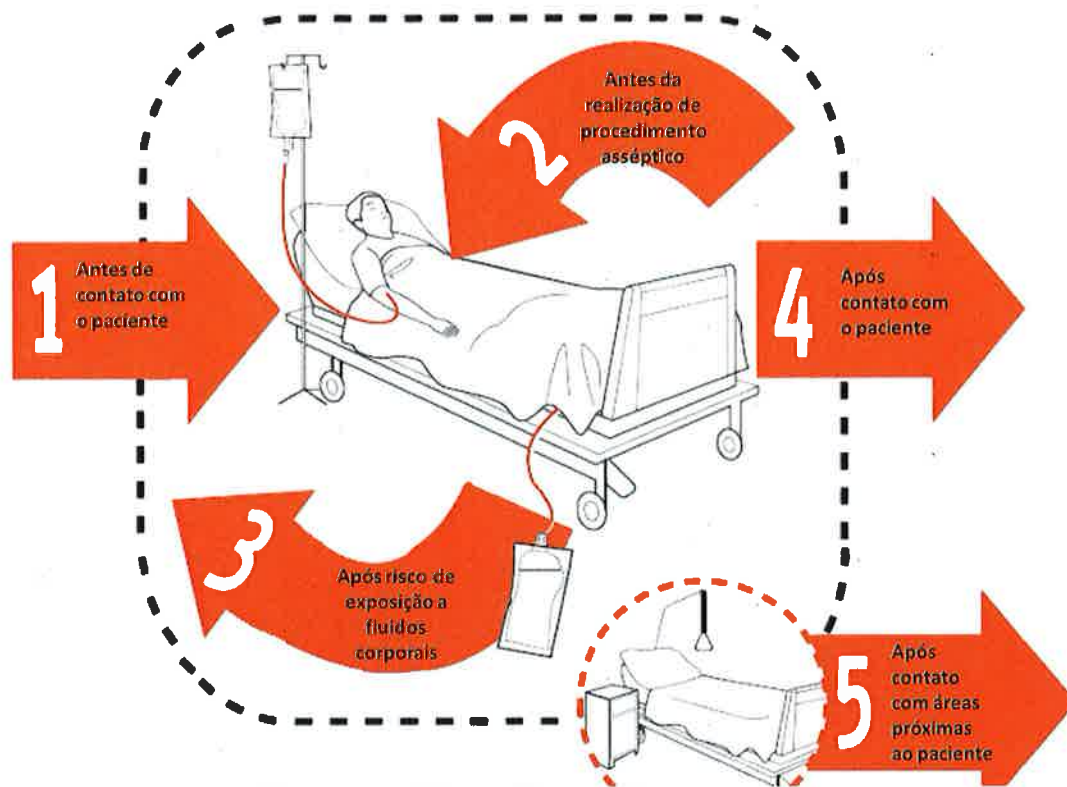
Máscara Cirúrgica
(paciente durante o
transporte)



Quarto privativo

Os 5 Momentos para a Higienização das Mãos





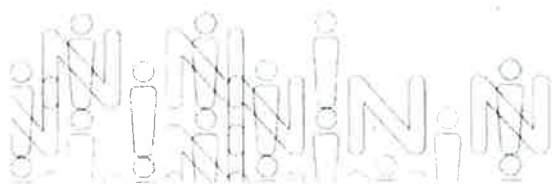
N



POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL

GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)

PDI.SEDE-SST.0001



	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-SST.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/06/2025
GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	1 de 18

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes, responsabilidades, fluxos e mecanismos institucionais para o gerenciamento corporativo da Saúde e Segurança do Trabalho (SST), assegurando a conformidade legal, a prevenção de riscos ocupacionais e psicossociais, a proteção integral do trabalhador e a integração da SST ao sistema de governança, qualidade, gestão de riscos e segurança institucional.

Este procedimento tem como objetivos específicos:

- Promover ambientes de trabalho seguros, saudáveis e sustentáveis.
- Prevenir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.
- Proteger a integridade física, mental, emocional e social dos trabalhadores.
- Assegurar o cumprimento das legislações trabalhistas, previdenciárias, sanitárias e regulatórias aplicáveis.
- Reduzir riscos ocupacionais críticos e passivos institucionais.
- Fortalecer a cultura de segurança, prevenção e responsabilidade compartilhada.
- Integrar a SST à governança organizacional, à gestão de riscos, à qualidade assistencial e à segurança do paciente.

2. PROPÓSITO E APLICAÇÕES

Este procedimento aplica-se a todas as estruturas organizacionais da instituição, contemplando:

- Sede Administrativa.
- Unidades hospitalares.
- Serviços de atenção primária.
- Serviços de urgência e emergência.
- Ambulatórios, CAPS e demais unidades assistenciais sob gestão da Organização Social.
- Profissionais próprios, terceirizados, cooperados, estagiários, residentes e voluntários.
- Empresas contratadas, prestadores de serviço e demais profissionais que atuem nas dependências institucionais.

A adesão a este procedimento é condição obrigatória para o exercício de atividades nas unidades da instituição, devendo todos os trabalhadores e prestadores observar as diretrizes, normas internas, fluxos de segurança e requisitos legais aplicáveis à sua atividade.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-SST.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/06/2025
	GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)	Revisão: 00
		Última Revisão: ***
		Próxima Revisão: 24 meses
	Página:	2 de 18

3. REFERÊNCIAS NORMATIVAS E OUTROS

O presente Procedimento de SST fundamenta-se nos seguintes referenciais:

- Legislação trabalhista, previdenciária e sanitária vigente;
- Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, especialmente:
 - NR-01 – Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais.
 - NR-04 – Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho.
 - NR-05 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio.
 - NR-07 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.
 - NR-09 – Avaliação e Controle das Exposições Ocupacionais a Agentes Físicos, Químicos e Biológicos.
 - NR-17 – Ergonomia.
 - NR-23 – Proteção contra Incêndios.
 - NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.
- Diretrizes de biossegurança aplicáveis aos serviços de saúde.
- Requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação - ONA.
- Princípios de gestão por processos, gestão de riscos, melhoria contínua e segurança do paciente.
- Normas e procedimentos internos da instituição.

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

- **ASO** – Atestado de Saúde Ocupacional.
- **CAT** – Comunicação de Acidente de Trabalho.
- **CIPA** – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.
- **CLT** – Consolidação das Leis do Trabalho.
- **EPC** – Equipamento de Proteção Coletiva.
- **EPI** – Equipamento de Proteção Individual.
- **LTCAT** – Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho.
- **MTE** – Ministério do Trabalho e Emprego.
- **NR** – Norma Regulamentadora.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA	PDI.SEDE-SST.0001
	[X] UNIDADE HOSPITALAR	
	[X] ATENÇÃO PRIMÁRIA	
	[X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/06/2025
GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	3 de 18

- **ONA** – Organização Nacional de Acreditação.
- **PCMSO** – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.
- **PGR** – Programa de Gerenciamento de Riscos.
- **SESMT** – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.
- **SIPAT** – Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho.
- **SST** – Saúde e Segurança do Trabalho.
- **AVCB** -
- **CIPAA** -
- **FISPQ** -

5. DIRETRIZES GERAIS

5.1. PRINCÍPIOS NORTEADORES DA GESTÃO DE SST

A gestão da SST é orientada pelos seguintes princípios institucionais:

→ **Compromisso da Alta Direção**

A Alta Direção assume a SST como valor organizacional e responsabilidade estratégica, garantindo recursos, apoio e integração com os demais sistemas de gestão.

→ **Prevenção e Abordagem Sistêmica**

Os riscos ocupacionais são tratados de forma preventiva, sistemática e contínua, considerando fatores físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais.

→ **Integração com a Gestão Organizacional**

A SST é integrada aos processos assistenciais, administrativos, de qualidade, gestão de riscos e segurança do paciente.

→ **Responsabilidades Claramente Definidas**

As atribuições relativas à SST são formalizadas e conhecidas, evitando sobreposições, lacunas ou decisões técnicas dispersas.

→ **Participação e Comunicação Efetiva**

A participação ativa dos trabalhadores é incentivada, com canais de comunicação acessíveis para notificação de riscos, incidentes e sugestões de melhoria.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA [X] UNIDADE HOSPITALAR [X] ATENÇÃO PRIMÁRIA [X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-SST.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/06/2025
	GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)	Revisão: 00
		Última Revisão: ***
		Próxima Revisão: 24 meses
	Página:	4 de 18

→ Aprendizado Organizacional

Incidentes, acidentes e não conformidades são analisados com foco no aprendizado e na melhoria contínua, e não na punição.

→ Proteção Integral do Trabalhador

A saúde física, mental e emocional do trabalhador é considerada condição essencial para a segurança e qualidade da assistência.

5.2. COMPROMISSOS DA ENTIDADE

A Gestão do InSaúde compromete-se a:

- Estruturar, implementar, monitorar e aperfeiçoar continuamente o Sistema de Gestão de Saúde e Segurança do Trabalho.
- Garantir o cumprimento da legislação trabalhista, previdenciária, sanitária e regulamentadora aplicável.
- Identificar, avaliar, controlar e monitorar os riscos ocupacionais presentes em suas atividades.
- Promover ambientes de trabalho seguros, saudáveis e adequados às atividades desenvolvidas.
- Disponibilizar recursos humanos, tecnológicos, financeiros e estruturais necessários à gestão da SST.
- Desenvolver ações permanentes de prevenção de acidentes, doenças ocupacionais e agravos à saúde dos trabalhadores.
- Promover ações voltadas à saúde física, mental, emocional e psicossocial dos trabalhadores.
- Assegurar a participação ativa dos trabalhadores nas ações de prevenção e melhoria dos ambientes laborais.
- Estimular a comunicação aberta sobre riscos, incidentes e oportunidades de melhoria.
- Promover a capacitação contínua dos trabalhadores em temas relacionados à SST.
- Monitorar indicadores de desempenho e implementar ações corretivas e preventivas quando necessário.
- Integrar a SST aos processos de governança, gestão de riscos, qualidade e segurança do paciente.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA	PDI.SEDE-SST.0001
	[X] UNIDADE HOSPITALAR	
	[X] ATENÇÃO PRIMÁRIA	
	[X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
	Data da Elaboração:	20/06/2025
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	5 de 18
GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)		

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

6.1. GOVERNANÇA DO SST

A Saúde e Segurança do Trabalho constitui componente estratégico da governança institucional, sendo conduzida de forma integrada entre a Alta Direção, Recursos Humanos, SST Corporativo, lideranças das unidades e trabalhadores.

A estrutura de governança de SST é composta por:

- Diretoria Executiva.
- Diretoria Administrativa Corporativa.
- Coordenação de Recursos Humanos Corporativo.
- SST Corporativo.
- Engenharia de Segurança do Trabalho.
- Medicina do Trabalho.
- Enfermagem do Trabalho.
- Técnicos de Segurança do Trabalho.
- Comissão Corporativa de Saúde e Segurança do Trabalho.
- CIPAA das unidades.

Compete à governança de SST:

- Definir diretrizes institucionais.
- Estabelecer prioridades estratégicas.
- Monitorar indicadores corporativos.
- Avaliar riscos críticos.
- Deliberar sobre planos de ação.
- Garantir conformidade legal.

 <p>POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL</p> <p>GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)</p>	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-SST.0001
	Data da Elaboração:	20/06/2025
	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	6 de 18

- Promover a melhoria contínua do sistema.

6.2. IDENTIFICAÇÃO E GESTÃO DE RISCOS OCUPACIONAIS

A gestão dos riscos ocupacionais constitui um dos pilares do Sistema de Gestão de SST da Instituição e será desenvolvida de forma contínua, sistemática e preventiva.

Todos os riscos ocupacionais deverão ser identificados, avaliados, classificados, tratados e monitorados por meio de metodologia estruturada baseada nos requisitos legais vigentes.

Serão considerados, entre outros:

- Riscos físicos.
- Riscos químicos.
- Riscos biológicos.
- Riscos ergonômicos.
- Riscos psicossociais.
- Riscos de acidentes.

A gestão dos riscos será realizada por meio de:

- Inventário de Riscos Ocupacionais.
- Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR.
- Matriz de Riscos.
- Inspeções de Segurança.
- Investigação de Acidentes.
- Planos de Ação.
- Indicadores de SST.

As medidas de controle deverão priorizar:

1. Eliminação do risco.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-SST.0001
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração:	20/06/2025
GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	7 de 18

2. Substituição da fonte geradora.
3. Medidas de proteção coletiva.
4. Medidas administrativas.
5. Capacitação dos trabalhadores.
6. Equipamentos de proteção individual.

6.3. GESTÃO DOS PROGRAMAS LEGAIS DE SST

Diretriz

Os programas legais de SST são tratados como ferramentas de gestão, e não apenas como exigência documental.

Como a organização atua

- Implanta e mantém atualizados os programas aplicáveis.
- Garante sua execução prática nas unidades.
- Monitora prazos, resultados e conformidade.
- Utiliza os dados dos programas para tomada de decisão.

Programas abrangidos

- PCMSO.
- PGR.
- LTCAT.
- CIPA / designado.
- SIPAT.
- Programas de biossegurança (NR-32).

Resultado esperado

 GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-SST.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/06/2025
	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	8 de 18

- Programas ativos e executados.
- Evidências disponíveis.
- Conformidade legal comprovada.

6.3.1. PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL – PCMSO

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) constitui instrumento fundamental da Política de SST, abrangendo:

- Áreas administrativas.
- Unidades assistenciais.
- Atividades de atendimento clínico, ambulatorial, cirúrgico e de apoio assistencial.

O PCMSO tem como finalidade monitorar a saúde dos trabalhadores em função dos riscos ocupacionais identificados, promovendo a compatibilidade entre a capacidade física e mental do colaborador e as exigências da função exercida, em conformidade com a legislação vigente.

A Instituição compromete-se a alocar o trabalhador em atividade compatível com sua capacidade, de modo a evitar riscos para si, para os pacientes, para os colegas de trabalho e para o patrimônio institucional.

6.3.2. GESTÃO DOS RISCOS AMBIENTAIS E OCUPACIONAIS

A gestão dos riscos ocupacionais é realizada com base nas avaliações ambientais previamente conduzidas, em consonância com o Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR, que sucedeu o antigo PPRA previsto na NR-09.

Para fins institucionais, são considerados riscos ocupacionais:

- Agentes físicos.
- Agentes químicos.
- Agentes biológicos.

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-SST.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/06/2025
	GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)	Revisão: 00
		Última Revisão: ***
		Próxima Revisão: 24 meses
	Página:	9 de 18

- Riscos ergonômicos.
- Riscos de acidentes.

Esses riscos são avaliados quanto à sua natureza, intensidade, concentração e tempo de exposição, com o objetivo de definir ações para eliminação, mitigação ou controle, preservando a saúde e a integridade dos trabalhadores.

6.3.3. PROTEÇÃO, PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE ACIDENTES DE TRABALHO

A Instituição compromete-se a:

- Proteger os trabalhadores contra riscos e agentes nocivos inerentes às suas atividades.
- Adotar medidas preventivas para redução de acidentes e doenças ocupacionais.
- Assegurar o correto encaminhamento, registro, investigação e acompanhamento dos acidentes de trabalho.
- Utilizar os dados decorrentes dos acidentes como instrumento de aprendizado organizacional e melhoria contínua.

6.4. SEGURANÇA DO TRABALHADOR (EPI, EPC E AMBIENTE)

Diretriz

A entidade assegura condições seguras de trabalho por meio de medidas de proteção coletiva, individual e organizacional.

Como a organização atua

- Define critérios técnicos para seleção de EPI e EPC.
- Garante fornecimento gratuito e adequado.
- Realiza treinamento para uso correto.
- Monitora a adesão e atua sobre desvios.
- Avalia continuamente as condições ambientais e ergonômicas.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA	PDI.SEDE-SST.0001
	[X] UNIDADE HOSPITALAR	
	[X] ATENÇÃO PRIMÁRIA	
	[X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
	Data da Elaboração:	20/06/2025
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	10 de 18
GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)		

Resultado esperado

- Ambientes seguros.
- Uso adequado de proteção.
- Redução de acidentes e afastamentos.

6.5. SAÚDE OCUPACIONAL

Diretriz

A saúde do trabalhador é acompanhada de forma preventiva, contínua e integrada à gestão de pessoas.

Como a organização atua

- Realiza exames ocupacionais conforme riscos.
- Controla a validade dos ASOs.
- Monitora afastamentos e restrições funcionais.
- Implementa ações de vigilância à saúde.
- Promove cuidados com a saúde mental e psicossocial.

Resultado esperado

- Trabalhadores aptos e acompanhados.
- Redução de adoecimentos ocupacionais.
- Gestão ativa de afastamentos.

6.5.1. EXAMES OCUPACIONAIS

No âmbito do PCMSO, são realizados os seguintes exames médicos ocupacionais:

a) Exame Admissional

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA	PDI.SEDE-SST.0001
	[X] UNIDADE HOSPITALAR	
	[X] ATENÇÃO PRIMÁRIA	
	[X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/06/2025
GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	11 de 18

Realizado obrigatoriamente antes do início das atividades laborais, com o objetivo de avaliar a aptidão do trabalhador para a função.

b) Exame Periódico

Realizado conforme periodicidade definida em função dos riscos ocupacionais, especialmente para trabalhadores expostos a riscos ou portadores de doenças crônicas que possam ser agravadas pelo trabalho.

c) Exame de Retorno ao Trabalho

Realizado no primeiro dia de retorno do trabalhador ausente por período igual ou superior a 30 dias, por motivo de doença, acidente ocupacional ou não, ou parto.

d) Exame de Mudança de Função

Realizado antes da efetiva mudança, sempre que houver alteração de atividade, setor ou posto de trabalho que implique exposição a risco diferente daquele anteriormente existente.

e) Exame Demissional

Realizado obrigatoriamente até a data da homologação, quando o último exame ocupacional tiver sido realizado há mais de 90 dias, conforme grau de risco definido pela NR-04.

6.6. GESTÃO DE INCIDENTES, ACIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Diretriz

Todo incidente ou acidente deve ser registrado, investigado e tratado, com foco no aprendizado organizacional.

Como a organização atua

- Estimula a notificação imediata, sem caráter punitivo.
- Garante emissão de CAT nos prazos legais.
- Realiza investigação de causas.
- Define e acompanha planos de ação.

N

	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-SST.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/06/2025
	GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)	Revisão: 00
		Última Revisão: ***
		Próxima Revisão: 24 meses
		Página: 12 de 18

- Analisa tendências e reincidências.

Resultado esperado

- Transparência.
- Aprendizado institucional.
- Prevenção de recorrências.

6.7. GESTÃO DA CIPAA – COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTE E ASSÉDIO

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPAA) constitui instância formal de participação dos trabalhadores no Sistema de Gestão de Saúde e Segurança do Trabalho.

Sua finalidade é contribuir para a prevenção de acidentes, doenças relacionadas ao trabalho, situações de assédio moral e sexual e demais fatores capazes de comprometer a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores.

A Instituição compromete-se a:

- Constituir a CIPAA nas unidades obrigadas pela legislação;
- Designar responsável para as unidades não enquadradas nos critérios de constituição;
- Garantir processo eleitoral transparente e participativo;
- Capacitar os membros eleitos e indicados;
- Realizar reuniões periódicas com registro formal em ata;
- Promover inspeções de segurança;
- Participar da investigação de acidentes;
- Apoiar a implementação de ações preventivas;
- Organizar e apoiar a SIPAT;
- Desenvolver ações de prevenção ao assédio moral e sexual;
- Integrar suas atividades ao SESMT, Recursos Humanos, Qualidade e Segurança do Paciente.

 GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-SST.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/06/2025
	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	13 de 18

6.8. GESTÃO DO COMBATE AO INCÊNDIO

A Instituição manterá sistema estruturado de prevenção e resposta a emergências e incêndios, visando à proteção da vida, à preservação do patrimônio e à continuidade das atividades assistenciais.

Para tanto, compromete-se a:

- Manter AVCB ou documento equivalente vigente.
- Garantir sinalização adequada das rotas de fuga.
- Disponibilizar equipamentos de combate a incêndio em conformidade com a legislação.
- Manter brigadas de emergência capacitadas e dimensionadas conforme o risco da unidade.
- Realizar simulados periódicos.
- Manter planos de emergência atualizados.
- Capacitar trabalhadores quanto aos procedimentos de evacuação e resposta inicial.

6.9. GESTÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS

Diretriz

A instituição mantém sistema estruturado de gerenciamento de produtos químicos, abrangendo padronização, aquisição, identificação, armazenamento, manipulação, transporte interno e descarte, garantindo a segurança ocupacional, assistencial e ambiental, conforme NR-32, PGR e normas sanitárias vigentes.

Como a organização atua

1) Padronização e aquisição

- Lista de produtos químicos padronizados por setor (Farmácia, CME, Higienização, Laboratório, Manutenção e Nutrição)
- Proibição de compra direta por setores assistenciais

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA	PDI.SEDE-SST.0001
	[X] UNIDADE HOSPITALAR	
	[X] ATENÇÃO PRIMÁRIA	
	[X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/06/2025
GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	14 de 18

- Avaliação prévia pelo SESMT/CCIH antes da inclusão de novo produto
- Aquisição apenas de fornecedores com FISPQ atualizada (até 5 anos)

2) Inventário e rastreabilidade

- Inventário geral institucional atualizado mensalmente
- Identificação do produto contendo

3) FISPQ (isso é MUITO auditado)

Cada setor onde houver produto químico deve possuir **pasta física** contendo:

- FISPQ atualizada
- Procedimento em caso de acidente químico

4) Armazenamento seguro

Regras obrigatórias:

- Produtos incompatíveis separados (ácido ≠ cloro ≠ amônia)
- Armários ventilados e identificados

5) Manuseio e uso

Obrigatório:

- Uso de EPI conforme FISPQ
- Treinamento anual NR-32 específico

Resultado esperado

- Redução de acidentes químicos.
- Ambiente seguro para trabalhadores e pacientes.



	[X] SEDE ADMINISTRATIVA	PDI.SEDE-SST.0001
	[X] UNIDADE HOSPITALAR	
	[X] ATENÇÃO PRIMÁRIA	
	[X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/06/2025
GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	15 de 18

6.10. RELACIONAMENTO COM TERCEIROS

A Instituição exigirá que empresas contratadas, prestadores de serviços e profissionais terceiros atendam integralmente aos requisitos de Saúde e Segurança do Trabalho aplicáveis às atividades desenvolvidas.

Antes do início das atividades deverão ser avaliados:

- Documentação legal de SST.
- Programas legais aplicáveis.
- Capacitações obrigatórias.
- Certificados e habilitações.
- Exames ocupacionais.
- Utilização de EPI compatível com os riscos da atividade.

As empresas contratadas estarão sujeitas às normas internas da Instituição e ao monitoramento periódico quanto ao cumprimento dos requisitos de SST.

6.11. CAPACITAÇÃO E CULTURA DE SEGURANÇA

A competência em SST é desenvolvida continuamente, promovendo cultura de segurança e prevenção.

Como a organização atua

- Identifica necessidades de treinamento por risco e função.
- Elabora plano anual de capacitação em SST.
- Realiza treinamentos obrigatórios e específicos.
- Avalia eficácia das capacitações.
- Promove ações educativas e SIPAT.

Resultado esperado

- Profissionais conscientes dos riscos.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA	PDI.SEDE-SST.0001
	[X] UNIDADE HOSPITALAR	
	[X] ATENÇÃO PRIMÁRIA	
	[X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/06/2025
GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)	Revisão:	00
	Última Revisão:	...
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	16 de 18

- Comportamento seguro.
- Cultura organizacional fortalecida.

6.12. MONITORAMENTO, INDICADORES E MELHORIA CONTÍNUA

O desempenho da SST é monitorado sistematicamente para apoiar a tomada de decisão e a melhoria contínua.

Como a organização atua

- Define indicadores institucionais de SST.
- Monitora resultados periodicamente.
- Analisa dados em instâncias de governança.
- Implementa ações corretivas e preventivas.
- Revisa processos e diretrizes quando necessário.

Resultado esperado

- Gestão baseada em evidências.
- Evolução da maturidade institucional.
- Integração com o ciclo PDCA.

6.13. GESTÃO DOCUMENTAL EM SST

Todos os documentos e registros de SST devem ser controlados, atualizados e acessíveis.

Como a organização atua

- Padroniza documentos e formulários.
- Controla versões e prazos.
- Assegura disponibilidade nas unidades.

	[X] SEDE ADMINISTRATIVA	PDI.SEDE-SST.0001
	[X] UNIDADE HOSPITALAR	
	[X] ATENÇÃO PRIMÁRIA	
	[X] URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
	Data da Elaboração:	20/06/2025
POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	17 de 18
GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)		

- Mantém rastreabilidade das evidências.

Resultado esperado

- Documentação confiável.
- Evidências prontamente disponíveis.
- Transparência e rastreabilidade.

6.14. INDICADORES DE MONITORAMENTO

A efetividade do Sistema de Gestão de SST será monitorada por meio de indicadores corporativos definidos pela Instituição.

Indicadores mínimos obrigatórios:

- IND.001 – Cobertura de ASO Vigente.
- IND.002 – Cobertura Vacinal Ocupacional.
- IND.003 – Taxa de Acidentes de Trabalho.
- IND.004 – Taxa de Acidentes com Afastamento.
- IND.005 – Acidentes com Material Biológico.
- IND.006 – CAT Emitida no Prazo Legal.
- IND.007 – Execução do Plano de Ação do PGR.
- IND.008 – Participação em Treinamentos de SST.
- IND.009 – Cumprimento do Plano Anual de SST.
- IND.010 – Tratamento de Não Conformidades de SST.

Os indicadores deverão ser monitorados periodicamente, analisados nas instâncias de governança e utilizados para direcionamento das ações de melhoria contínua.

6.15. PLANO DE AÇÃO PARA NÃO CONFORMIDADES

FALHA / RISCO	AÇÃO DE CORREÇÃO
Programas legais desatualizados ou ineficazes	Implantar cronograma institucional de revisão periódica dos programas legais, com responsáveis definidos e prazos monitorados.

 GERENCIAMENTO CORPORATIVO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO (SST)	☒ SEDE ADMINISTRATIVA ☒ UNIDADE HOSPITALAR ☒ ATENÇÃO PRIMÁRIA ☒ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PDI.SEDE-SST.0001
	POLÍTICA E DIRETRIZES INSTITUCIONAL	Data da Elaboração: 20/06/2025
	Revisão:	00
	Última Revisão:	***
	Próxima Revisão:	24 meses
	Página:	18 de 18

FALHA / RISCO	AÇÃO DE CORREÇÃO
ASO vencido ou inexistente	Implantar controle institucional de validade dos ASOs , integrado ao processo de gestão de pessoas.
Não adesão ao uso de EPI	Reforçar treinamentos específicos sobre uso correto e obrigatoriedade de EPI, considerando os riscos por função. Implantar monitoramento sistemático da adesão ao uso de EPI , com registros formais de inspeção. Adotar medidas educativas e administrativas em caso de não conformidade, respeitando as normas internas. Avaliar a adequação dos EPIs fornecidos, assegurando conforto, funcionalidade e compatibilidade com a atividade.
CAT registrada fora do prazo legal	Padronizar e divulgar o fluxo institucional de comunicação e registro de acidentes , com definição clara de prazos e responsabilidades.

7. ALÇADA DE APROVAÇÕES DESTE PROCEDIMENTO

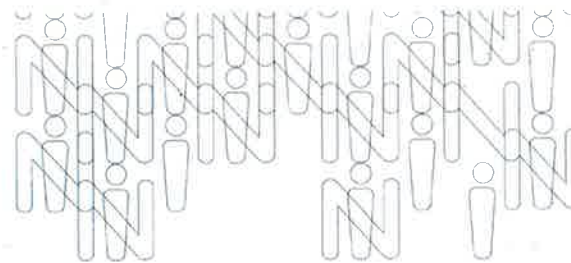
As alçadas de aprovações deste Procedimento Operacional Padrão, encontra-se descrito no item 11. Aprovações e Histórico de Revisão e ao longo desse documento.

8. APROVAÇÕES E HISTÓRICO DE REVISÃO

ELABORADO POR:	VALIDADO POR:	APROVADO POR:
<i>Bruna S. C. Azevedo Soares</i> Coordenação de Gestão de Pessoas	<i>Gláucia Cassiano</i> Diretoria Administrativa	<i>[Assinatura]</i> Diretoria Executiva

Histórico de revisão:

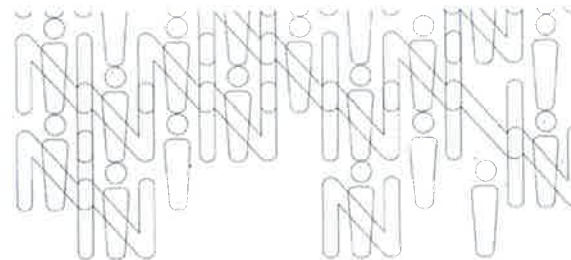
REVISÃO	DESCRIÇÃO
00	Implantação da Política Institucional de Gestão de Pessoas.



PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM

Este documento é um modelo técnico desenvolvido pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais do Hospital providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência será submetido a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador). A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos

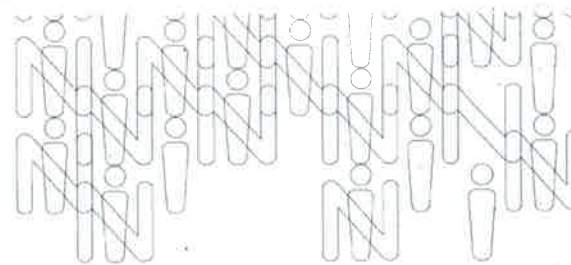




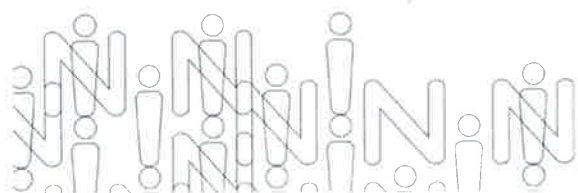
Sumário

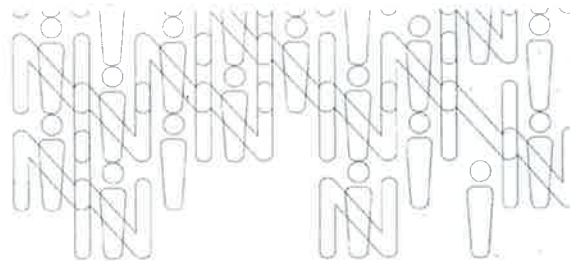
LAVAGEM DAS MÃOS.....	4
AFERIÇÃO SINAIS VITAIS.....	5
APLICAÇÃO DE CALOR.....	7
APLICAÇÃO DE FRIO.....	9
ARRUMAÇÃO DE CAMA.....	10
BANHO NO LEITO.....	12
BANHO DE ASPERSÃO.....	15
LAVAGEM DOS CABELOS.....	17
HIGIENE ORAL.....	19
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES.....	21
ASPIRAÇÃO DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA.....	23
ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL.....	26
OXIGENOTERAPIA (CAPACETE/ TENDA, CATETER NASAL, MÁSCARA).....	29
CURATIVO DE CATÉTER CENTRAL.....	30
CURATIVO DE FERIDA CONTAMINADA.....	32
CURATIVO DE FERIDA LIMPA.....	34
MONITORIZAÇÃO CARDÍACA.....	35
CARDIOVERSÃO ELÉTRICA.....	37
ELETROCARDIOGRAMA.....	39
MUDANÇA DE DECÚBITO DO CLIENTE COM TRM.....	41
PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO.....	43
BALANÇO HÍDRICO.....	45
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA.....	47
COLETA DE AMOSTRA PARA EXAMES – URINA DE 24 HORAS.....	50
COLETA DE AMOSTRA PARA EXAMES EM PACIENTE SONDADO.....	51
GLICEMIA CAPILAR.....	53
COLETA DE SANGUE ARTERIAL.....	55
PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	57
INALAÇÃO POR OXIGENIOTERAPIA.....	59
PUNÇÃO VENOSA.....	61
LIMPEZA DE CATÉTERES E ACESSÓRIOS.....	63
HEPARINIZAÇÃO DE CATÉTER IMPLANTÁVEL.....	64
ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE, HEMODERIVADOS E HEMOCOMPONENTES.....	66
MANUSEIO DA BOMBA INFUSÃO.....	71
MEDICAÇÃO TÓPICA.....	72





MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA	74
MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR.....	76
MONTAGEM DA PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)	78
VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)	80
PERMEABILIZAÇÃO DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO	82
POSIÇÃO DE FOWLER	84
POSIÇÃO DORSAL	85
POSIÇÃO ERETA.....	87
POSIÇÃO GINECOLÓGICA	88
POSIÇÃO LATERAL	89
POSIÇÃO DE SIMS.....	91
POSIÇÃO VENTRAL	92
RESTRIÇÃO DE PACIENTES NO LEITO.....	93
SONDAGEM NASOENTERAL	95
SONDAGEM NASOGÁSTRICA.....	98
ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL.....	101
LAVAGEM GÁSTRICA	103
LAVAGEM INTESTINAL.....	105
LAVAGEM INTESTINAL PELA COLOSTOMIA GÁSTRICA	107
PREPARO DO CORPO PÓS-MORTE	109





LAVAGEM DAS MÃOS

1. Recursos necessários:

- Pia com torneira;
- Sabão antisséptico;
- Papel toalha;
- Lixeira com pedal

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Realização de qualquer procedimento com o cliente.
- Manipulação de materiais e medicamentos.

3. Cuidados especiais:

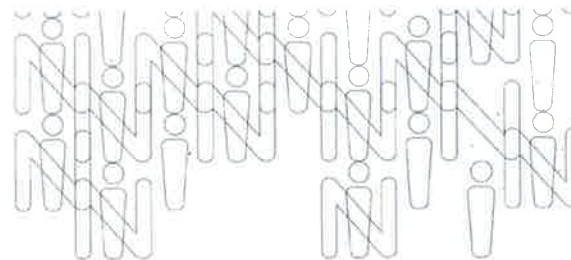
- Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento com o cliente.
- Utilizar sabão antisséptico tipo clorexidine 2%(UTI adulto, CC) e ou sabonete líquido

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Retirar joias, relógios e anéis ou qualquer tipo de adorno	Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento, conforme o MAN.SECIH.002 – Manual de Higiene das Mãos
02	Abrir a torneira com a mão não dominante	
03	Molhar as mãos e passar sabão antisséptico na palma das mãos, fechar a torneira com a mão não dominante.	
04	Fazer movimentos de fricção com a palma das mãos, friccionar com a palma da mão dominante o dorso da mão oposta e vice-versa.	





05	Unir as mãos, palma a palma, com os dedos intercalados, friccionar as palmas das mãos entre os dedos, as costas dos dedos (dedos fechados) opostos a palma e vice-versa.	
06	Friccionar com o movimento circular o polegar (mão dominante) na palma e dorso da mão não dominante e vice-versa.	
07	Friccionar (movimento circular) para frente e para trás, com os dedos fechados da mão dominante na palma da mão não dominante e vice-versa.	
08	Utilizar a palma de uma das mãos para friccionar com movimentos rotativos o punho e vice-versa.	
09	Enxaguar com água abundante, no sentido das mãos para o punho	
10	Fechar a torneira protegendo as mãos com papel toalha com a mão dominante	
11	Enxugar as mãos com movimentos compressivos	
12	Fechar a torneira com o próprio papel utilizado para secar as mãos.	

AFERIÇÃO SINAIS VITAIS

1. Recursos necessários:

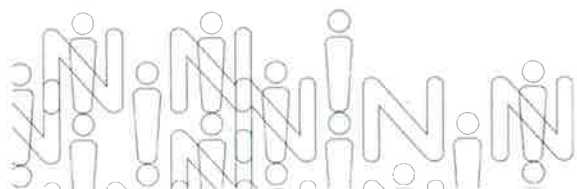
- Algodão
- Almotolia com álcool a 70%
- Relógio com ponteiros
- Termômetro digital;
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Bandeja em Inox

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

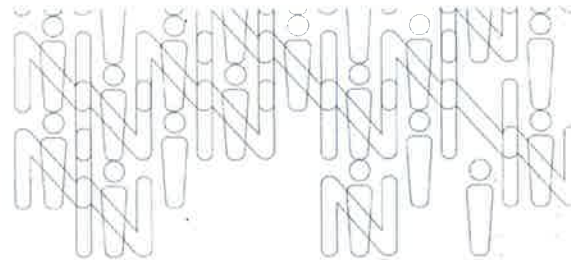
- Avaliação e acompanhamento do estado clínico do paciente.

3. Cuidados especiais:

- Orientar ao paciente que permaneça em silêncio durante o procedimento.
- Em caso de dúvidas repetir a aferição. Permanecendo a dúvida comunicar ao enfermeiro.
- Todo cliente internado deverá ter os sinais vitais aferidos, no mínimo, a cada 6 horas respeitando a sistematização da assistência de enfermagem (SAE).



N



- É de responsabilidade do enfermeiro, avaliar o cliente quanto a necessidade de controle dos sinais vitais com maior frequência através da prescrição da assistência de enfermagem (SAE).
- Os controles dos sinais vitais deverão ser imediatamente registrados após sua aferência.
- As alterações nos sinais vitais deverão ser comunicados ao enfermeiro responsável.
- Não verificar temperatura em região axilar em caso de furunculose, de caquexia e desnutrição, tomando como preferência a aferição oral.
- Não aferir pressão arterial em membro com fístula arteriovenosa.
- Utilizar termômetro digital de uso individual para pacientes de quarto privativo e unidade de terapia intensiva.

4. **Executor:** Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. **Ações:**

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir materiais necessários em bandeja, lavar as mãos e encaminha-se ao leito do paciente.	No posto de enfermagem
02	Apresentar-se ao paciente e informar o procedimento a ser realizado	No momento do procedimento quando este encontrar-se consciente.
03	Aferir os SSVV conforme SAE ou sempre que orientado pelo enfermeiro	Observar: são consideradas alterações de sinais vitais as discordâncias apresentadas na literatura científica que correspondem
04	Proceder o registro dos dados imediatamente no prontuário e/ou sistema informatizado ao terminar processo.	
05	Comunicar alteração de sinais vitais a enfermeira responsável pelo leito.	
06	Avaliar as alterações e avisar o médico e a enfermeira	

6. **Resultados esperados**

Obter dados sobre o estado do cliente, auxiliando no estabelecimento do diagnóstico e do tratamento.

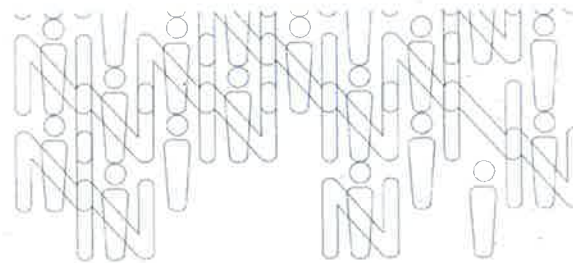
7. **Ações corretivas:**

Comunicar ao médico ou enfermeiro qualquer alteração.

8. **Riscos/Tomada de Decisão**

- Lesão cutânea;
- Hematoma;
- Aferimento inadequado;
- Avaliar resultados pressóricos;





- Observar funcionamento do aparelho;
- Avaliar presença de hematoma.
- Mensuração incorreta;
- Avaliar resultados.
- Avaliar posicionamento adequado;
- Avaliar integridade cutânea;
- Avaliar tempo de mensuração.
- Infecção cruzada.
- Avaliar contra indicações de aferição em MMSS (cateterização cardíaca, fístula artério venosa, linfedema)

9. Anexos:

Nada consta.

APLICAÇÃO DE CALOR

1. Recursos necessários:

- Bolsa de água.
- Compressa.
- Água quente
- Toalha
- Par de luva de procedimento
- Bandeja
- Ebulidor
- Frasco de ebulição
- Bandeja em Inox

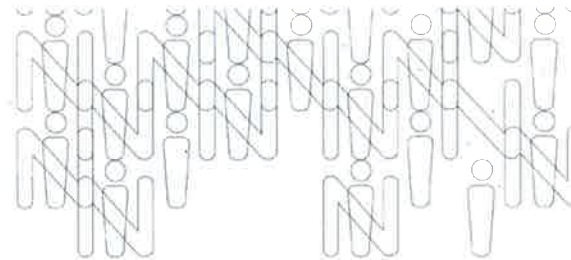
2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Espasmos musculares.
- Processo inflamatório.
- Dor.

3. Cuidados especiais:

- Devido à possibilidade de provocar queimaduras, observar com frequência o local da pele do cliente.
- Não aplicar calor em áreas com sensibilidade diminuída ou anestesiada. Se for necessária a aplicação, testar primeiro em uma área com sensibilidade preservada.
- Não aplicar calor diretamente a área a ser tratada





4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir o material em bandeja e lavar as mãos, encher a bolsa com água a 50°C até 2/3 de sua capacidade.	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Fechar e enxugar a bolsa, envolvendo-a com uma compressa.	Antes de levá-la para o quarto do paciente e verificar a integridade da mesma atentando para possíveis vazamentos.
03	Apresentar-se e informar o procedimento e a finalidade ao paciente.	
04	Fazer a aplicação no local desejado.	Proteger a pele no local da aplicação com toalha e substituindo a água conforme perda de temperatura. Manter na região afetada por 20 minutos.
05	Registrar a ação no prontuário do paciente.	Registrar a ação imediata no prontuário

6. Resultados esperados:

- Relaxar os tecidos e músculos.
- Fornecer calor ao organismo.
- Aliviar a dor.
- Acelerar o processo supurativo.
- Acelerar a reabsorção do edema localizado.
- Aumentar a circulação local através da vasodilatação.

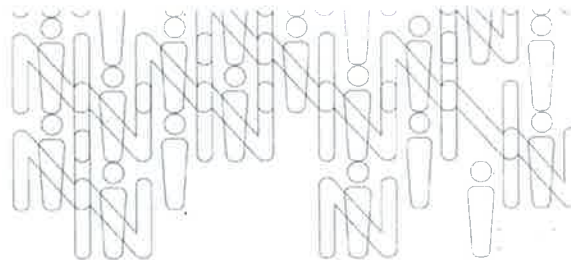
7. Ações corretivas:

- Interromper o procedimento se o cliente queixar dor ou apresentar hiperemia no local.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Lesão de pele por alta temperatura (queimadura)
- Extravasamento da bolsa
- Avaliar eficácia do procedimento
- Avaliar condições das regiões de aplicação
- Observar integridade da bolsa





9. Anexos:

- Nada consta

APLICAÇÃO DE FRIO

1. Recursos necessários:

- Bandeja em inox
- Bolsa de água.
- Compressa.
- Água fria e/ou gelo.
- Par de luvas de procedimento
- Toalha

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Aumento da temperatura corporal.
- Hemorragia.
- Dor.
- Contusão.

3. Cuidados especiais:

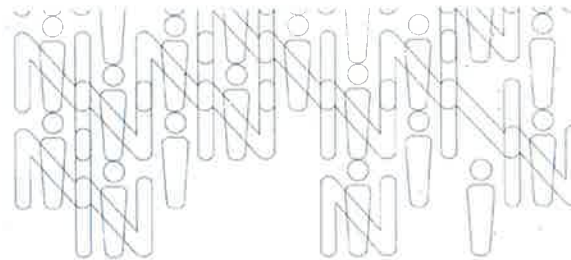
- Observar a pele frequentemente, devido risco de queimadura.
- Não usar gelo em pacientes hipersensíveis ao frio.
- Não manter a bolsa no local afetado por mais de 20 minutos.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir o material em bandeja e lavar as mãos	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Colocar gelox e/ ou água gelada em ate 2/3 da bolsa	Fechando e enxugando a bolsa com uma compressa.
03	Apresentar-se e informar o procedimento e a finalidade ao paciente.	Não se aplica
04	Fazer a aplicação de frio no local desejado.	Proteger a pele com a toalha ou compressa.





05	Substituir a bolsa e a compressa quando o gelo derreter ou a água esquentar	
06	Registrar a ação no prontuário do paciente.	Registrar a ação imediata em prontuário

6. Resultados esperados:

- Diminuir a temperatura
- Diminuir a dor
- Controlar a hemorragia através de vasoconstricção
- Limitar a velocidade do processo supurativo
- Limitar o acúmulo de líquidos nos tecidos, após contusão
- Diminuir a irrigação sanguínea local
- Inflamação
- Hipertermia
- Auxiliar na prevenção de edemas

7. Ações corretivas:

- Interromper o procedimento se o cliente queixar dor ou percepção de parestesia, queimadura ou irritação epitelial

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Lesão de pele por baixa temperatura (queimadura)
- Extravasamento de água
- Observar as condições das regiões de aplicação
- Observar a integridade da bolsa
- Avaliar eficácia do procedimento

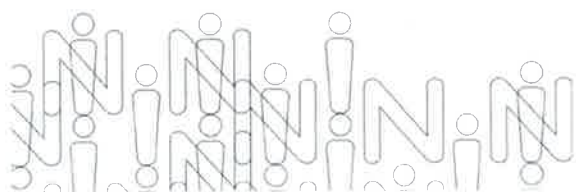
9. Anexos:

- Nada consta.

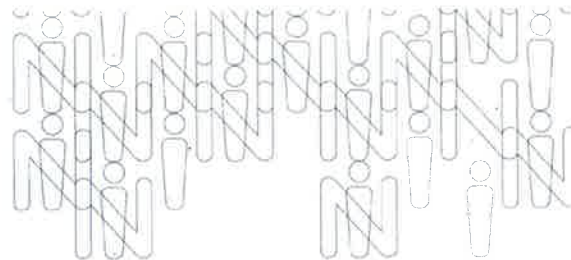
ARRUMAÇÃO DE CAMA

1. Recursos necessários:

- Dois lençóis;
- Um impermeável;
- Um forro móvel (travessa, traçado, forro ou lençol comum dobrado ao meio);
- Um cobertor (optativo);
- Uma fronha;



2



- Um hamper;
- Luvas de Procedimento.

2. Condições necessárias / Atividades críticas

- Ocupação do leito pelo paciente, que pode ou não se locomover.

3. Cuidados especiais

- Verificar as condições dos enxovais (higiene e apresentação)

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

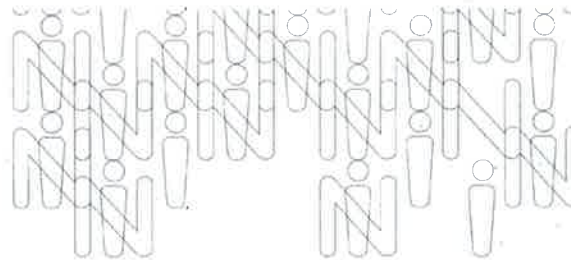
5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos;	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Reunir o material necessário e levá-lo ao quarto;	Observar a ordem: fronha, colcha, cobertor, lençol, impermeável, lençol.
03	Calçar as luvas de procedimento;	
04	Retirar a roupa suja de cama sem sacudir ou agitar e colocá-la no hamper;	Uma peça de cada vez.
05	Solicitar a limpeza terminal ao serviço de higiene e limpeza;	
06	Dobrar em sentido diagonal o lençol de cima, juntamente com o cobertor, facilitando a entrada do paciente;	Certificar-se de que os forros da cama estão bem esticados para evitar desconfortos ou irritações.
07	Colocar o travesseiro deitado sobre a cabeceira da cama;	
08	Retirar as luvas e lavar as mãos.	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos

6. Resultados esperados:

- Proporcionar repouso, conforto, segurança e bem-estar ao cliente.
- Economizar tempo e energia da equipe de enfermagem





- Manter a unidade com aspecto agradável

7. Ações corretivas:

- Realizar educação permanente com os membros da equipe de enfermagem

8. Riscos /Tomada de decisão

- Falta de enxoval
- Falta de cuidados ao manusear paciente
- Higienização inadequada do enxoval
- Manuseio inadequado do enxoval sujo com risco de IH

9. Anexos:

- Nada consta

BANHO NO LEITO

1. Recursos necessários:

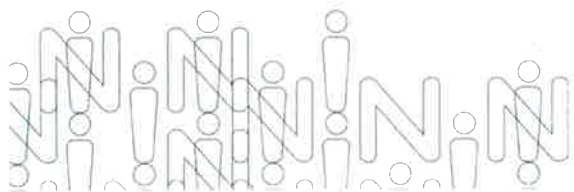
- Sabonete líquido
- Toalha de banho
- Roupa de cama
- Comadre
- Jarro e bacia em Inox
- Hamper
- Biombos
- Luvas de procedimento;
- Compressa de uso geral.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

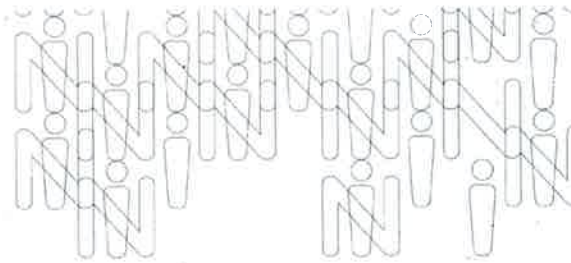
- Higienização do cliente.

3. Cuidados especiais:

- Observar o aspecto da pele como: desidratação, úlceras de decúbito, processos alérgicos ou qualquer aspecto inerente ao normal. Toda e qualquer anormalidade deverá ser comunicada com o enfermeiro da unidade ou médico



2



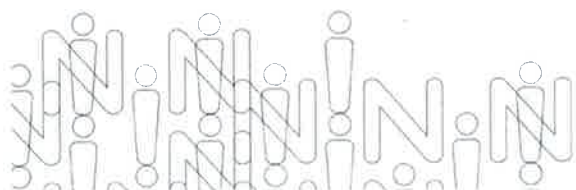
responsável pelo cliente. Em clientes acamados, depois do banho massagear a pele com ácido graxo essencial (AGE) ou creme hidratante para estimular circulação.

- Trocar a água do banho sempre que necessário.
- Quando houver colostomia e ou drenos, esvaziar as bolsas coletoras antes do banho ou trocá-la, depois trocar as luvas e iniciar o banho.
- Se paciente em isolamento usar EPIs e forrar hamper com saco branco.
- Pacientes em ventilação mecânica deverão ser higienizados com cuidado, atentando antes do início do banho aos drenos, cânulas de intubação, linhas de acessos venosos, entre outros para evitar risco de rompimento, deslocamento ou perda de dispositivo, comprometendo assim o tratamento.
- Verificação da temperatura do ambiente para o não comprometimento da perda de calor corporal e consequentemente hipotermia.

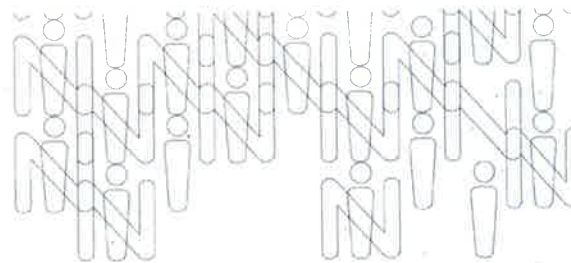
4. **Executor:** Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. **Ações:**

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos, preparar o material e colocá-lo ao lado do cliente	O banho no leito deve ser realizado preferencialmente no período da manhã ou conforme escala provisionada de banhos em acordo com gravidade dos pacientes, podendo ser realizada no período noturno.
02	Apresentar-se e informar ao paciente sobre o procedimento	
03	Calçar luvas de procedimento e soltar a roupa de cama	
04	Despir o cliente, respeitando sua privacidade	Realizar a retirada de roupas do paciente em acordo com as partes a serem higienizadas e atentar-se a privacidade do mesmo.
05	Colocar a toalha de banho sobre o tórax	Atentar-se principalmente nos casos de gêneros femininos, zelando pela privacidade.
06	Iniciar a higienização pelo o rosto (caso necessário realizar a remoção da barba), seguindo a higienização sentido céfalo- caudal.	Realizar a secagem das áreas imediatamente após a higienização
07	Virar o cliente em decúbito lateral, lavar e enxugar dorso.	Utilizar técnica de manipulação do paciente em BLOCO
08	Virar o cliente em decúbito dorsal Posicionar a comadre em região glútea	
09	Dar material para o cliente fazer a higiene íntima. Se necessário fazê-la.	



Handwritten mark



10	Lavar e enxugar membros inferiores	
11	Fazer troca de roupa de cama conforme técnica de arrumação do leito ocupado	
12	Vestir roupa no cliente	
13	Deixar ambiente em ordem	
14	Desprezar material contaminado no lixo contaminado, e roupa suja no hamper	
15	Reunir o material sujo e encaminhar ao expurgo	
16	Anotar a realização do procedimento e informações observadas no prontuário do cliente	

6. Resultados esperados:

- Proporcionar higiene e conforto ao paciente
- Manter a sua integridade cutânea;
- Estimular circulação;
- Limpeza da pele;
- Conservação da integridade física do paciente.
- Melhora terapêutica do paciente
- Aumento do bem estar e autoestima.

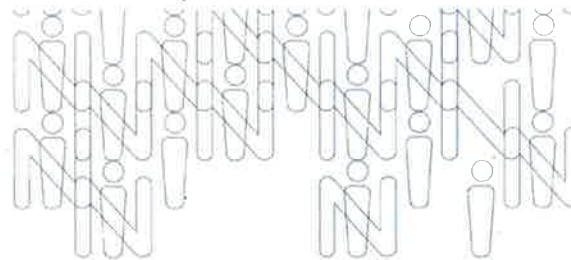
7. Ações corretivas:

Antes de iniciar a ação, avaliar a necessidade de auxílio do colega de trabalho.

8. Riscos/Tomada de decisão

- Queda do paciente;
- Traumatismos;
- Queimadura;
- Choque térmico;
- Exposição inadequada;
- Mobilização de drenos, sondas e cateteres;
- Assaduras;
- Avaliar temperatura da água;
- Avaliar a integridade cutânea;





- Avaliar fixação de drenos, cateteres e sondas,

9. Anexos:

Nada consta.

BANHO DE ASPERSÃO

1. Recursos necessários:

- Roupas pessoais.
- Toalha de banho
- Sabonete (individual)
- Pente (individual)
- Luva de procedimentos

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Higienização do paciente.

3. Cuidados especiais

- Durante o banho deve-se assegurar a privacidade do paciente, mas pedir-lhe para não trancar a porta e chamar se precisar de assistência. Manter-se perto do local.
- Orientar se necessário, na ênfase da higienização de partes do corpo.

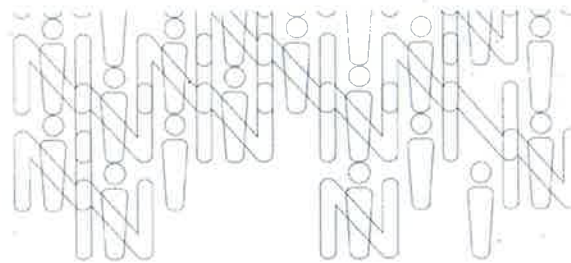
4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Orientar o paciente sobre a realização do procedimento	
03	Reunir o material, levar ao banheiro e oferecer ao paciente	
04	Encaminhar o paciente ao banho	Supervisionar o paciente e quando necessário auxiliá-lo nas suas dificuldades



2



05	Orientar o paciente a abrir o chuveiro e regular a temperatura da água	Orientar o paciente sobre o manuseio da torneira.
06	Ajudar o paciente a despir-se se necessário	Caso não consiga fazer sozinho.
07	Iniciar o banho	Se a situação permitir deixando o paciente sozinho.
08	Enxugar ou auxiliar o paciente fazê-lo	Observando as condições da pele e reação do banho
09	Vestir e pentear o paciente	Caso não consiga fazê-lo sozinho.
10	Conduzir o paciente a sua unidade, colocando-o em posição confortável na cadeira ou no leito	
11	Anotar a realização do procedimento e informações observadas no prontuário.	

6. Resultados esperados:

- Proporcionar higiene e conforto
- Manter integridade cutânea
- Estimular circulação
- Limpeza da pele
- Melhora terapêutica do paciente
- Aumento do bem estar e autoestima.

7. Ações corretivas:

- Sentar na cadeira de banho em baixo do chuveiro é muito mais seguro para os pacientes idosos ou para os que ainda estão muito fracos, facilitando para que lavem as pernas e pés, com menor probabilidade de escorregarem.

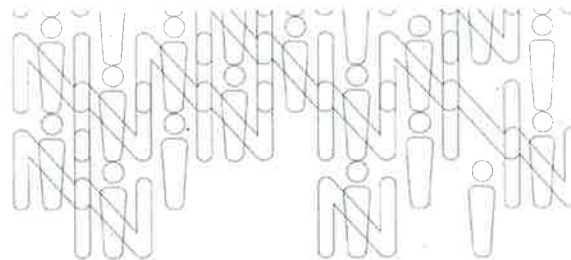
8. Riscos / Tomada de Decisão

- Queda do paciente
- Traumatismos
- Mobilização de drenos, sondas e cateteres.
- Avaliar temperatura da água
- Avaliar integridade cutânea
- Avaliar fixação de drenos, sondas e cateteres.

9. Anexos:

- Nada consta.





LAVAGEM DOS CABELOS

1. Recursos necessários:

- Par de luvas de procedimento
- Shampoo / creme condicionador S/N (Individual)
- Bacia de Inox
- Balde de Inox
- Água morna
- Toalha de banho
- Forro e saco plástico
- Pente (individual)
- Algodão em bola

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Observar as condições do paciente antes de iniciar a lavagem dos cabelos
- Higienização do couro cabeludo e cabelos.

3. Cuidados especiais

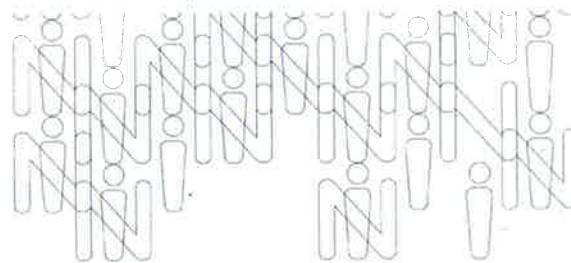
- Temperatura da água.
- Posicionar corretamente o paciente.
- Observar o aspecto do couro cabeludo
- Higienizar com as pontas dos dedos atentando para não ferir os pacientes com as unhas.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Orientar o paciente sobre o procedimento	
02	Reunir o material no carro de banho ou mesa auxiliar e levá-la próximo a cama do paciente	
03	Lavar as mãos	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
04	Fechar portas e janelas	
05	Abaixar a cabeceira do leito do paciente	

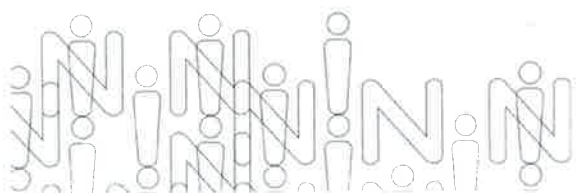




06	Retirar o travesseiro	
07	Colocar a toalha de banho na cabeceira da cama, sob o forro com plástico	
08	Colocar sobre o forro com plástico a bacia com água morna	
09	Colocar o paciente em posição diagonal, com a cabeça próxima ao colaborador	
10	Proteger os ouvidos do paciente com algodão	
11	Colocar outra toalha ao redor do pescoço do paciente, afrouxando a camisola, no caso de mulher, ou retirando a camisa no caso de homem, cobrindo com lençol	
12	Calçar as luvas e sustentar a cabeça do paciente com uma das mãos, sobre a bacia com água	
13	Pentear os cabelos, inspecionando o couro cabeludo, cabelos e observar condições de anormalidade.	
14	Umedecer os cabelos com um pouco de água, aplicando shampoo.	Evitar que o líquido escorra nos olhos.
15	Lavar os cabelos	
16	Enxaguar até sair toda espuma	Com auxílio de uma jarra de Inox
17	Despejar e repor a água da bacia quantas vezes forem necessárias	
18	Retirar a bacia que está sob a cabeça do paciente	
19	Envolver a cabeça do paciente na toalha	
20	Secar a cabeça	Utilizar a toalha do paciente.
21	Pentear os cabelos	
22	Recolocar o travesseiro e voltar o paciente na posição inicial	
23	Retirar a toalha e recompor o material no carro de banho ou mesa auxiliar, deixando o paciente em posição confortável	Encaminhar todo o material sujo para o expurgo
24	Lavar as mãos	Realizar conforme It de lavagem das mãos
25	Registrar a ação no prontuário	Registrar a ação com os detalhes do procedimento e informar se houve detecção de não conformidades do couro cabeludo.

6. Resultados esperados:

- Proporcionar higiene e conforto.
- Manter sua integridade cutânea.



n



- Estimular circulação.
- Limpeza do couro cabeludo e cabelos.
- Melhorar a autoestima.

7. Ações corretivas:

- Antes de iniciar a ação, avaliar a necessidade de auxílio de um colega de trabalho.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Avaliar temperatura da água;
- Manter paciente confortável cuidando para não tracionar demais pescoço (cervical)
- Avaliar integridade cutânea.

9. Anexos:

- Nada consta.

HIGIENE ORAL

1. Recursos necessários:

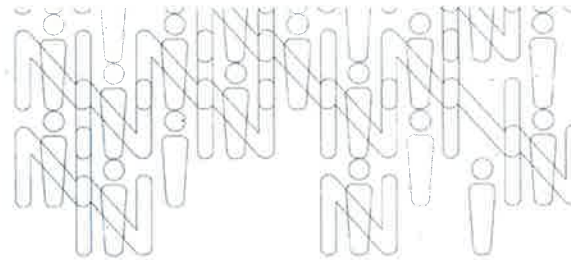
- Par de luvas de procedimento
- Solução antisséptica (Clorexidine 0,12%);
- Espátulas envolvidas com gaze
- Lubrificante (AGE)
- Toalha
- Copo para colocar solução antisséptica
- Cuba rim
- Toalha de papel
- Bandeja em Inox

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Paciente com acúmulo de sialorréia, sem condições de eliminá-la;
- Halitose
- Higiene oral com clorexidine 0,12% a cada 6hs.
- Paciente com cânula Oro/traqueal
- Paciente traqueostomizado sem condições de higienização própria

3. Cuidados especiais





- Evitar excesso de solução antisséptica na (gaze) boca do paciente em virtude do risco de aspiração ou deglutição
- Para os pacientes intubados, realizar avaliação da cavidade oral na busca de possíveis lesões em decorrência do dispositivo ou da fixação do dispositivo através do cadarço.
- Para os pacientes intubados, deve-se realizar a conferência do **CUFF** antes de realizar o procedimento prevenindo a broncoaspiração de conteúdo.
- Hidratação dos lábios com óleo de hidratação essencial (**AGE**)
- Avaliação do Odontólogo 1x ao dia

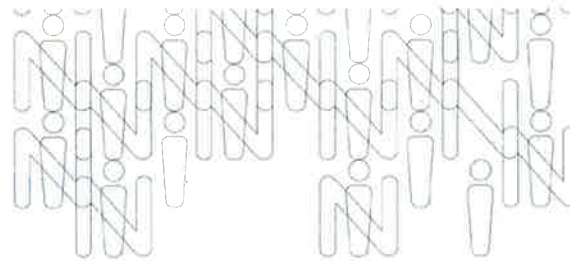
4. **Executor:** Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. **Ações:**

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Orientar o paciente a respeito do procedimento	
03	Calçar luvas	
04	Reunir o material em bandeja de Inox	
05	Colocar o paciente em posição confortável com a cabeça elevada 45º	Em caso de pacientes inconscientes, colocá-los em decúbito lateral.
06	Colocar toalha na parte superior do tórax e pescoço do paciente	
07	Proceder à limpeza de toda boca do paciente	Utilizar gaze umedecida em solução de Clorexidine 0,12%. Nos casos de pacientes intubados, a higienização deverá ser realizada pelo téc. de enfermagem. Na possibilidade do paciente em realizar a higiene oral, o Aux./ tec. Deverá executar, supervisionar ou auxiliar quando necessário. A frequência de realização deverá ser de 6/6hs.
08	Utilizar cuba rim para o paciente “bochechar”	Se ele tiver condição de executar a higienização da boca.
09	Limpar a língua, para evitar que fique saburrosa.	Sempre em movimentos da faringe para a entrada da boca, leves e alternando a gaze de posição.



2



10	Enxugar os lábios com a toalha	
11	Lubrificar os lábios com a AGE	Prevenção de rachaduras
12	Retirar as luvas	
13	Lavar as mãos	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
14	Reunir o material e recompor a unidade	Desprezar os materiais conforme orientação de descarte.
15	Anotar a ação no prontuário	Registrar a ação no prontuário

6. Resultados esperados:

- Prevenir infecção
- Diminuir e até eliminar sialorréia e halitose
- Proporcionar conforto

7. Ações corretivas:

- Interromper o procedimento em caso de bronco aspiração

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Em caso de pacientes neurológicos com lesão cervical, usar a espátula com gaze para retirar o excesso de líquido da solução anti séptica sem mobilizar a cabeça.
- Em pacientes conscientes, ele próprio pode deve escovar os dentes.

9. Anexos:

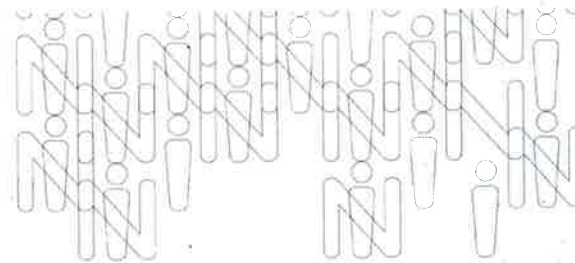
- Nada consta.

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

1. Recursos necessários:

- Par de luvas de procedimento
- Sonda de aspiração
- Máscara descartável padrão
- Aspirador
- Borracha de látex para aspiração
- Frasco coletor descartável
- Óculos protetores





- Avental (Pacientes de Isolamento)
- Toca (Pacientes de Isolamento)
- Bandeja em Inox
- Ampolas água destilada.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Seguir prescrição médica (enfermagem e fisioterapia)
 - Lavar as mãos
 - Usar EPI
 - Manter a sequência de aspiração traqueal / tot - naso oral

3. Cuidados especiais

- Avaliar o tamanho da sonda de aspiração conforme estrutura corpórea

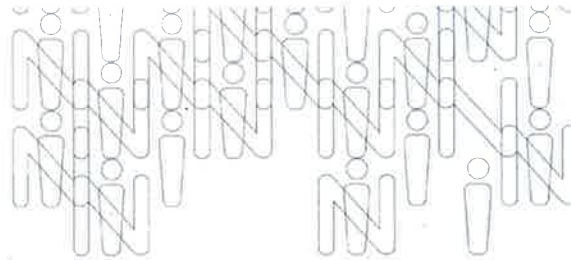
4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Apresentar-se e informar o procedimento a ser realizado ao paciente.	Realizar o mesmo antes de realizar o procedimento
02	Posicionar o paciente em semi Fowler ou Fowler alta	Nesta posição promove a expansão pulmonar e a tosse efetiva
03	Abrir o material a ser utilizado do mesmo lado que a saída da tubulação da aspiração a vácuo.	Conectando a sonda de aspiração à extensão do frasco descartável e ligar o aspirador.
04	Colocar óculos protetor, toca, avental, calçar as luvas e máscara	
05	Realizar a aspiração.	Com a mão não dominante, segurar a face do paciente e com a mão dominante, introduzir a sonda de aspiração na cavidade nasal e posteriormente oral, mantendo a válvula aberta (impedindo aspiração pelo vácuo);
06	Ocluir a válvula e retirar a sonda lentamente em movimentos rotatórios para facilitar a aspiração de secreção	Dar um intervalo entre uma aspiração e outra de aproximadamente 30 segundos
07	Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral, avaliando condição respiratória do paciente	Avaliar os parâmetros respiratórios com ênfase na saturação
08	Instilar água destilada para limpeza da extensão	



2



09	Retirar a sonda, as luvas, máscara e óculos;	Desprezar o material conforme destinação do descarte
10	Registrar ação no prontuário do paciente.	Registrar todo o procedimento em prontuário

6. Resultados esperados:

- Retirar fluídos das vias aéreas superiores do paciente, melhorando sua respiração evitando a bronco aspiração.

7. Ações corretivas:

- Supervisionar e avaliar continuamente, o procedimento realizado.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Lesão de vias aéreas superiores, observar lesão e manter decúbito elevado
- Estimulação vagal, observar padrão respiratório e cardíaco. Nas intercorrências acionar Enfermeiro responsável.
- Diminuição da saturação, observar padrão respiratório e acionar o Enfermeiro responsável.

9. Anexos:

- Nada consta.

ASPIRAÇÃO DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

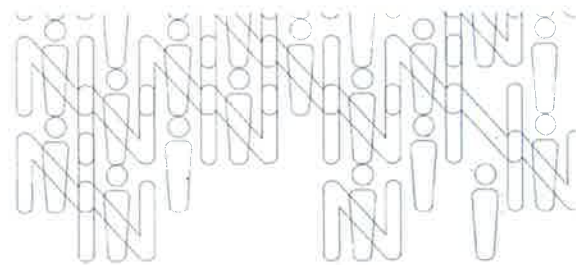
1. Recursos necessários:

- Luva estéril
- Máscara facial descartável
- Óculos proteção individual
- Avental descartável
- Borracha de látex para aspiração
- Seringa de 20ml
- Ampola de água destilada (10 ml)
- Gazes estéril
- Aspirador.
- Ambu com reservatório conectado a rede de oxigênio

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Cliente com acúmulo de secreção traqueal, sem condições de expectorar.





- Cliente com ventilação mecânica.
- Cliente traqueostomizado.

3. Cuidados especiais:

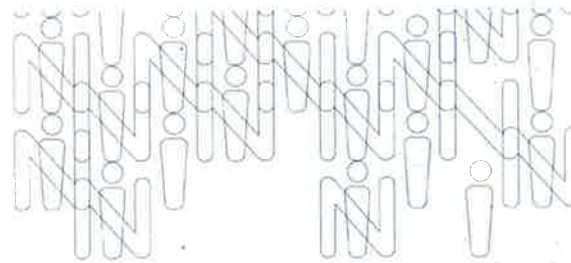
- Cuidados para não contaminação da técnica.
- Cuidados para não traumatizar a traqueia.
- Ao calçar a luva separar a mão dominante da mão não dominante.
- Manter a extremidade do látex, quando em desuso, protegido por saco plástico e/ou compressa.
- Em caso de secreção espessa, promover diluição da mesma e promover aspiração.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir o material e lavar as mãos.	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Orientar ao paciente quanto a realização do procedimento	Apresentar-se ao paciente e explicar ao paciente o procedimento.
03	Paramentar-se com os EPI	Conforme MAN.SESMT.002 – Manual de Biossegurança
04	Observar tipo e característica da respiração do cliente.	Se o padrão respiratório estiver ruim ou em ventilação mecânica, a técnica deverá ser executada em tempo inferior ao preconizado. Avaliar a gasometria arterial e os níveis de saturação. Realizar a ausculta respiratória para fazer comparação entre o início e depois da aspiração.
05	Abrir a embalagem da sonda e conectá-la ao látex que deverá estar conectado ao aspirador/vácuo.	Promover técnica asséptica sem contaminação
06	Ventilar o cliente, três vezes consecutivas. Hiperventilar o paciente com 100% de FiO2 durante 30 segundos	Prevenir hipóxia. Cada hiperventilação deve durar 5 segundos. Hiperventilar 100%.
07	Calçar luvas.	Prevenir contaminação.
08	Desconectar do respirador, ou solicitar que alguém o faça.	Não contaminar as conexões. A cânula de traqueostomia e a extremidade do respirador.





09	Segurar a sonda de aspiração e ligar o aspirador.	Retirar o pacote da sonda com a mão não dominante e com a mão dominante segurar a sonda. Ligar o aspirador com a mão não dominante.
10	Introduzir a sonda com a mão dominante.	O látex deve estar clampeado para não ocorrer sucção.
11	Despressionar o látex para fazer sucção.	
12	Fazer movimentos circulares e lentos, trazendo a sonda para fora.	Fazer aspiração de 3 a 5 segundos em movimentos rotatórios. Não ultrapassar os 15 segundos de sucção.
13	Ventilar o cliente.	Após sequência de aspirações (5 vezes).
14	Repetir sequência de aspiração.	Quantas vezes forem necessárias para eliminar a secreção traqueal. Realizar troca de cadarço sempre que estiver sujo ou úmido.
15	Conectar o respirador a cânula de traqueostomia	
16	Realizar aspiração naso e orofaríngea.	Introduzir a sonda primeira na narina e após na boca.
17	Lavar a extensão do látex, no final do ciclo de aspirações.	
18	Desprezar a sonda e desligar o aspirador.	
19	Recompôr a unidade e recolher o material.	
20	Registrar as ações no prontuário do paciente.	Anotar características das secreções e quantidade, bem como material gasto.

6. Resultados esperados:

- Prevenir infecção.
- Prevenir trauma traqueia.
- Livrar vias áreas;
- Proporcionar conforto respiratório ao cliente;

7. Ações corretivas:

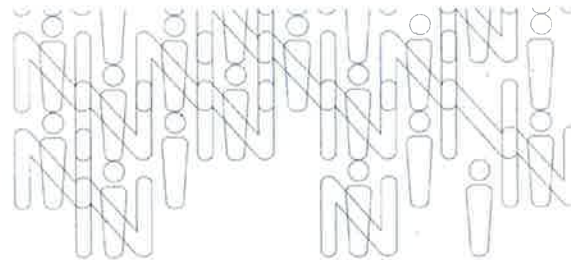
- Interromper o procedimento em caso de sangramento e procurar orientação médica.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Lesão da traqueia



2



- Traumatismos traqueobrônquicos, observar padrão respiratório.
- Contaminação ao realizar a técnica
- Possibilidade de bronco aspiração
- Mobilização da cânula, reposicionar a cânula
- Desconforto respiratório
- Mobilização rolhas

9. Anexos:

- Nada consta.

ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL

1. Recursos necessários:

- Bandeja de Inox
- Sonda de aspiração descartável.
- Luva estéril
- Máscara facial descartável
- Óculos protetor
- Toca descartável
- Avental descartável
- Borracha de aspiração de látex.
- Seringa de 20ml
- Ampola de água destilada
- Gaze estéril
- Aspirador portátil
- Ambu conectado a rede de oxigênio.

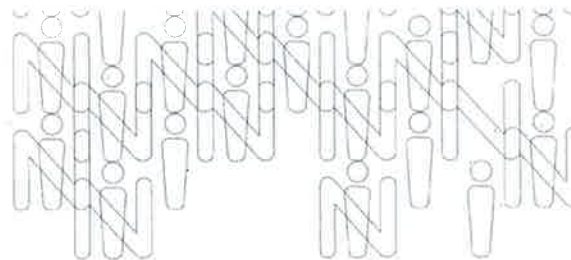
2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Cliente com acúmulo de secreção traqueal, sem condições de expectorar.
- Cliente com ventilação mecânica.

3. Cuidados especiais:

- Cuidados para não contaminação da técnica.
- Cuidados para não traumatizar a traqueia.
- Ao calçar a luva separar a mão dominante da mão não dominante.
- Manter a extremidade do látex, quando em desuso, protegido por saco plástico e/ou compressa.
- Em caso de secreção espessa, diluir a secreção e proceder a aspiração



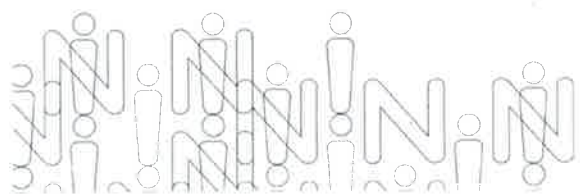


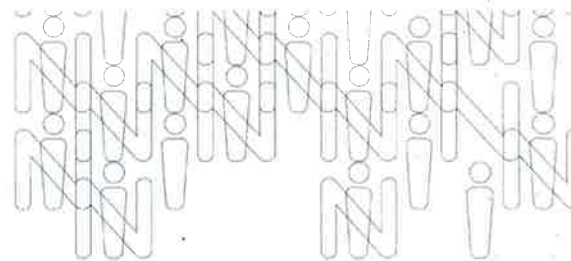
- Pedir ajuda caso necessite.

4.Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5.Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir o material e lavar as mãos	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Apresentar-se e informar o procedimento e a finalidade ao paciente..	
03	Paramentar-se com os EPI	Solicitar ajuda de um colega.
04	Observar tipo e característica da respiração do cliente.	Se o padrão respiratório estiver ruim ou em ventilação mecânica, a técnica deverá ser executada em tempo inferior ao preconizado.
05	Abrir a embalagem da sonda e conectá-la ao látex que deverá estar conectado ao aspirador/vácuo.	Técnica asséptica, não contaminar.
06	Ventilar o cliente, três vezes consecutivas.	Prevenir hipóxia. Cada hiperventilação deve durar 5 segundos.
07	Calçar luvas.	Prevenir contaminação.
08	Desconectar do respirador, ou solicitar que alguém o faça.	Não contaminar as conexões. A cânula endotraqueal e a extremidade do respirador.
09	Segurar a sonda de aspiração e ligar o aspirador.	Retirar o pacote da sonda com a mão não dominante e com a mão dominante segurar a sonda. Ligar o aspirador com a mão não dominante.
10	Introduzir a sonda com a mão dominante.	O látex deve estar clampado para não ocorrer sucção.
11	Despressionar o látex para fazer sucção.	
12	Fazer movimentos circulares e lentos, trazendo a sonda para fora.	Fazer aspiração de 3 a 5 segundos. Não ultrapassar os 15 segundos de sucção.
13	Ventilar o cliente.	Após sequência de aspirações (5 vezes).
14	Repetir sequência de aspiração.	Quantas vezes forem necessárias para eliminar a secreção traqueal.
15	Conectar o respirador à cânula endotraqueal.	Realizar troca de cadarço sempre que estiver sujo ou úmido





16	Realizar aspiração nasofaríngea e orofaríngea.	Introduzir a sonda primeiro na narina e após na boca.
17	Lavar a extensão do látex, no final do ciclo de aspirações.	
18	Desprezar a sonda e desligar o aspirador.	
19	Recompor a unidade e recolher o material.	Encaminhar os utensílios a CME após a pré lavagem
20	Lavar as mãos	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
21	Registrar a ação no prontuário do paciente	Anotar características das secreções e quantidade, bem como material gasto.

6. Resultados esperados:

- Prevenir complicações devido ao acúmulo de secreções.
- Garantir ventilação e oxigênio adequados.
- Manter vias aéreas livres e permeáveis.
- Retirar secreções do trato respiratório
- Promover a permeabilidade das vias aéreas
- Prevenir e auxiliar no tratamento das infecções respiratórias
- Aumentar a eficácia respiratória.

7. Ações corretivas:

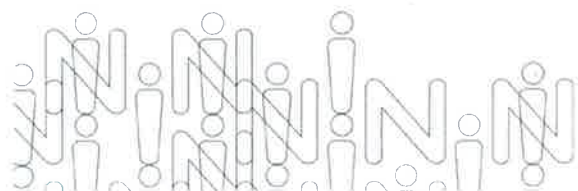
- Interromper o procedimento em caso de sangramento e procurar orientação médica.

8. Riscos / Tomada de Decisão

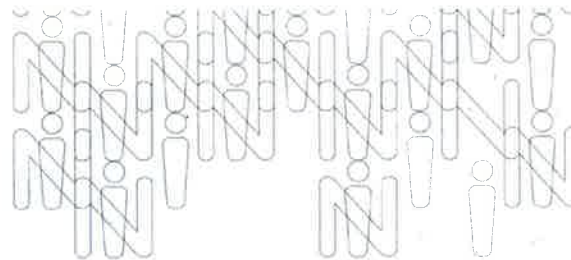
- Traumatismos traqueobrônquicos, observar padrão respiratório
- Contaminação ao realizar a técnica
- Possibilidade de bronco aspiração
- Mobilização da cânula, reposicionar a cânula
- Desconforto respiratório
- Mobilização rolhas

9. Anexos:

- Nada consta.



2



OXIGENOTERAPIA (CAPACETE/ TENDA, CATETER NASAL, MÁSCARA)

1. Recursos necessários:

- Luva de procedimento
- Cateter de oxigênio ou máscara
- Micropore
- Fonte de oxigênio
- Fluxômetro
- Umidificador completo
- Frasco de água destilada
- Bandeja de Inox

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Preparar o umidificador, colocando água entre os níveis mínimos e máximos.
- Verificar se há prescrição médica de oxigenioterapia.
- Lavar as mãos.

3. Cuidados especiais

- Observar se o cateter nasal e máscara permanecem na face do paciente.

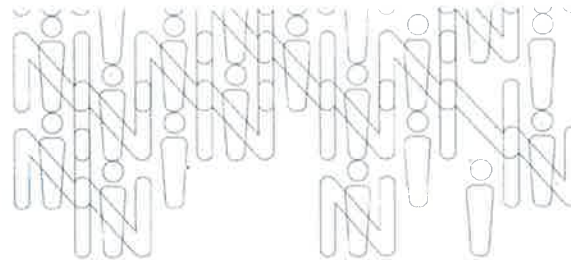
4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Apresentar-se e informar o procedimento e a finalidade ao paciente.	
02	Checar o nome e o leito do paciente.	Elevando decúbito entre 30 a 45º
03	Conectar o fluxômetro na fonte de oxigênio e este ao umidificador.	Ligando o fluxômetro, permitindo a saída do ar, a fim de retirar as sujidades do orifício de saída e para evitar acidentes por saídas intempestivas de ar.
04	Conectar o cateter ou máscara no intermediário do umidificador.	
05	Calçar as luvas	
06	Instalar cateter ou máscara no paciente	Fixando o cateter ou máscara na face
07	Ajustar o fluxômetro com a quantidade de litros de oxigênio prescrita.	



2



08	Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance	
09	Registrar a ação no prontuário do paciente	Registrar a ação realizada no prontuário

6. Resultados esperados:

- Fornecer oxigenação adequada ao paciente.

7. Ações corretivas:

- Nada consta.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Lesão de asa de nariz.
- Lesão de pele devido à fixação, avaliar Lesões
- Avaliar fixação adequada
- Avaliar padrão respiratório

9. Anexos:

- Nada consta.

CURATIVO DE CATÉTER CENTRAL

1. Recursos necessários:

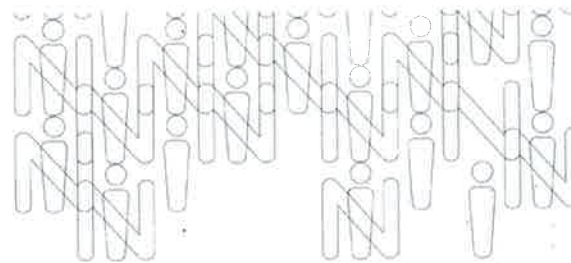
- Par de luvas de procedimento
- Pacote de curativo
- Gaze
- Micropore
- Filme Transparente
- Soro fisiológico 0,9% de 10ml
- Saco de lixo pequeno
- Bandeja de Inox

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Lavar as mãos.



2



3. Cuidados especiais

- Cuidado ao manusear para não tracionar e ou remover o cateter.
- Utilizar técnicas assépticas
- Avaliar os possíveis sinais flogísticos na inserção do cateter

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Apresentar-se e informar o procedimento a ser realizado ao paciente.	
02	Utilizar EPI com ênfase no uso da máscara e gorro descartável	Priorizar o uso de máscara e o gorro descartável, conforme MAN.SESMT.002 – Manual de Biossegurança
03	Calçar luvas de procedimento	MAN.SESMT.002 – Manual de Biossegurança
04	Retirar curativo anterior e desprezar o curativo no saco de lixo infectante.	Observando se há necessidade de coletar material para cultura. Se houver secreção na inserção do cateter, coletar cultura e encaminhar ao laboratório.
05	Limpar a inserção do cateter com soro fisiológico 0,9%, secar a inserção, proteger a inserção com gazes e fixar o curativo com micropore	Após 24 hs de curativo com gaze, deverá ser trocado pelo filme transparente se não houver mais meio de cultura (secreção, sangue, etc.)
06	Registrar a ação no prontuário do paciente	Registrar a evolução de enfermagem no prontuário.

6. Resultados esperados:

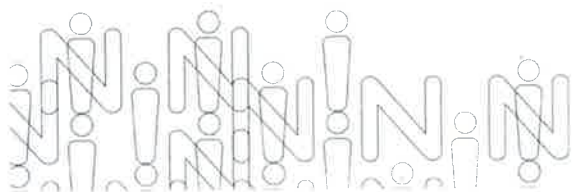
- Prevenir infecções;
- Proteger contra deslocamento e tração.

7. Ações corretivas:

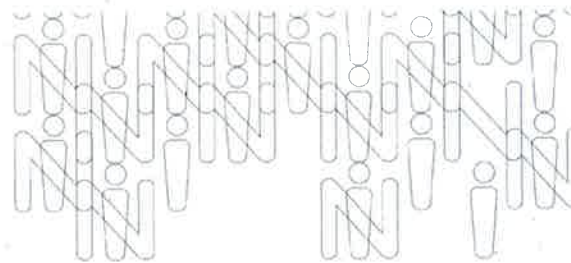
- Realizar educação permanente com os membros da equipe de enfermagem nos casos de não conformidades na técnica de curativo de cateter central

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Contaminação, observar aspecto da inserção do cateter
- Manipulação inadequada, rever a técnica correta de manipulação



2



9. Anexos:

- Nada consta.

CURATIVO DE FERIDA CONTAMINADA

1. Recursos necessários:

- Pares de luva de procedimento
- Pacote de curativo
- Soro fisiológico 0,9% em volume de acordo com a ferida
- Fita micropore;
- Saco de lixo pequeno;
- Gaze estéril
- Bandeja média
- Medicação prescrita s/n
- Tesoura
- Óculos protetor
- Mascara descartável

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Avaliação da ferida e prescrição do curativo
- Prescrição do método de curativo a ser utilizado

3. Cuidados especiais

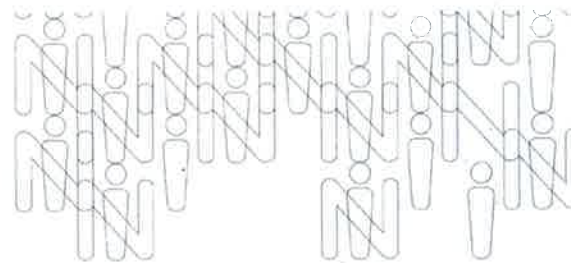
- Avaliação da Comissão de Curativos e ou equipe Médica ou de Enfermagem.
- Utilizar técnicas assépticas

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Apresentar-se e informar o procedimento a ser realizado ao paciente.	
02	Utilizar EPI	Utilizar os equipamentos de proteção individual como luva, toca e gorro descartável,





		conforme MAN.SESMT.002- Manual de Biossegurança
03	Retirar curativo anterior, expondo a região da ferida	Observando se há necessidade de coletar material para cultura e desprezando o curativo sujo no saco de lixo.
04	Retirar as luvas sujas e calçar as estéreis	As luvas sujas devem ser descartadas no lixo contaminado
05	Limpar a ferida do local menos contaminado para o mais contaminado, ou seja, das bordas para o centro, secar as bordas da ferida, aplicar a medicação prescrita	Obedecer a limpeza do local mais limpo para o mais contaminado.
06	Proteger a ferida com gaze e fixar o curativo com micropore	
07	Higienizar as mãos	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
08	Registrar a ação no prontuário do paciente	Registrar as características da ferida, presença de exsudato, quantidade, aspecto, cor e odor e a prescrição do curativo e suas coberturas.

6. Resultados esperados:

- Remover secreções
- Reduzir a infecção das lesões contaminadas
- Facilitar a cicatrização
- Evitar a contaminação das feridas limpas.
- Proteger a lesão.

7. Ações corretivas:

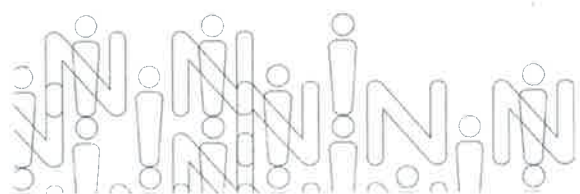
- Realizar educação permanente com os profissionais de enfermagem.

8. Riscos / Tomada de Decisão

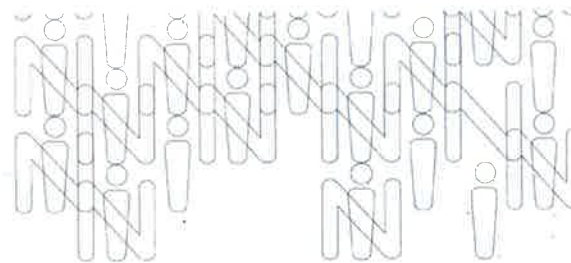
- Contaminação, refazer o procedimento utilizando técnica descrita, observar sinais de infecção
- Conduta inadequada na definição dos produtos e materiais indicados: conversar com o médico responsável
- Reação alérgica ao material e/ou solução utilizada: interromper a utilização do produto, anotar em prontuário, comunicar ao médico responsável
- Lesão cutânea: observar evolução da lesão, comunicar ao médico responsável

9. Anexos:

- Nada consta.



~



CURATIVO DE FERIDA LIMPA

1. Recursos necessários:

- Par de luvas de procedimento
- Par de Luvas estéreis
- Pacote de curativo
- Gaze estéril
- Micropore
- S.F. 0,9%
- Bandeja de Inox

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Avaliação da ferida e prescrição do curativo
- Prescrição do método de curativo a ser utilizado

3. Cuidados especiais

- Utilizar técnicas assépticas

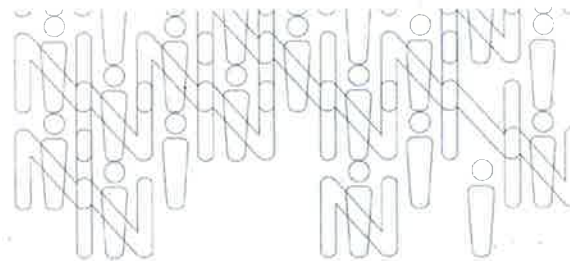
4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Apresentar-se e informar o procedimento a ser realizado ao paciente.	
02	Colocar a bandeja em local adequado, de forma a não cruzar o material e calçar luvas	
03	Retirar curativo anterior	Desprezando o curativo sujo no saco de lixo infectante, avaliando característica da ferida, retirar as luvas.
04	Calçar luvas estéreis, lavar a ferida com S.F. 0,9%, limpar a ferida do local menos contaminado para o mais contaminado, ou seja, das bordas para o centro, secar a ferida	
05	Proteger a ferida com gaze (se necessário);	
06	Fixar o curativo com micropore	



n



07	Higienizar as mãos.	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
08	Registrar a ação no prontuário do paciente	

6. Resultados esperados:

- Auxiliar na cicatrização, proteger contra o meio externo e prevenir infecções.

7. Ações corretivas:

- Realizar educação permanente com os profissionais de enfermagem.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Contaminação;
- Lesão da pele;
- Reação alérgica;
- Avaliar evolução da ferida.
- Avaliar a integridade cutânea;

9. Anexos:

- Nada consta.

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

1. Recursos necessários:

- Monitor cardíaco
- Eletrodos descartáveis
- Álcool 70%
- Algodão
- Material para tricotomia

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

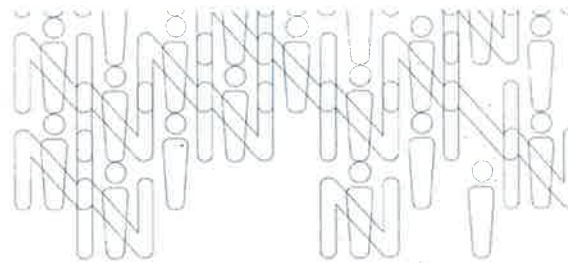
- Prescrição médica.

3. Cuidados especiais:

- Manusear com cuidado, evitando danificar o aparelho
- Limpar o aparelho com álcool 70% a cada uso



N



- Evitar transportar o aparelho em piso de trepidação
- Proceder a tricotomia em pacientes que possuem excesso de pelos

4. **Executor:** Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. **Ações:**

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos.
02	Apresentar-se e informar a finalidade do procedimento ao paciente, posicionar o paciente em decúbito dorsal.	Garantir tranquilidade ao paciente e retirar suas dúvidas. Posicionar o paciente
03	Conectar o monitor cardíaco a rede elétrica;	
04	Fazer tricotomia do local de adesão dos eletrodos, se necessário	Explicar procedimento
05	Fazer limpeza do tórax com álcool 70% e algodão	Se necessário fazer a tricotomia do tórax
06	Dispor e fixar os eletrodos no cliente;	1- eletrodo: no IV espaço intercostal direito ao lado do esterno (fio vermelho); 2- eletrodo: no IV espaço intercostal esquerdo, ao lado do esterno (fio amarelo); 3 – eletrodo: no VI espaço intercostal esquerdo na linha hemi clavicular (fio verde).
07	Conectar o cabo do monitor aos eletrodos, escolher derivação cardíaca	Preferencialmente DII
08	Ligar o monitor cardíaco	
09	Ajustar convenientemente o monitor conforme especificidade do cliente.	Observando o traçado na tela do monitor, verificando se há interferências
10	Registrar a ação no prontuário do paciente.	Identificando os dados mensurados no monitor cardíaco.

6. **Resultados esperados:**

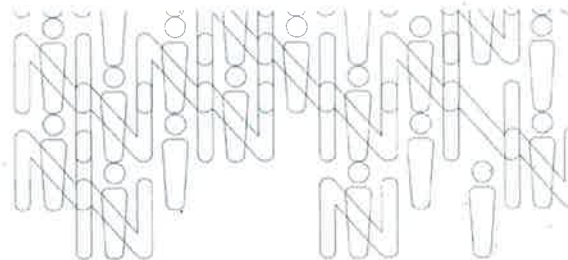
- Controlar e avaliar continuamente a atividade elétrica do coração.
- Registrar a atividade cardíaca (ritmo e frequência);
- Detectar possíveis arritmias.

7. **Ações corretivas:**

- Realizar educação permanente com todos os agentes.



2



8. Riscos / Tomada de decisão

- Lesão cutânea: reposicionar os eletrodos em outro local, observar evolução.
- Queda do aparelho: observar funcionamento do mesmo, acionar engenharia clínica.
- Interferências: verificar conexões, verificar eletrodos, acionar engenharia clínica.
- Nos pacientes de gêneros femininos, zelar pela privacidade dos mesmos colocando o lençol sobre os seios.

9. Anexos:

- Nada consta

CARDIOVERSÃO ELÉTRICA

1. Recursos necessários:

- Cardioversor /desfibrilador.
- Carro de emergência.
- Dispositivo de oxigenioterapia conforme PM
- Gel condutora
- Biombo
- Monitor cardíaco
- Prescrição Médica

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Cliente com arritmias cardíacas graves.

3. Cuidados especiais:

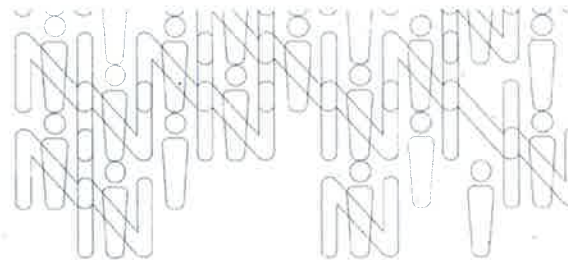
- Verificar funcionamento do cardioversor diariamente e materiais acessórios.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir o material e medicamentos prescritos conforme prescrição médica e encaminhar o carro de emergência próximo ao leito do cliente.	
02	Lavar as mãos.	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos





03	Apresentar-se e informar o procedimento e a finalidade ao paciente.	Informar sobre o procedimento a ser realizado. Não utilizar o termo choque.
04	Puncionar veia calibrosa ou preparar material para dissecação de veia central, se houver indicação médica, administrar medicações sedativas, conforme prescrição médica.	Calçar luva de procedimento
05	Colocar biombos.	Preservar a privacidade do cliente.
06	Monitorar o cliente com o cabo de monitorização do próprio cardioversor.	
07	Retirar prótese e expor o tórax do cliente.	Garantindo vias aéreas livres e boa oxigenação
08	Retirar as pás do suporte e colocar pasta condutora na parte metálica das pás, friccionar uma pá contra a outra para espalhar o gel de modo uniforme.	
09	Observar a voltagem do aparelho e ligá-lo a rede elétrica e acionar a tecla SINC.	Aquisição do sinal de sincronismo com o ECG tem como objetivo sincronizar o cardioversor com a atividade cardíaca, no sentido do choque não atingir a onda T.
10	Programar a carga solicitada pelo médico, pressionar a tecla carga no painel dianteiro do cardioversor e entregar as pás ao médico.	Neste momento o médico posiciona firmemente as pás no tórax do cliente e efetua o disparo. O cardioversor deve permanecer ao lado do leito até que o cliente esteja estável.
11	Manter as pás no tórax do paciente e verificar o ritmo cardíaco. Se necessário repetir o procedimento sincronizando novamente o aparelho	
12	Manter o paciente monitorado após a cardioversão por tempo indeterminado, até que o mesmo esteja estável.	
13	Deixar o paciente e local em ordem e registrar as ações no prontuário do paciente.	Anotar data e hora do procedimento, materiais consumidos, as reações do cliente, quantidade de choque e energia utilizada, resultado da cardioversão, estado geral do cliente, sinais vitais por cardioversor, nível de consciência.

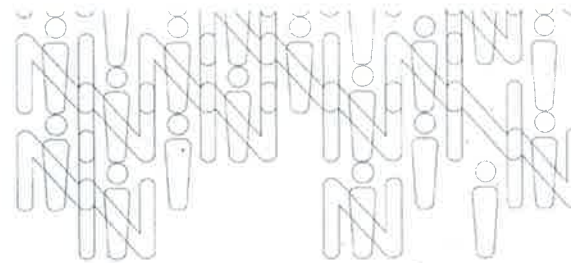
6. Resultados esperados:

- Conversão de arritmias cardíacas graves como a taquicardia paroxística supraventricular, taquicardia ventricular, flutter atrial e fibrilação atrial.

7. Ações corretivas:

- Proceder a orientação aos familiares
- Comunicar ao médico ou enfermeira qualquer alteração.





8. Riscos / Tomada de Decisão

- Procedimento sem sucesso;
- Queimaduras;
- Fibrilação ventricular;
- Observar integridade cutânea;
- Avaliar eficácia do procedimento;
- Avaliar nível de consciência;
- Avaliar padrão respiratório.

9. Anexos

- Nada consta.

ELETRCARDIOGRAMA

1. Recursos necessários:

- Aparelho de ECG
- Eletrodos descartáveis (se necessário);
- Álcool 70%;
- Gel condutor;
- Gaze, compressa ou papel toalha;
- Material para tricotomia se necessário

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Observar prescrição médica
- Manter paciente em decúbito dorsal

3. Cuidados especiais

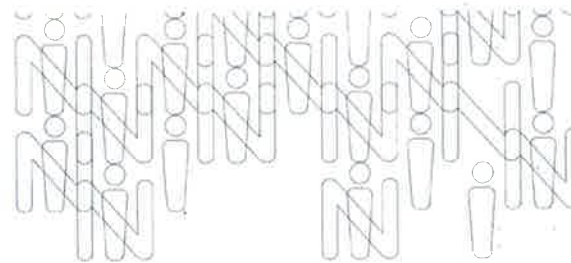
- Remover se necessário pelos da região torácica.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
-----	--------------------	----------------------------------

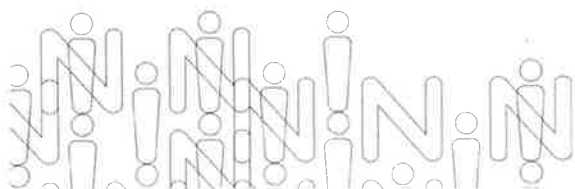




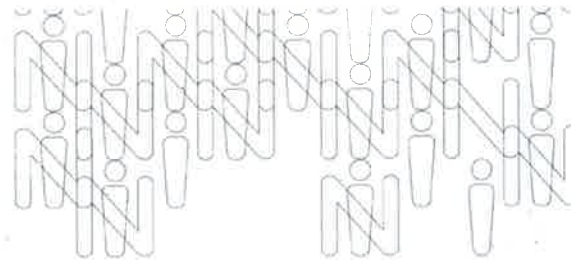
01	Apresentar-se e informar o procedimento a ser realizado ao paciente. Solicitar que retire todas as peças de metal bem como os adornos	Solicitar que retire todas as peças metálicas em virtude das interferências no registro das atividades elétricas do coração
02	Checar o nome e o leito do paciente	Solicitando ao paciente que permaneça em decúbito dorsal
03	Passar algodão embebido em álcool no local de contato entre as garras e a pele	
04	Instalar os eletrodos em membros inferiores e superiores, conectando os respectivos cabos de acordo com as cores	Solicitando a cooperação quanto a permanecer imóvel para realização do exame. COLOCAR A COR VERMELHA NO BRAÇO DIREITO, PRETO NA PERNA DIREITA, AMARELO NO BRAÇO ESQUERDO E VERDE NA PERNA ESQUERDA.
05	Ligar o aparelho e rodar o papel a fim de centralizar o registro gráfico	Checar quantidade de papel. Checar se o registro gráfico esta centralizado.
06	Colocar eletrodo em tórax direito, no quarto espaço intercostal direito linha para esternal (V1)	Atentar para contagem dos espaços intercostais
07	Colocar eletrodo em tórax esquerdo, no quarto espaço intercostal esquerdo linha para esternal (V2)	Atentar para contagem dos espaços intercostais
08	Colocar eletrodo em tórax esquerdo, no quinto espaço intercostal entre V2 e V4	Atentar para contagem dos espaços intercostais
09	Colocar eletrodo em tórax esquerdo, no quinto espaço intercostal, na linha do mamilo (V4)	Atentar para contagem dos espaços intercostais
10	Colocar eletrodo em tórax esquerdo, no quinto espaço intercostal na linha do axilar anterior (V5)	Atentar para contagem dos espaços intercostais
11	Colocar eletrodo em tórax esquerdo, no quinto espaço intercostal na linha axilar média (V6)	Atentar para contagem dos espaços intercostais
12	Rodar o papel, iniciar o registro	
13	Retirar os eletrodos	
14	Fazer limpeza do tórax do paciente	
15	Identificar o exame com os dados da paciente, horário, assinatura e data em que foi realizado e mais identificação do executor.	
16	Registrar a ação no prontuário do paciente	

6. Resultados esperados:

- Registrar a atividade elétrica do coração,



2



7. Ações corretivas:

- Nada consta.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Interferência elétrica;
- Lesão da pele;
- Choque elétrico.
- Avaliar qualidade dos exames;
- Avaliar integridade cutânea.

9. Anexos:

- Nada consta.

MUDANÇA DE DECÚBITO DO CLIENTE COM TRM

1. Recursos necessários

- 01 Lençol móvel
- 04 Coxins
- 02 Travesseiros
- 01 Cobertor em forma de coxim
- 02 Lençóis
- Recursos humanos: 03 profissionais da enfermagem.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Necessidade da mudança de decúbito e higienização.

3. Cuidados especiais:

- Para mobilização do cliente com TRM é necessária orientação médica.
- A cabeça nunca deve ser mobilizada para frente ou para trás, ou lateralmente. Deve-se mantê-la em alinhamento com o eixo da coluna cervical.

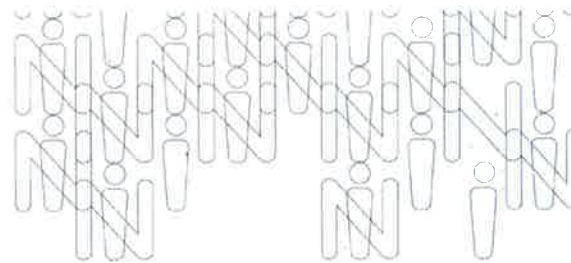
4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir os materiais.	Antes do procedimento
02	Apresentar-se e informar o procedimento ao paciente.	



2



03	Lavar as mãos	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
04	Soltar o lençol móvel	
05	Posicionar os profissionais	Um na cabeça do cliente segurando firme em bloco, e um de cada lado do cliente, segurando o lençol móvel.
06	Ordenar a movimentação em conjunto, puxando o cliente para a lateral do leito do lado oposto ao decúbito lateral em que deverá colocar o cliente. Fletir o membro que irá ficar por cima	O profissional que está ao lado oposto ao decúbito do proposto empurra o dorso do cliente com o lençol móvel Ao mesmo tempo, o profissional do lado do decúbito proposto, puxa o cliente para o seu lado segurando com uma das mãos no dorso e a outra no quadril do mesmo, mantendo a linha do corpo. O profissional que segura à cabeça do cliente acompanha a movimentação sem vacilar, não permitindo a contorção cervical e mantendo a tração do alinhamento da coluna cervical.
07	Colocar os lençóis dobrados sob a cabeça do cliente, mantendo a posição inicial sem forçá-la.	Ao terminar a mudança de decúbito, fazer os calções entre os joelhos, braços e dorso.
08	Conferir a posição da orelha inferior e a estabilidade da posição e o conforto do cliente	
09	Higienizar as mãos	
10	Registrar a ação no prontuário do paciente	

6. Resultados esperados:

- Propiciar melhor circulação periférica;
- Aumentar a oxigenação sanguínea;
- Evitar acúmulo de secreções pulmonares;
- Prevenir úlceras de decúbito.

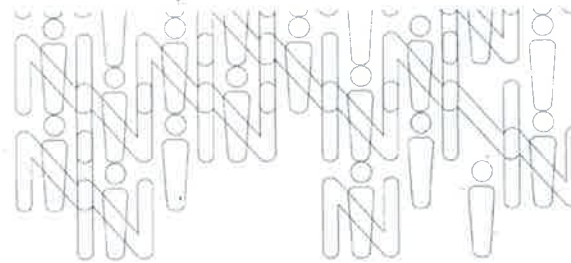
7. Ações corretivas:

Em caso de intercorrência com o cliente comunicar o médico responsável e/ou enfermeiro.

8. Riscos / Tomada de Decisão



2



- Causar algias durante a mudança de decúbito
- Possibilidade de lesar o paciente se a técnica não for corretamente realizada.
- Queda do paciente

9. Anexos:

- Nada consta.

PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

1. Recursos necessários:

- Colchão caixa de ovo (PIRAMIDAL)
- Coxins
- Curativo para proteger a pele (filme transparente)
- Óleos / pomadas para lubrificar a pele (base de AGE)

2. Condições necessárias / Atividades críticas

- Fazer exame físico no cliente durante as visitas do Enfermeiro;
- Investigar o histórico do paciente: Queixa principal, antecedentes patológicos, alergias, medicamentos em uso, vícios e hábitos (religião, nutrição, hidratação, sono, repouso, higiene e eliminações).
- Escala de Braden – realizada a cada plantão de 24 hs
- Realizar a avaliação da ferida em suas dimensões, descrevendo de forma a evidenciar todos os sinais e sintomas

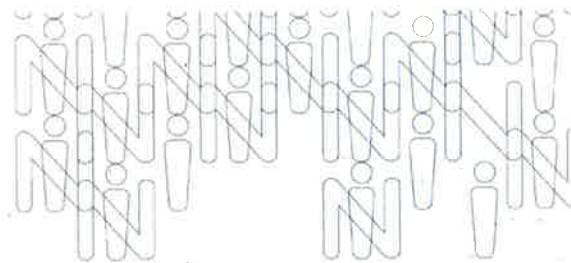
3. Cuidados especiais

- Inspeccionar frequentemente a pele em busca de sinais de compressão
- Mudança de decúbito no mínimo de duas em duas horas ou de acordo com a prescrição de Enfermagem
- Incentivar cliente a deambular, se possível;
- Fazer exercícios ativos e passivos;
- Manter higiene meticulosa da pele;
- Manter lençol da cama seco e bem estendido;
- Usar colchão caixa de ovo (PIRAMIDAL)
- Usar curativos que previnem o rompimento da pele / mucosa (filmes transparentes, hidrocolóide, etc)

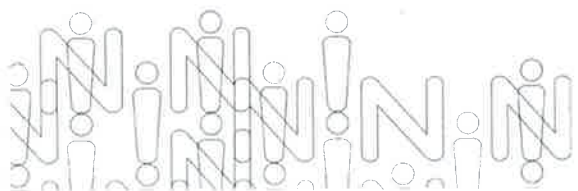
4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

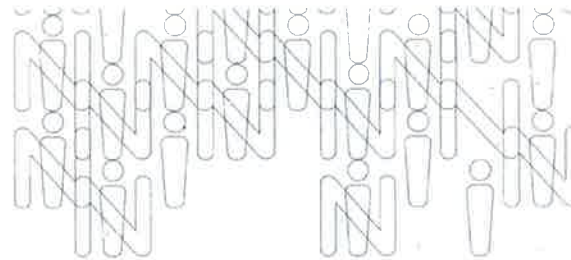
5. Ações:





N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Avaliar o cliente criteriosamente, observando suas condições gerais (idade, estado nutricional, restrição de movimentos e funções sistêmicas prejudicadas).	Observar proeminências ósseas mais vulneráveis (região sacral, cóccix, crista ilíaca, cotovelo, calcâneo, omoplata, joelhos, maléolos internos e pavilhão auricular).
02	Proteger as proeminências ósseas mais vulneráveis.	Evitar a superposição dos membros sem apoio de coxins para aliviar/ remover a compressão. Instalar filmes transparentes nas proeminências ósseas e nas regiões de maior pressão (região sacral, cóccix, crista ilíaca, cotovelo, calcâneo, omoplata, joelhos, maléolos internos e pavilhão auricular).
03	Usar preferencialmente colchão casca de ovo (PIRAMIDAL)	Aliviar/ remover a compressão e estimular a circulação.
04	Promover mudança de posição de 2 em 2 hora ou em menor tempo, se necessário.	Posicionar o paciente alternadamente nos quatro decúbitos: lateral direito e esquerdo, dorsal e ventral. Atentar para as restrições pulmonares quanto aos decúbitos.
05	Manter roupa de cama sempre seca e bem estendida, cuidados maiores são necessários com clientes incontinentes.	Melhorar o conforto do cliente. Evitar o cisalhamento da pele.
06	Colocar lençol móvel (de borracha) apenas em pacientes com incontinências ou secreções abundantes.	Lençol móvel impede a evaporação de calor
07	Proteger a articulação dos joelhos colocando coxim entre eles.	Dar preferência entre coxins piramidal
08	Inspecionar frequentemente a pele em busca de sinais de compressão	Observando as áreas mais vulneráveis
09	Reconhecer os pacientes em que há probabilidade de surgirem úlceras de pressão.	Prescrever e antecipar as medidas de prevenção. Realizar a avaliação da escala de braden a todos os pacientes para avaliação do





		risco de úlcera, conforme o PROT.ENF.008 – Prevenção de Úlcera por Pressão
10	Lavar as mãos	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
10	Registrar as ações sempre após a execução no prontuário do paciente.	Descriminar o exame físico e as ações prescritas no SAE.

6. Resultados esperados:

- Prevenção de úlcera de decúbito
- Aliviar ou remover a compressão
- Estimular a circulação
- Manter a pele íntegra
- Evitar a lesão de pele por cisalhamento
- Realizar a avaliação da pele com ênfase nos sinais e sintomas flogísticos, de necrose e isquemia.

7. Ações corretivas:

- Realizar educação em serviço e permanente com os membros da equipe de enfermagem

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Fratura patológica
- Queda do paciente do leito
- Lesão de pele
- Posicioná-lo inadequadamente
- Avaliar condições de segurança após posicionamento
- Avaliar sinais de fraturas
- Avaliar integridade cutânea
- Avaliar padrão respiratório

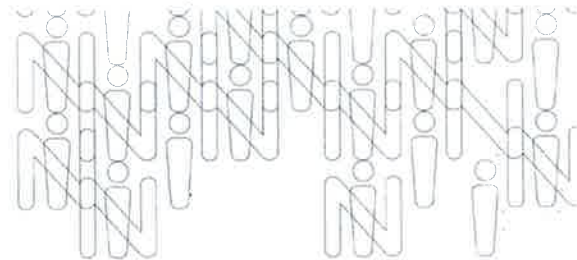
9. Anexos:

- Nada consta

BALANÇO HÍDRICO



2



1. Recursos necessários:

- Cálice graduado
- Comadre ou papagaio
- Par de luva de procedimento
- Impresso próprio

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Observar prescrição médica e/ou de enfermagem
- Preparar o material
- Lavar as mãos

3. Cuidados especiais

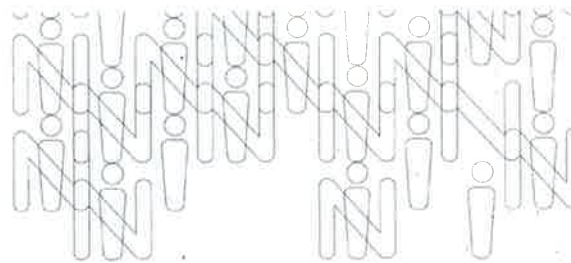
- Anotar rigorosamente o volume do líquido infundido e ingerido.
- Ao término de cada plantão, somar o líquido que foi infundido e ingerido e subtrair do volume total de eliminado;
- Anotar o volume de episódios de vômitos, diarreia e etc.;

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Checar o leito e o nome do paciente em acordo com a prescrição medica / prescrição de enfermagem	Realizar a checagem da prescrição medica / enfermagem a respeito do item do balanço hídrico.
02	Apresentar-se e informar o procedimento a ser realizado ao paciente.	Esclarecendo ao paciente e acompanhante quanto a necessidade de mensurar todo líquido que for ingerido e eliminado, a necessidade de não desprezar a urina.
03	Lavar as mãos e calçar as luvas.	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos.
04	Transferir o débito urinário para o cálice graduado	Tomar cuidado para não derramar a urina.
05	Elevar o cálice até a altura dos olhos e verificar a quantidade em ml de urina	
06	Desprezar a urina no vaso sanitário e dar a descarga	
07	Lavar em água corrente os utensílios utilizados e guardá-los	Realizar a lavagem dos materiais no expurgo e reintegrá-lo ao quarto





08	Proceder registro dos dados no prontuário e/ou sistema informatizado
----	--

6. Resultados esperados:

- Controlar rigorosamente a entrada e saída de líquidos do organismo por turno e plantão de 24 horas.

7. Ações corretivas:

- Nada consta.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Cálculos incorretos, podendo interferir nas condutas terapêuticas.
- Avaliar fidedignidade das informações.
- Observar, anotar e comunicar perdas.

9. Anexos:

- Nada consta.

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

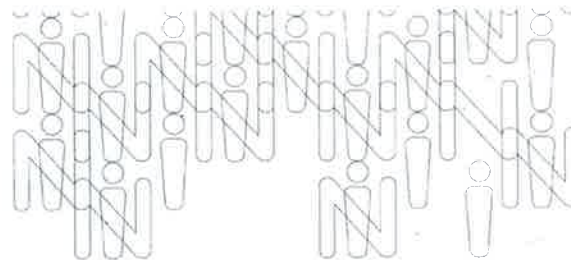
1. Recursos necessários:

- Bandeja de Inox
- Sonda Foley.
- Bandeja de cateterismo vesical.
- Coletor de urina sistema fechado.
- Seringa de 20ml
- Agulha rosa (40x12) ou verde (25x8)
- Ampola de água destilada
- Xilocaina gel
- Solução tópica
- Luva estéril
- Esparadrapo

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Cliente com ITU.
- Necessidade de controle de débito urinário.
- Intra-operatório





- Pós-operatório.
- Permitir irrigação vesical.

3. Cuidados especiais:

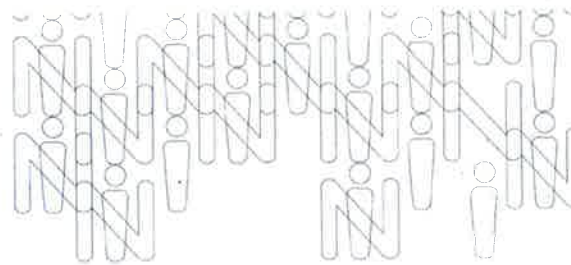
- Cuidados para não contaminação da técnica.
- Cuidados para não traumatizar a uretra.
- Ao calçar a luva separar a mão dominante da mão não dominante.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir o material para realização do procedimento. Proceder a lavagem das mãos	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Apresentar-se e informar o procedimento e a finalidade ao paciente.	
03	Proteger a unidade com biombo.	Assegurando a privacidade do cliente.
05	Posicionar o cliente.	Em decúbito dorsal e afastar os membros inferiores, expondo a genitália.
06	Abrir o material de cateterismo. Calçar as luvas de procedimento.	Conforme MAN.SESMT.002 – Manual de Biossegurança
07	Fazer antisepsia.	Na região pubiana e parte interna das coxas, no sentido de cima para baixo.
08	Realizar a antisepsia da vulva (quando feminino) e da glândula (quando masculino).	Abrir os grandes lábios com gaze dobrada, expor os pequenos lábios e meato urinário fazendo a antisepsia no sentido de cima para baixo (quando feminino). Segurar o pênis com uma das mãos, flexionando a glândula para baixo para apresentar o meato urinário, fazendo a antisepsia no sentido de cima para baixo (quando masculino) e no orifício da uretra em movimentos circulares.





09	Colocar campo fenestrado.	Deixando o meato urinário a mostra.
10	Lubrificar a sonda com anestésico tópico.	Aguardar aproximadamente 30 segundos. Não instilar anestésico tópico na uretra masculina
11	Introduzir a sonda já conectada com o coletor de sistema fechado	Segurar a extremidade proximal da sonda com a mão dominante, introduzindo lentamente no meato com movimentos delicados sem forçar até a bifurcação da sonda, mesmo após refluir urina. Antes da inserção da sonda, já posicionar a bolsa coletora fechada no leito / maca
12	Insuflar balonete da sonda.	Encher com água destilada conforme recomenda cada sonda e testar se a sonda está fixa, tracionando levemente. Não insuflar o balonete com ar.
13	Retirar campo fenestrado	O sistema de drenagem deve ser conectado antes da introdução da sonda.
14	Retirar luvas e fixar sonda.	Com MICROPORE na região inguinal sem tracionar a sonda. Identificar procedimento com: data, hora, calibre do dispositivo e nome do profissional que executou procedimento.
15	Lavar as mãos	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
16	Registrar a ação no prontuário do paciente	Registrar as ações do procedimento com ênfase em possíveis intercorrências durante o procedimento.

6. Resultados esperados:

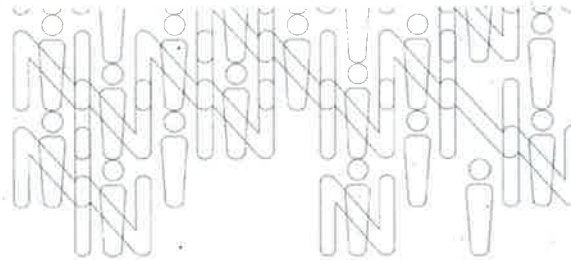
- Prevenir infecção.
- Controlar volume e aspecto da diurese.
- Prevenir trauma uretral.

7. Ações corretivas:

- Apresentando resistência na introdução da sonda, solicitar avaliação médica. Visto haver possibilidade de o cliente apresentar disfunção anatômica ou outros.



Handwritten mark



8. Riscos / Tomada de Decisão

- Lesão do meato urinário
- Integridade cutânea
- Avaliar fixação
- Contaminação do material e do sistema

9. Anexos:

- Nada consta.

COLETA DE AMOSTRA PARA EXAMES – URINA DE 24 HORAS

1. Recursos necessários:

- Frasco para coleta de urina;
- Comadre ou papagaio;
- Cálice graduado;
- Luvas de procedimento.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Deverá haver solicitação/prescrição médica.

3. Cuidados especiais:

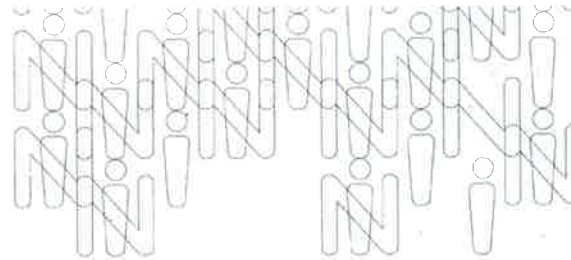
- Identificar o material com nome, data, horário e tipo de exame;
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Manter o material em local e ambiente seguro isento de perda de amostra

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos; Calçar as luvas	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Apresentar-se e informar o procedimento ao paciente.	





04	Levar a comadre ou papagaio ao paciente;	
05	Orientar o cliente para desprezar a primeira micção pela manhã e recolher todas as micções posteriores, até o dia seguinte, à hora da segunda micção do dia anterior;	Orientar ao paciente que não deve haver o desprezo de qualquer quantidade de urina para não comprometer a análise da amostra
06	Comunicar a equipe de enfermagem sobre as coletas, a fim de mensurá-las adequadamente para seu envio ao laboratório;	Colocar o volume urinário em cálice graduado e armazenar em recipiente próprio toda a amostra de urina;
07	Identificar o material;	Nome, data, horário e tipo de exame.
08	Encaminhar as amostras ao laboratório;	
09	Retirar as luvas e lavar as mãos;	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higiene das Mãos
10	Registrar no prontuário o procedimento realizado.	

6. Resultados esperados:

- Melhorar a qualidade da amostra e consequentemente do resultado.
- Obter material a fim de avaliar e diagnosticar doenças metabólicas, presença de sangue e outras células.

7. Ações corretivas:

- Realizar educação permanente com os agentes.

8. Riscos/ Tomada de Decisão

- Armazenamento inadequado;
- Perda de material;
- Checar o armazenamento;
- Observar, anotar e comunicar perdas.

9. Anexos:

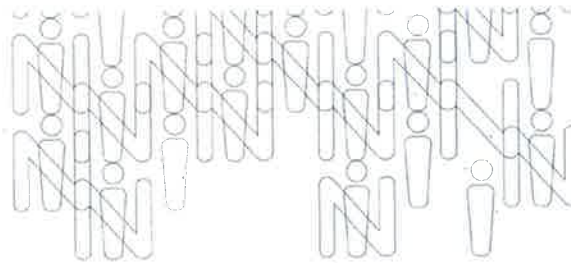
Nada consta

COLETA DE AMOSTRA PARA EXAMES EM PACIENTE SONDADO

1. Recursos necessários:

- Frasco estéril para coleta de exame.





- Seringa de 20ml
- Agulha 25x8
- Algodão embebido em álcool.
- Etiqueta de identificação do paciente
- Bandeja de Inox
- luva de procedimento

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Cliente com sonda vesical de demora.
- Pedido de exame de urocultura feito pelo médico.

3. Cuidados especiais:

- Não contaminar a amostra.
- Identificar o frasco com nome do cliente, leito, registro, data, hora da coleta e profissional.
- Coletar a amostra do dispositivo anexo ao sistema fechado de urina

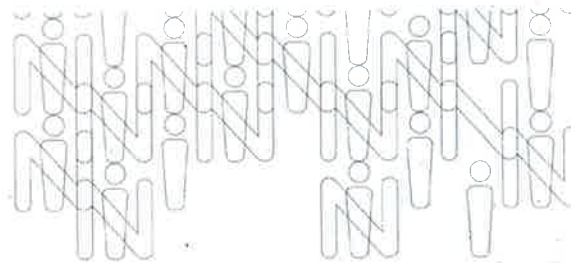
4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos e calçar luvas	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Apresentar-se ao paciente e informar sobre o procedimento	
03	Fechar sonda por cerca de 30 minutos.	Clampear a sonda por 30 min
04	Preparar o material e levar até o leito do cliente.	
05	Fazer à antisepsia do local destinado a inserção da agulha.	Usar o algodão embebido no álcool e esperar secar.
06	Abrir a sonda e deixar drenar o primeiro jato de urina fechá-la novamente.	
07	Introduzir a agulha no acesso de silicone e retirar 20 ml de urina e colocar no frasco estéril.	Usar técnica asséptica para colocar a urina no frasco para evitar contaminação da amostra.
08	Identificar o material.	Encaminhar amostra para laboratório.
09	Retirar luva de procedimento e Higienizar as mãos	
10	Registrar a ação no prontuário do paciente.	



N



6. Resultados esperados:

- Melhorar a qualidade da amostra e consequentemente do resultado.
- Detectar presença de infecção, sangue e outras células.

7. Ações corretivas:

- Em caso de contaminação da amostra, desprezará-la e coletar nova amostra em outro frasco.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Contaminação do material e do sistema;
- Coleta de material insuficiente;
- Refluxo de urina para a bexiga;
- Observar volume do material coletado.
- Observar técnica de coleta;

9. Anexos:

- Nada Consta.

GLICEMIA CAPILAR

1. Recursos necessários:

- Par de luva de procedimento
- Lanceta ou agulha de insulina
- Álcool seco
- Lancetador
- Fita reagente para sangue
- Aparelho dosador de glicose
- Bandeja de Inox

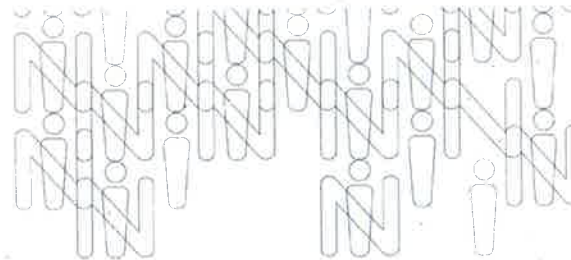
2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Observar prescrição médica;
- Pacientes com Diabetes Mellitus ou com Hiperglicemias

3. Cuidados especiais

- Precauções para não se contaminar com perfuro cortante





4. **Executor:** Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. **Ações:**

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Apresentar-se e informar o procedimento a ser realizado ao paciente.	Informar ao paciente sobre o procedimento com ênfase na perfuração do dedo
02	Checar o nome, o leito do paciente e calçar as luvas de procedimento	
03	Conectar a lanceta ao lancetador e armá-lo (ou utilizar agulha de insulina)	
04	Proceder a antissepsia do local a ser puncionado (em criança utilizar o calcâneo);	Observando o local da punção
05	Ligar o aparelho dosador e inserir a fita reagente (certificar-se que o lote da fita corresponde a amostra o aparelho);	
06	Lancetar o local selecionado	Colocando uma gota de sangue no local determinado da fita reagente, oferecer gaze ao paciente para a compressão da região perfurada
07	Proceder a leitura do aparelho	
08	Registrar a ação no prontuário do paciente	

6. **Resultados esperados:**

- Quantificar a glicose sérica do paciente.

7. **Ações corretivas:**

- Observar e comunicar descalibramento do aparelho.
- Realizar o calibramento do aparelho com a fita do lote

8. **Riscos / Tomada de Decisão**

- Coleta de material insuficiente;
- Descalibramento ou defeito do aparelho;
- Hematomas;
- Contaminação;
- Comparar o resultado com sinais e sintomas;
- Avaliar a calibragem e efetividade do aparelho;
- Integridade cutânea.





9. Anexos:

- Nada consta.

COLETA DE SANGUE ARTERIAL

1. Recursos necessários:

- Seringa de 01 ou 03 ml ou seringa própria
- Scalpe 23 para adultos e pré adolescentes e 25 para crianças
- Heparina de baixo peso molecular
- Par de luvas de procedimento
- Algodão umedecido em álcool 70% e seco
- Agulha hipodérmica descartável
- Oclutor de punção (fornecido pelo laboratório)
- Pacote de gaze estéril
- Bandeja de Inox

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Lavar as mãos
- Heparinizar a seringa e o scalp
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Realizar o teste de Allen antes do procedimento
- Realizar a punção por prioridade ascendente (radial – braquial – Femoral)
- Realizar o encaminhamento da amostra de forma imediata ao laboratório

3. Cuidados especiais

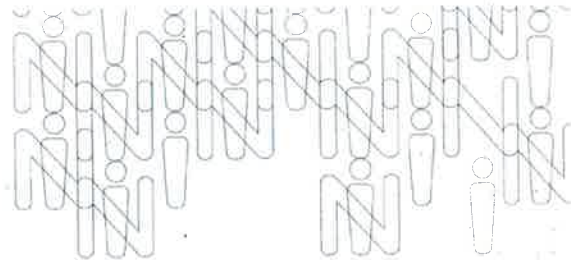
- Identificar a seringa com a etiqueta do paciente.
- Encaminhar imediatamente ao laboratório ou realizar a leitura da gasometria.
- Heparinizar a seringa quando necessário

4. Executor: Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
-----	--------------------	----------------------------------





01	Apresentar-se e informar o procedimento a ser realizado ao paciente.	Informar ao paciente mesmo inconsciente sobre a realização do procedimento.
02	Escolher o local da punção (Braquial ou Radial). Realizar o teste de Allen para verificação da circulação do arco palmar.	Posicionando o paciente e restringi-lo, solicitar ajuda se necessário. Dar preferência a punção radial e posteriormente à braquial.
03	Calçar as luvas	Procedendo a antissepsia da pele com movimentos em uma única direção (aguardar a pele secar)
04	Introduzir a agulha no plano subcutâneo com o bisel para cima, em um ângulo de 45º	Certificando-se que puncionou a artéria
05	Aspirar a quantidade de sangue necessário	
06	Retirar o escalpe, e fazer compressão local com algodão seco	Fazer a compressão no local puncionado em torno de 1 min
07	Proteger a seringa com agulha encapada identificando a seringa com nome do paciente, data e horário.	Identificando a seringa com etiqueta do paciente
08	Verificar se o sangramento parou, e colocar o oclisor de punção	Se o sangramento não tiver parado, continuar a pressionar o local
09	Registrar a ação no prontuário do paciente.	

6. Resultados esperados:

- Colher material necessário para auxiliar no diagnóstico do paciente.
- Resultado imediato da gasometria emitido pelo laboratório
- Envio do material imediato após a coleta ou armazenamento do mesmo em caixa térmica sob temperatura de 2º a 8º evitando do contato direto no gelo

7. Ações corretivas:

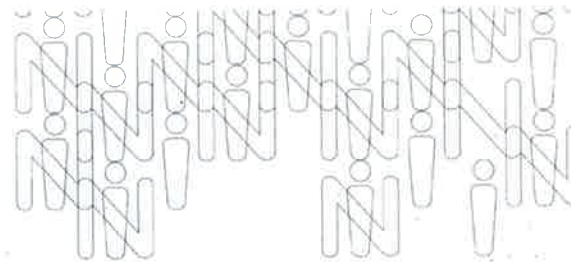
- Em caso de contaminação da amostra, desprezá-la e coletar nova amostra em outro frasco.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Hematoma, observar evolução.
- Lesão na pele, fazer curativo se necessário
- Contaminação
- Processo Trombolítico

9. Anexos





- Nada consta

PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. Recursos necessários:

- Medicação preparada conforme técnica
- Algodão e álcool;
- Copos descartáveis;
- Fita adesiva ou etiqueta;
- Caneta azul ou preta
- Cuba rim e/ou bandeja
- Luvas de procedimento e máscaras descartáveis

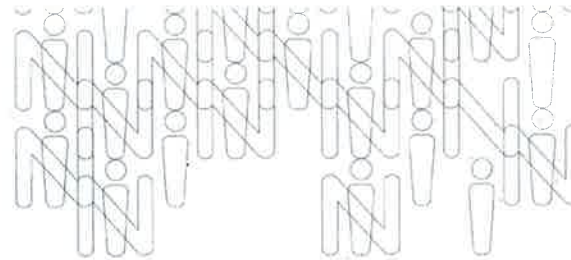
2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Observar prescrição médica;
- Certificar-se dos 5 "C" (**Medicamento certo, Dose certa, Via certa, Horário certo, Paciente certo**) ; no início e antes de administrar o medicamento
- Lavar as mãos;
- Preparar a solução a ser administrada;
- Preparar o material.
- Realizar a checagem imediatamente após a administração
- Realizar a orientação ao paciente do objetivo da medicação e quais efeitos esperados / adversos
- Realizar o preparo das medicações VO na presença do paciente.
- Utilizar sempre máscara e luva durante o preparo e luvas na administração dos medicamentos

3. Cuidados especiais

- Fazer rodízio nos locais de administração intramuscular e subcutânea;
- Não administrar em locais com infiltração, hiperemia ou onde o paciente relate dor;
- Observar permeabilidade da via de administração nos casos de administrações venosas ou por sondas e gastrostomias;
- Evitar contaminação do material e solução administrada;
- Observar capacidade de deglutição do paciente nas medicações por via oral;
- Proceder lavagem com água filtrada após medicação por sondas;
- Observar presença de solução heparinizada, antes de administrar medicação endovenosa devido ser aspirada antes da administração do medicamento.
- Observar rótulo;
- Não administrar medicação sem rótulo ou vencida;



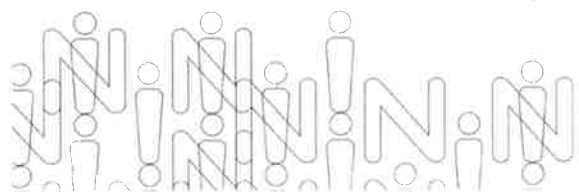


- Não administrar em caso de dúvida. Solicitar orientação do enfermeiro

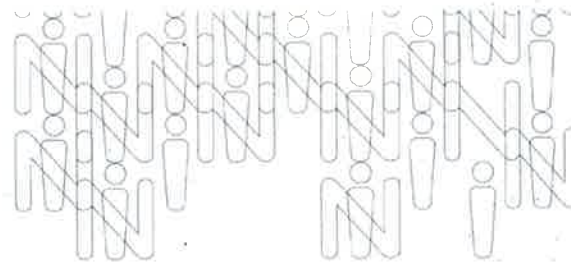
4. **Executor:** Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. **Ações:**

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Ver no prontuário a medicação prescrita e o horário aprazado, observando a via de administração e a dosagem;	
02	Lavar as mãos e calçar luvas e máscara	Realizar durante o processo de preparo e administração de medicamentos a utilização de máscara e luvas. Lavar as mãos antes e após a administração de medicamentos. Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
03	Preparar a medicação e colocá-la na bandeja, devidamente identificada e protegida;	Observar as 5 Certezas de acordo com a prescrição médica e a internação do paciente. (Medicamento certo, Dose certa, Via certa, Horário certo, Paciente certo) ;
04	Encaminhar-se ao leito do paciente, identificar-se e comunicá-lo sobre o procedimento sempre acompanhado da prescrição médica	Atentar-se para a identificação do paciente conforme prescrição médica e solicitando que o mesmo diga seu nome completo
05	Observar a acessibilidade da via e proceder à administração conforme via de administração prescrita.;	Avaliar se o acesso está pérvio e nos casos de heparinização devesse ser aspirado o máximo de sangue possível contido no equipo / polifix.
06	Desprezar o material utilizado no expurgo;	Realizar a pré lavagem do mesmo antes de encaminhar a CME.
07	Lavar as mãos;	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
08	Checar no prontuário o horário administrado, registrando eventuais alterações;	Checar a prescrição médica e registrar em prontuário o que foi realizado no paciente. (colocando sempre data o hora).
09	Assinar, legivelmente, fornecendo o seu respectivo número do COREN e sua categoria profissional.	



N



6. Resultados esperados:

- Preparar e administrar a medicação com a habilidade técnica e a segurança que o procedimento exige, checando, incansavelmente, as cinco certezas (o medicamento certo, no paciente certo, na dosagem certa, na via certa, no horário certo) de forma que o paciente esteja atendido em suas necessidades terapêuticas, conforme prescrição médica.
- Informar ao paciente sempre o procedimento a ser realizado bem como realizar as orientações sobre o medicamento, sua ação esperada e efeitos adversos.
- Proceder a abertura do medicamento VO na frente do paciente e administrá-lo

7. Ações corretivas:

- Caso a via de administração não esteja viável, não prosseguir e comunicar a enfermeira assistencial;
- Na impossibilidade de administrar a medicação, circular na prescrição o respectivo horário e registrar

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Efeitos colaterais à medicação prescrita;
- Infiltração tecidual;
- Contaminação;
- Avaliar lesão tecidual;
- Avaliar efeitos colaterais;
- Avaliar queixas algicas;
- Bacteremia.

9. Anexos:

- Nada consta.

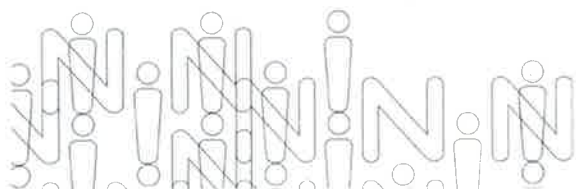
INALAÇÃO POR OXIGENIOTERAPIA

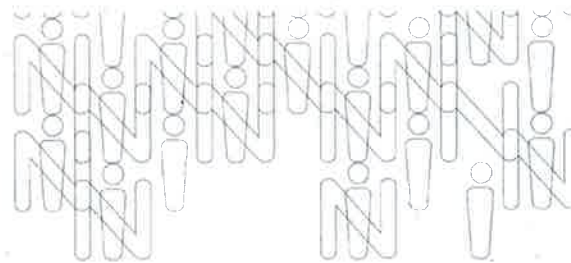
1. Recursos necessários:

- Conjunto de inalador
- Medicamento prescrito
- Seringa 10ml
- Agulha 40X12
- Ampola de água destilada 10ml
- Bandeja em Inox

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Dificuldade respiratória





- Seguir a prescrição medica descrito

3. Cuidados especiais

- Permanecer com a máscara durante todo o procedimento.
- Realizar o procedimento até o termino da solução.

4. **Executor:** Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Apresentar-se e informar o procedimento a ser realizado ao paciente.	
02	Elevar decúbito do paciente	Elevar o decúbito a 45º para permitir melhor expansão pulmonar
03	Realizar a aferição dos sinais vitais antes da oxigenioterapia	Realizar os sinais vitais de FC e FR
04	Conectar o conjunto de inalador à fonte do oxigênio ou ar comprimido conforme prescrição médica	Abrindo o fluxômetro, até produzir vapor de água
05	Colocar a máscara próxima ao rosto do paciente, de forma a cobrir o nariz e boca	Orientar para que permaneça com a máscara durante todo o procedimento.
06	Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance	Após o término da solução, desligar o fluxômetro
07	Registrar a ação no prontuário do paciente	

6. Resultados esperados:

- Promover a umidificação das secreções das vias aéreas, a fim de facilitar sua expectoração e melhorar a oxigenação do paciente, administrando drogas absorvíveis.

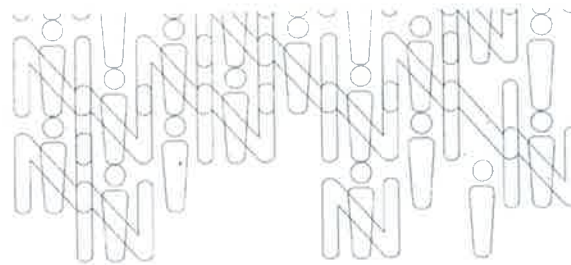
7. Ações corretivas:

- Nada consta.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Efeitos colaterais dos medicamentos
- Piora da dispnéia durante o procedimento
- Lesão de pele pelo inalador
- Identificar sinais de reação alérgica e colateral





- Avaliar padrão respiratório do paciente
- Taquiarritimias

9. Anexos:

- Nada consta.

PUNÇÃO VENOSA

1. Recursos necessários:

- Par de luvas de procedimento
- Álcool a 70%
- Micropore
- Tesoura
- Garrote
- Cateter venoso periférico
- Conexão de 2 vias
- Bandeja em Inox

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Observar prescrição médica
- Observar se paciente tem coleta de sangue e providenciar tubos laboratoriais identificados.
- Lavar as mãos.

3. Cuidados especiais

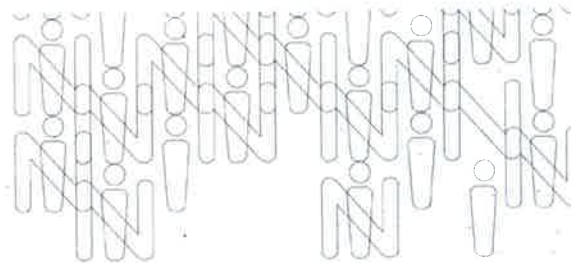
- Avaliar as condições de acesso venoso para a escolha do cateter venoso periférico, observando a previsão do fluxo de infusão.
- Evitar a punção em membros contra indicado
- Não realizar punção venosa em MMII
- Não realizar punção venosa em membros com contra indicação restrita (linfedema, infecção localizada, infiltração, etc)

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
-----	--------------------	----------------------------------





01	Apresentar-se e informar o procedimento a ser realizado ao paciente.	
02	Checar o nome e o leito do paciente	Fazer a conferência com a pulseira de identificação, a prescrição médica e a identificação do leito.
03	Observar rede venosa periférica, selecionando o melhor acesso, sempre priorizando o acesso mais distal para o proximal	Escolhendo o catéter venoso mais adequado a rede venosa e cortar o micropore. Evitar de puncionar nas articulações
04	Calçar as luvas	
05	Colocar o garrote acima do local a ser puncionado considerando cerca de 10 a 15 cm. Proceder no local a assepsia da pele no sentido único	Procedendo a antissepsia do local à ser puncionado em um único sentido("evitar efeito manteiga")
06	Segurar o membro à ser puncionado com a mão não dominante, mantendo tração da pele	
07	Com a mão dominante, proceder a introdução do catéter venoso, com bisel da agulha para cima, numa angulação de 15 a 30 graus, de 1 a 2cm abaixo do ponto onde a agulha penetra a veia	Mantendo a pele tracionada, introduzir a agulha na veia lentamente. Após a introdução completa do catéter, retirar o garrote e conectar-se o que estiver prescrito
08	Fixar o cateter com micropore e datá-lo	Realizar a identificação do acesso venoso com data, dispositivo, e assinatura)
09	Limpar o local da punção, se necessário	
10	Registrar a ação no prontuário do paciente	

6. Resultados esperados:

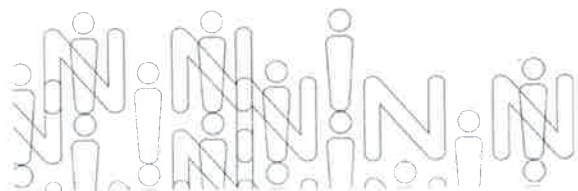
- Obter acesso venoso periférico para infusão de soluções.
- Obter amostra sanguínea para exames laboratoriais

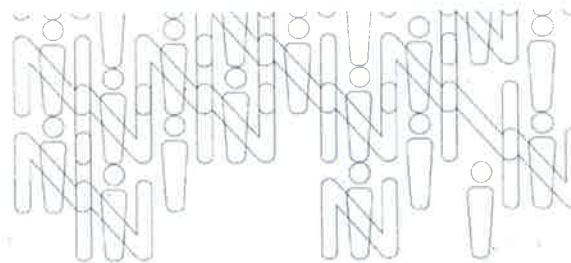
7. Ações corretivas:

- Caso não obtenha sucesso na punção acionar o Enfermeiro responsável para as devidas providências.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Garroteamento excessivo;
- Flebite;
- Transfixação da veia pelo cateter;
- Extravasamento de líquido;
- Hematoma;
- Desprendimento de trombos;





- Avaliar integridade da pele;
- Certificar posicionamento adequado do cateter;
- Avaliar calibre adequado de cateter;
- Avaliar permeabilidade da veia;
- Observar hiperemia, dor e edema;
- Avaliar fixação adequada.
- Difusão de processo infeccioso quando coletado amostra de locais com infecção

9. Anexos:

- Nada consta.

LIMPEZA DE CATÉTERES E ACESSÓRIOS

1. Recursos necessários:

- Par de luvas de borracha
- Avental impermeável
- Máscara de proteção facial
- Água corrente
- Sabão líquido
- Seringa de 10 e 20ml
- Ar comprimido
- Compressas limpas
- Rol de materiais

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Remover excessos de secreções em água corrente no expurgo da unidade
- Lavar os materiais utilizados em água corrente ate que os mesmos fiquem isentos da sujidade grosseira.

3. Cuidados especiais

- Remover toda sujidade e secreção dos materiais.

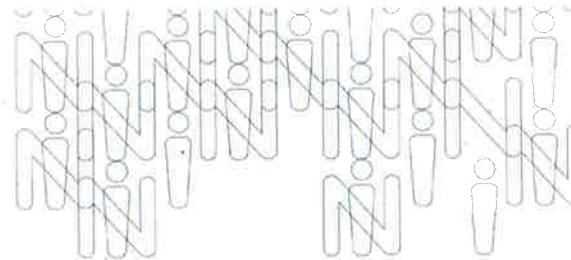
4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
-----	--------------------	----------------------------------



N



01	Separar os materiais, avaliando as características de sujidade.	Paramentar-se com luva, avental e máscara para realizar a pré lavagem.
02	Realizar a pré-lavagem com água e sabão.	
03	Enxaguar os materiais em água corrente abundante	
04	Enxaguar os cateteres e acessórios em água corrente abundante, lavando bem a luz dos mesmos	
05	Realizar o ensacamento dos materiais e acondicioná-los nos recipiente plástico vermelhos (recipiente plástico infectante)	
06	Proceder a listagem dos materiais a serem encaminhados à CME que processara esterilização dos mesmos, em duas vias, sempre avaliando a higienização dos mesmos.	Encaminhar o material acondicionado dentro dos recipientes plásticos infectantes (vermelhos) fechadas e no carrinho de transporte

6. Resultados esperados:

- Preparar materiais a serem encaminhados para esterilização por vapor saturado
- Encaminhamento dos materiais a serem esterilizados de forma segura, isenta de sujidades grosseiras, sangue e secreções serosas.

7. Ações corretivas:

- Quando o processo não for efetivo e ou em suspeita de contaminação, o material deverá ser reprocessado novamente.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Auto contaminação dos colaboradores;
- Presença de sujidade nos materiais;
- Checar o preparo e limpeza do material a ser encaminhado para esterilização;
- Observar a utilização correta dos EPI'S dos colaboradores que manipulam os materiais para limpeza.

9. Anexos:

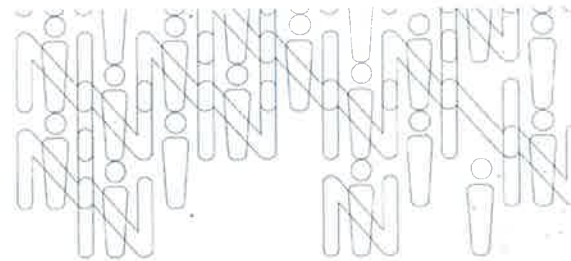
- Nada consta.

HEPARINIZAÇÃO DE CATÉTER IMPLANTÁVEL

1. Recursos necessários:

- Frasco de heparina.
- Seringa de 10 ml,.
- Ampola de água destilada.
- Tampinha estéril ou plug adaptador.





- Par de luva esterilizada
- Agulha 40X12
- Gaze esterilizada
- Bandeja de Inox
- Solução antisséptica.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Punção venosa periférica sem indicação de soroterapia.

3. Cuidados especiais:

- Antes de fazer a medicação, aspirar o cateter, retirando a solução heparinizada.
- Trocar o cateter por recomendação médica

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

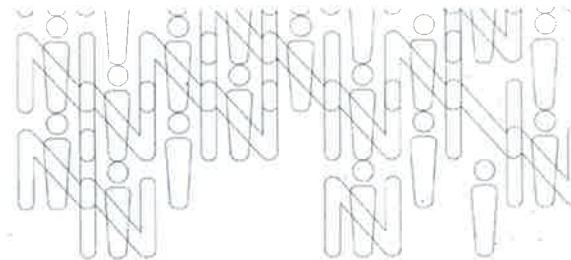
5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir o material e lavar as mãos.	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Apresentar-se e informar sobre o procedimento.	
03	Preparar a solução heparinizada.	Aspirando 0,2ml de heparina e completar com 9,8 ml de água destilada.
04	Lavar as mãos e calçar a luva de procedimento. Localizar a região de implante de cateter.	Procedendo a antisepsia da região com solução antisséptica. Com a mão não dominante, localizar o botão (parte superior) do porto cath, de modo que fique centralizado entre 2 dedos
05	Administrar a solução heparinizada em todo o cateter	Fechar o cateter com a tampa estéril.
06	Retirar a luva e registrar a ação no prontuário do paciente.	

6. Resultados esperados:

- Evitar a coagulação sanguínea nos cateteres.
- Evitar punções venosas.
- Manter a permeabilidade catéter totalmente implantável.





7. Ações corretivas:

- Caso ocorra sinais de obstrução, retirar o acesso venoso, realizar curativo na área afetada, puncionar novo acesso venoso periférico.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Obstrução do catéter;
- Contaminação
- Bacteremia
- Permeabilidade do catéter
- Extravasamento de líquido;
- Rompimento do catéter;
- Integridade da pele;
- Avaliação do estado geral.

9. Anexos:

- Nada consta.

ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE, HEMODERIVADOS E HEMOCOMPONENTES

1. Recursos necessários

- Termômetro digital;
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro;
- álcool à 70°;
- Algodão;
- bolsa de sangue;
- Equipos com filtro em caso de plaquetas sem filtro.

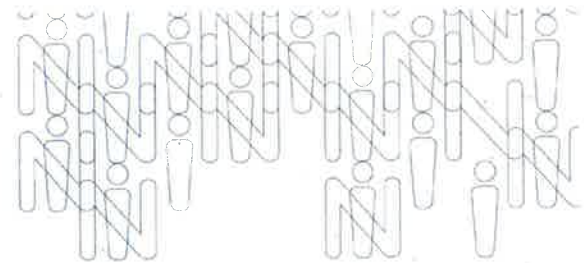
2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Necessidade do cliente de receber sangue e derivados.

3. Cuidados especiais:

- Uso obrigatório de luvas e óculos para manusear sangue e derivados.
- Observar prescrição médica e solicitação médica;





- Checar os dados da bolsa de hemoderivados junto aos dados de identificação do paciente
- Lavar as mãos conforme o MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos ;
- Identificar-se junto ao paciente
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Supervisionar sinais vitais pré-infusão, e sinais de reação transfusional durante os primeiros 15 minutos. Avaliar possíveis sinais de reação ao término da transfusão
- Supervisionar a instalação do hemoderivado realizado pelo colaborador do banco de sangue;
- Verificar sinais vitais antes, durante e após o término da infusão
- Evitar administração de hemocomponentes de forma imediata para evitar os riscos de eventos adversos como congestão pulmonar, EAP, arritmias entre outras complicações, salvo casos expressos pelo médico.
- Realizar a troca de equipos a cada Hemotransfusão.

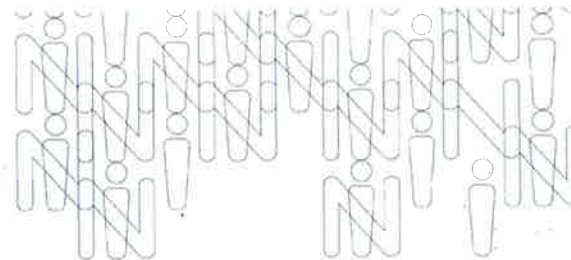
4. **Executor:** Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. **Ações:**

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Retirar o sangue da caixa térmica e colocar sobre a bancada forrada com compressa estéril	Utilizar técnica asséptica
02	Utilizar acesso único para transfusão	No caso de interromper a infusão de drogas, lavar a veia com 50ml de S.F. 0,9% para posterior administração de sangue, hemoderivados e hemocomponentes
03	Verificar os sinais vitais do cliente	O sangue não pode ser infundido se o cliente apresentar temperatura acima de 37,5°C. Verificar diagnóstico e relação risco - benefício
04	Instalar a bolsa de sangue	Observar o tempo de infusão para o sangue: no mínimo 2 horas e até 4 horas, salvo os casos de emergência orientados pelo médico plantonista. Iniciar a infusão a 20 gotas/minuto nos primeiros 15 minutos, depois 40 gotas/minuto nos próximos 20 minutos. Interromper em caso de reação de hipersensibilidade comunicar ao banco de sangue e guardar a bolsa de sangue na caixa térmica. Nos



Handwritten signature



		casos em que não será administrado, deverá ser devolvido a agência transfusional.
05	Proceder anotações no prontuário	<p>Observar os cinco certos: rótulo certo, cliente certo, dose certa, hora certa, via certa.</p> <p>Checar a prescrição médica no prontuário: horário de início da infusão; se é a primeira bolsa; nome de quem instalou e número do COREN.</p> <p>Anotar na evolução de enfermagem, hora que o sangue foi instalado, número da bolsa, número do doador, data da coleta, reações que o cliente apresentar.</p> <p>Colocar a etiqueta na folha do relatório de enfermagem com todos os dados preenchidos</p>
06	Registrar a ação no prontuário do paciente	

6. Resultados esperados:

- Colaborar na recuperação do cliente.
- Repor sangue e hemoderivados;
- Supervisionar a realização do procedimento pelo colaborador.

7. Ações corretivas:

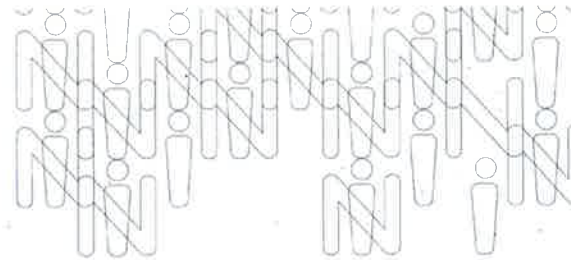
- Observar rigorosamente o aparecimento de reação transfusional, verificando os sinais vitais antes do início da transfusão e ao término desta.
- Informar a agência transfusional as possíveis reações transfusionais preenchendo a FIT (ficha de incidente transfusional)

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Reações adversas;
- Hipervolemia;
- Contaminação;
- Extravasamento;
- Troca de bolsa;
- Avaliar tempo de infusão e volume;
- Identificar os sinais de reações adversas;
- Avaliar punção venosa e administração;
- Avaliar sinais de extravasamento.



2



9. Anexos:

- Nada consta.

INSTALAÇÃO DE IRRIGAÇÃO VESICAL

1. Recursos necessários:

- Luva de procedimento;
- Frasco de S.F 0,9% de 1000ml;
- Equipo de irrigação vesical de 3 vias;
- Sistema Fechado de Coleta Urinaria;
- Cálice graduado;
- Papel toalha.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Observar prescrição médica;
- Preparar material;
- Lavar as mãos.

3. Cuidados especiais

- Manter Clamp da extensão da bolsa coletora aberta.

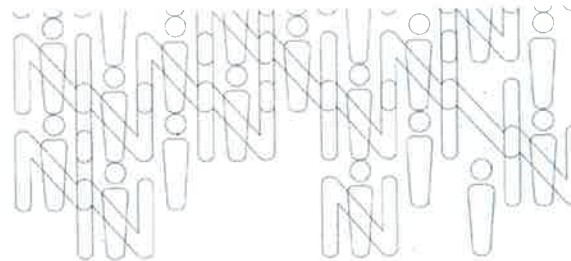
4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Identificar-se;	
02	Checar o nome e o leito do paciente;	Checar o paciente conforme a pulseira de identificação do paciente.
03	Orientar o paciente quanto ao procedimento;	
04	Lavar as mãos e calçar luvas;	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
05	Conectar os frascos de soro no equipo, retirando o ar da extensão;	
06	Abrir o Clamp da extensão próximo ao S.F. 0,9% à ser infundido;	



~



07	Infundir o S.F. conforme necessidade e/ou prescrição médica;	Atentar para que não haja interrupção do gotejamento entre um frasco e outro;
08	Desprezar o líquido drenado em cálice graduado;	Verificar o aspecto e volume do líquido drenado;
09	Desprezar líquido drenado em vaso sanitário, dando descarga a seguir;	
10	Retirar luva e lavar as mãos;	
11	Repetir procedimento quantas vezes forem necessárias.	
12	Lavar as mãos;	
13	Realizar as anotações necessárias em impresso próprio.	Balanço de irrigação vesical

6. Resultados esperados:

- Lavagem do trato urinário para retirada de coágulos e/ou diminuição de sangramento.

7. Ações corretivas:

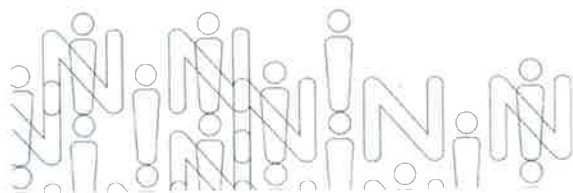
- Na permanência de coágulos e sangramento ativo avisar médico assistente;
- Manter técnica asséptica durante procedimento.
- Observar permanência da troca dos frascos de soro

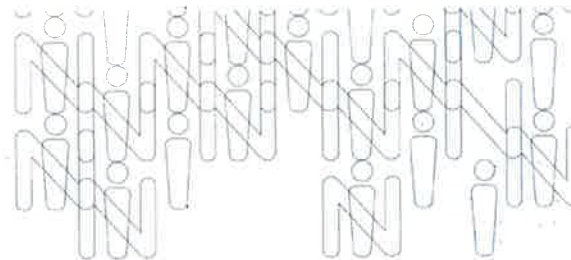
8. Riscos / Tomada de Decisão

- Obstrução por coágulos;
- Contaminação;
- Tracionamento da sonda;
- Clamp pinçado;
- Infusão de ar;
- Sangramento;
- Avaliar aspecto e volume drenado;
- Avaliar a permeabilidade da sonda;
- Avaliar sangramento;
- Avaliar eficácia do procedimento;
- Avaliar continuamente o procedimento realizado.

9. Anexos:

- Nada consta.





MANUSEIO DA BOMBA INFUSÃO

1. Recursos necessários:

- Bomba de infusão
- Equipo para bomba
- Solução à ser infundida
- Suporte de soro.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Prescrição médica solicitando a infusão através de bomba de infusão
- Limpar diariamente as bombas de infusão que estão em uso
- Limpá-las caso transferir de um cliente para outro.
- Não utilizar-se de força na programação, "não colocá-las em cima de incubadoras".

3. Cuidados especiais:

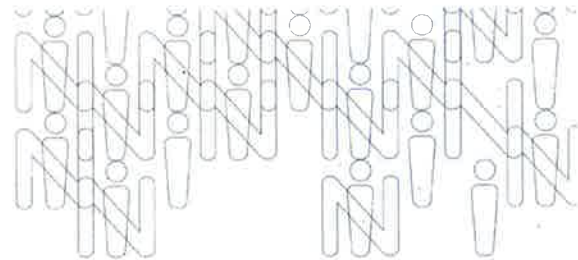
- Manter sempre limpa, higienizada e em condições de uso

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir o material, lavar as mãos e calçar luvas;	No posto de enfermagem. Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Separar as bombas de Infusão, desconectando-as da rede elétrica; Fazer a limpeza usando cotonetes para limpar o rotor e o sensor da bomba;	Após a limpeza, conectar na rede elétrica e verificar se está funcionando; Identificar as bombas com defeitos, encaminhando-as para a manutenção.
03	Preparar a solução a ser administrada com equipo próprio, colocar no suporte e conectar o equipo à bomba,	Checar o paciente conforme pulseira de identificação do paciente. A irrigação do equipo deve ser lenta para não formar bolhas de ar.
04	Programar o volume/fluxo/tempo da solução à ser infundida	De acordo com a prescrição médica





05	Apresentar-se e informar ao paciente o procedimento, conectar a extremidade distal do equipo à venóclise e ligar a bomba de infusão Retirar luvas e lavar as mãos.	Manter o paciente confortável
06	Checar a medicação no prontuário do paciente.	

6. Resultados esperados:

- Controle rigoroso do volume à ser infundido
- Programar o tempo de infusão da medicação
- Reduzir o número de infecções
- Identificar as bombas que estão com defeito
- Remover sujeira e evitar o aparecimento de insetos

7. Ações corretivas:

- Realizar educação permanente com os colaboradores da equipe de enfermagem;
- Identificar as bombas de infusão com defeito e encaminhá-las para a manutenção.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Choque elétrico
- Queda da bomba sobre o paciente
- Alteração do volume infundido por defeito da bomba
- Programação errada da bomba
- Avaliar funcionamento e fixação da bomba
- Verificar identificação das drogas infundidas nas bombas
- Danificação de acessórios do equipamento

9. Anexos:

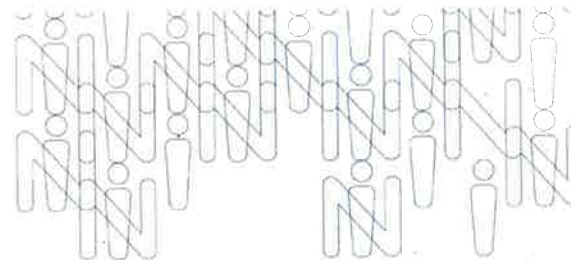
- Nada consta.

MEDICAÇÃO TÓPICA

1. Recursos necessários:

- Par de luvas de procedimento;
- Gaze (se necessário);
- Medicação prescrita;
- Bandeja em Inox





2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Atentar para o 5 certos (Medicamento certo, Dose certa, Via certa, Horário certo, Paciente certo) ;
- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material.

3. Cuidados especiais:

- Observar rótulo;
- Não administrar medicação sem rótulo;
- Não administrar em caso de dúvida.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

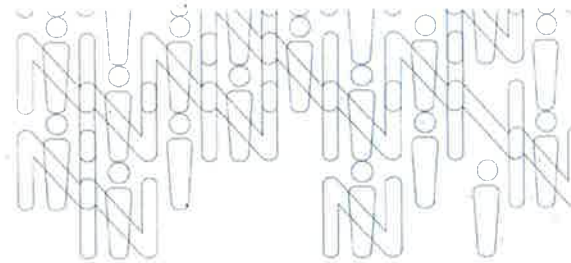
N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Identificar-se;	
02	Checar o nome e o leito do paciente;	Checar o paciente de acordo com a identificação da pulseira e da identificação do leito
03	Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;	
04	Lavar as mãos e calçar as luvas;	
05	Proceder a aplicação do medicamento prescrito;	Aplicar no local destinado ao tratamento
06	Deixar o paciente confortável e com a campinha ao seu alcance;	
07	Deixar o ambiente em ordem.	Identificar frascos, bisnagas com nome do paciente, data de abertura e validade.
08	Retirar luvas e lavar as mãos;	
09	Checar no prontuário o horário administrado, registrando eventuais alterações;	
10	Assinar, legivelmente, fornecendo o seu respectivo número do COREN.	

6. Resultados esperados:

- Administrar medicamentos de ação local ou sistêmica absorvíveis pela pele.

7. Ações corretivas:





- Na impossibilidade de administrar a medicação, circular na prescrição o respectivo horário e registrar.

8. Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica e colateral;
- Identificar sinais e sintomas de reação alérgica e colateral.

9. Anexos:

- Nada consta

MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA

1. Recursos necessários:

- 01 Par de luvas de procedimento;
- 02 Álcool;
- Medicação à ser administrada,
- 01 Seringa;
- 01 Agulha;
- 01 protetor de conexão 02 vias;
- 01 Bandeja,
- 01 Bureta com soro correspondente a diluição da medicação (se necessário).
- Uma seringa extra com solução para irrigar cateter intermitente.

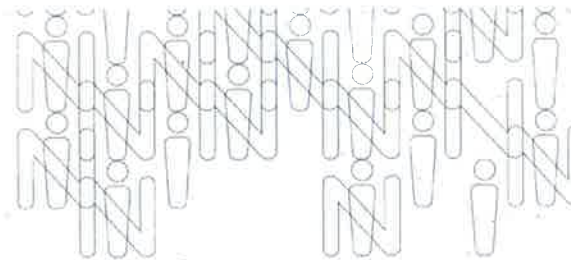
2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Observar prescrição médica;
- Certificar-se dos 5 "C" (**Medicamento certo, Dose certa, Via certa, Horário certo, Paciente certo**) ;
- Lavar as mãos conforme MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos ;
- Preparar a solução a ser administrada;
- Preparar o material.

3. Cuidados especiais:

- Observar permeabilidade da via de administração;
- Evitar contaminação do material e solução administrada;
- Observar presença de solução salinizada ou heparinizada, antes de administrar medicação endovenosa procedendo a sua retirada para não infusão na corrente sanguínea;
- Observar rótulo;
- Não administrar medicação sem rótulo;



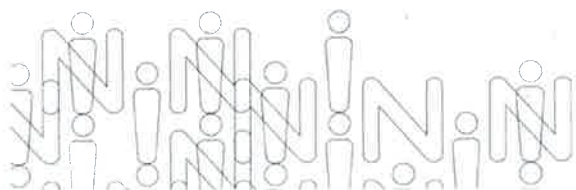


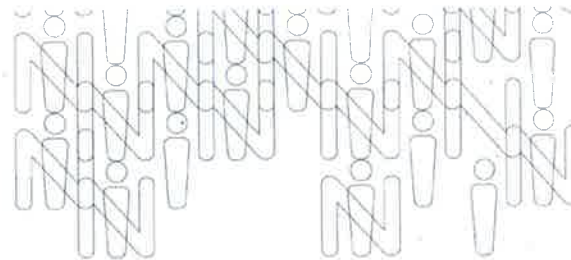
- Não administrar em caso de dúvida.
- Não administrar medicação preparada por outra pessoa.

4. **Executor:** Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. **Ações:**

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Identificar-se;	
02	Checar o nome e o leito do paciente;	Conferir na pulseira de identificação do paciente.
03	Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;	
04	Lavar as mãos e calçar as luvas;	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
05	Proceder a antissepsia do local da infusão (conexão 2 vias);	Ou injetor de equipo, proceder a antissepsia na borracha
06	Adaptar a seringa a conexão;	
07	Abrir o Clamp;	
08	Testar a permeabilidade da veia;	
09	Injetar a medicação prescrita lentamente;	Lavar a conexão com solução padrão.
10	Fechar o Clamp e desconectar a seringa;	
11	Proteger a conexão;	Em caso de uso da bureta, proceder a antissepsia do injetor e introduzir a medicação na bureta;
12	Abrir a pinça da bureta e controlar o gotejamento conforme tempo de infusão estipulado para a solução;	Em caso de catéter intermitente, após o término de medicação permeabilizar a via com SF 0,9% no volume indicado; Em caso de infusão contínua com bureta adicionar soro;
13	Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;	
14	Deixar o ambiente em ordem.	
15	Desprezar o material utilizado no expurgo;	
16	Retirar a luva e lavar as mãos;	
17	Realizar as anotações necessárias.	





6. Resultados esperados:

- Administrar solução de medicamento direto na corrente sanguínea.

7. Ações corretivas:

- Caso a via de administração não esteja viável, não prosseguir e comunicar a enfermeira assistencial;
- Na impossibilidade de administrar a medicação, circular (bolar) na prescrição o respectivo horário e registrar.

8. Riscos / Tomada de Decisão:

- Efeitos colaterais à medicação prescrita;
- Infiltração tecidual;
- Contaminação;
- Avaliar efeitos colaterais;
- Avaliar queixas algicas.
- Bacteremia;

9. Anexos:

- Nada consta

MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR

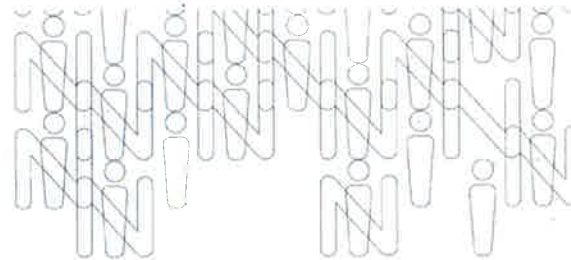
1. Recursos necessários:

- 01 Par de luva de procedimento;
- 01 seringa de 5ml;
- 01 agulha de acordo com o paciente;
- 01 agulha 40x12;
- medicação a ser administrada;
- 01 álcool Swab, 01 bandeja e 01 algodão seco.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Executar os 5 certos: (**Medicamento certo, Dose certa, Via certa, Horário certo, Paciente certo**) ;
- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar a medicação prescrita;
- Preparar o material.





3. Cuidados especiais:

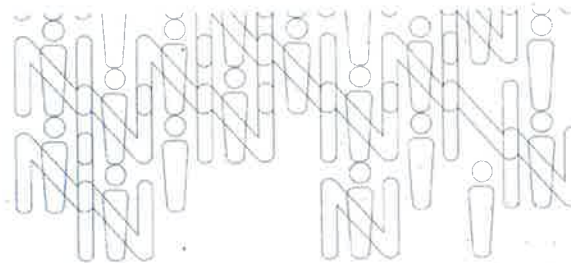
- Observar o local da via de administração;
- Evitar contaminação do material e solução administrada;
- Observar rótulo;
- Não administrar medicação sem rótulo;
- Não administrar em caso de dúvida.
- Fazer rodízio dos locais de aplicação
- Nas medicações oleosas, optar por musculatura mais profunda
- Utilizar agulhas diferentes para preparo e administração do medicamento.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Identificar-se;	
02	Checar o nome e o leito do paciente;	Conferir a pulseira de identificação do paciente.
03	Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;	
04	Colocar o paciente na posição adequada para aplicação; Lavar as mãos e calçar luvas;	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
05	Proceder a antissepsia da área escolhida;	
06	Fazer a prega muscular aprisionando o músculo entre o polegar e o indicador, com a mão dominante;	Em casos de caquéticos, esticar a pele.
07	Introduzir a agulha, perpendicularmente ao músculo;	Soltar a prega muscular e aspirar o êmbolo da seringa verificando se não foi puncionado nenhum vaso sanguíneo. No caso de punção de vaso sanguíneo, retirar a agulha e aplicar em outro local.
08	Injetar a medicação lentamente;	
09	Retirar a agulha pressionando a região com algodão;	
10	Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;	
11	Deixar o ambiente em ordem.	
12	Desprezar o material utilizado no expurgo;	





13	Retirar a luva e lavar as mãos;	
14	Realizar as anotações necessárias.	

6. Resultados esperados:

- Administrar solução em região muscular objetivando uma absorção rápida;
- Utilizar para a administração de substâncias irritantes, inferiores a 5 ml, de rápida absorção, via preferencial para administração de drogas potentes e tóxicas.

7. Ações corretivas:

- Caso a via de administração não esteja viável, não prosseguir e comunicar a enfermeira assistencial;
- Na impossibilidade de administrar a medicação, circular na prescrição o respectivo horário e registrar.

8. Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica e efeitos colaterais a medicação prescrita;
- Contaminação;
- Hiper distrofia muscular por falta de rodízio de local de aplicação;
- Hiperemia e edema local;
- Hematoma;
- Avaliar sinais de reação alérgica e efeitos colaterais à medicação administrada;
- Avaliar local de aplicação.

9. Anexos:

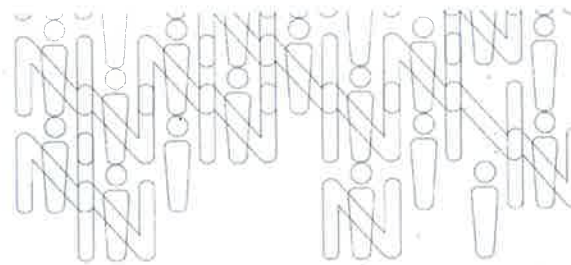
- Nada consta

MONTAGEM DA PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)

1. Recursos necessários:

- Soro Fisiológico 0,9% de 250 ml
- Equipos de PVC
- Régua niveladora (PVC)
- Fita milimetrada
- Protetor de conexão 2 vias
- Tree way.
- Suporte de soro
- Esparadrapo/ fita crepe





- Par de luvas de procedimento

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Deve ter sido solicitado pelo médico

3. Cuidados especiais:

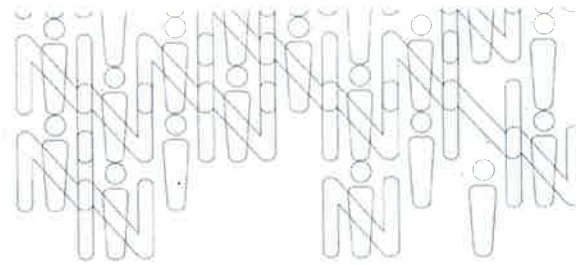
- Nivelção de régua de PVC
- Montagem adequada dos materiais e circuitos
- Retirada de ar do equipo

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir o material; Lavar as mãos e calçar luvas ;	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Montar o soro com o equipo de PVC; Retirar todo o ar	Identificando o frasco com data, hora e assinatura e trocar equipo a cada 72 horas, todo o sistema.
03	Conectar o equipo ao cateter, adaptando ao tree way	Paramentado com luvas de procedimento
04	Fixar a régua de papel no suporte de soro	
05	Colocar o paciente em decúbito dorsal, retirar travesseiros, estender os membros ao longo do corpo	Mantendo a cama em posição horizontal
06	Estender o braço do cliente ao lado do cateter	
07	Aproximar o suporte do cliente e nivelar a linha axilar média ao suporte de soro	Usar régua niveladora
08	Colocar fita adesiva milimetrada no suporte de soro e fixar o equipo no suporte	Marcando a fita no número 10. Marcar o número zero ao lado deste e colocar o y no ponto zero, de forma que o “zero” fique na altura do tórax do paciente, considerando decúbito dorsal horizontal.
09	Conectar a extremidade distal do equipo no catéter central	Fechando as outras infusões.





10	Abrir a via do catéter onde está conectado o equipo de PVC, fechando outras infusões que estejam conectadas	Desconectá-lo do respirador se paciente em ventilação mecânica.
11	Fechar a pinça abaixo do soro e abrir a pinça distal e lavar a extensão do catéter	Observar a infusão do soro pelo catéter até que pare
12	Colocar uma extremidade da régua de PVC sobre o tórax do paciente e a outra próxima à régua de papel fixada no suporte, até a centralização do nível de água	O número atingido quando a régua está à nível da serra considerado o "zero" Observar o nível de soro no equipo, considerando o zero como referência Utilizar os sinais + e - para parâmetros acima e abaixo de zero, respectivamente
13	Desconectar o equipo de PVC, reinstalando outras infusões; Retirar luva e lavar as mãos;	
14	Registrar a ação no prontuário do paciente	

6. Resultados esperados:

- Possibilitar um resultado correto na verificação da PVC
- Assegurar a qualidade da assistência prestada ao cliente
- Medir o diferencial da câmara cardíaca venosa e o grau de hidratação

7. Ações corretivas:

Realizar educação permanente.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Mensuração incorreta deve ser realizado o procedimento novamente observando a técnica descrita
- Mobilização catéter deve observar a infusão de líquidos, refazer a fixação do catéter, se necessário comunicar ao médico responsável e/ou plantonista
- Contaminação deve ser trocado todo o material

9. Anexos:

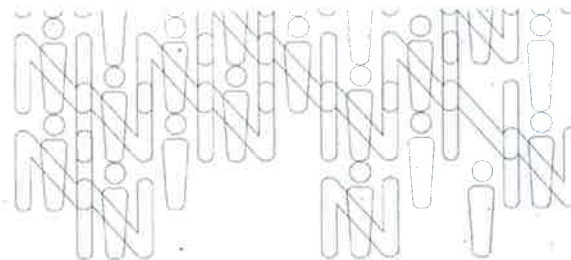
- Nada consta

VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)

1. Recursos necessários:

- Soro Fisiológico 0,9% 250 ml





- Suporte para soro.
- Equipo de PVC e fita métrica.
- Régua
- tree way .
- Fita crep
- Par de luvas de procedimento

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Cliente com acesso venoso central.
- Prescrição médica para verificação da PVC.

3. Cuidados especiais:

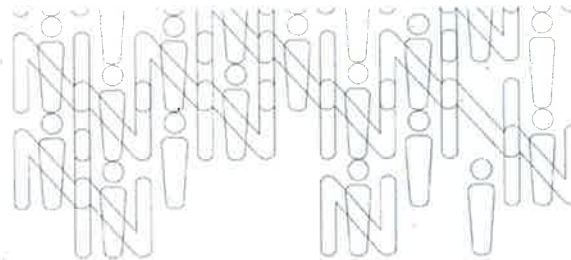
- Em clientes com ventilação mecânica, após visualização da oscilação, deverá ser realizada desconexão do respirador para se finalizar a leitura.
- Verificar antes da leitura, se o cliente está na posição adequada.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir o material , lavar as mãos e calçar luvas.	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Apresentar-se e informar sobre o procedimento.	
03	Colocar o cliente em decúbito dorsal e membros estendidos ao longo do corpo.	Retirando o travesseiro e colocar a cama na horizontal.
04	Proceder à marcação do marco zero e montar o equipo com soro.	Localizar a linha hemi axilar do cliente, coloque a ponta da régua neste ponto e marque na fita métrica instalada no suporte de soro o ponto de encontro, este deverá ser o marco zero.
05	Abrir o tree way para o sistema PVC.	
06	Certificar que todo o equipo está preenchido com soro.	
07	Checar a permeabilidade do cateter e clampar o ramo central do equipo.	Ramo do soro.
08	Abrir o clamp da extremidade superior do equipo e ramo do cliente.	Observando a descida da coluna do líquido.





09	Fazer a leitura, considerando o zero como referência	Pelos valores máximos e mínimos da oscilação. Colocando uma extremidade da régua de PVC sobre o tórax do paciente e a outra próxima à régua de papel fixada no suporte, até a centralização do nível de água
10	Fechar o tree way para o sistema PVC.	
11	Retirar todo o ar do equipo.	Abrir o clampe da extremidade do soro.
12	Clampear o ramo da extremidade superior (coluna de líquido) e proteger a ponta do mesmo..	
13	Controlar o gotejamento do soro.	
14	Deixar o cliente confortável e elevar a cabeceira do leito. Retirar a luva e lavar as mãos.	
15	Registrar a ação no prontuário do paciente.	Principalmente os valores aferidos na leitura.

6. Resultados esperados:

- Medir o diferencial da câmara cardíaca venosa e o grau de hidratação.
- Oferecer informações corretas para a tomada de decisões da equipe médica.

7. Ações corretivas:

- Nada consta.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Contaminação, trocar todo o material
- Mensuração incorreta, refazer o procedimento observando a técnica descrita
- Mobilização catéter, comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou plantonista, observar a infusão de líquidos, refazer a fixação do catéter.

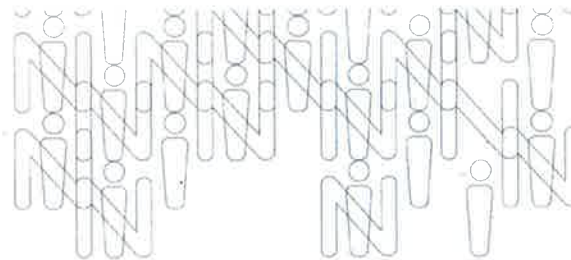
9. Anexos:

- Nada consta.

PERMEABILIZAÇÃO DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO

1. Recursos necessários:





- Frasco de heparina e ou SF 0,9%.
- Seringa de 10 ml, agulha 25x8.
- Ampola de água destilada.
- Tampinha estéril ou plug adaptador
- Luvas de procedimento

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Punção venosa periférica sem indicação de soroterapia.

3. Cuidados especiais:

- Antes de fazer a medicação, aspirar o cateter, retirando a solução heparinizada ou salinizada.
- Trocar o cateter a cada 72 horas.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

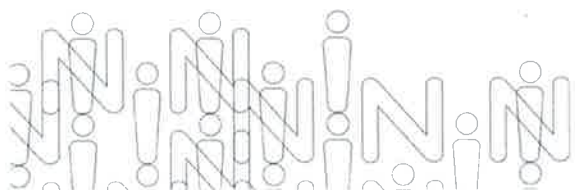
5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir o material, lavar as mãos e calçar luva;	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Apresentar-se e informar sobre o procedimento.	
03	Preparar a solução heparinizada ou salinizada.	Aspirando 0,2ml de heparina e completar com 9,8 ml de água destilada.
04	Administrar a solução heparinizada ou salinizada em todo o catéter.	Para Scalp: cerca de 1,5ml; Para Jelco: cerca de 2,0ml;
05	Fechar o cateter com a tampa estéril. Retirar luva e lavar as mãos.	
06	Registrar a ação no prontuário do paciente.	

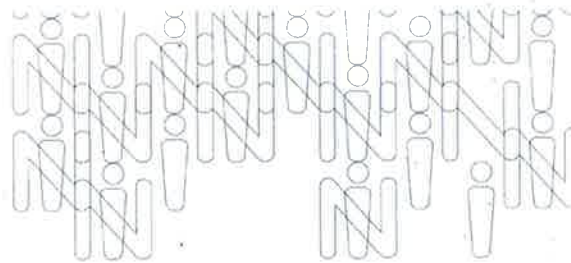
6. Resultados esperados:

- Evitar a coagulação sanguínea nos cateteres.
- Evitar punções venosas.
- Manter a permeabilidade da via.

7. Ações corretivas:



2



- Caso ocorra sinais de obstrução, retirar o acesso venoso, realizar curativo na área afetada, puncionar novo acesso venoso periférico.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Obstrução da via
- Bacteremia
- Choque séptico
- Infecção
- Permeabilidade do catéter

9. Anexos:

- Nada consta.

POSIÇÃO DE FOWLER

1. Recursos necessários:

- Luva de procedimento;
- Coxins.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Para alimentação;
- Para realização de exames;
- Pós-operatório de cirurgias abdominais.

3. Cuidados especiais:

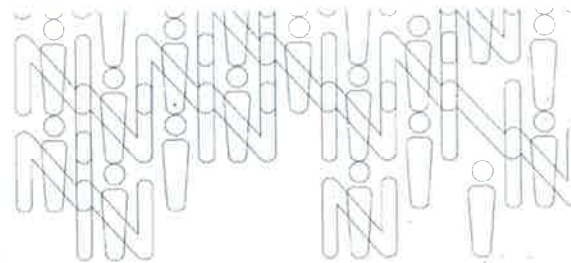
- Sempre procurar o bem-estar do cliente, tendo o cuidado de proporcionar o conforto do cliente.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos e calçar luvas.	Antes de iniciar o procedimento
02	Explicar o procedimento e sua finalidade ao cliente	Sempre que o médico solicitar e em realização de exames
03	Colocar o cliente em decúbito dorsal	Em pós-operatório de cirurgias abdominais





04	Elevar a cabeça e o tórax do cliente até formar um ângulo de 45 graus	
05	Colocar um coxim sobre as dobras do joelho, mantendo-os ligeiramente fletidos ou posicionar a cama	
06	Proteger o cliente com um lençol, expondo toda a área a ser examinada	
07	Deixar o cliente em posição confortável após exame ou procedimento	
08	Retirar luva e lavar as mãos	Após o procedimento
09	Fazer anotações de enfermagem	No prontuário do cliente

6. Resultados esperados:

- Relaxar os músculos abdominais
- Aumentar a capacidade respiratória para expansão torácica;
- Prevenir complicações respiratórias
- Proporcionar conforto ao cliente.
- Ajudar no pós-operatório imediato de cirurgias abdominais e diminuir a dor na incisão cirúrgica.

7. Ações corretivas:

- Procurar a melhor posição para suprir a finalidade.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Quedas;
- Comprometimento da técnica;
- Lesões de pele;
- Hipotensão;
- Hipovolemia.

9. Anexos:

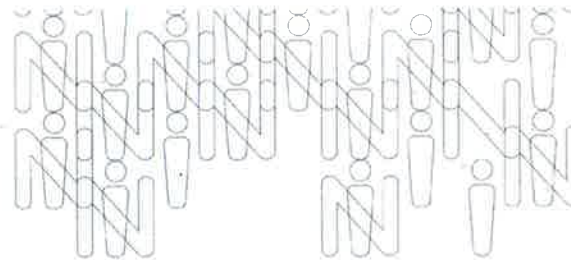
- Nada consta.

POSIÇÃO DORSAL

1. Recursos necessários:

- Luva de procedimento.





2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Mudança de decúbito de 2 em 2 horas;
- Para realização de exames.

3. Cuidados especiais:

- Observar o tempo de permanência nesta posição devido à formação de escaras de decúbito.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos, calçar luvas e explicar o procedimento e sua finalidade ao cliente.	Quando houver necessidade de posição de conforto. Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Colocar a mesa ou cama na posição horizontal	Em realização de exames
03	Deitar o cliente na posição horizontal de costas	
04	Manter os membros superiores alinhados	
05	Manter o cliente protegido com um lençol, expondo apenas a área a ser examinada.	
06	Deixar o cliente em posição confortável após exame	
07	Retirar luvas e lavar as mãos	Após o procedimento
08	Fazer anotações de enfermagem	No prontuário do cliente

6. Resultados esperados:

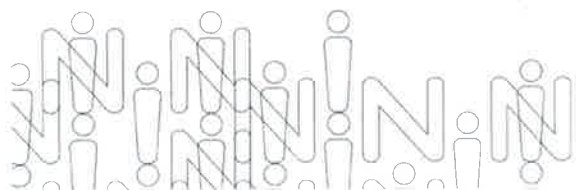
- Favorecer os exames físicos, médicos e de enfermagem.
- Favorecer a realização de procedimentos
- Proporcionar conforto ao cliente

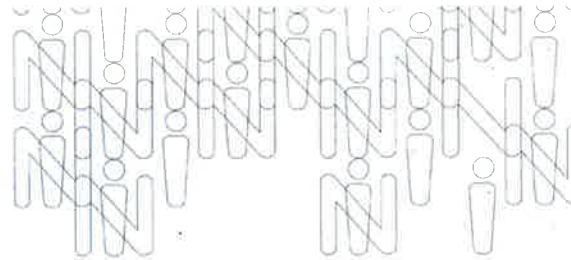
7. Ações corretivas:

- Nada consta.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Quedas;
- Comprometimento da técnica;
- Lesões de pele;





9. Anexos:

- Nada consta.

POSIÇÃO ERETA

1. Recursos necessários:

- Luva de procedimento.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Auxílio na respiração, aplicação de medicação intramuscular e higienização.

3. Cuidados especiais:

- Nada consta.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos, calçar luvas e explicar o procedimento e sua finalidade ao cliente.	Para favorecer aos procedimentos e dar mais conforto na respiração, banho e aplicação intramuscular. Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Manter o cliente protegido com vestuário próprio	
03	Solicitar ao cliente que fique de pé	
04	Deixar em posição confortável após o exame ou procedimento	
05	Retirar luvas, lavar as mãos e proceder com anotações de enfermagem.	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos

6. Resultados esperados:

Favorecer a respiração;

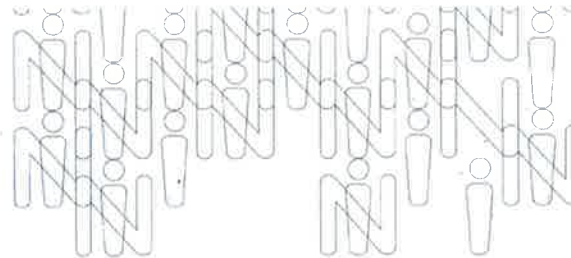
Favorecer a realização de banho de aspersão;

Favorecer a realização de procedimento intramuscular.

7. Ações corretivas:



Handwritten mark



- Nada consta.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Lipotímia;
- Lesões de musculatura;
- Hematomas.

9. Anexos:

- Nada consta.

POSIÇÃO GINECOLÓGICA

1. Recursos necessários

- Luva de procedimento.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Exame ginecológico, cateterismo vesical e trabalho de parto.
- Todas as vezes que houver exame pélvico, bexiga e ou cateterismo vesical.

3. Cuidados especiais:

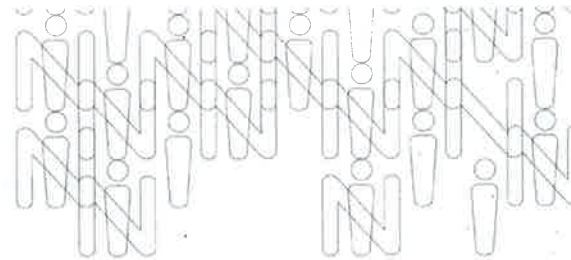
- Proteger as pernas do paciente com a finalidade de evitar dificuldades circulatórias.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Apresentar-se e informar o procedimento ao paciente.	
02	Lavar as mãos e calçar luvas.	Verificar IT de Lavagem das Mãos
03	Colocar o cliente em decúbito dorsal Flexionar um dos membros inferiores, apoiando o calcanhar na cama ou no estribo da mesa de exame, ou apoiar a dobra do joelho na cama ou no estribo da mesa, ou ainda apoiar o joelho na perneira acolchoada da mesa ginecológica.	Repetir o procedimento com o outro membro e afastar os joelhos. Proteger o cliente com um lençol.





04	Deixar o cliente em uma posição mais confortável possível para a realização do exame ou tratamento.	
05	Retirar os membros da posição, massageando-os para facilitar a circulação. Retirar luva e lavar as mãos.	
06	Registrar a ação no prontuário do paciente	

6. Resultados esperados:

- Proporcionar posição ideal para realização de exames ou procedimentos, cateterismo vesical, lavagem externa ou realização de tricotomia, entre outros;
- Exames de pélvis, vagina e bexiga.

7. Ações corretivas:

Nada consta.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Lesão em membros inferiores
- Desconforto para o paciente
- Queda do membro inferior da posição
- Trauma em região coxígena.

9. Anexos:

- Nada consta.

POSIÇÃO LATERAL

1. Recursos necessários:

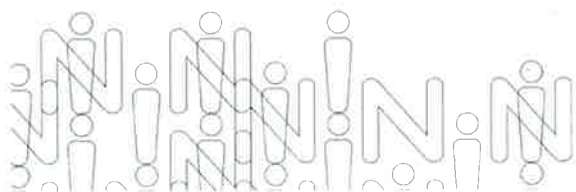
- Luva de procedimento.

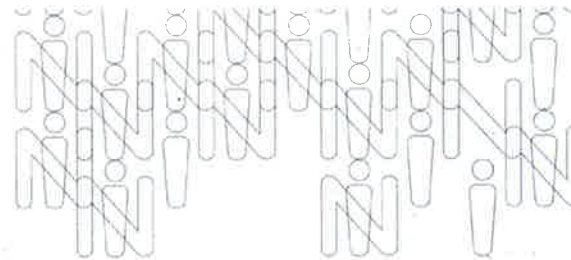
2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Mudança de decúbito de 2 em 2 horas;
- Para realização de exames;
- Higienização.

3. Cuidados especiais:

- Procurar não deixar dobras nos lençóis e manter a posição mais confortável para o cliente;
- Perguntar ao cliente se está confortável.





4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos e calçar luvas.	Antes de iniciar o procedimento; Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Explicar o procedimento e sua finalidade ao cliente	Sempre que houver necessidade
03	Colocar o cliente deitado sobre o travesseiro	
04	Apoiar a cabeça sobre os travesseiros a frente do corpo	
05	Manter a perna que está no plano superior mais fletida que a perna que está no plano mais inferior	
06	Proteger o cliente com um lençol	
07	Deixar o cliente em posição confortável após exame ou procedimento	
08	Retirar luvas e lavar as mãos	Após o procedimento
09	Fazer anotações de enfermagem	No prontuário do cliente

6. Resultados esperados:

- Proporcionar conforto ao cliente.
- Evitar escaras e/ou facilitar a cicatrização das mesmas;
- Prevenir complicações respiratórias;
- Facilitar exames e tratamentos;
- Favorecer procedimentos, como banho no leito, tapotagem, curativos e outros.

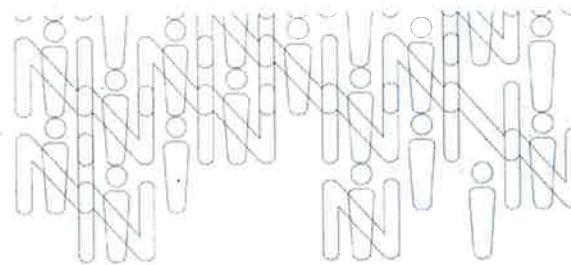
7. Ações corretivas:

- Nada consta.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Quedas;
- Comprometimento da técnica;
- Lesões de pele;





9. Anexos:

- Nada consta.

POSIÇÃO DE SIMS

1. Recursos necessários:

- Luva de procedimento.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Preparo para exame, constipação intestinal, avaliação física e lesão e/ou pós-operatório.

3. Cuidados especiais:

- Manter a privacidade do cliente.

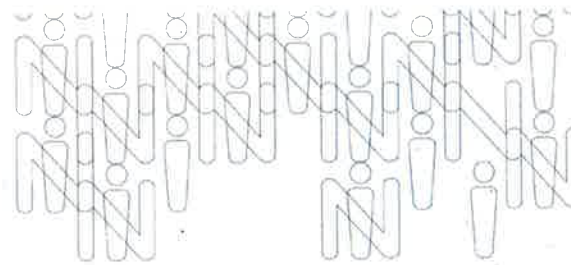
4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos e calçar luvas.	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Explicar o procedimento e sua finalidade ao cliente	Sempre que houver necessidade
03	Colocar o cliente deitado sobre o lado esquerdo	
04	Colocar a cabeça apoiada sobre o travesseiro	
05	Colocar o braço esquerdo para trás das costas	
06	Colocar o braço direito à frente do mesmo	
07	Manter o membro inferior direito flexionado até quase encostar o joelho no abdome, apoiando na cama ou mesa	
08	Manter o membro inferior esquerdo estirado ou levemente flexionado	
09	Proteger o cliente com um lençol	
10	Deixar o cliente em uma posição mais confortável após exame ou tratamento	
11	Retirar luvas e lavar as mãos	
12	Proceder com anotações de enfermagem	Após o procedimento no prontuário do cliente



N



6. Resultados esperados:

- Utilizada para exame retal, lavagem intestinal e aplicação de supositório;
- Favorecer a realização de tricotomia e curativo perianal.

7. Ações corretivas:

- Nada consta.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Quedas;
- Comprometimento da técnica;
- Lombalgia;
- Risco cirúrgico.

9. Anexos:

- Nada consta.

POSIÇÃO VENTRAL

1. Recursos necessários:

- Luva de procedimento;
- Lençol.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Para realização de exames;
- Mudança de decúbito de 2 em 2 horas.

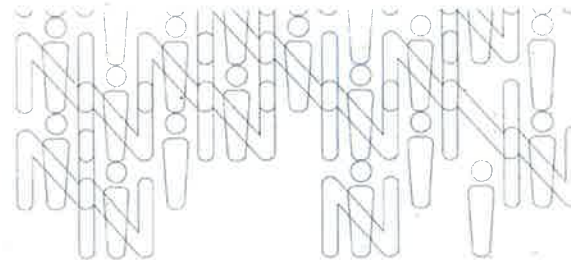
3. Cuidados especiais:

- Promover as mudanças de decúbito de 2 em 2 horas.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:





N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos e calçar luvas.	Antes de iniciar o procedimento, Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Explicar o procedimento e sua finalidade ao cliente	Todas as vezes que houver exame de pélvis, bexiga, cateterismo vesical, lavagem externa,
03	Colocar o cliente deitado com o abdome sobre a mesa ou cama	
04	Apoiar a axila do cliente voltada para um dos lados	
05	Manter os membros superiores ao longo do corpo e os inferiores alinhados	
06	Proteger o cliente com um lençol	
07	Deixar o cliente em posição confortável após exame ou procedimento	
08	Retirar luvas e lavar as mãos	Após o procedimento
09	Fazer anotações de enfermagem	No prontuário do cliente

6.Resultados esperados:

- Evitar escaras e favorecer a cicatrização das mesmas;
- Facilitar exames e tratamentos;
- Favorecer a realização de procedimentos.

7.Ações corretivas:

- Nada consta.

8.Riscos / Tomada de Decisão

- Quedas;
- Comprometimento da técnica;
- Lesões de pele

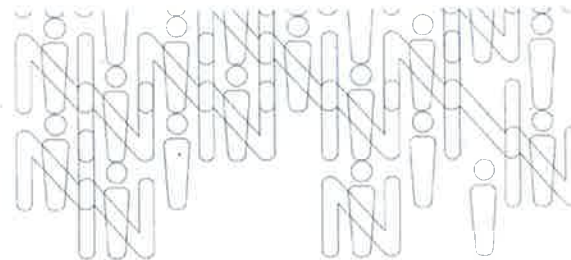
9.Anexos:

- Nada consta.

RESTRIÇÃO DE PACIENTES NO LEITO



2



1. Recursos necessários:

- Algodão ortopédico;
- Atadura crepom;
- Compressas;
- Lençóis.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Clientes agitados ou confusos, semiconscientes, inconscientes.

3. Cuidados especiais:

- Rigorosa observação do cliente;
- Observar prescrição médica;
- Preparar o material necessário;
- Solicitar auxílio de um colega;
- Retirar a restrição logo que terminar o tratamento ou o paciente se acalmar;
- Sempre anotar a causa da restrição no prontuário;
- Verificar com frequência o local da restrição(membros)

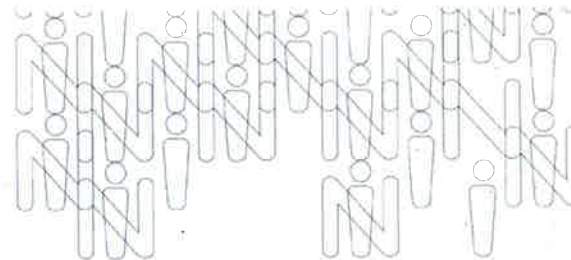
4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Identificar-se;	
02	Checar o leito e nome do paciente;	
03	Orientar o paciente e/ou familiar quanto ao procedimento;	Proteger com compressa ou algodão ortopédico a área a ser restrita. Verificar com frequência o local da restrição, a fim de evitar compressão nervosa e vascular do local. Trocar o lençol três vezes por dia, massageando o local. Não fazer restrição em grandes móveis.
04	Dispor material junto ao paciente	



Handwritten signature



05	Lavar as mãos. Colocar membro (os) em posição apropriada;	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos. Dobrar o lençol na diagonal, formando uma faixa de restrição ampla; Proteger pele com algodão ortopédico da extremidade distal para proximal se restringir um único membro;
06	Proceder ao enfaixamento com atadura de crepe da extremidade distal para a proximal atentando para não garrotear;	
07	Deixar o cliente confortável e a unidade em ordem	
08	Lavar as mãos	
09	Proceder anotações de enfermagem	Anotar horário, a reação do cliente e a finalidade da restrição

6. Resultados esperados:

- Restringir a movimentação dos pacientes que apresentam risco de queda eminente;
- Evitar a retirada de sondas e catéteres em pacientes não colaborativos.

7. Ações corretivas:

- Se o cliente queixar dor na área da contenção, afrouxar e examinar a área.

8. Riscos / Tomada de Decisão

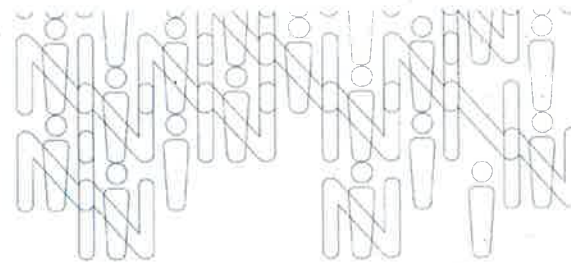
- Lesão de pele;
- Garroteamento;
- Deslocamento de membro;
- Avaliar lesão de pele;
- Avaliar perfusão periférica;
- Avaliar conforto.

9. Anexos:

- Nada consta.

SONDAGEM NASOENTERAL





1. Recursos necessários:

- Bandeja de Inox
- Sonda Duboff
- Biombo
- Seringa de 20 ml
- Cuba rim
- Par luva de procedimento
- Máscara
- Tubo de xilocaína geleia
- Espadrado/Micropore
- Estetoscópio
- Gaze não esterilizada
- Toalha de papel

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Solicitação/prescrição médica;

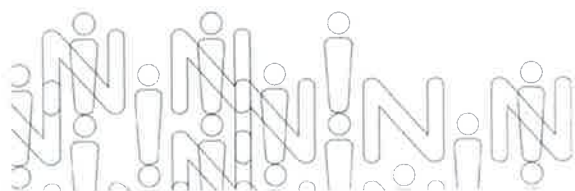
3. Cuidados especiais:

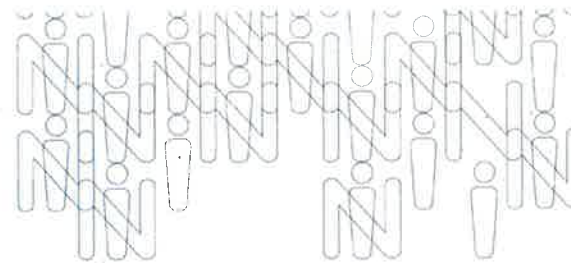
- Verificar se está drenando suco gástrico;
- Lavar a sonda com SF 0,9% sempre que necessário;
- Observar sinais de cianose, dispneia e tosse, principalmente se o paciente estiver inconsciente.

4. Executor: Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Apresentar-se e informar sobre o procedimento a ser realizado ao paciente;	
02	Lavar as mãos.	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
03	Colocar e preparar o material próximo ao cliente	Evitar colocar material no leito do paciente.
04	Elevar a cabeceira da cama, colocando o cliente em posição fowler ou semi-fowler;	
05	Calçar luvas;	
06	Fazer medida rigorosa, do lóbulo da orelha até a asa da narina e até o apêndice xifóide, marcando-a com esparadrapo com 10 cm de folga	

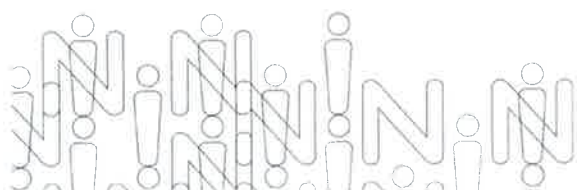




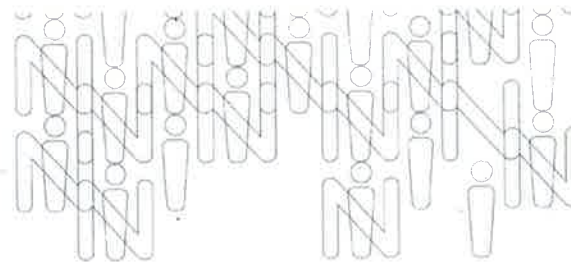
07	Lubrificar a sonda, mais ou menos 10cm com gaze e xylocaína;	
08	Introduzir a sonda pela narina, sem forçar, evitando traumatismo. Fazer a hiper extensão da cabeça.	Não hiper estender a cabeça nos casos suspeitos de trauma cervical. Fazer a introdução da sonda somente a marcação do lobo da orelha até a asa da narina e retornar a posição original
09	Pedir ao cliente para deglutir a sonda, respirar fundo e manter-se calmo; introduzir, até atingir o local demarcado.	
10	Testar se a sonda está realmente no estômago;	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirar à sonda com seringa e ver se reflui suco gástrico; - Colocar o estetoscópio na altura do no apêndice xifoide do paciente para ausculta, injetando 15ml de ar. Se ouvir ruídos, é sinal de que a sonda está no estômago. Poderá ser realizado teste complementar da imersão da sonda em copo de água
11	Fazer limpeza do nariz com SF 0,9% ou álcool 70% e fixar a sonda;	Dar preferência pela fixação com micropore
12	Colocar sonda apta a realizar a infusão da dieta.	Solicitar orientação medica a respeito da infusão imediata da dieta. A realização do raio x é devida quando se quer confirmar o posicionamento da mesma em sentido pilórico
13	Deixar o paciente confortável no leito, em posição de Fowler, a fim de evitar refluxo esofágico; Retirar luva e lavar as mãos.	
13	Registrar a ação no prontuário do paciente	

6. Resultados esperados:

- Promover a drenagem do suco gástrico;
- Melhorar o estado clínico do cliente;
- Prevenir vômitos e aspiração endotraqueal;
- Aliviar tensão abdominal;
- Promover conforto ao cliente;
- Viabilizar lavagem gástrica.
- Atender as necessidades básicas de alimentação e hidratação do paciente.



2



7. Ações corretivas:

- Realizar educação permanente.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Falso trajeto;
- Lesão de mucosa;
- Sangramento;
- Erro de posicionamento;
- Broncoaspiração;
- Desconforto respiratório;
- Avaliar posicionamento da sonda;
- Avaliar padrão respiratório;
- Avaliar dificuldade de realização do procedimento;
- Avaliar sangramento.

9. Anexos:

- Nada consta

SONDAGEM NASOGÁSTRICA

1. Recursos necessários:

- Bandeja de Inox
- Sonda Gástrica
- Coletor;
- Biombo
- Seringa de 20 ml
- Cuba rim
- Par de luvas de procedimento
- Mascara
- Tubo de xilocaína geleia
- Gazes
- Esparadrapo/Micropore
- Estetoscópio

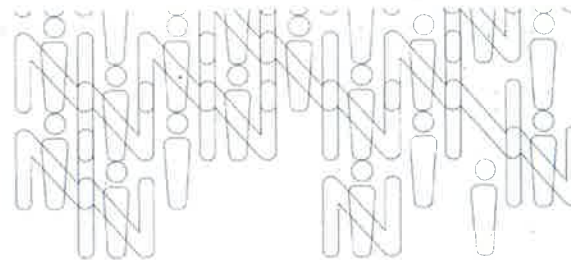
1.

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Solicitação/prescrição médica;



2



3. Cuidados especiais:

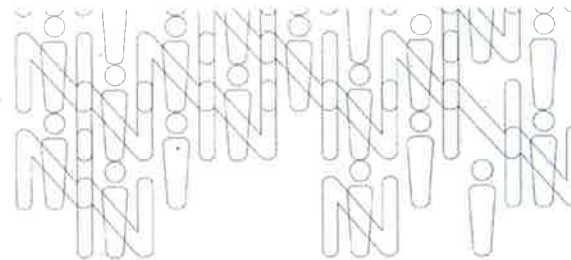
- Verificar se está drenando suco gástrico;
- Lavar a sonda com SF 0,9% sempre que necessário;
- Observar sinais de cianose, dispneia e tosse, principalmente se o paciente estiver inconsciente.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Apresentar-se e informar sobre o procedimento a ser realizado ao paciente;	
02	Lavar as mãos;	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
03	Colocar e preparar o material próximo ao cliente	
04	Elevar a cabeceira da cama, colocando o cliente em posição fowler ou semi-fowler;	
05	Calçar luvas;	
06	Fazer medida rigorosa, do lóbulo da orelha até a asa da narina e até o apêndice xifoide, marcando-a com esparadrapo;	
07	Lubrificar a sonda, mais ou menos 10cm com gaze e xylocaina;	
08	Introduzir a sonda pela narina, sem forçar, evitando traumatismo. Fazer a hiper extensão da cabeça.	Não hiper estender a cabeça nos casos suspeitos de trauma cervical. Fazer a introdução da sonda somente a marcação do lobo da orelha ate a asa da narina e retornar a posição original
09	Pedir ao cliente para deglutir a sonda, respirar fundo e manter-se calmo; introduzir, até atingir a marca do esparadrapo;	
10	Testar se a sonda está realmente no estômago;	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirar à sonda com seringa e ver se reflui suco gástrico; - Colocar o estetoscópio na altura do no apêndice xifoide do paciente para ausculta, injetando 20ml de ar. Se ouvir ruídos, é sinal de que a sonda está no estômago;





		- Colocar a extremidade da sonda deverá ser retirada, e o procedimento repetido, pois a sonda estará nas vias respiratórias.
11	Fazer limpeza do nariz com SF 0,9% ou álcool 70% e fixar a sonda;	Dar preferência pela fixação com micropore.
12	Colocar sonda apta a realizar a infusão da dieta.	Solicitar orientação médica a respeito da infusão imediata da dieta. A realização do raio x e devida quando se quer confirmar o posicionamento da mesma em sentido pilórico
13	Deixar o paciente confortável no leito, em posição de Fowler, a fim de evitar refluxo esofágico; Retirar luva e lavar as mãos.	Observando se a sonda permanecerá fechada ou aberta, conforme solicitação médica;
13	Registrar a ação no prontuário do paciente	

6. Resultados esperados:

- Promover a drenagem do suco gástrico;
- Melhorar o estado clínico do paciente;
- Prevenir vômitos e aspiração endotraqueal;
- Aliviar tensão abdominal;
- Promover conforto ao paciente;
- Viabilizar lavagem gástrica.
- Promover a nutrição e/ou hidratação em paciente com dificuldade de deglutição
- Administrar medicamentos

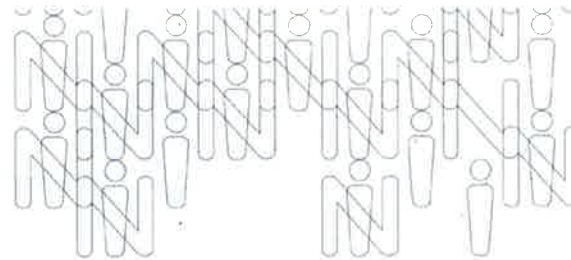
7. Ações corretivas:

- Realizar educação permanente.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Falso trajeto;
- Lesão de mucosa;
- Desconforto respiratório;
- Introdução da sonda com medida maior de maneira que ultrapasse o estômago e se aloje no Duodeno;
- Calibre da sonda inadequada ao tamanho do paciente;
- Saída da sonda por acidentes;





- Avaliar posicionamento adequado da sonda (aspiração de suco gástrico ou introdução de 10ml de ar auscultado pelo estetoscópio);
- Avaliar sangramento;
- Avaliar calibre da sonda de acordo com o tamanho do paciente;
- Observar e anotar débitos e aspectos de conteúdo drenado;
- Avaliar padrão respiratório;
- Avaliar posicionamento da sonda;
- Avaliar criteriosamente a via escolhida (nasal/oral).

9. Anexos:

- Nada consta

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL

1. Recursos necessários:

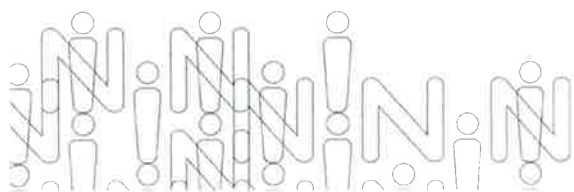
- Dieta enteral prescrita pelo médico.
- Bomba de Infusão.
- Equipo de bomba de infusão (conforme método)
- Suporte de soro
- Equipo com filtro de ar (conforme método)
- Seringa de 20 ml
- Par de luvas de procedimento
- Estetoscópio
- Gaze
- Bandeja.

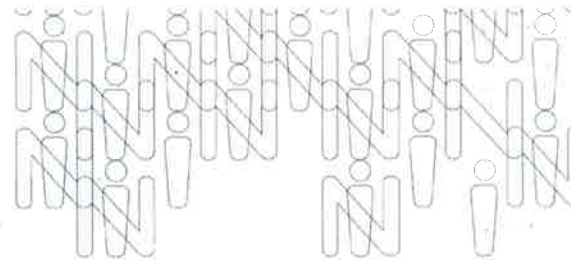
2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Cliente com sonda nasoenteral (SNE).

3. Cuidados especiais:

- Conferir sempre o posicionamento da SNE.
- Verificar a dieta quanto ao aspecto, homogeneidade, corpo estranho.
- Trocar o equipo de bomba a cada 24 horas conforme padronização do CCIH
- Realizar a zeragem da bomba as 06hs e anotar o volume total infundido nas 22 hs no impresso de balanço hídrico
- Manter o período de 06 as 08hs sem infusão de dieta / água (Pausa da dieta – avaliação de tolerância).





- Realizar sempre antes da infusão de dieta a presença de estase gástrica e se ocorrido anotar volume no balanço hídrico e registro de enfermagem.

4. **Executor:** Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

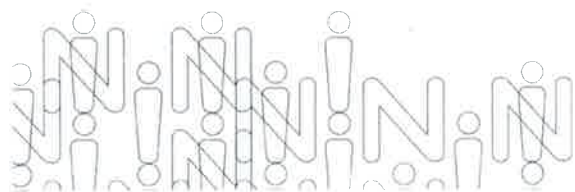
5. **Ações:**

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir o material e lavar as mãos	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Agitar a dieta, instalar o equipo, sem contaminá-lo.	Realizar a troca do mesmo a cada 24 hs conforme padronização do PCIH (programa de controle de infecção hospitalar).
03	Verificar condições do paciente, apresentar-se e informar sobre o procedimento.	Nível de consciência, verbalização, deambulação, presença de lesões ou hematomas. Manter o paciente sentado ou deitado nível de 30 a 45º.
04	Testar o posicionamento e a permeabilidade da SNE.	Checar fixação e trocar quando necessário. Verificar a permeabilidade da sonda infundindo 40 ml de água
05	Instalar o equipo na bomba de infusão e programá-la de acordo com o volume prescrito, gotejamento e iniciar a infusão.	
06	Lavar a SNE de com 40 ml de água filtrada	Após administração de cada frasco dieta, antes e após cada medicamento.
07	Lavar as mãos	
08	Registrar a ação no prontuário do paciente.	

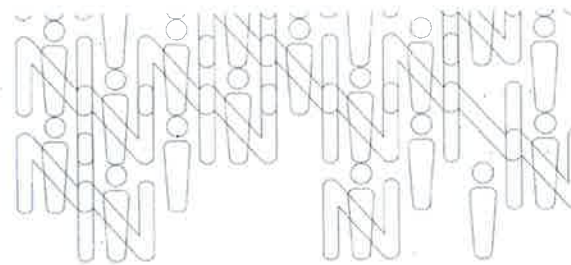
6. **Resultados esperados:**

- Fazer com que o paciente receba nutriente e hidratação necessárias, conforme prescrição médica.
- Restabelecer o volume líquido do organismo
- Elevar ou repor as reservas de eletrólitos
- Vitaminas aminoácidos e calorias ao paciente que não pode manter a ingesta alimentar por via oral ativamente.

7. **Ações corretivas:**



2



- Se houver disfunção abdominal (estase inferior a 200 ml), vômitos ou diarreia (3 episódios de evacuação líquida), reduzir a infusão pela metade e comunicar ao médico. Se estase acima de 400 ml ou mais de 3 evacuações líquidas providenciar a comunicação ao médico.

- Cada medicamento deve ser preparado e administrado separadamente.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Broncoaspiração - Interromper o procedimento e chamar a enfermeira que deverá aspirar e anotar em prontuário, notificando o Enfermeiro de plantão.
- Distensão abdominal - Interromper o procedimento, acionar enfermeiro para deixar ou orientar a deixar a sonda aberta, observar, anotar em prontuário e notificar o Enfermeiro de plantão.
- Refluxo, interromper o procedimento, acionar o enfermeiro para testar o posicionamento da sonda, se necessário retirar e repassar para continuar com o procedimento, anotar a intercorrência no prontuário e notificar o Enfermeiro de plantão.
- Diarreia, observar e comunicar o enfermeiro de plantão e a nutricionista.
- Obstrução de sonda, comunicar o Enfermeiro de plantão e se necessário repassar a sonda.

9. Anexos:

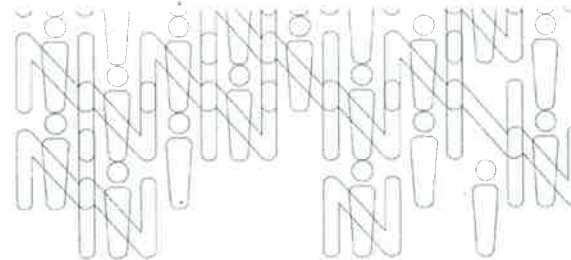
- Nada consta

LAVAGEM GÁSTRICA

1. Recursos necessários:

- Par de luvas de procedimento
- Cuba rim
- Sonda gástrica (nº. compatível com o tamanho da asa do nariz)
- Gaze
- Tubo de xilocaína gel
- Bandeja
- Espadrado/ Micropore
- Soro Fisiológico 0,9% 500 ml
- Seringa 10 ou 20 ml
- Coletor de urina aberto ou saco coletor
- Equipos com injetor lateral.





2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Distensão abdominal
- Constipação intestinal
- Pré-operatório e/ou exames
- Intoxicação exógena

3. Cuidados especiais:

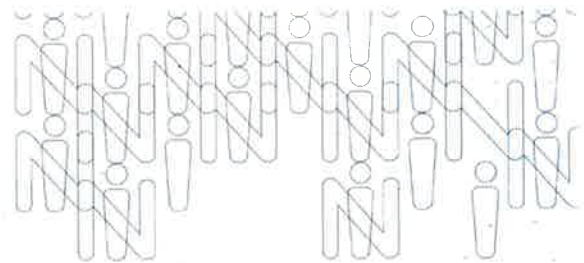
- Não forçar a introdução da sonda
- Respeitar a sensibilidade do cliente

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos, calçar luva e reunir o material.	Verificar MAN.SÉCIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Apresentar-se e informar o procedimento ao paciente.	
03	Realizar sondagem gástrica conforme técnica própria	Conforme página 118
04	Fixar a sonda com micropore e com a seringa, verificar se reflui suco gástrico ou resíduos	
05	Infundir soro fisiológico 0,9% ou outra solução em seringa ou através do equipo, conforme prescrição médica	Aspirando sempre o mesmo volume de solução que foi infundida, se necessário Repetindo a lavagem até que o líquido retorne totalmente limpo, ou conforme orientação do enfermeiro / médico. Anotar o déficit de retorno da infusão para observação e análise do volume.
06	Desprezar o líquido em cuba rim se necessário	Observando aspecto, volume da solução retirada;
07	Manter sonda aberta / fechada conforme orientação médica	
08	Retirar luva e lavar as mãos.	
09	Registrar ação no prontuário do paciente.	Aspecto das fezes, o material utilizado e intercorrências.





6. Resultados esperados:

- Preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias,
- Estancar hemorragias gástricas ou esofágicas, usando líquidos gelados e remover do estômago conteúdo gástrico excessivo ou nocivo.
- Retirar o conteúdo gastrico proveniente de intoxicação exógena

7. Ações corretivas:

- Comunicar ao enfermeiro ou médico responsável.

8. Riscos /Tomada de Decisão

- Mobilização da sonda;
- Broncoaspiração;
- Distensão abdominal por excesso de infusão de líquidos;
- Posicionamento incorreto da sonda;
- Avaliar fixação da sonda e posicionamento adequado;
- Avaliar distensão abdominal;
- Avaliar débito (aspecto e volume);
- Avaliar presença de náuseas e vômitos

9. Anexos:

Nada consta.

LAVAGEM INTESTINAL

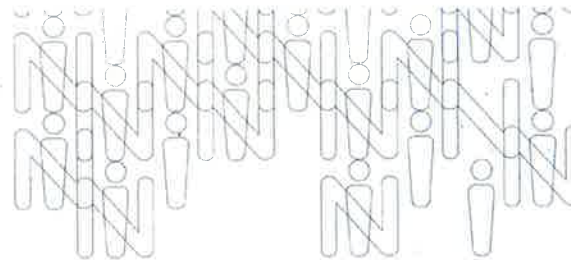
1. Recursos necessários:

- Um par de luvas de procedimento
- Solução prescrita
- Equipo Simples
- Sonda retal
- Gaze
- Tubo de xilocaína gel
- Bandeja de Inox
- Comadre

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Distensão abdominal





- Constipação intestinal
- Pré-operatório e/ou exames

3. Cuidados especiais:

- Não forçar a introdução da sonda
- Respeitar a sensibilidade do cliente

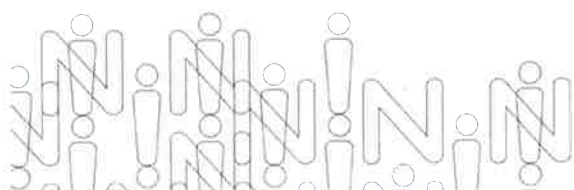
4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

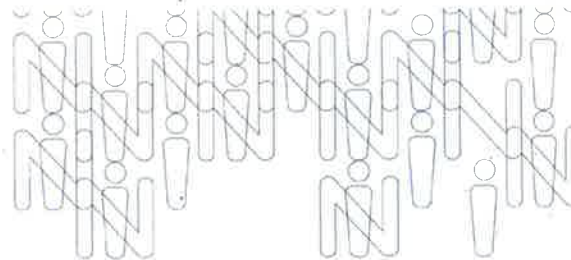
5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos e reunir o material	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Preparar todo material	
03	Apresentar-se e informar o procedimento ao paciente.	
04	Posicionar o cliente em posição de SIMS do lado esquerdo	
05	Calçar as luvas, lubrificar a extremidade distal da sonda retal com xilocaína gel	
06	Afastar a prega interglútea, introduzir a sonda e injetar a solução fazendo compressão gradual no frasco plástico da solução.	
07	Após retirar sonda e orientar paciente a permanecer em posição por mais ou menos 10 minutos para que retenha o líquido o máximo possível	
08	Auxiliar o paciente ao banheiro ou oferecer comadre. Retirar luva e lavar as mãos	
09	Registrar ação no prontuário do paciente.	Aspecto das fezes, o material utilizado e intercorrências,

6. Resultados esperados:

- Aliviar distensão e flatulência;
- Preparar o cliente para exame ou cirurgia intestinal;
- Aliviar constipação intestinal.





- Remover fezes acumuladas

7. Ações corretivas:

- Comunicar ao enfermeiro ou médico responsável.

8. Riscos /Tomada de Decisão

- Lesão de mucosa;
- Extravasamento de líquido;
- Exposição inadequada do paciente;
- Avaliar eficácia do procedimento;
- Avaliar as fezes quanto aspecto e quantidade.

9. Anexos:

- Nada consta.

LAVAGEM INTESTINAL PELA COLOSTOMIA GÁSTRICA

1. Recursos necessários:

- Par de luvas de procedimento
- Cuba rim
- Sonda gástrica (nº compatível com o tamanho do paciente)
- Gaze Estéril
- Tubo de xilocaína gel
- Bandeja
- Solução prescrita
- Seringa 10 ou 20 ml
- Coletor de urina aberto ou saco coletor
- Equipo de soro simples
- Comadre
- Toalha.

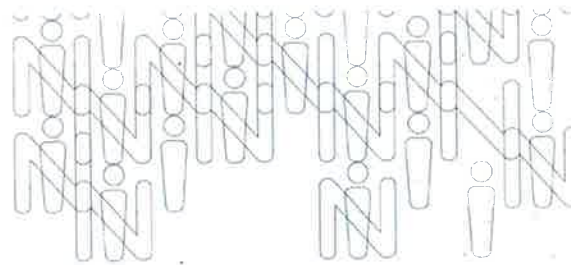
2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- Distensão abdominal
- Constipação intestinal
- Pré-operatório e/ou exames

3. Cuidados especiais:



2



- Não forçar a introdução da sonda
- Respeitar a sensibilidade do cliente

1.

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Lavar as mãos e reunir o material	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos
02	Preparar todo material e calçar luvas	
03	Apresentar-se e informar o procedimento ao paciente.	
04	Posicionar o paciente, colocar a toalha sob o paciente	
05	Conectar o equipo ao frasco da solução, preenchê-lo e pendurá-lo no suporte de soro, conectar a sonda ao equipo	Lubrificar a extremidade distal da sonda com Xilocaína
06	Desconectar a parte plástica da bolsa e colocá-la na comadre, introduzir a sonda na ostomia, abrir a pinça do equipo e infundir a solução lentamente	Após o término da infusão, retirar a sonda e secar ao redor da ostomia, recolocar a bolsa plástica
07	Observar o débito e esvaziar a bolsa, via clip, sempre que necessário Retirar luva e lavar as mãos	
08	Registrar ação no prontuário do paciente.	Aspecto das fezes, o material utilizado e intercorrências.

6. Resultados esperados:

- Preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias,
- Avaliar a distensão abdominal,
- Flatulência
- Remover fezes acumuladas

7. Ações corretivas:

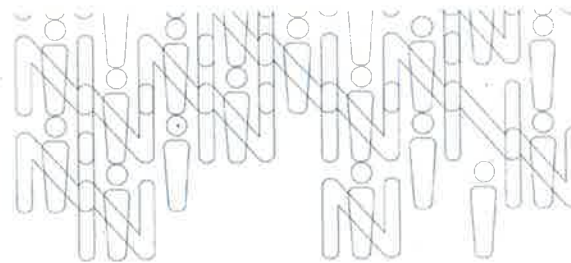
- Comunicar ao enfermeiro ou médico responsável.

8. Riscos /Tomada de Decisão

- Avaliar distensão abdominal;
- Avaliar débito (aspecto e volume);
- Avaliar presença de náuseas e vômitos
- Observar evolução da lesão do estômago e alça



2



- Desconforto e algias

9. Anexos:

Nada consta

PREPARO DO CORPO PÓS-MORTE

1. Recursos necessários:

- Biombo;
- Algodão;
- Atadura de crepe;
- Luvas de Procedimento;
- Maca;
- Lençóis;
- Etiquetas de identificação de óbito
- Pinça Cheron
- Fita crepe
- Máscara descartável
- Oculos protetor
- Tesoura
- Cobertura de óbito

2. Condições necessárias / Atividades críticas:

- O médico deverá constatar óbito em prontuário / ficha de atendimento (pronto socorro).

3. Cuidados especiais:

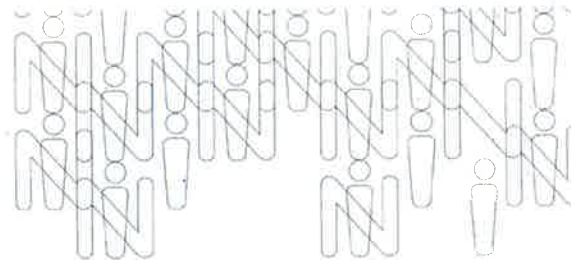
- Respeitar o corpo, mantendo respeito e ética profissional;
- Identificar e entregar os pertences aos familiares com o devido comprovante de pertences / objetos
- Nos casos de pacientes encaminhados já em óbito, deverá ser realizado central de luto e destinado o corpo para o serviço de referência (SVO, IML, Funerária)

4. Executor: Auxiliar/ Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro

5. Ações:

N.º	Ação (o que fazer)	Observações (como, quando, onde)
01	Reunir o material Lavar as mãos, colocar óculos, máscara e calçar luva.	Verificar MAN.SECIH.002 – Manual de Higienização das Mãos





02	Aspirar secreções. retirar sondas, drenos e cateteres se necessário, realizar higiene do corpo	Realizar a retirada dos dispositivos com cuidado para não contaminação do colaborador.
03	Tamponar os orifícios usando algodão;	Boca, nariz, vagina e anus; Solicitar ao médico suturar eventuais estomas e não se esquecer de colocar na boca do paciente dentadura ou ponte móvel.
04	Manter decúbito horizontal dorsal com braços fletidos sobre o tórax, fixar com atadura a mandíbula Retirar luva, mascar, óculos e lavar as mãos	Não se esquecer de fixar a mandíbula e manter os braços sobre os peitos
05	Identificar o corpo (nome, RG, data e horário do óbito)	Registrar em etiqueta de identificação e anexar no tórax do cadáver;
06	Cobrir o corpo, completamente com lençol e colocar outra etiqueta de identificação. Colocar o corpo na cobertura de óbito	Depois de realizado o preparo do corpo, colocá-lo na cobertura de óbito e encaminhar ao necrotério.
07	Identificar pertences (nome, RG, data e horário do óbito)	
08	Encaminhar o corpo para o necrotério.	
09	Registrar a ação no prontuário do paciente.	E livro próprio de registro.

6. Resultados esperados:

- Preparar e identificar o corpo para entregá-lo a família e consequentemente a funerária;
- Manter o corpo limpo, evitando a exalação de maus odores e saída de líquidos (sangue e secreções), durante o velamento do corpo;
- Dispor o corpo em posição adequada, antes da rigidez cadavérica.
- Agilidade no preparo, tempo máximo de preparo: 30min.

7. Ações corretivas:

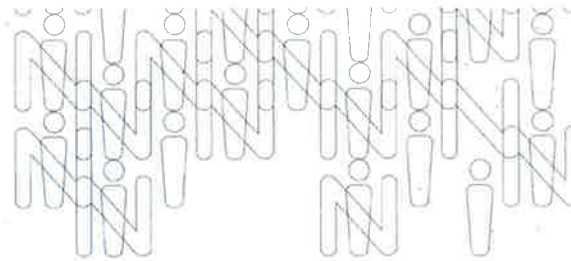
- Realizar educação permanente com os colaboradores da equipe de enfermagem.

8. Riscos / Tomada de Decisão

- Queda do corpo no transporte, recolocar o corpo na maca
- Extravasamento de fluidos corporais, refazer o tamponamento
- Identificação errada do corpo, refazer imediatamente etiqueta de identificação, comunicar ao superior imediato

9. Anexos:





- Nada consta.

NOTA





REGULAMENTO INTERNO DA UNIDADE DE SAÚDE

Este documento é um modelo técnico desenvolvido pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais da Unidade providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência será submetido a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador). A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos.



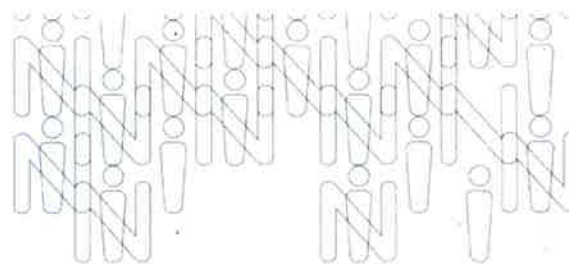


Sumário

<u>INTRODUÇÃO.....</u>	<u>3</u>
<u>CONTROLE E REVISÕES.....</u>	<u>3</u>
<u>APRESENTAÇÃO</u>	<u>3</u>
<u>DA UNIDADE DE SAÚDE.....</u>	<u>3</u>
<u>DO CONTRATO DE GESTÃO</u>	<u>4</u>
<u>DA ORGNIZAÇÃO SOCIAL - O.S.....</u>	<u>4</u>
<u>ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE.....</u>	<u>5</u>
<u>DIRETORIA CENTRAL DA O.S.....</u>	<u>5</u>
<u>CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE</u>	<u>5</u>
<u>1. COMPETÊNCIAS DAS UNIDADES</u>	<u>6</u>
<u>2. SERVIÇOS CORPORATIVOS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL.....</u>	<u>18</u>
<u>3. QUALIDADE INTEGRADA À GESTÃO</u>	<u>19</u>
<u>4. RESPONSABILIDADE DA DIREÇÃO</u>	<u>23</u>
<u>5. ELABORAÇÃO, VERIFICAÇÃO E APROVAÇÃO.....</u>	<u>25</u>



2



INTRODUÇÃO

Este Regulamento Interno define e caracteriza o sistema de gestão aplicado na “Unidade de Saúde XXX”, com o propósito de organizar os recursos necessários a prestação de serviços qualificados que atendam aos requisitos dos clientes, bem como aos requisitos legais e regulamentares aplicáveis.

CONTROLE E REVISÕES

Elaboração/Revisão/Aplicação: O conteúdo deste Regulamento Interno é de responsabilidade da Diretoria Geral da Unidade de Saúde; a natureza da revisão deve ser indicada no controle de revisões, última página deste Regulamento Interno.

Verificação: é de responsabilidade do representante da Gestão da Qualidade;

Aprovação: Diretoria Geral da Unidade de Saúde.

Distribuição: Cópias controladas deste Regulamento Interno devem ser distribuídas aos demais Diretores da Unidade de Saúde.

Este Regulamento Interno encontra-se assim estruturado:

APRESENTAÇÃO:

- Da Unidade de Saúde
- Do Contrato De Gestão
- Da Organização Social

ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

- Diretoria Central
- Conselho De Administração Da Unidade de Saúde
- Competências Das Unidades Da Unidade de Saúde
- Serviços Corporativos
- Qualidade Integrada À Gestão Unidade de Saúde
- Responsabilidade Da Direção
- Termos E Definições

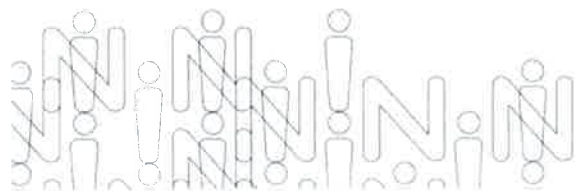
APRESENTAÇÃO

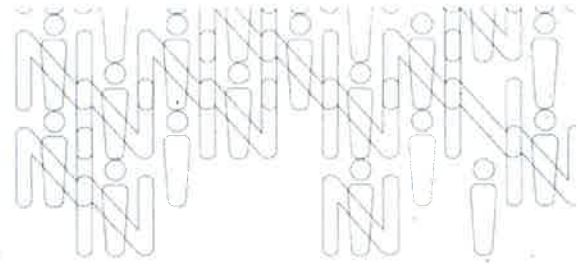
DA UNIDADE DE SAÚDE

(breve relato da origem da Unidade de Saúde)

A Unidade de Saúde XXX foi construído 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 dos convênios XXX.





Esta Unidade é um patrimônio público e encontra-se sob gestão de uma OSS – Organização Social de Saúde denominada XXX, regularmente contratada para esta finalidade.

Identidade da Unidade de Saúde: citar missão / visão / valores

DO CONTRATO DE GESTÃO

O contrato de gestão No.XXX datado de XXX, seus anexos técnicos e aditivos são instrumentos que outorgam à O.S. poder de gestão da Unidade de Saúde e estabelecem todas as condições operacionais a cerca da produção de serviços e custeio da atividade. Dada a relevância do contrato de gestão ele é parte integrante deste Regulamento Interno (anexo 1)

DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL - O.S.

Entidade civil, de direito privado, sem fins lucrativos, filantrópica, com sede e foro jurídico na cidade XXXX. A O.S. tem duração por tempo indeterminado, com as seguintes finalidades:

1. Prestar assistência hospitalar a quantos procurarem seus serviços, sem distinção de nacionalidade, raça, credo religioso, opinião política ou qualquer outra condição, tanto em regime de internação, quanto dos serviços externos;
2. Prestar assistência social, através de asilos, creches e outras atividades que ajudem a comunidade a se realizar;
3. Desenvolver a pesquisa, tanto em sua forma pura quanto aplicada, sobretudo em seus estabelecimentos, para favorecer o aperfeiçoamento das atividades da saúde;
4. Levar a efeito atividades de saúde comunitária, com vistas à prevenção de doenças e promoção da saúde, orientação sanitária e imunização.
5. A O.S. prestará assistência gratuita aos que não tiverem recursos, na proporção, ao menos, que preceitua a legislação em vigor.
6. A pessoa humana é o nosso maior patrimônio, por isto, denominamos o nosso funcionário como colaborador.

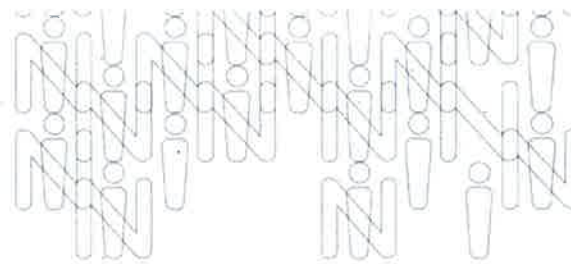
DA FINALIDADE

O serviço tem por finalidade:

1. Assistir o paciente integralmente visando ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo a sociedade o mais rápido possível;



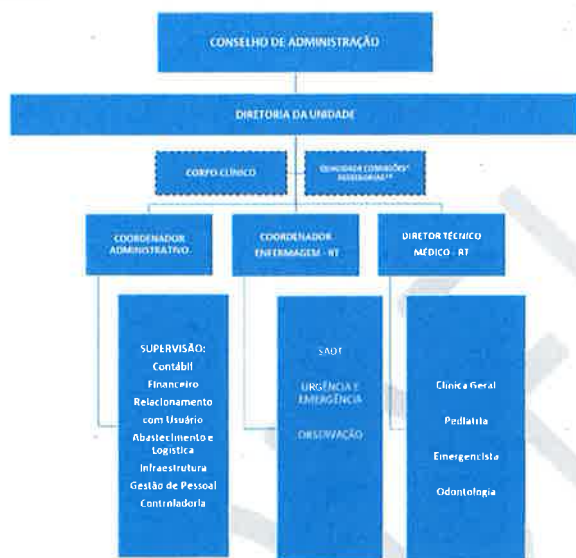
N



2. Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe;
3. Trabalhar de acordo com o código de ética dos profissionais.

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A Unidade possui estrutura própria mas se reportando ao conselho de administração da Organização Social, conforme segue:



ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE - RESPONSABILIDADES

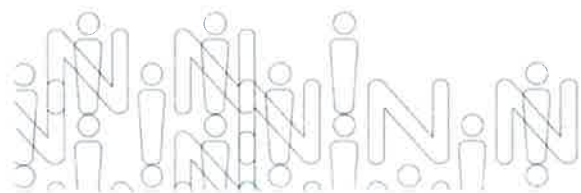
A Unidade de Saúde está organizada em unidades administrativas, técnicas e assistenciais que se inter-relacionam, compondo a estrutura organizacional. O organograma é o documento que demonstra e formaliza essa estrutura, bem como a relação hierárquica de subordinação existente entre as diversas unidades. Cabe ao Diretor de Operações e Diretor Geral da Unidade de Saúde sua aprovação.

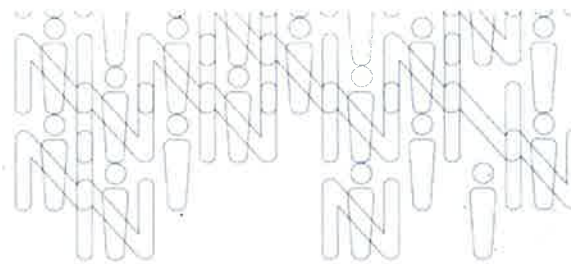
O Organograma é parte integrante deste Regulamento Interno. (Anexo 2)

DIRETORIA CENTRAL DA O.S.

A Unidade de Saúde, enquanto organização, é uma unidade (filial) da O.S., com sede em XXX. Neste sentido seu Diretor Geral e demais diretores de área são designados pela O.S.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE





Deve ser constituído fundamentado na Lei que disciplina a matéria, referente às Organizações Sociais de Saúde, tem, entre suas atribuições, a de aprovar os procedimentos a serem adotados na contratação de obras, serviços, compras e alienações, a proposta do contrato de gestão e os demonstrativos financeiros e contábeis, bem como as contas anuais da Unidade de Saúde, com o auxílio de auditoria externa, além de fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas.

O Conselho de Administração terá seu próprio Regulamento Interno.

1. COMPETÊNCIAS DAS UNIDADES – NORMAS GERAIS E TRANSITÓRIAS

1.1. Diretoria Geral da Unidade de Saúde

É a autoridade funcional da Unidade de Saúde, responsável pelo cumprimento das obrigações e metas previamente definidos em contrato, bem como pela implantação das diretrizes e políticas de gestão da Unidade de Saúde. Compete à Diretoria Geral cumprir e fazer cumprir este Regulamento Interno.

1.1.2 Escritório da Qualidade

O Escritório da Qualidade deve interagir com as diversas unidades administrativas, técnicas e assistenciais da Unidade de Saúde, visando ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, apoiando e orientando o enquadramento às melhores práticas do segmento da saúde.

1.1.3 Núcleo de Educação Permanente - NEP

O NEP deve interagir com todas as unidades da Unidade de Saúde, visando implementação de práticas de educação permanente do profissional em seu local de trabalho.

1.1.4 Marketing e Comunicação

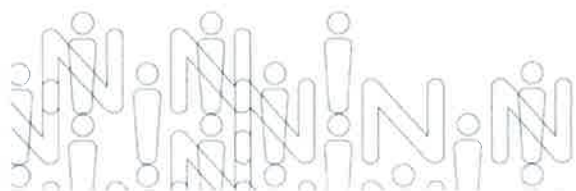
Compete fortalecer a comunicação e a imagem da Unidade de Saúde junto à comunidade em geral, às instituições de classe, aos clientes internos e externos.

1.1.5 Comissões Hospitalares

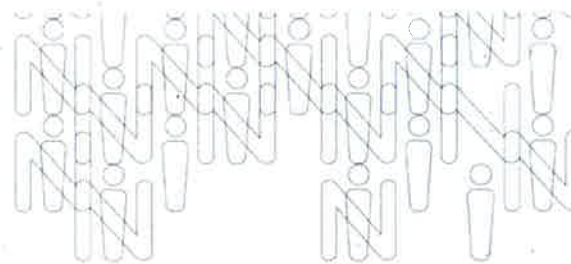
A Diretoria da Unidade de Saúde irá organizar e manter em funcionamento todas as Comissões legalmente exigidas pelos Órgãos Públicos regulamentadores da atividade hospitalar, bem como poderá criar outras para melhorar o desempenho institucional.

Comissões Obrigatórias:

- a. **Comissão de Ética Médica:** Lei 3.268/57 de 30/09/1957 (DOU 04/10/1957). Resol. CFM 1215/85. 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 deverá ser presidida pelo Diretor Técnico da Unidade de Saúde e será composta pelos membros do Corpo Clínico do mesmo.



2



As competências estarão definidas na Ata de Abertura/Regimento da Comissão.

b. Comissão de Controle de Infecção

A Comissão de Controle da Infecção em Saúde 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. As competências estarão definidas na Ata de Abertura/Regimento da Comissão; Composta pelos profissionais da Unidade de Saúde que têm maior afinidade com a problemática, devendo participar necessariamente a coordenação dos serviços de apoio, enfermagem, farmácia, laboratório e médico infectologista responsável pelo Serviço de Controle de Infecção em Saúde.

c. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

Esta Comissão é regida pela Lei nº 6.514 de 22/12/77 e regulamentada pela NR-5 do Ministério do Trabalho, constituindo um órgão de assessoria e atuação, composta por cinquenta por cento de seus membros indicados pela Diretoria e cinquenta por cento de seus membros eleitos pelos colaboradores da Unidade de Saúde.

Esta comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

d. Comissão de Revisão de Prontuários

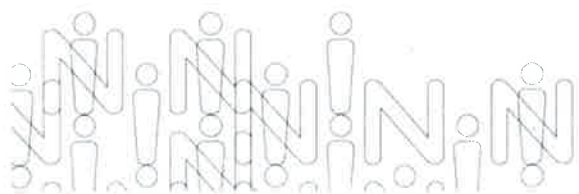
Resolução 1638 de 10/07/2002. Esta Comissão deve ser designada pelo Diretor Geral da Unidade de Saúde, sendo membros dessa comissão representante indicado pelo Diretor Técnico, Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem, Psicólogo, Assistente Social, Faturamento, bem como outros profissionais que se fizerem necessários. Está comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

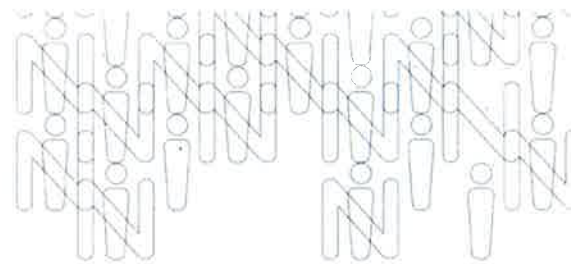
e. Comissão de Óbitos

(Legislação estadual) Esta Comissão deve ser designada pelo Diretor Geral da Unidade de Saúde e devem ser considerados membros dessa comissão representante indicado pelo Diretor Técnico, Diretor Clínico, Diretor de Enfermagem, Médico patologista, bem como, outros profissionais que se fizerem necessários. Está comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

f. Comissão de Avaliação Nutricional

Ministério da Saúde (Portaria 337, 14/04/99). Esta Comissão deve ser designada pela Diretoria Clínica da Unidade de Saúde e devem ser considerados membros dessa comissão representantes indicados pelo Diretor Técnico, Diretor de Apoio, Diretor de Enfermagem, Diretor Administrativo, Representante





SCIH, NEP, bem como, outros profissionais que se fizerem necessários. Esta comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

g. Comissão de Ética de Enfermagem

Resolução COFEN 172/94. Esta Comissão deve ser designada pela Diretoria de Enfermagem e devem ser considerados membros desta, profissionais indicados pela mesma, os quais deverão ter entre outras atribuições, a colaboração com os COREN's regionais no combate ao exercício ilegal da profissão. Esta comissão terá suas competências descritas na Ata de Abertura / Regimento da mesma.

Comissões Recomendadas (conforme requisitos contratuais, perfil assistencial e necessidades de cada hospital).

- h. Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos
- i. Comissão de Gerenciamento de Resíduos Serviços de Saúde
- j. Comissão da Qualidade
- k. Comissão de Gerenciamento de Riscos
- l. Comissão do Plano de Contingência Institucional
- m. Comissão de Hemoderivados
- n. Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes
- o. Comissão de Curativos
- p. Comissão de Farmacovigilância
- q. Comissão de Humanização
- r. Outras comissões pertinentes

1.2. Diretoria Administrativa

É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementadas nas unidades sob comando direto, bem como representar os interesses e necessidades destas unidades no contexto da Unidade de Saúde. Compete cumprir e fazer cumprir este Regulamento Interno e representar a Direção Geral quando solicitado.

Fazem parte desta Diretoria os seguintes serviços:

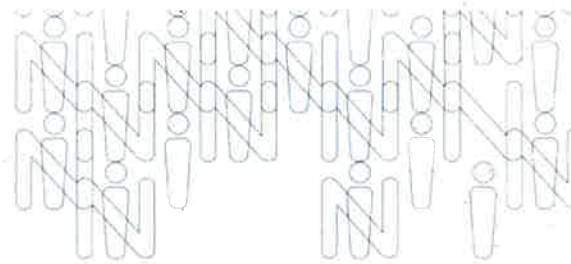
1.2.1 Recrutamento e Seleção

Prover profissionais qualificados para suprir, em tempo, as vagas de trabalho abertas pela Unidade de Saúde. Avaliar perfil e emitir laudo dos candidatos.

1.2.2 Administração de Pessoal



N



Responsável pela admissão, compensação e desligamento de pessoal, ou seja, todo processo de acompanhamento da relação contratual do colaborador com a Unidade de Saúde. Representar a Unidade de Saúde junto aos órgãos oficiais (DRT, Sindicato, Justiça do Trabalho, etc).

1.2.3 Segurança e Medicina de 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.

1.2.4 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.

1.2.5 Faturamento

Responsável pelo processamento, cobrança e recebimento das contas hospitalares dos pacientes, internos e externos, do sistema único de saúde, particulares e diversos convênios contratados pela Unidade de Saúde.

1.2.6 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.

1.2.7 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.

1.2.8 Patrimônio

Responsável por catalogar e controlar todos os bens patrimoniais. Proceder a controles de inclusão, transferência e baixa dos bens próprios e de terceiros sob guarda.

1.2.9 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.

1.3 Diretoria de Apoio





É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementadas nas unidades sob comando direto, bem como representar os interesses e necessidades destas unidades no contexto da Unidade de Saúde. Compete cumprir e fazer cumprir este Regulamento Interno. Fazem parte desta Diretoria os seguintes serviços:

1.3.1 Hotelaria

Responsável pelo gerenciamento da interface dos serviços de apoio com o objetivo de garantir qualidade do atendimento ao cliente através dos meios de hospedagem oferecidos.

1.3.2 Nutrição e Dietética

Prover alimentação adequada aos usuários da Unidade de Saúde. Realiza a produção e a distribuição de todos os alimentos, avalia, acompanha e orienta nutricionalmente os pacientes internados nas diversas clínicas e terapia intensiva, bem como fornece alimentação aos profissionais e acompanhantes.

1.3.3 Processamento de Roupas

Prover roupa necessária aos serviços prestados pela Unidade de Saúde. Realiza a coleta, transporte e separação de roupa suja, bem como o processamento de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição.

1.3.4 Costura

Manter o enxoval hospitalar em condições adequadas e seguras de utilização pelos pacientes, profissionais e acompanhantes.

1.3.5 Segurança

Manter a ordem e zela pelos bens patrimoniais da instituição. Responsável por controlar acessos e fluxos (pessoas e bens) da Unidade de Saúde.

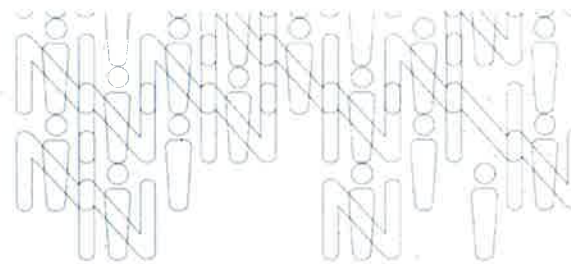
1.3.6 Higiene e Limpeza

Prover ambiente limpo e seguro necessário aos serviços prestados pela Unidade de Saúde. Planeja e executa todas as atividades relacionadas à preservação, limpeza, desinfecção, tratamento e manutenção de piso, parede e mobiliário, faz coleta de resíduos.

1.3.7 Compras

Prover o abastecimento de insumos adequados e seguros necessários aos serviços prestados pela Unidade de Saúde. Responsável por assegurar a melhor relação preço e qualidade pertinentes ao orçamento da Unidade de Saúde.





1.3.8 Almoxarifado

Responsável pelo recebimento, guarda, controle e distribuição dos insumos necessários ao funcionamento da Unidade de Saúde observando condições técnicas e de segurança pertinentes.

1.3.9 Farmácia

Prover medicamentos adequados e seguros necessários aos serviços prestados pela Unidade de Saúde. Responsável por programar, receber, estocar, preparar, controlar e distribuir medicamentos e correlatos e manipular fórmulas magistrais.

1.3.10 Infraestrutura

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 RDC50. Conservação, recuperação e vistoria (laudo técnico) dos equipamentos, sistemas ou instalações da Unidade de Saúde, com a finalidade de garantir sua completa operacionalidade.

1.3.11 Engenharia Clínica

Assegurar que todos os equipamentos de suporte à vida estejam em pleno funcionamento e acompanhar toda questão preventiva e corretiva dos mesmos. Manter controle dos laudos técnicos de funcionamento, localização e calibração.

1.4 Diretoria de Relacionamento

É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementadas nas unidades sob comando direto, bem como representar os interesses e necessidades destas unidades no contexto da Unidade de Saúde. Compete cumprir e fazer cumprir este Regulamento Interno.

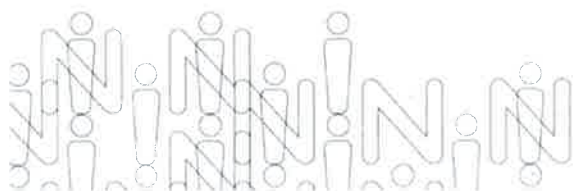
Fazem parte desta Diretoria os seguintes serviços:

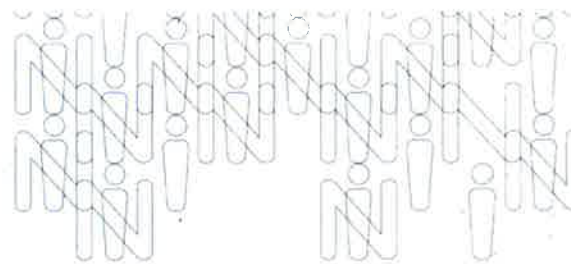
1.4.1 Atendimento - Recepções de PS, PA e Ambulatório

Executar o atendimento a pacientes, acompanhantes e demais pessoas que buscarem contato com a Unidade de Saúde. Responsável por processar os registros e encaminhamentos adequados e seguros de todos os atendimentos.

1.4.2 Internação

Receber pacientes e prover informações as pessoas que buscarem contato com a Unidade de Saúde. Responsável por executar a internação e o encaminhamento adequado e seguro dos pacientes e realizar gerenciamento de leitos.





1.4.2 Telefonia

Responsável pela comunicação via telefone e sistema de som, visando informar, realizar e direcionar ligações, localizar pessoas, fazer anúncios, entre outros.

1.4.4 Atendimento ao Cliente (SAC)

Atuar como canal de comunicação entre cliente com a Unidade de Saúde. Receber e dar o encaminhamento adequado e seguro a toda manifestação registrada ou verbal que seja feita envolvendo a Unidade de Saúde, seus serviços e profissionais. Responsável por pesquisar e medir o grau de satisfação dos clientes e prover informações as Diretorias e demais lideranças da Unidade de Saúde.

1.4.5 Serviço Social

Prestar assistência social aos pacientes e profissionais da Unidade de Saúde, em uma abordagem educativa, respeitando os princípios éticos e técnicos da profissão como premissa do serviço.

1.4.5 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.

1.4.7 Diagnóstico e Tratamento (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.

1.4.7.1 Diagnóstico por Imagem e Traçados:

Composto por Radiologia, Ultra-sonografia, Tomografia, Endoscopia, Eletro-Cardiograma, Eletro-encefalograma, e outros que por ventura venham ser implantados.

1.4.7.2 Laboratórios e Análises Clínicas

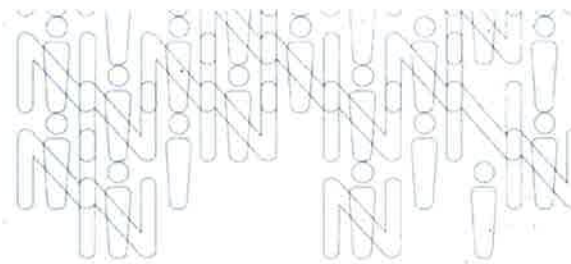
Serviço destinado a análise laboratorial dos componentes do organismo, por meio de exames de sangue, urina, etc.

1.4.7.3 Fisioterapia

Reabilitação ou readaptação dos processos sensoriais e da função respiratória e motora. Utiliza métodos de inibição dos padrões, tônus e movimentos patológicos; facilitação dos normais e aprendizagem destes, gerando a função.

1.4.7.4 Fonoaudiologia





Unidade destinada à reabilitação ou readaptação das funções motoras orais que envolvem a respiração, alimentação (sucção, mastigação, deglutição), integração e harmonização da fala.

1.4.7.5 Psicologia

Prestar atendimento psicológico aos pacientes internados e seus familiares utilizando psicoterapia breve e focal bem como contribuir para a melhoria do nível de saúde mental, aderência ao tratamento e reabilitação sócio-psicológica.

1.4.7.6 Agência Transfusional

Unidade física com ambientes destinados a armazenar, realizar testes de compatibilidade e distribuir hemocomponentes para aplicação.

1.4.7.7 Laboratório de Anatomia Patológica

Esta unidade destina-se a realizar exames citológicos e estudos macro ou microscópios de peças anatômicas retiradas cirurgicamente de doentes para fins de diagnósticos.

1.5 Diretoria Assistencial

É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementadas nas unidades sob comando direto, bem como representar os interesses e necessidades destas unidades no contexto da Unidade de Saúde. Compete cumprir e fazer cumprir este Regulamento Interno. Fazem parte desta Diretoria as seguintes unidades assistenciais:

1.5.1 Internação de Clínica Médica

Unidade destinada ao atendimento de paciente portador de patologia clínica, crônica ou não. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

1.5.2 Internação Clínica Cirúrgica

Unidade destinada ao atendimento de paciente portador de tratamento cirúrgico, compatível com o perfil da Unidade de Saúde. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

1.5.3 Medicina Intensiva

Unidade especializada e diferenciada, destinada ao atendimento de paciente que necessita de cuidados intensivos e contínuos de equipe multidisciplinar especializada e capacitada. São recebidos nessas unidades, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.





1.5.4 Centro Cirúrgico

Destinado à realização de cirurgias, sejam elas programadas ou de caráter de urgência. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

1.5.5 Central de Material e Esterilização

Responsável por prover a Unidade de Saúde com material estéril adequado e seguro necessário ao serviço prestado pela Unidade de Saúde. Executar o controle, processamento e distribuição de artigos a serem utilizados em todas as unidades hospitalares que requeiram limpeza, esterilização e armazenagem.

1.5.6 Unidade Ambulatorial

Destinado ao atendimento de consultas de especialidades médicas diversas, conforme perfil da Unidade de Saúde. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

1.5.7 Unidade de Pronto Socorro

Destinado ao atendimento de urgência/emergência, conforme perfil da Unidade de Saúde. São recebidos nesta unidade pacientes em estado grave, mal súbito e risco de vida, devendo ser prontamente atendidos.

1.5.8 Maternidade

Unidade destinada ao atendimento de paciente no puerpério. São recebidos nesta unidade, pacientes referenciados ou não de outros serviços para recuperação e reabilitação da saúde.

1.5.8.1 Centro Obstétrico

Prover atendimento a parturiente eletiva ou de urgência. Constitui o conjunto de elementos destinados ao pré-parto, parto e primeiros cuidados com o recém-nascido.

1.5.8.2 Berçário

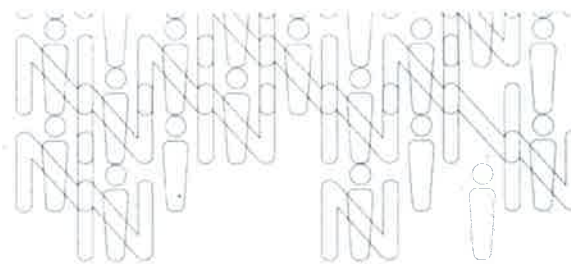
Prover atendimento ao recém nascido, como parte integrante do serviço de obstetrícia da Unidade de Saúde.

1.6 Diretoria Técnica

É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção, a serem implementadas nas unidades sob comando direto, bem como representar os interesses e necessidades destas unidades no contexto da Unidade de Saúde. Compete cumprir e fazer cumprir este Regulamento Interno, e ainda:

- a) Cientificar a Administração da Unidade de Saúde das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;
- b) executar e fazer executar a orientação dada pela Unidade de Saúde em matéria administrativa;





- c) representar a Unidade de Saúde em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem as leis em vigor;
- d) zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- e) assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição;
- f) assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica.

1.6.1 Corpo Clínico

O Corpo Clínico da Unidade de Saúde é constituído por médicos credenciados a desenvolverem atividades profissionais no âmbito da Unidade de Saúde:

- I. Os membros do Corpo Clínico por possuírem autonomia profissional são responsáveis pela assistência médica aos que procuram a Unidade de Saúde e respondem, civil, penal e eticamente por seus atos;
- II. Aos membros do Corpo Clínico da Unidade de Saúde, será franqueada a utilização da infra-estrutura de hospitalização, instrumentais cirúrgicos e dos equipamentos da Unidade de Saúde, para atendimento dos clientes/pacientes e cuidados oferecidos pela Unidade de Saúde, na forma deste Regulamento Interno, observada a habilitação de cada um, sem ônus para os mesmos, ressalvados os contratos em geral.
- III. O credenciamento de médicos ao Corpo Clínico da Unidade de Saúde se fará conforme prescreve o presente Regulamento Interno;

O Corpo Clínico, órgão de caráter administrativo e sem personalidade jurídica, é constituído de Direção Clínica, Comissão de Ética Médica e Setores Médicos necessários e possíveis para o atendimento da demanda de clientes da Unidade de Saúde, obedecidas às determinações do presente Regulamento Interno:

- I. O Corpo Clínico da Unidade de Saúde possuirá Regimento próprio, elaborado pela Direção Clínica, disciplinando assuntos técnicos e éticos;
- II. O regimento do Corpo Clínico, para ter vigência plena, não poderá contrariar o disposto neste Regulamento Interno.

A existência de Corpo Clínico, constituído regularmente, não impede que a Diretoria convenie com pessoas jurídicas prestadoras de serviços e que seus profissionais médicos, atendam, na Unidade de Saúde, os clientes a elas vinculados.

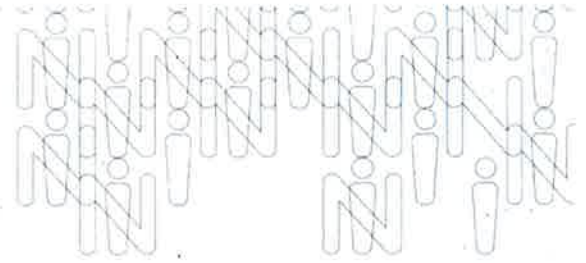
A Diretoria da Unidade de Saúde, ouvido o Diretor Clínico e o Diretor Técnico, poderá eventualmente, autorizar médicos não pertencentes ao Corpo Clínico a atenderem clientes na Unidade de Saúde.

O Corpo Clínico constituirá uma Comissão de Ética Médica nos termos das Resoluções do CFM-CRM, devendo suas atribuições serem definidas no Regimento do Corpo Clínico.

São direitos e deveres dos membros do Corpo Clínico:

- I. Exercer a medicina sem discriminação por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, idade, estado civil, condição social e opinião política;





- II. Prestar assistência médica, tanto para diagnóstico, quanto para tratamento aos clientes pelos quais responde como médico assistente;
- III. Encaminhar sugestões à Diretoria Clínica para que as condições de trabalho, no ambiente hospitalar, proporcionem segurança tanto aos clientes, quanto aos profissionais;
- IV. Observar o presente Regulamento Interno;
- V. Zelar pelo bom nome da Unidade de Saúde, manter bom relacionamento com a Direção, colaboradores e com a comunidade em geral;
- VI. Respeitar a hierarquia administrativa, a estrutura organizacional vigente e as atribuições de chefia, fixadas no presente Regulamento Interno.

É vedado aos membros do Corpo Clínico:

- I. Levar para fora da Unidade de Saúde qualquer documento ou material de controle do mesmo, de qualquer espécie e natureza, sem a prévia e escrita autorização da Diretoria Geral;
- II. Utilizar os colaboradores da Unidade de Saúde como seus e dar-lhes ordens;
- III. Utilizar equipamentos, medicamentos, materiais da Unidade de Saúde, para fins particulares;
- IV. Comissionar ou remunerar, por qualquer forma, os colaboradores da Unidade de Saúde;
- V. Introduzir pessoas estranhas às dependências da Unidade de Saúde, principalmente nas áreas restritas, tais como: Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilizado e outras;
- VI. Cobrar em nenhuma hipótese honorários de clientes pertencentes ao Sistema Público de Saúde.

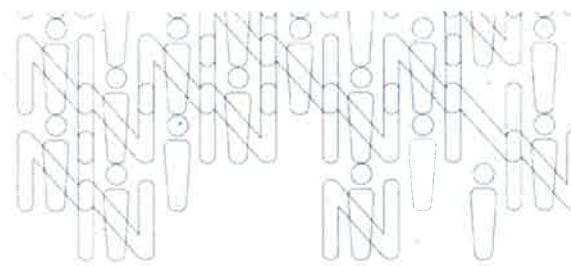
O Diretor Clínico será eleito pelo Corpo Clínico, de forma direta e secreta, em processo eleitoral especialmente convocado para esta finalidade, com mandato de duração definida. Da mesma forma se procederá em relação à Comissão de Ética Médica.

O Diretor Clínico constitui-se em cargo não remunerado, terá mandato de dois anos, podendo ser reconduzido por igual período, sempre que tal medida for recomendada, até o máximo de 03 mandatos consecutivos.

Compete ao Diretor Clínico:

- a) Propor a admissão de novos componentes do corpo clínico;
- b) designar chefes de clínicas e serviços indicados para os Departamentos;
- c) reger e coordenar todas as atividades médicas da Unidade de Saúde, em colaboração com a Comissão de Ética Médica e o Conselho Técnico;
- d) representar o Corpo Clínico junto à Mesa Administrativa da Unidade de Saúde;
- e) desenvolver o espírito da crítica científica e estimular o estudo e a pesquisa;
- f) permanecer na Unidade de Saúde no período de maior atividade profissional, fixando horário do seu expediente;
- g) tomar conhecimento, para as providências necessárias, de todas as solicitações do Corpo Clínico previstas neste Regulamento Interno;
- h) prestar contas de seus atos ao Corpo clínico nas Assembléias Gerais;
- i) executar e fazer executar a orientação dada pela Assembléia de Corpo Clínico em matéria de Medicina ou quanto a assuntos médicos;





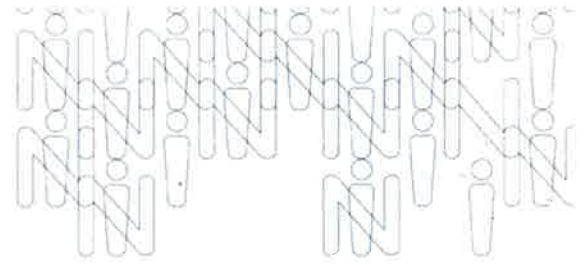
- j) esclarecer as partes interessadas em eventual conflito de posição entre o Corpo Clínico e a Mesa Administrativa, visando harmonizá-las em face dos postulados éticos;
- k) empenhar-se para que os integrantes do Corpo Clínico observem os princípios do Código de Ética Médica, as disposições legais em vigor, a ordem interna da Unidade de Saúde e as Resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes em matéria de procedimento ético ou recomendações técnicas no exercício da Medicina;
- l) pleitear junto à Mesa Administrativa providências e meios adequados à efetuação das medidas aprovadas pela Assembléia Geral de Corpo Clínico, que visem a boa qualidade e eficácia da Medicina praticada na Unidade de Saúde;
- m) encaminhar à Comissão de Ética Médica consulta relativa a quaisquer assuntos de natureza ética, visando o bom exercício da Medicina na Unidade de Saúde;
- n) apresentar à Mesa Administrativa relatório anual das atividades médicas;
- o) cooperar com a Mesa Administrativa da Unidade de Saúde;
- p) presidir as Assembléias Gerais do Corpo Clínico;
- q) transmitir o seu cargo ao Vice-Diretor, em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;
- r) dar orientação científica, fazendo com que sejam cumpridas as normas de bom atendimento, dentro dos princípios da ética médica;
- s) zelar pelo cumprimento deste Regulamento Interno;
- t) zelar pelos livros de atas e do arquivo do Corpo Clínico;
- u) convocar em tempo hábil e por Edital colocado no quadro de avisos da Diretoria Clínica as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias previstas neste Regulamento Interno.

O credenciamento de médicos ao Corpo Clínico da Unidade de Saúde obedecerá ao que segue:

- I. Existência do serviço e da especialidade médica em que deseja atuar o profissional;
- II. Requerimento por escrito do interessado, em formulário próprio, endereçado à Diretoria da Unidade de Saúde, acompanhado da seguinte documentação, apresentada sempre na forma de cópia autenticada ou conforme segue:
 - a) Currículo Vitae;
 - b) Carteira de Identidade; (Autenticada)
 - c) Carteira do CRM; (Autenticada)
 - d) Diploma de Médico; (Autenticada)
 - e) Quitação da anuidade do CRM;
 - f) Comprovante de especialidade; (Autenticada)
 - g) Comprovante de Residência Médica; (Autenticada)
 - h) Submissão a exame médico. (quando aplicável)
- III. A Diretoria da Unidade de Saúde, de posse do requerimento, e encontrando-se em ordem toda a documentação comprobatória, o encaminhará ao Diretor Clínico;
- IV. Diretor Clínico, após ouvido o Diretor Técnico, no prazo de 30 (trinta) dias emitirá parecer claro, objetivo e devidamente fundamentado, acerca dos requisitos técnicos e éticos do requerente;



2



- V. Decorridos 30 (trinta) dias do envio do requerimento ao Diretor Clínico, sem que este tenha apresentado o parecer a que se refere o inciso anterior, caberá à Diretoria da Unidade de Saúde credenciar ou não o médico, pela presunção de inexistência de óbice técnico ou ético.

O credenciamento do profissional ao Corpo Clínico da Unidade de Saúde torná-lo-a membro temporário desse órgão, categoria em que, nos termos do Regimento Interno do Corpo Clínico, não poderá votar, nem ser votado. Decorridos 12 (doze) meses de seu credenciamento, os membros Temporários poderão ser elevados à categoria de membros Efetivos do Corpo Clínico, podendo, então, votar e serem votados.

A terceirização dos Serviços Médicos poderá ser realizada por meio da celebração de contrato entre pessoas jurídicas, registrado em cartório, ficando garantidas à Unidade de Saúde o direito de fiscalização do serviço, a realização do faturamento, sua participação e a aplicação das normas deste Regulamento Interno.

Cada Clínica terá um representante perante o Diretor Técnico, indicado pelo mesmo.

A Unidade de Saúde manterá atividades médicas nas seguintes especialidades:

Clínica Médica

Medicina Intensiva

Anestesiologia

Cirurgia Ortopédica

Neurocirurgia

Cirurgia Vascular

Cirurgia Torácica

E outras, que por ventura, venham ser implantadas, após parecer conclusivo sobre sua viabilidade e preenchimento dos termos e condições previstas neste Regulamento Interno, Corpo Clínico, Conselho Administrativo, e demais partes interessadas.

2. SERVIÇOS CORPORATIVOS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL.

2.1 Diretoria Central

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 de Saúde.

2.2 Apoio Técnico Central

Profissionais especialistas das áreas de enfermagem, contabilidade, finanças, administração, qualidade e outros, compõem a equipe de Apoio Técnico. Através de visitas periódicas, esses profissionais orientam e participam do processo de gestão da Unidade de Saúde.

2.3 Jurídico Central

Advogados da Sede orientam todas as demandas jurídicas. A Unidade de Saúde poderá contar com apoio de advogados locais, porém sob supervisão do Jurídico da Sede, ao qual compete:

- a) Avaliar todos os contratos de prestação de serviços que a Unidade de Saúde mantém com terceiros;





- b) Defender os interesses da Unidade de Saúde, judicial e extrajudicialmente;
- c) Atuar em todas as ações em que a Unidade de Saúde for sujeito ativo ou passivo;
- d) Orientar a Unidade de Saúde sobre a conduta a ser adotada, objetivando eliminar ou diminuir os riscos trabalhistas, civis e penais, para não acumular obrigações futuras;
- e) Emitir pareceres sobre questões inerentes a Unidade de Saúde, na aplicação dos diversos dispositivos legais que forem aprovados;
- f) Acompanhar e orientar a Unidade de Saúde junto ao sindicato patronal nas negociações referentes às Convenções Coletivas de Trabalho.

2.4 Central de Negociações Corporativas

Serviço especializado que processa as compras da Unidade de Saúde. Compete obter negociações que visam entre outros:

- a) Ampliar o poder de negociação junto a fornecedores;
- b) Prover melhores preços, prazos e entregas programadas;
- c) Padronizar a forma de qualificação dos fornecedores;
- d) Informatizar todo o processo de compras.

Nota: outros serviços poderão ser processados diretamente pela Sede, conforme a característica da Unidade de Saúde. Neste caso serão descritos neste item.

3. QUALIDADE INTEGRADA À GESTÃO

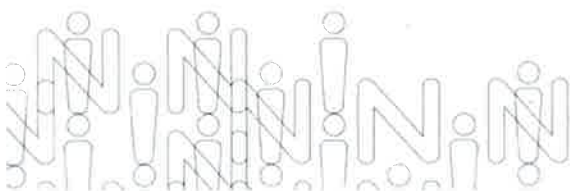
Todas as ações relacionadas à identificação, implantação e implementação de melhorias da qualidade nos processos operacionais e das boas práticas de gestão dos serviços hospitalares, estão alinhadas à sua Missão, Visão e Valores, bem como às diretrizes estabelecidas pela Sede Administrativa da O.S..

3.1 Requisitos Gerais

A Unidade de Saúde identifica a totalidade de seus processos de trabalho por meio do mapeamento setorial e das possíveis interações sistêmicas 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 Unidade de Saúde com a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

3.2 Objetivos da Qualidade Integrada à Gestão

Os objetivos da qualidade foram estabelecidos com base na Missão, Visão e Valores da Unidade de Saúde, desdobrados em metas, as quais deverão ser observadas e cumpridas integralmente, conforme requisitos contratuais acordados com clientes, partes interessadas.





3.2.1 Cumprimento integral das obrigações contratuais

Para prover serviços de qualidade na assistência por meio de sua infra-estrutura, profissionais capacitados, recursos tecnológicos, sustentabilidade e atendimento às legislações da saúde, a gestão deve assegurar o cumprimento integral das obrigações contratuais, garantindo assim, o pleno atendimento das necessidades e expectativas de seus clientes e partes interessadas. Dentre as obrigações contratuais podem ou devem ainda constar, quando aplicável, as seguintes premissas:

a) Análise de Viabilidade

Com o intuito de propiciar uma estrutura hospitalar 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 de Saúde.

b) Acreditação

A Unidade de Saúde mede seu grau de aderência aos padrões nacionais da qualidade por meio da avaliação e aplicação dos requisitos de segurança e eficácia de seus processos, objetivando a excelência dos serviços prestados, contando para isto com sua adesão a programas de acreditação com foco na melhoria contínua.

c) Treinamento e Desenvolvimento

A qualidade dos serviços oferecidos pela Unidade de Saúde somente será alcançada caso haja o desenvolvimento e aprimoramento de seu capital intelectual. Promovendo treinamento a Unidade de Saúde visa a disseminação do conhecimento por meio de cursos de capacitação, aperfeiçoamento técnico e reciclagem de conceitos junto a seus profissionais.

d) Satisfação do 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.

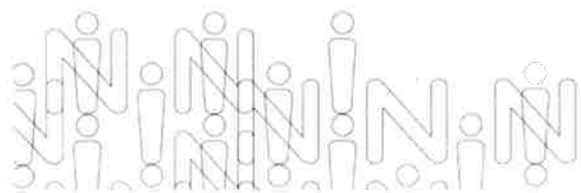
e) Responsabilidade Sócio-Ambiental

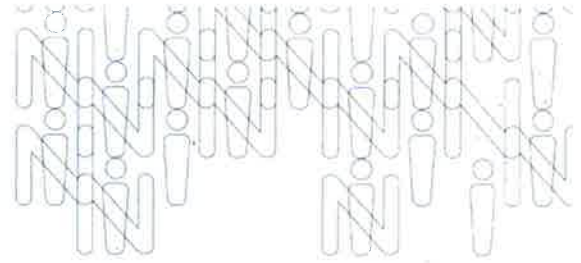
Buscamos conquistar a confiabilidade junto à comunidade por meio do nosso compromisso na gestão das questões ambientais e sociais. A utilização responsável dos recursos durante todo o ciclo de vida dos nossos serviços aumenta a nossa credibilidade e sustentabilidade perante a sociedade e meio ambiente.

f) Humanização

Uma das premissas mais importantes para a Unidade de Saúde é a Humanização, conceito que busca acolher e envolver os pacientes/clientes de forma que sua estadia e recuperação ocorram dentro de um ambiente de respeito e sensibilidade.

3.3 Estrutura da Gestão da Qualidade





O Sistema de Gestão da Qualidade está estruturado em dois pilares: Comissão da Qualidade e Escritório da Qualidade. Todos os esforços relacionados à qualidade e à busca pela acreditação (este último se aplicável), devem pelo menos passar por um destes dois núcleos de atuação:

Comissão da Qualidade: Comissão multiprofissional responsável por projetos que visam a melhoria contínua, a padronização das boas práticas de assistência e o monitoramento de planos de ação da qualidade. Podem ainda acumular as funções de Auditores Internos para efetuar avaliações para verificação da conformidade no atendimento aos requisitos normativos e do cumprimento do preconizado pelas legislações.

Escritório da Qualidade: Este serviço possui uma Coordenação ou Gerência da Qualidade que está subordinada diretamente ao Diretor Geral, coordenando e executando todos os projetos demandados da Comissão da Qualidade, bem como organização, treinamento e capacitação para todos os Auditores Internos e Auditorias realizadas na Unidade de Saúde.

3.4 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.

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.

Entre as atividades delegadas aos colaboradores qualificados, existem aquelas que visam prevenir a ocorrência de não-conformidades, identificar e registrar qualquer situação relativa à assistência prestada ou outro processo da organização, e espera-se do colaborador designado, que recomende e proponha soluções através dos canais competentes e controles de não-conformidades.

3.5 Estrutura da Documentação

É a intenção deste Regulamento Interno, normatizar a relação de documentos existente nos hospitais, padronizando o tipo, o conteúdo e a forma de apresentação destas documentações.

Desta forma, segue o modelo de Gestão de Documentos proposto pela Diretoria de Operações da O.S..

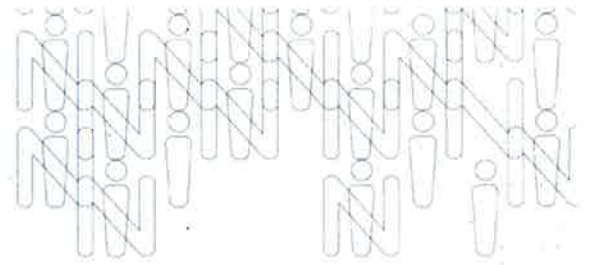
3.5.2 Regimento do Corpo Clínico

Deve ser elaborado fundamentado na **Resolução CFM No. 1.481/97, de 08 de agosto de 1997**. Após aprovação por voto do Corpo Clínico da Unidade de Saúde, o Regimento deve ser aprovado pelo Conselho Regional de Medicina, aprovado conforme normativa deste Regulamento Interno pela Diretoria de Operações, só então, colocado em operação e divulgação após aprovação expressa e por escrito.

3.5.3 Mapa de Processos

O Mapa de Processos da Unidade de Saúde foi desenhado levando em consideração os processos e suas interações, divididos em Processos Gerenciais (azul), Chave ou Finalísticos (os quais incluem áreas Assistenciais,





Técnicas e de Diagnóstico) e de Apoio, gerenciados por meio de indicadores e avaliados nas Reuniões de Análise Crítica e Auditoria Interna.

3.5.4 Protocolos Clínicos

São documentos táticos que definem parâmetros de controle e padronizam a conduta médica, conforme a situação emergencial ou tipo de patologia diagnosticada. Estes documentos norteiam do ponto de vista clínico o tipo mais adequado de atendimento e tratamento das patologias diagnosticadas, além dos cuidados a serem aplicados aos pacientes. Devem ser homologados pelo Corpo Clínico e Diretoria Técnica ou Clínica da Unidade de Saúde.

3.5.5 Procedimentos de Gestão

Devem ser elaborados tendo como base os modelos propostos pela Sede Administrativa da O.S.. São documentos que contém diretrizes e critérios institucionais para formalização de um ou mais processos aplicáveis aos setores proponentes, e envolvidos no(s) processo(s) descrito(s). Esta abrangência poderá ser variável conforme a importância ou mapeamento efetuado do processo. Serão aprovados pelas Diretorias Setoriais envolvidas e Diretoria Geral da Unidade de Saúde. Podem ser colocados à disposição para consulta. Vale ressaltar que após a elaboração, finalização e/ou quaisquer alterações em seu conteúdo, deve ser encaminhada uma cópia ao Escritório da Qualidade.

3.5.6 Manuais Institucionais

Devem ser elaborados tendo como base os modelos propostos pela Sede Administrativa da O.S.. São documentos que contém diretrizes e critérios institucionais relacionados a projetos ou planos com enfoque técnico amparados pela Legislação competente e desta forma, suas ações deverão ser aplicadas e praticadas por todos os setores ou áreas da Unidade de Saúde. No entanto, sua elaboração deve ser feita pelo setor proponente com aprovação pela Diretoria Geral.

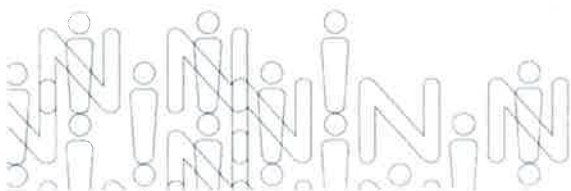
3.5.7 Instruções de Trabalho

Devem ser elaboradas tendo como base os modelos propostos pela Sede Administrativa da O.S.. São documentos que descrevem as atividades desempenhadas individualmente pelos setores e aprovados pela Diretoria Setorial competente. Após a aprovação por escrito e devidamente documentada, podem ser colocadas à disposição para consulta. Vale ressaltar que após a elaboração, finalização e/ou quaisquer alterações nas Instruções de Trabalho, deve ser encaminhada uma cópia ao Escritório da Qualidade.

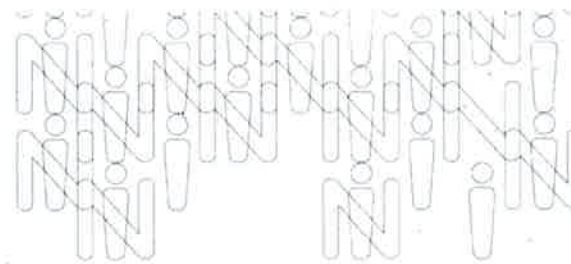
3.5.8 Registros

Evidenciam a realização das atividades e tarefas por meio da formalização dos fatos. Devem integrar a sistemática de Controle de Documentos e Registros.

3.6 Controle de Documentos e Registros



2



Todos os documentos são elaborados, aprovados e controlados conforme Procedimento de Gestão (PG.SEDE.OP.001 - Controle de Documentos e Registros). O procedimento adotado também contempla a clara identificação das alterações, garantindo a todos os envolvidos a disponibilização da última revisão nos locais de trabalho, onde são necessários para orientar no desenvolvimento das atividades e que os considerados obsoletos sejam prontamente retirados do uso.

Os registros são estabelecidos e mantidos quanto à sua Identificação, Armazenamento, Proteção, Recuperação, Tempo de Retenção e Disposição dos registros e documentos internos e externos utilizados pelos diversos processos identificados, também descritos no supracitado procedimento de gestão.

4. RESPONSABILIDADE DA DIREÇÃO

4.1 Comprometimento das Diretorias

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 Missão, Visão e Valores da Unidade de Saúde e que dizem respeito ao atendimento aos requisitos e cláusulas contratuais de gestão, e a garantia da qualidade na prestação de serviços médico-hospitalares.

4.2 Objetivo do Contrato de Gestão

Os colaboradores da Unidade de Saúde estão orientados a atender as necessidades dos pacientes, buscando sempre melhorias ao longo do tempo, sempre focados na satisfação dos mesmos e norteados pelas boas práticas e contratos estabelecidos.

Os contratos de gestão têm por finalidade formalizar a relação das necessidades essenciais, identificadas para o pleno funcionamento dos hospitais e ainda, para nortear a administração na alocação eficiente de recursos/investimentos tais como infra-estrutura, pessoal capacitado; equipamentos, consultoria técnica, profissionais médicos e fornecedores, subsidiando os padrões de qualidade exigidos e contribuindo para o atendimento aos requisitos legais de saúde vigentes, voltados para a assistência ao paciente.

4.3 Metas de Gestão Contratual

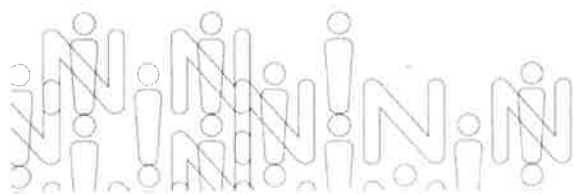
A Diretoria da Unidade de Saúde definiu entradas para o monitoramento de metas que serão abordadas nas reuniões de análise crítica, com o intuito de verificar:

- Metas contratuais
- Resultados relacionados a pacientes e clientes (internos e externos)
- Indicadores Operacionais alinhados à Gestão Estratégica

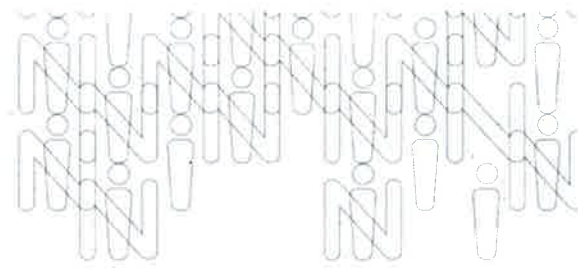
4.4 Metas de Controle de Processos

Existem também reuniões de nível gerencial, que são consideradas análises críticas setoriais, com periodicidade pré-definida realizada pelo Escritório da Qualidade, juntamente com os gestores, visando adequação e a eficácia dos processos. São considerados dados de entradas a serem analisados:

- Resultados relacionados a pacientes.



2



- 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

4.5 Comunicação e Divulgação

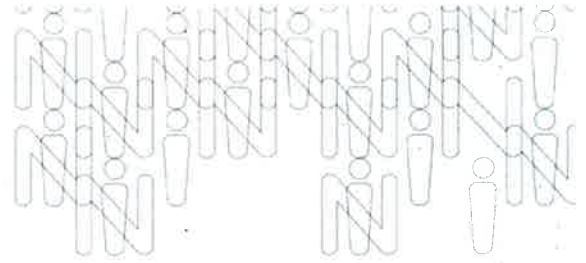
O processo de comunicação tem como objetivo a disseminação dos objetivos da Unidade de Saúde e as ações voltadas para a qualidade, visando manter informados e conscientizados os colaboradores, fornecedores e pacientes.

4.5.1 - Meios para comunicação/divulgação

A tabela abaixo demonstra a aplicabilidade:

Conteúdo para Comunicação	Público Alvo	Responsabilidade	Periodicidade	Forma de Comunicação
Missão, Visão e Valores	Colaboradores e pacientes	Direção Geral	Contínua	Informativos, quadros nas áreas, Intranet, papel de parede dos computadores, banners, folders, eventos relacionados.
Objetivos e Metas	Colaboradores	Gestores dos Processos, Direção e Gestão da Qualidade.	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	Colaboradores dos setores envolvidos	Gestores dos Processos, Direção e Gestão da Qualidade.	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





5. DO PESSOAL – REQUISITOS E ATRIBUIÇÕES

A estrutura organizacional da área de pessoal está representada em seu manual de Plano de Cargos e salários onde constam todos os cargos, devidos requisitos e atribuições dos colaboradores que farão parte das atividades da Unidade.

Prontuário Profissional

O prontuário de um funcionário é o local onde são organizados todos os documentos referentes ao registro desse colaborador na Unidade. Trata-se de um pequeno arquivo de documentos da vida profissional do colaborador, tais como currículos, contratos, histórico trabalhista, fichas de salário, declarações, atestados médicos, registro de ocorrências, dentre outros.

Será aberta uma pasta para cada funcionário. Diariamente será efetuado o arquivo dos documentos, mantendo-o atualizado. Os documentos devem ser arquivados por ordem cronológica dos acontecimentos e tudo que diz respeito ao funcionário deverá estar em sua pasta de forma organizada e de fácil localização.

Avaliação de Desempenho

Em anexo apresentamos o modelo de formulário de avaliação de desempenho dos profissionais.

6. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

A programação e a execução das atividades compreendidas nas funções exercidas pela observarão as normas técnicas e administrativas, a legislação orçamentária e financeira e de controle interno. As dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão dirimidas pelo Órgão Máximo da Entidade. Este Regimento entra vigor na data de sua publicação.

7. REFERÊNCIAS

1. REGULAMENTO INTERNO DO HOSPITAL Niversindo Antonio Cherubin – 2011.
2. GUIA PARA ELABORAÇÃO DE REGIMENTOS INTERNOS DO RIO GRANDE DO SUL, Divisão de Planejamento e Modernização Administrativa, Departamento de Planejamento Organizacional. Executivo do Estado do Rio Grande do Sul, Janeiro, 2011.

8. ELABORAÇÃO, VERIFICAÇÃO E APROVAÇÃO

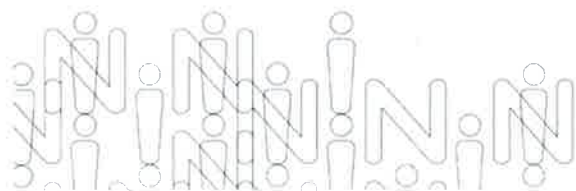
CONTROLE DE REVISÕES:

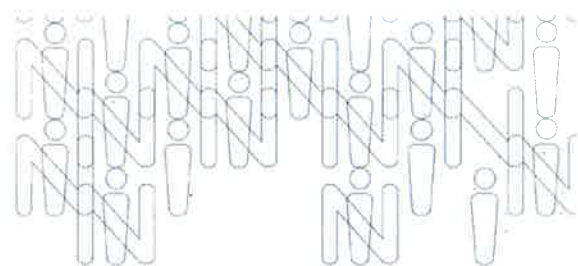
- REVISÃO
- DATA
- CONTEÚDO REVISADO





SEU LOGO		AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO				
NOME:					MATRÍCULA:	
CARGO:						
FUNÇÃO:						
SETOR			COMPETÊNCIA:			
FATORES GERAIS						
1. Qualidade de Trabalho						
Saber, saber fazer, organização e qualidade do trabalho desenvolvido;						
	1	2	3	4	5	
	☐	☐	☐	☐	☐	
2. Produtividade no Trabalho						
Quantidade de trabalho desenvolvido mensalmente, em conformação com as demais exigências estabelecidas, dos desempenhos realizados, similar ao padrão de referência;						
	1	2	3	4	5	
	☐	☐	☐	☐	☐	
3. Iniciativa						
Assumir novas responsabilidades, propor melhorias, buscar soluções para a melhoria e eficiência na execução dos trabalhos;						
	1	2	3	4	5	
	☐	☐	☐	☐	☐	
4. Flexibilidade						
Disponibilidade de agir prontamente no atendimento das demandas de trabalho;						
	1	2	3	4	5	
	☐	☐	☐	☐	☐	
5. Assiduidade						
Comparecimento regular e pontual no local de trabalho;						
	1	2	3	4	5	
	☐	☐	☐	☐	☐	
6. Pontualidade						
Ocorrência de faltas no trabalho e de cumprimento da carga horária definida para o cargo ocupado;						
	1	2	3	4	5	
	☐	☐	☐	☐	☐	
7. Administração do Tempo e Tempestividade						
Ocorrência de atrasos no trabalho e de cumprimento da carga horária definida para o cargo ocupado;						
	1	2	3	4	5	
	☐	☐	☐	☐	☐	
8. Uso adequado dos equipamentos e instalações de serviço						
Qualidade da manutenção dos equipamentos e instalações no ambiente de trabalho;						
	1	2	3	4	5	
	☐	☐	☐	☐	☐	
9. Aproveitamento dos recursos e racionalização de processos						
Aplicação dos recursos e utilização dos processos de trabalho, visando a melhoria da produtividade e da qualidade dos serviços prestados;						
	1	2	3	4	5	
	☐	☐	☐	☐	☐	
10. Capacidade de trabalhar em equipe						
Capacidade de trabalhar em equipe, de forma a atingir os resultados estabelecidos para o trabalho em conjunto em função de objetivos comuns;						
	1	2	3	4	5	
	☐	☐	☐	☐	☐	



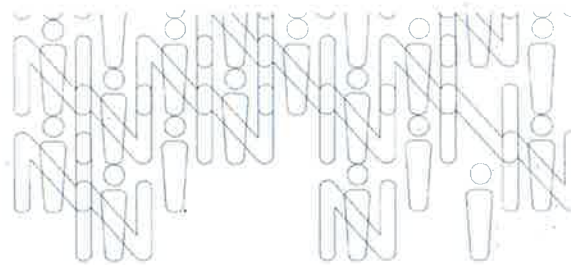


REGIMENTO DA ENFERMAGEM

Unidade de Saúde

Este documento é um modelo técnico desenvolvido pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais da Unidade de Saúde providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência será submetido a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador). A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos.

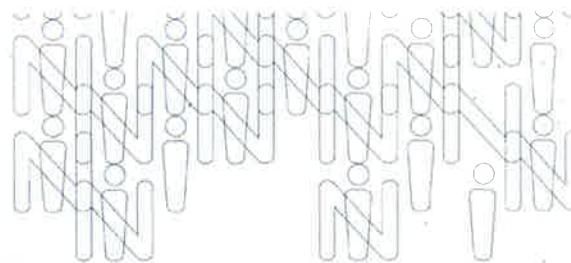




Sumário

INTRODUÇÃO	3
DAS FINALIDADES	3
CAPÍTULO I	3
Art. 1º O Serviço de Enfermagem, tem por finalidade:	3
CAPÍTULO II	3
Estrutura Hierárquica	3
CAPÍTULO III	4
Art. 3º O pessoal que compõe o Serviço de Enfermagem está assim classificado:	4
CAPÍTULO IV	4
Art. 4º À Unidade de Internação compete:	4
CAPÍTULO V	5
Art. 6º Classificação das categorias profissionais:	5
CAPÍTULO VI	6
Art. 8º São atribuições do pessoal:	6
CAPÍTULO VII	7
Art. 9º O Serviço de Enfermagem do Hospital "X" manterá plantão durante 24 horas, sendo:	7
CAPÍTULO VIII	7
Art. 10. Todos os funcionários deverão apresentar-se ao trabalho no horário determinado, em escala de revezamento, devidamente uniformizados.	7
CAPÍTULO IX	7
Art. 13 Elaboração, Verificação E Aprovação	7





INTRODUÇÃO

Este Regimento Interno define e caracteriza o sistema de gestão aplicado a Enfermagem do “Hospital XXX”, com o propósito de organizar os recursos necessários para uma assistência qualificada que atenda aos requisitos dos clientes, bem como aos requisitos legais e regulamentares aplicáveis.

CONTROLE E REVISÕES

Elaboração/Revisão/Aplicação: O conteúdo deste Regimento Interno é de responsabilidade do Diretor de Enfermagem; a natureza da revisão deve ser indicada no controle de revisões, última página deste Regimento Interno.

Verificação: é de responsabilidade do representante da Gestão da Qualidade;

Aprovação: Direção de Enfermagem e Direção Geral.

Distribuição: Cópias controladas deste Regimento Interno devem ser distribuídas aos membros da Equipe de Enfermagem e Diretoria do Hospital

DAS FINALIDADES

Organizar, orientar e documentar todo o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, visando sua missão, que é o compromisso e o dever dos profissionais da enfermagem para com seus clientes internos ou externos.

CAPÍTULO I

Art. 1º O Serviço de Enfermagem, tem por finalidade:

- I - assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível;
- II - promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem;
- III - trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, etc.

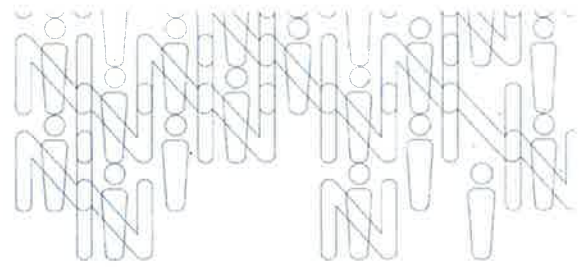
4.2 Da posição

Posição do serviço de enfermagem no organograma da instituição e quem coordenará.

CAPÍTULO II

Estrutura Hierárquica





Art. 2º O serviço de Enfermagem da instituição “X” está subordinado diretamente ao diretor geral e será coordenado exclusivamente por Enfermeiro; ou o serviço de Enfermagem da instituição “X” está subordinado diretamente à direção administrativa e será coordenado exclusivamente por Enfermeiro.

4.3 Da composição (Estrutura Administrativa)

Trata-se do pessoal que compõe o Serviço de Enfermagem de forma hierárquica.

CAPÍTULO III

Art. 3º O pessoal que compõe o Serviço de Enfermagem está assim classificado:

- I - Enfermeiro Responsável Técnico (RT);
- II - Enfermeiro Chefe da Unidade “X” etc;
- III - Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Educação Continuada, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) etc;
- IV - Técnicos de Enfermagem;
- V - Auxiliares de Enfermagem;
- VI - Secretário.

4.4 Da competência

Relacionar as diversas Unidades e/ou Serviços, bem como suas competências.

CAPÍTULO IV

Art. 4º À Unidade de Internação compete:

- I - proporcionar assistência integral aos clientes considerando suas necessidades
- II - proporcionar aos profissionais de enfermagem treinamento sistematizado etc.

Art. 5º Ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) compete:

- I - avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos;
- II - padronizar o uso de medicamentos etc.

4.5 Do pessoal e seus requisitos

Discriminar as categorias profissionais e os cargos existentes e os requisitos necessários para seu preenchimento, mostrar a relação chefe/subordinado, a delegação de autoridade e responsabilidade. Faz-se necessário citar como requisito principal, a obrigatoriedade de possuir registro no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício (art. 2º da Lei





7.498/86).

CAPÍTULO V

Art. 6º Classificação das categorias profissionais:

- I - Enfermeiro RT;
- II - Enfermeiro Chefe de Unidade;
- II - Enfermeiro Supervisor;
- IV - Técnico de Enfermagem;
- V - Auxiliar de Enfermagem;
- VI - Secretário.

Art. 7º Requisitos necessários aos cargos discriminados acima:

I - Enfermeiro RT:

- a) registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;
- b) experiência profissional comprovada;
- c) possuir especialização em Administração Hospitalar (dentre outros).

II - Enfermeiro Chefe de Unidade:

- a) registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;
- b) experiência profissional comprovada;
- c) conhecimento específico para chefia da unidade (obstetrícia, ambulatório, UTI, etc (dentre outros).

III - Enfermeiro Supervisor:

- a) registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;
- b) experiência profissional comprovada;
- c) capacidade de liderança (dentre outros).

IV - Técnico de Enfermagem:

- a) registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;
- b) experiência profissional comprovada;
- c) aceitação de trabalho em equipe, responsabilidade, auto controle (dentre outros).

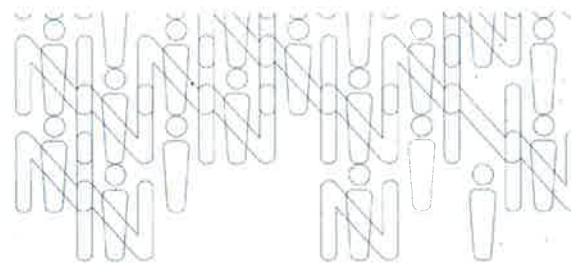
V - Auxiliar de Enfermagem:

- a) registro profissional no COREN, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;
- b) experiência profissional comprovada;
- c) aceitação de trabalho em equipe, responsabilidade, auto controle (dentre outros).

VI - Secretário:

- a) certificado de conclusão do 1º grau;





- b) comunicabilidade;
- c) responsabilidade (dentre outros).

4.6 Do pessoal e suas atribuições

Discriminar os cargos, as categorias profissionais, relacionando suas atribuições em conformidade com a legislação e normas vigentes, a Lei 7.498/86 e o Decreto 94.406/87.

CAPÍTULO VI

Art. 8º São atribuições do pessoal:

I - Enfermeiro RT:

- a) elaborar diagnóstico situacional do serviço de enfermagem e consequentemente, o plano de trabalho, que deverão ser apresentados à instituição;
- b) organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade de cada instituição, elaborando e/ou fazendo cumprir o Regimento do Serviço de Enfermagem (dentre outros).

II - Enfermeiro Chefe de Unidade:

- a) planejar os cuidados de enfermagem dos clientes sob sua responsabilidade;
- b) distribuir tarefas e funções adequadas a cada elemento da equipe;
- c) responsabilizar-se pela escala de trabalho do pessoal da enfermagem sob sua supervisão, com aprovação do Enfermeiro RT (dentre outros).

III - Técnico de Enfermagem:

- a) receber e passar o plantão de sua responsabilidade dentro do horário estabelecido pela instituição;
- b) prestar cuidados de enfermagem prescritos aos pacientes de acordo com as suas necessidades;
- c) cumprir rigorosamente as prescrições médicas e de enfermagem (dentre outros).

IV - Auxiliar de Enfermagem:

- a) zelar pela manutenção e limpeza da unidade;
- b) zelar pela manutenção dos equipamentos da unidade em bom estado de conservação e funcionamento;
- c) encaminhar ao expurgo todo o material usado (dentre outros).

V - Secretário:

- a) executar todos os trabalhos burocráticos da unidade de enfermagem, sob orientação do enfermeiro;
- b) atender telefonemas e transmitir recados;
- c) manter os prontuários dos pacientes em perfeita ordem.

4.7 Do horário de trabalho

Horário de trabalho das diversas categorias profissionais discriminado por turnos e/ou horário de funcionamento de unidades ou setores.





CAPÍTULO VII

Art. 9º O Serviço de Enfermagem do Hospital “X” manterá plantão durante 24 horas, sendo:

- I - plantão diurno ⇒ 7h às 19h, em dias alternados;
- II - plantão noturno ⇒ 19h às 7h, em dias alternados.
- III – especial ⇒ 7h às 17 (segunda a sexta-feira).

4.8 Das disposições gerais ou transitórias

Relacionar as situações não previstas nos capítulos anteriores.

CAPÍTULO VIII

Art. 10. Todos os funcionários deverão apresentar-se ao trabalho no horário determinado, em escala de revezamento, devidamente uniformizados.

Art. 11. O pessoal de Enfermagem não poderá receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art. 12. O pessoal de Enfermagem, ao ser admitido, deverá apresentar além do registro profissional, a certidão negativa fornecida pelo COREN, informando que o mesmo encontra-se regularizado com suas obrigações financeiras (Art. 53, Resolução COFEN nº. 311/2007).

Art. 13 O pessoal de Enfermagem deverá apresentar anualmente ao Departamento de Enfermagem, comprovante de quitação da anuidade em exercício.

Art. 12 Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo Responsável Técnico pelo Serviço de Enfermagem.

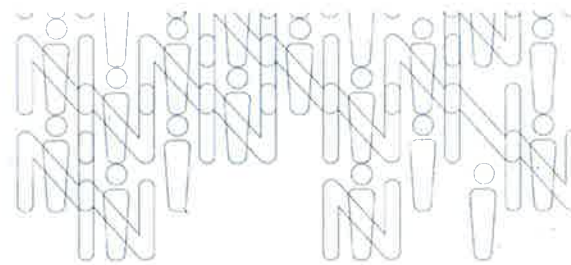
CAPÍTULO IX

Art. 13 Elaboração, Verificação E Aprovação

Controle de revisões:

- Revisão
- Data
- Conteúdo revisado



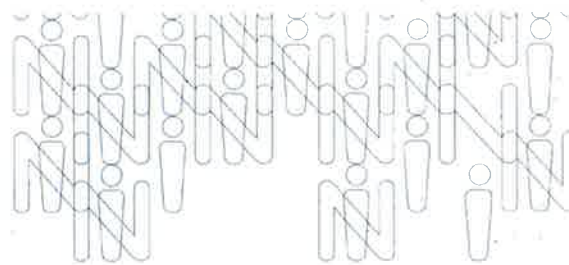


REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

Unidade de Saúde

Este documento é um modelo técnico desenvolvido pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais da Unidade de Saúde providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência será submetido a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador). A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos.





Sumário

INTRODUÇÃO	3
CONTROLE E REVISÕES.....	3
2. OBJETIVOS PRINCIPAIS DO CORPO CLÍNICO	3
3. COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO	4
4. COMISSÕES OBRIGATÓRIAS	4
5. DIRETORIA CLÍNICA E TÉCNICA	5
6. DAS ASSEMBLEIAS DO CORPO CLÍNICO	6
7. DA ADMISSÃO AO CORPO CLÍNICO	6
8. DAS PENALIDADES AOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO	7
9. DIRETOS E DEVERES	7
10. ELABORAÇÃO, VERIFICAÇÃO E APROVAÇÃO	7





INTRODUÇÃO

Este Regimento Interno define e caracteriza o sistema de gestão aplicado ao Corpo Clínico do “Hospital XXX”, com o propósito de organizar os recursos necessários para uma assistência qualificada que atenda aos requisitos dos clientes, bem como aos requisitos legais e regulamentares aplicáveis.

CONTROLE E REVISÕES

Elaboração/Revisão/Aplicação: O conteúdo deste Regimento Interno é de responsabilidade do Diretor Clínico; a natureza da revisão deve ser indicada no controle de revisões, última página deste Regimento Interno.

Verificação: é de responsabilidade do representante da Gestão da Qualidade;

Aprovação: Membros do Corpo Clínico e CRM.

Distribuição: Cópias controladas deste Regimento Interno devem ser distribuídas aos membros do Corpo Clínico e Diretoria do Hospital

1. CONCEITOS

Corpo Clínico: O Corpo Clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

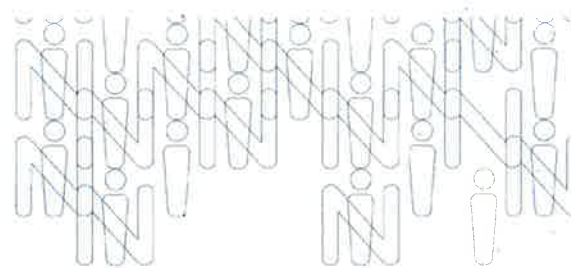
1.1. Os demais profissionais da área da saúde, levando-se em consideração que sempre deve ser incentivado o corpo multidisciplinar, poderão estar incluídos nesta definição, mas não terão qualquer ingerência do presente Regimento Interno em suas atividades, resguardando-se, ainda, a atividade fiscalizatória de cada Conselho.

1.2. Os demais profissionais da área da saúde poderão, a critério exclusivo do Diretor Clínico, participar como ouvintes nas Assembleias do Corpo Clínico.

2. OBJETIVOS PRINCIPAIS DO CORPO CLÍNICO

2.1. O Corpo Clínico tem como principal objetivo reunir o conjunto de médicos de uma entidade prestadora de assistência médica, visando, sempre, a melhoria no atendimento ao paciente, o bom desempenho profissional, a constante busca pelo aperfeiçoamento profissional, o estímulo à pesquisa médica e a cooperação constante com a administração para a melhoria do serviço como um todo.





2.2. O Regimento Interno deve prever os objetivos principais do Corpo Clínico, dentro dos parâmetros estabelecidos na presente Resolução e na Resolução Federal, além do Código de Ética Médica.

3. COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

3.1. O Regimento Interno deve prever de maneira clara as categorias de médicos existentes no Corpo Clínico, sendo livre a denominação a ser utilizada, bem como as formas de acesso entre elas, não sendo permitido, entretanto, qualquer elemento discriminatório que obste a movimentação dos médicos entre as diferentes categorias.

3.2. Quando houver a previsão de estagiários ou estudantes no Regimento Interno, estas categorias não se enquadram na previsão de membros do Corpo Clínico, bem como os residentes que, apesar de médicos, devem sempre estar acompanhados de um preceptor, este sim membro do Corpo Clínico.

3.3. Ainda que não conste previsão expressa no Regimento Interno, o médico tem direito de internar e assistir seus pacientes, nos termos do artigo 25 do Código de Ética Médica, sendo responsabilidade do Diretor Clínico a sua entrada e do Diretor Técnico a sua atuação, frente às condições e normas técnicas da instituição.

3.4. Categorias de médicos com caráter temporário, como médicos visitantes ou médicos consultores, não fazem parte do Corpo Clínico para efeitos da presente normativa, posto que não exercem suas atividades médicas na instituição, devendo obediência ao Regimento Interno pelo curto período em que estiverem nas dependências da entidade, não podendo participar das Assembléias e demais atos próprios dos membros do Corpo Clínico, exceto como ouvintes.

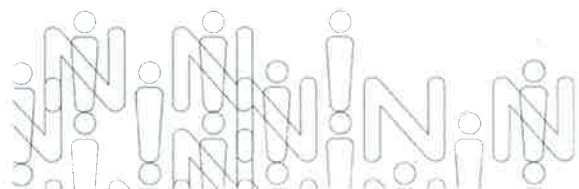
3.5. Em existindo uma categoria específica de médicos na modalidade cadastrados, geralmente caracterizados pelos profissionais que, esporadicamente, exercem suas atividades médicas na instituição, esta categoria faz parte do Corpo Clínico, podendo ser limitado seu acesso a cargos de Direção e Comissão de Ética Médica, mas garantido seu direito a voto.

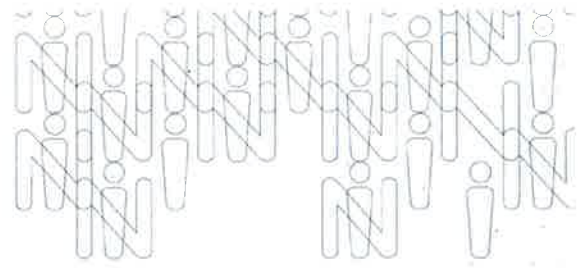
3.6. O Regimento Interno pode estabelecer prazo para que o membro cadastrado, indicado no item anterior, seja automaticamente excluído como membro do Corpo Clínico, após determinado prazo sem atuação no hospital; indica-se como razoável, um prazo mínimo de 2 (dois) anos. Em realizando o recadastramento, automaticamente retoma à condição de membro do Corpo Clínico.

4. COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

4.1. O Regimento Interno deve prever, de maneira clara e objetiva, as comissões obrigatórias, que atualmente são:

1. Comissão de Ética Médica,
2. Comissão de Revisão de Prontuários Médicos,





3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e
4. Comissão de Revisão de óbitos, cada uma regulamentada por normativa própria.

4.2. O Regimento Interno pode prever outras Comissões, de caráter não obrigatório, no sentido de incentivar a pesquisa e o aprimoramento da profissão médica, tendo sempre como alvo a melhoria no atendimento ao paciente.

5. DIRETORIA CLÍNICA E TÉCNICA

5.1. Tanto a Diretoria Clínica quanto a Técnica, cargos privativos de médicos, possuem suas atribuições definidas na Resolução CFM nº 1.342/91 ou outra que por ventura a substitua, devendo constar expressamente no Regimento Interno as funções de ambos, de forma clara e objetiva.

5.2. O Diretor Técnico se constitui em cargo de confiança da Diretoria da Instituição, podendo ser nomeado médico não integrante do Corpo Clínico, posto que o Regimento Interno não pode criar obrigações que vinculem a administração do hospital.

5.3. O Diretor Clínico se constitui em cargo de representação médica dentro da instituição, motivo pela qual deve ser eleito pelo próprio Corpo Clínico.

5.4. A eleição para o cargo de Diretor Clínico deve ser realizada por votação direta e secreta, não sendo permitido voto por procuração, mediante convocação específica do Corpo Clínico para este fim com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

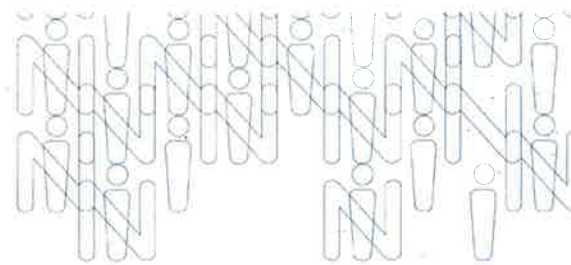
5.5. Para o cargo de Diretor Clínico é admitida a formação de chapas onde conste o candidato ao cargo bem com o seu Vice sendo considerada eleita a chapa que obtiver a maioria simples dos votos.

5.6. Na hipótese de candidatura individual, será considerado eleito Diretor Clínico o candidato que obtiver a maioria simples dos votos, sendo o segundo candidato mais votado automaticamente alçado ao cargo de Vice-Diretor Clínico.

5.7. É aconselhável a criação de uma Comissão Eleitoral temporária, com membros indicados pelo Corpo Clínico em Assembléia ou pelo próprio Diretor Clínico, para condução dos trabalhos eleitorais, podendo deliberar sobre eventuais ocorrências nas eleições, encaminhando ao CREMESP como espécie de órgão recursal, quando não houver solução pela própria Comissão.

5.8. O Regimento Interno deverá indicar prazo máximo para mandato, sendo admissível a reeleição nos termos definidos pelo próprio Regimento.





5.9. A renúncia ao Cargo de Diretor Clínico deve ser feita por escrito, com informação ao próprio Corpo Clínico e ao CREMESP, devendo assumir o Vice-Diretor Clínico imediatamente.

5.10. Na vacância total do cargo, o Presidente da Comissão de Ética Médica, o Diretor Técnico ou qualquer membro do Corpo Clínico deverá deflagrar novo processo eleitoral imediatamente para a realização de nova eleição, para que seja estabelecida a direção do Corpo Clínico até o término do mandato, quando deverão ser realizadas novas eleições.

5.11. Os Chefes de Clínicas ou Departamento poderão ser eleitos pelo próprio Corpo Clínico, sendo que sua nomeação pela Diretoria Clínica não implica em contrariedade à presente norma.

6. DAS ASSEMBLEIAS DO CORPO CLÍNICO

6.1. Todos os membros do Corpo Clínico têm direito de frequentar as Assembleias Gerais, inclusive as Extraordinárias, tendo direito a voto acerca de todas as matérias colocadas em pauta.

6.2. Segundo os critérios estabelecidos na presente normativa, alguns médicos podem assistir às Assembleias somente como ouvinte, cabendo ao Diretor Clínico a decisão quanto a permanência, na Assembleia, de outros profissionais da área a saúde.

6.3. As Assembleias do Corpo Clínico deverão sempre ser convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, exceto para a realização de Assembleias Extraordinárias, quando o Corpo Clínico deverá observar a antecedência mínima de 24 horas e requerimento prévio subscrito por, no mínimo, 1/3 dos membros.

6.4. As deliberações em Assembleia deverão observar um quórum mínimo de 2/3 dos membros em primeira convocação e segunda convocação, após uma hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de voto.

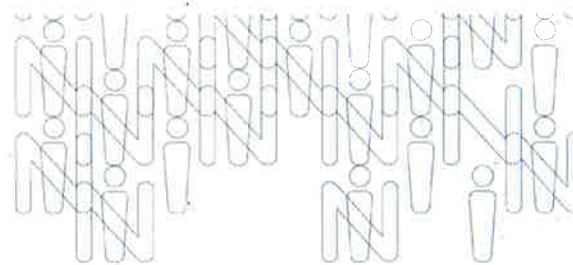
7. DA ADMISSÃO AO CORPO CLÍNICO

7.1. A admissão de médico ao Corpo Clínico deve respeitar as normas administrativas da instituição, principalmente quanto às vagas existentes;

7.2. A Assembleia Geral do Corpo Clínico compete homologar a admissão de novos médicos ao Corpo Clínico, podendo negar esta entrada, desde que apresente justificativa juridicamente admissível.

7.3. A admissão ao Corpo Clínico feita com base em concurso público, sendo o contrato de trabalho regido pela lei nº 8.112/90, dispensa qualquer homologação por parte da Assembleia Geral.





7.4. A contratação de médicos regidos pela Consolidação das leis do Trabalho também deve ser submetida à apreciação da Assembleia Geral para que emita parecer sobre a contratação à administração, mas sem força vinculativa.

8. DAS PENALIDADES AOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO

8.1. A aplicação de qualquer penalidade a membro do Corpo Clínico deve ser precedida de sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, com posterior envio ao CREMESP, nos termos da normativa específica.

8.2. O Regimento Interno deve prever de forma clara e objetiva as penalidades possíveis, sendo que, quando da conclusão pela exclusão do médico deverá haver deliberação da Assembleia homologando-a. Para tanto, é exigível votação qualificada, sendo que 2/3 dos votos dos membros presentes à Assembleia devem se posicionar de forma favorável à exclusão.

8.3. Quando há, no Regimento Interno, pena de suspensão das atividades no Corpo Clínico, deverá haver um prazo máximo de suspensão a ser aplicada.

8.4. Quando a contratação é feita com base na lei nº 8.112/90, a exclusão deve ser realizada nas normas próprias do serviço público, sem prejuízo de averiguação pela Comissão de Ética Médica.

8.5. Quando a contratação é feita com base na Consolidação das Leis do Trabalho, o médico empregado pode ser demitido a qualquer tempo por seu empregador, nos termos da legislação trabalhista, sem prejuízo de averiguação pela Comissão de Ética Médica.

8.6. A exclusão, demissão ou exoneração do médico mantém o direito do mesmo em internar e assistir seus pacientes, nos termos do artigo 25 do Código de Ética Médica.

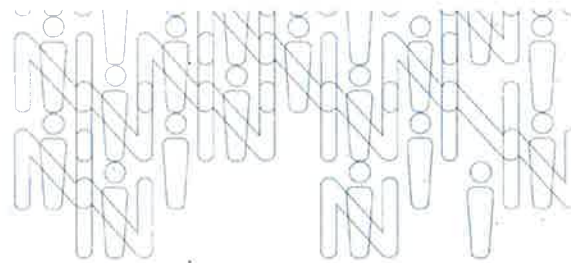
9. DIREITOS E DEVERES

9.1. Além dos direitos e deveres já explicitados na presente Resolução, aos médicos do Corpo Clínico é garantida plena autonomia nas suas funções, sendo um dever a comunicação de falhas na assistência prestada pela instituição ao Diretor Clínico e reivindicação de melhorias que resultem aprimoramento da assistência aos pacientes.

9.2. Os médicos do Corpo Clínico devem obediência ao Código de Ética Médica e ao Estatuto Administrativo da Instituição, no que não conflitar com o Regimento Interno devidamente aprovado e elaborado à luz da normativa vigente.

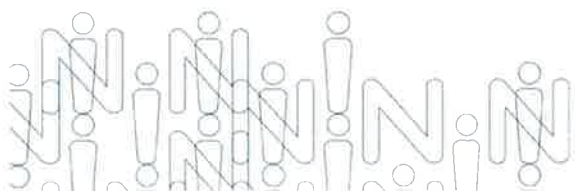
10. ELABORAÇÃO, VERIFICAÇÃO E APROVAÇÃO

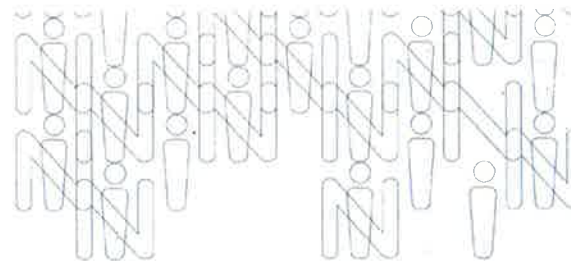




Controle de revisões:

- Revisão
- Data
- Conteúdo revisado

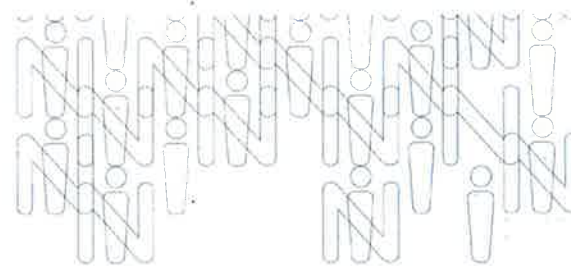




MANUAL DE BIOSSEGURANÇA

Este documento é um modelo técnico desenvolvido pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência será submetido à aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador). A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos.





Sumário

Manual de Biossegurança	3
OBJETIVO:	3
Manual de Biossegurança	4
INTRODUÇÃO	4
EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA:	5
A) EPI - EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	6
B) EPC - EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA	9
SAÚDE OCUPACIONAL	12
ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO	12
HIGIENE PESSOAL:	14
HIGIENE DAS MÃOS	15
CENTRO CIRÚRGICO	15
CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO –C.M.E.	18
PRINCÍPIOS DE BIOSSEGURANÇA EM LABORATÓRIOS	20
PRINCÍPIOS DE BIOSSEGURANÇA NO SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS	22
PRINCÍPIOS DE BIOSSEGURANÇA NO SETOR DE HIGIENE HOSPITALAR	24
PRINCÍPIOS DE BIOSSEGURANÇA NA RADIOLOGIA	26
PRINCÍPIOS DE BIOSSEGURANÇA NO CONTATO DIRETO COM O PACIENTE	27
PRINCÍPIOS DE BIOSSEGURANÇA NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	31
PRINCÍPIOS GERAIS DE BIOSSEGURANÇA	34
CONCLUSÃO	35
GLOSSÁRIO	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
25.0 FLUXOGRAMA DE ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO	38
FLUXOGRAMA: PROFILAXIA ANTI – RETROVIRAL APÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV	Erro! Indicador não definido.





Manual de Biossegurança

OBJETIVO:

- Disponibilizar ao colaborador meio rápido de consulta às normas de procedimentos referentes à exposição de riscos em acidentes com agentes químicos e biológicos no seu ambiente de trabalho;
- Levar ao conhecimento dos funcionários, meios de proteção individual e coletivo;
- Oferecer informações que permitam a todos os funcionários a compreensão da linguagem cotidiana, ligada a biossegurança no ambiente hospitalar;
- Divulgar e aprimorar medidas de proteção para profissionais de acordo com novos conhecimentos.

APLICAÇÃO:

Este manual aplica-se ao estabelecimento de saúde e seus diversos setores (técnicos e de apoio).

RESPONSABILIDADE:

É de responsabilidade do empregador o cumprimento das normas e cuidados adotados conforme descrito neste manual,

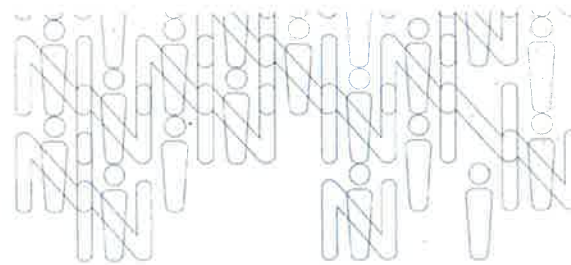
PREZADO COLABORADOR

A Instituição considera a Segurança do Trabalho como parte integrante de suas operações. No entanto, compete a todos trabalhar de forma a promover:

- ✓ Segurança à sua pessoa;
- ✓ Segurança as seus companheiros;
- ✓ Segurança ao público em geral.



2



A ocorrência de um acidente é normalmente consequência da não observação de recomendações e instruções que lhes são ministradas.

De nada valerá para segurança do empregado o equipamento de proteção existente, se não for utilizado; bem como as recomendações e instruções, se não forem observadas e cumpridas. Para evitar acidentes, é necessário manter-se ALERTA, com atenção voltada para o que se está fazendo no momento, tanto no trabalho, quanto no lar ou na rua.

Contamos com a sua colaboração!

Manual de Biossegurança

INTRODUÇÃO

A área hospitalar é um ambiente extremamente peculiar, onde convivem no mesmo espaço: equipamentos, soluções, microorganismos, pessoas, papéis, livros entre outros.

Esse pool de agentes de riscos, necessitam de uma organização para que não ocorram acidentes e para que os resultados produzidos sejam confiáveis. Além disso, um ambiente organizado e disciplinado favorece a credibilidade da instituição e de todos que lá trabalham.

Normalmente as pessoas pensam que o grande fator que favorece a ocorrência de um acidente é o erro humano, ou por deficiência técnica ou por negligenciamento, mas, esse não é o principal fator e sim as deficiências no gerenciamento é que levam, na maioria das vezes, a serem indicadas como causa motivadora do acidente.

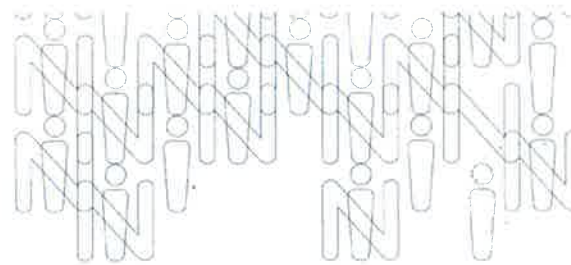
A saúde é um direito de todos, e para tê-la é necessário, entre outras coisas trabalhar em condições dignas e saudáveis e aí entra em cena o processo da qualidade, que aplicados podem contribuir muito para essa organização e disciplina, conseqüentemente, para a sua Segurança no Trabalho.

OBJETIVO

Apesar da crescente conscientização global sobre os problemas que apresentam potencial de risco, o trabalho em estabelecimento de saúde exige cuidados específicos.

Incidentes e acidentes ainda ocorrem como resultado da falta de procedimentos, da inexistência de Normas adequadas, ou mesmo, pelo não cumprimento satisfatório das regras de condutas estabelecidas. Consideramos





de vital importância este manual, que tem como objetivo, tornar mais seguro a atividade em nosso Hospital. Assim sendo, é necessário que seja amplamente divulgado e rigorosamente seguido.

Só assim, poderemos aprimorar cada vez o nosso padrão de Saúde e Segurança, atingindo o objetivo ideal de eliminar os acidentes em nossa instituição.

CONCEITOS GERAIS

Biossegurança: Significa vida + Segurança, em amplo sentido é considerada como a vida livre de perigos. Assim sendo, medidas de biossegurança são ações que contribuem para segurança da vida no dia-a-dia das pessoas, referindo-se ao risco Biológico.

O **SESMT** e a **CIPA** – São instrumentos que os trabalhadores e as empresas dispõem para tratar da prevenção de acidentes e das condições do ambiente de trabalho. Esses órgãos protegem a integridade física do trabalhador e de todos os aspectos que potencialmente podem afetar sua saúde.

Segurança do Trabalho – Conjunto de medidas técnicas, administrativas, educacionais, médicas e psicológicas, que são empregadas para prevenção de acidentes.

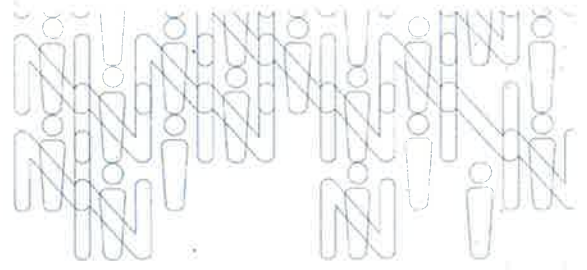
Acidente do Trabalho – O conceito de acidentes do trabalho na legislação brasileira está na Lei nº 8213/91, no seu artigo 19 que diz: “Acidente do trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho dos segurados, ou a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou a redução, permanente ou temporária da capacidade para o trabalho”.

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), tem como atribuição, entre outras, executar as diretrizes para controle de infecção Hospitalar.

EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA:

É necessário esclarecer para os profissionais que não acreditam na necessidade de maiores cuidados com a própria saúde, que a não utilização de Equipamento de Proteção Individual, favorece a disseminação de infecção para o próprio profissional e terceiros (outros pacientes e profissionais). Para que o controle de infecção seja efetivo, toda equipe deve estar integrada, devidamente informada e paramentada.





A) EPI - EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Considera-se Equipamento de Proteção Individual – EPI, todo dispositivo individual destinado a proteger a integridade física do trabalhador.

Embora possa existir resistência na Utilização do EPI, tenha consciência de que é a garantia da integridade de sua própria saúde e segurança, apesar de não apresentar o conforto esperado. Os equipamentos de proteção Individual (EPI) são recursos ou meios individuais de se proteger contra os possíveis acidentes.

Estes dispositivos de segurança embora importantes não eliminam totalmente o risco que continua a existir. Somente protegem o trabalhador, como se fosse uma barreira entre o risco de acidente e o funcionário. Os EPI são parte obrigatória de qualquer esquema ou programa de prevenção de acidentes, sendo necessário instrução técnico-educativa, visando o seu uso de maneira correta e adequada. (Lei 6514 NR 6).

Cabe ao empregador quanto ao EPI:

- Adquirir o adequado ao risco de cada atividade;
- Exigir o seu uso;
- Fornecer ao trabalhador somente o aprovado pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho;
- Orientar e treinar o trabalhador sobre o uso adequado guarda e conservação;
- Responsabilizar-se pela higienização e manutenção periódica;
- Comunicar ao Ministério do Trabalho e Emprego qualquer irregularidade observada;

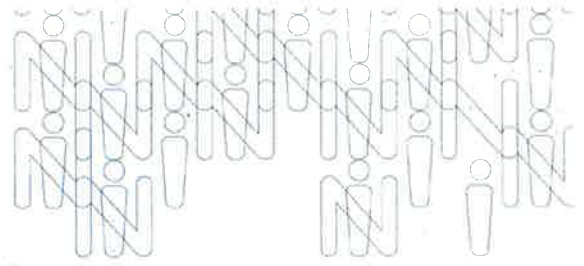
Cabe ao empregado quanto ao EPI:

- Usar, utilizando-o apenas para a finalidade a que se destina;
- Responsabilizar-se pela guarda e conservação;
- Comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para uso;
- Cumprir as determinações do empregador sobre o uso adequado.

INDICAÇÃO DE USO DE EPI

a.1) Aventais





O uso de aventais está indicado para proteger roupas e superfícies corporais da contaminação por líquidos corporais ou sangue, projeção de partículas e umidade.



a.2) Luvas

Fornecer um elevado grau de proteção contra dermatites, pois, a exposição a pequenas concentrações de inúmeros compostos eventualmente cria reações adversas na pele, podemos destacar também no contato com materiais biológicos, agressores físicos e/ou químicos.



Temos no hospital os diferentes tipos de luvas:

- **Luvas de procedimento** – devem ser utilizadas na assistência à pacientes. As mãos devem ser lavadas antes e após calçar as luvas e devem ser descartadas a cada atendimento.
- **Luvas cirúrgicas** – são luvas estéreis e devem ser descartadas a cada atendimento.
- **Luvas para limpeza** – em látex grosso resistente. Devem ser usados durante procedimento de limpeza e desinfecção.

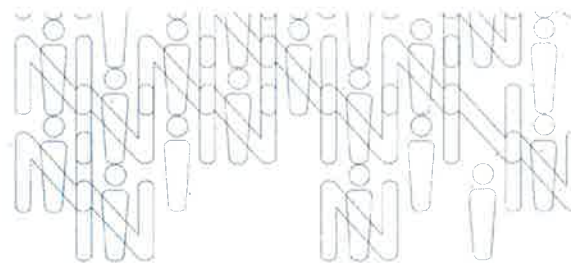
Lembre-se As luvas devem ser retiradas imediatamente após o uso, antes de tocar superfícies ambientais, e contato com outro paciente.

É obrigatória a higienização das mãos antes e após o uso das luvas.

Ao utilizar luvas, **NÃO** passe as mãos nos cabelos, **NÃO** se alimente, **NÃO** encoste na face, **NÃO** atenda o telefone ou coloque as mãos nas maçanetas das portas.

As luvas devem ser retiradas imediatamente após o uso, antes de tocar superfícies ambientais, contato com outro paciente.

É obrigatório a lavagem das mãos após a retirada das luvas.



a.3) Óculos ou viseiras de Proteção

Oferecem proteção contra respingos de sangue, secreções, excreções e fluidos corpóreos.

a.3) Óculos ou viseiras de Proteção

Oferecem proteção contra respingos de sangue, secreções, excreções e fluidos corpóreos.



a.4) Máscaras

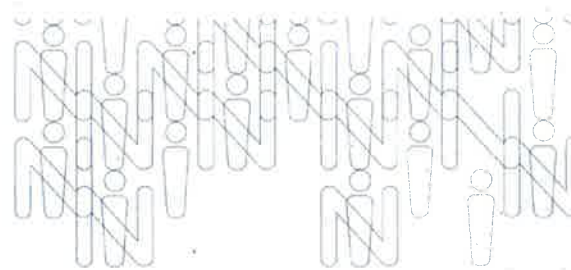
Proteção para vias aérea superiores contra agressores físicos, químicos e biológicos:

Máscara - N 95 – Utilizada para proteção contra doenças transmissíveis por aerossóis (partículas com menos de 5 micra). As máscaras devem ser adaptadas ao formato do rosto de forma que não seja possível a entrada de ar não filtrado. São de uso individual e devem ser mantidas limpas e secas, sua substituição deve ser feita no setor de Engenharia de Segurança do Trabalho, quando necessário.



Máscaras Cirúrgicas/Descartáveis – Seu uso é indicado na contenção de gotículas no momento em que são geradas de pacientes.





a.5) Sapatos de Segurança

Proteção para os pés e pernas contra impactos, perfurações, substâncias químicas, biológicas e umidade. Sapatos abertos são proibidos, os pés desprotegidos (sandálias) ou pouco protegidos (sapatos de pano) acarretam problemas sérios e podem gerar situações perigosas. O sapato deverá ser compatível com o tipo de atividade desenvolvida.



B) EPC - EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA.

b.1) Lava-Olhos - Fixo

Equipamento composto de cuba com jatos de água direcionada para os olhos, destinados a lavagem dos olhos em caso de serem atingidos por sangue, secreções ou excretas.

b.2) Lava olhos – Portátil

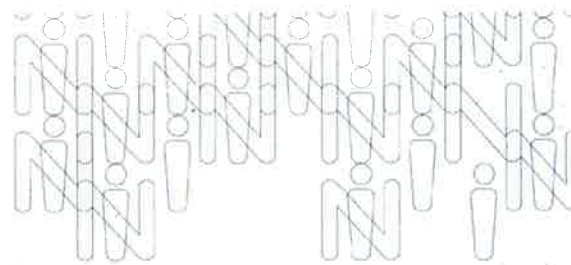
Tipo bisnaga que proporciona jatos de água direcionada para os olhos, destinados a lavagem dos olhos em caso de serem atingidos por sangue secreções ou excretas.

b.3) Coletor de perfurocortantes

Procedimentos referentes ao descarte de materiais perfurocortantes:

- Ao montar a caixa de coletor, identifique-a com o nome do setor e data de abertura;
- Não reencapar agulhas, desprezá-la por completo (agulha e seringa);
- O coletor não poderá ficar sobre a pia ou mobília, coloca-lo no suporte apropriado;
- O a boca do coletor não poderá ficar acima do campo de visão do menor funcionário;
- Ao fechar a caixa de coletor não é necessário veda-la com esparadrapo;
- Ao transportar a caixa de material perfurocortante evite encosta-la no corpo, transporte sempre pela alça;
- Substituir o recipiente, quando estiver $\frac{3}{4}$ do volume (linha pontilhada).





8.0 – RISCO BIOLÓGICO

As atividades de profissionais de saúde têm que ser realizada em ambiente seguro e saudável. É importante salientar que grande parte dos acidentes que envolvem profissionais da área de saúde se deve a não observância às Normas de Segurança.

As Precauções Padrão visam evitar a exposição dos trabalhadores da saúde a microorganismos infectantes.

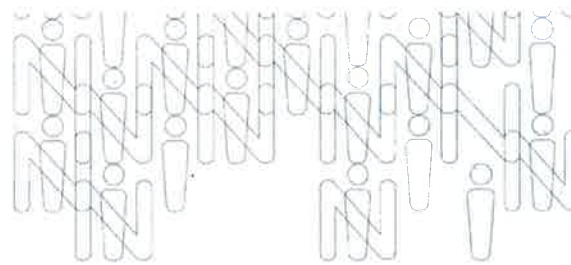
As Precauções Padrão englobam o uso rotineiro de barreiras de proteção e incluem ainda, as precauções necessárias na manipulação de agulhas ou outros materiais cortantes para prevenir exposições percutânea.

Alguns trabalhos publicados demonstram que a frequência de exposição a sangue foi reduzida em mais de 50% quando os esforços foram direcionados na motivação para cumprimento das normas de Precauções Padrão.

O risco de acidentes com sangue e fluidos corpóreos podem ser reduzidos pelo emprego de práticas seguras e/ou uso dos equipamentos de proteção individual:

				
Antes e após contato com paciente e uso de luvas	Risco de Gotículas e/ou secreções	Ao contato com Material Biológico	Óculos de proteção	Risco de respingos





9.0 – IMUNIZAÇÕES EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Sabidamente há um risco elevado da aquisição e transmissão de doenças infecto contagiosas em ambiente hospitalar, tanto os pacientes como os profissionais de saúde têm maior risco de exposição a certas doenças infecto contagiosas, assim como ambos podem ser o veículo de transmissão e disseminação de doenças.

Os profissionais de saúde estão expostos a diversas doenças infecto contagiosas em sua prática diária: transmissíveis por via aérea (tuberculose, varicela, rubéola, sarampo, influenza, viroses respiratórias, doenças meningocócica), transmissíveis por exposição a sangue e fluidos orgânicos (HIV, hepatite B, hepatite C), de transmissão fecal-oral (hepatite A, poliomielite, gastroenterite, cólera) e transmitida pelo contato (escabiose, pediculose, colonização por estafilococos).

O risco de exposição varia segundo o tipo de atividade exercida, o uso de medidas preventivas à exposição e a prevalência local de doenças.

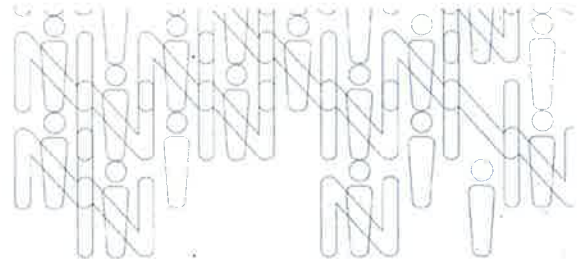
O risco de aquisição de doenças depende não somente do tipo de exposição, da patogenicidade do agente infecto contagioso e da existência de profilaxia pós-exposição, como de prevalência local de doenças e da susceptibilidade do profissional de saúde.

Por estarem mais expostos a certas doenças transmissíveis, os profissionais **devem estar adequadamente imunizados**, além de, obviamente, utilizar corretamente as técnicas de proteção individual para minimizar o risco de aquisição de infecção.

O risco de tornar-se transmissor de doenças infecto contagiosas na prática clínica não pode ser desprezado e aumenta com o emprego de técnicas inadequadas, falha na lavagem de mãos e exposição do paciente a certas doenças transmissíveis pelo profissional da área da saúde.

O papel do profissional de saúde como transmissor de doenças infectas contagiosas na prática clínica não pode ser desprezado. O risco do profissional transmitir aumenta caso o emprego de técnicas adequadas, como a lavagem de mãos, não seja empregadas corretamente e caso o paciente seja susceptível a certas doenças transmissíveis.





A vacinação é a ferramenta mais eficaz para prevenção de certas doenças infecto contagiosas em ambiente hospitalar (hepatite B, varicela, sarampo, rubéola) e é realizada pelo setor de Medicina do Trabalho, promovendo campanha de vacinação três vezes ao ano e posteriormente com o programa de imunização constante.

SAÚDE OCUPACIONAL

O registro da avaliação periódica do estado de saúde dos trabalhadores deve ser realizado pelo PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional). Este programa é de caráter preventivo, rastreando e diagnosticando, precocemente os, agravos à saúde, além da constatação de casos de doenças profissionais.

Portanto, compareça quando convocado, para exame periódico, conforme programação de sua Unidade, em caso de dúvida procure a Medicina do Trabalho localizado no 1º andar.

A doença proveniente de contaminação acidental do empregado, no exercício de sua atividade, é prevista em lei, portanto deve ser notificada imediatamente em caso de exposição.

ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

Os acidentes mais frequentes são os associados à manipulação de material perfurocortantes, ou no acondicionamento dos mesmos.

Circunstâncias comuns de riscos são: coletores cheios acima do limite permitido; agulhas ou outros materiais perfurocortante projetado para fora do coletor e realização de procedimentos sem uso de EPI adequado.

Os vírus mais envolvidos nestes acidentes são: HIV, HBV (Hepatite B), HCV (Hepatite

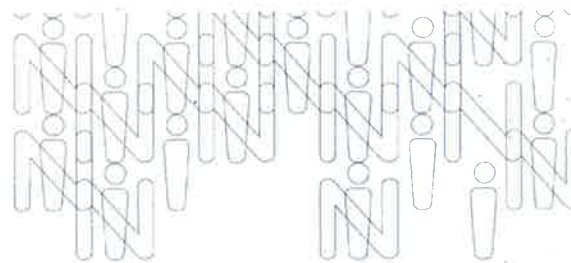
O risco médio de se adquirir HIV é de aproximadamente 0,3% após acidente com exposição percutâneo e 0,09% após exposição de mucosa.

Quanto a HBV é em torno de 30%, HCV 1,8% após exposição percutânea.

EM CASO DE ACIDENTES

Vide anexo – Fluxogramas – Páginas 42 e 44





Cuidados locais:

- Lavar abundantemente o local afetado, se exposição percutânea lavar com água e sabão, exposição de mucosa, lavar somente com água ou soro fisiológico;
- Não apertar ou espremer o local, pois, pode aumentar a superfície de contato;
- Não utilizar soluções irritantes como éter, álcool, cloro, etc.

Notificação:

1. Comunicar a chefia imediata para encaminhamento, orientação e preenchimento da CIAT;
2. Procurar o setor de Medicina do Trabalho – Notificação e avaliação;
3. Procurar o setor de Segurança do Trabalho – Investigação e Emissão do CAT (comunicação de acidente de trabalho);
4. Procurar o setor de Serviços de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH – Avaliação, orientação e condutas profiláticas, se necessário.

PREVENÇÃO

Regra Nº1

Todo material perfurante e cortante (agulha, scalp, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros), mesmos que estéril, devem ser desprezados em recipientes resistentes à perfuração e com tampa. **NUNCA EM SACOS DE LIXO.**

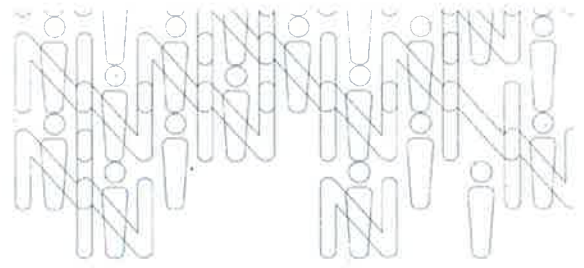
Regra Nº2

As agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou desconectadas da seringa com as mãos.

Regra Nº3

Os recipientes específicos para descarte de material não devem ser preenchidos acima da linha de enchimento e devem ser colocados sempre próximos do local onde é realizado o procedimento.





Regra Nº4

Os recipientes deverão ser devidamente lacrados e acondicionados em sacos identificados pelo símbolo de material infectante.

HIGIENE PESSOAL:

Higiene Pessoal:

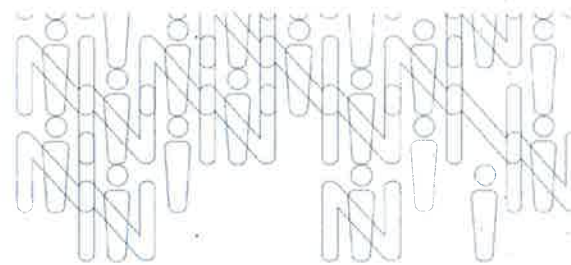
É um conjunto de cuidados que cada um deve ter com o seu próprio corpo, para preservar a sua saúde e a dos outros.

Higiene pessoal remove do corpo todo acúmulo de impurezas e poeiras, garantindo uma sensação de bem estar. É importante, pois, evitar que os microorganismos presentes nos organismo humano se multipliquem a ponto de causar doenças.

Os cuidados básicos de higiene, tão óbvios para muitos, podem não ser tão óbvios para outros. Regras básicas que devem ser consideradas:

- Banho diário;
- Lavar o rosto várias vezes ao dia;
- Lavar as mãos sempre que necessário;
- Unhas curtas, limpas e sem esmaltes. O esmalte que não for claro mascara a sujidade e unhas cumpridas são depósitos de microorganismos;
- Cabelos curtos ou presos;
- Barbear-se diariamente;
- Uniformes limpos e apresentáveis;
- Adornos: O uso de anéis, pulseiras e brincos não são recomendados.





HIGIENE DAS MÃOS

É o ato mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares.

A lavagem das mãos é tradicionalmente o ato mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares. Historicamente foi provada sua importância por Semmelweis e tem merecido atenção das publicações clássicas mais importantes sobre infecções hospitalares. O termo higiene das mãos e

está sendo utilizado porque englobam tanto a lavagem comum, anti-sepsia e a fricção das mãos com produtos específicos.

Higiene das mãos: (Ver manual do SCIH)

CENTRO CIRÚRGICO

O Centro Cirúrgico é unidade especializada de um hospital, constituída por salas cirúrgicas destinadas tanto à realização de procedimentos cirúrgicos, como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata.

O modelo clínico de assistência que requer invisibilidade dos procedimentos concentra as precauções da Segurança Ocupacional nas práticas de controle de transmissão de infecção, de clientes a trabalhadores da área da saúde, principalmente através do sangue e fluídos corporais.

Equipe de Enfermagem no Centro Cirúrgico

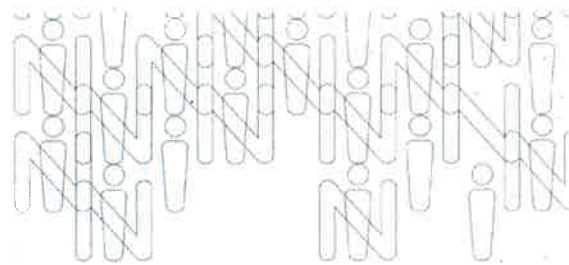
O pessoal de enfermagem, médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, que por estarem organizados em departamentos especializados juntamente com as pessoas que neles trabalham, formam equipes com objetivo comum.

A equipe de enfermagem, além da qualificação profissional, de acordo com as funções que desempenha, deverá possuir uma formação complementar para desenvolver o seu trabalho num Centro Cirúrgico a respeito das seguintes áreas:

- Prevenção de desinfecção no ambiente cirúrgico;
- Método de desinfecção, esterilização e uso adequado de substâncias desinfectantes;



2



- Conhecimentos das medidas de segurança estabelecidas para o meio hospitalar e de forma mais efetiva no Centro Cirúrgico.

Os profissionais que atuam no Centro Cirúrgico estão expostos a diversos tipos de doenças tanto no operatório como pós-operatório, portanto seguir as regras de segurança é de suma importância a fim de evitar possíveis danos a saúde.

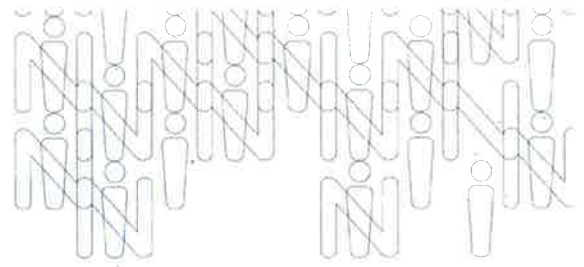
Os modos de transmissão para exposição ao risco biológico são:

- Contato direto: envolve contato direto das superfícies externas de um corpo com outro corpo e transferência física de microorganismo entre hospedeiro suscetível e uma pessoa contaminada ou infectada (banho e outros contatos);
- Contato indireto: envolve contato de um hospedeiro suscetível com um objeto de intermediação no cuidado, que está contaminado (instrumentais, agulhas, etc);
- Contato por gotículas: Ocorre quando as gotículas das vias aéreas são eliminadas de pessoas infectadas (aspiração, broncoscopia, tosse, espirro e conversa), a certa distância (+/- 1 metro), através do ar é depositada na conjuntiva, mucosa nasal ou boca do hospedeiro suscetível;
- Contato por aerossóis : ocorre pela disseminação de partículas de 5 micras ou menos a partir de gotículas evaporadas contendo microorganismos suspensos e vivos no ar;
- Veiculação: microorganismos transmitidos por itens contaminados (alimentos, água, equipamentos e materiais);
- Vetores: transmitido através de insetos.

As principais situações de riscos biológicos em Centros Cirúrgico São:

- O risco de exposição ocupacional com sangue do paciente durante a cirurgia é maior na equipe cirúrgica;
- A frequência dessa exposição varia conforme a especialidade e tipo de procedimento;
- Os locais mais frequentes de exposição são: mãos e dedos, seguidos de face, pescoço e mucosas;
- Cerca de 15% são injúrias percutâneas que ocorre por agulhas de sutura, scalp, etc;
- A pele não íntegra da equipe cirúrgica, devido dermatites causadas pelas degermações frequentes, aumenta o risco de transmissão ocupacional de infecção;
- A maior frequência da exposição ao risco biológico se encontra na equipe de enfermagem seguida pelos médicos. O instrumentador cirúrgico tem menos exposição que o cirurgião, porém, também exige o uso de equipamento de proteção individual devido sua proximidade com o campo operatório e manuseio de materiais e instrumentos utilizados em cirurgias;





- g) Riscos relacionados com injúrias na manipulação de objetos perfurocortantes, respingo de secreções, procedimentos de perfurações ou serra, aferição e descontaminação de instrumentos pós-cirúrgicos;
- h) Exposição na face e pescoço por respingos dos barbeados recentemente; Punções endovenosas, assistência na intubação, contar e pinçar, compressas sujas, segurar e transportar sangue e espécimes, apanhar instrumentos e outros materiais sujos que caíram no campo operatório, receber espécimes e outros materiais de outro instrumentador;
- i) Agulhas contaminadas passadas do campo estéril para o circulante.

Nos procedimentos do Centro Cirúrgico, os funcionários deverão fazer uso dos seguintes equipamentos de proteção individual:

Procedimento operatório

- Uso de óculos de proteção ou protetor facial;
- Máscara cirúrgica;
- Gorros;
- Aventais;
- Roupas privativas;
- Luvas cirúrgicas.

Quando da utilização do intensificador de imagem:

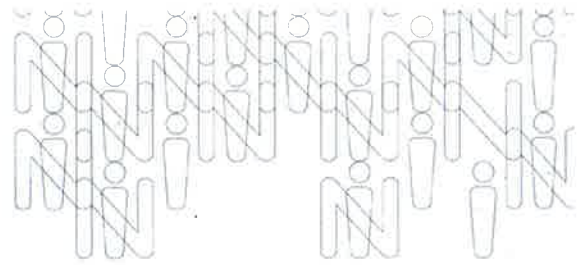
- Protetor de tireóide;
- Avental e óculos plumbíferos.

Procedimento pós-operatório

- Luva de procedimento;
- Máscara cirúrgica;
- Óculos de proteção (quando há o risco de respingo de secreções);
- Uniforme privativo;
- Gorro.

Recomendações para Controle de Infecção em Centro Cirúrgico





O desenvolvimento de ações que visam o controle de infecção em Centro Cirúrgico, com a participação e apoio do SCIH, é importante o envolvimento de todos que atuam neste setor. Essas ações convergem para o bom atendimento ao paciente e a credibilidade do serviço.

A limpeza adequada é um ponto importante no controle das infecções, uma vez que os microorganismos podem resistir em presença de matéria orgânica ressecada por alguns dias, conforme quadro abaixo:

Microorganismo	Tempo de sobrevivência
Vírus do HIV	Até 3 dias
Vírus da HBV	Até 7 dias
Enterococcus spp	Até 7 dias
Acinetobacter baumannii	Até 2 dias

Precauções padrão

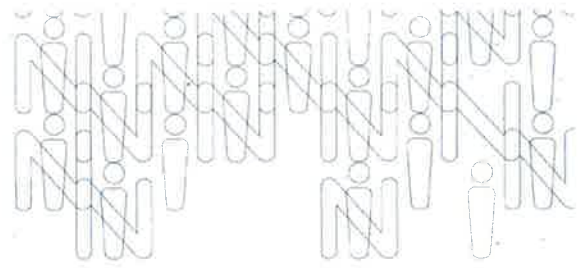
São medidas de proteção que devem ser tomadas por todos os profissionais de saúde, quando prestam cuidados aos pacientes ou manuseiam artigos contaminados, independente da presença de doenças transmissíveis comprovada.

As precauções padrão (PP) consistem em:

- Lavagem das mãos, antes e após ter contato com o paciente;
- Uso de luvas de procedimento, retirando-as após prestar assistência;
- Uso de avental e óculos em caso de contato com sangue e fluídos;
- Manuseio correto de materiais perfurocortantes;
- Manuseio correto de artigos e roupas contaminadas;
- Descontaminação de artigos e equipamentos;
- Máscara de proteção semi-facial;
- Descontaminação de superfícies ambientais.

CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO –C.M.E.





A Central de Material Esterilizado é definida como o conjunto de elementos destinados a recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais para as unidades assistenciais.

O processo de trabalho de enfermagem na Central de Material Esterilizado tem por finalidade contribuir com o processo assistencial desenvolvido nas unidades consumidoras (Unidades de Internação, Pronto Socorro, Ambulatório, Centro Cirúrgico, Quarto de Parto, Laboratório, Radiologia, Banco de Sangue e Serviço de Nutrição e Dietética), o objeto de trabalho a ser transformado nesse processo constitui-se em artigos instrumentos contaminados e também de artigos limpos, provenientes da lavanderia e almoxarifado. O produto final do processo de trabalho é o artigo em condições seguras de uso, que irá subsidiar outros processos.

Área de Recepção e Expurgo.

Essa área destina-se à recepção, descontaminação, lavagem e separação de artigos médicos hospitalares utilizados pelas unidades consumidoras. Concentra grande parte de artigos sujos com sangue, secreções (produto sólido, líquido ou gasoso, de atividade celular ou glandular, que é armazenado ou utilizado pelo organismo no qual é produzido, como saliva, vaginal, uretral) e excreções (eliminação de qualquer substância inútil ou prejudicial ao organismo com fezes, urina, suor, etc.)

Dentre todas as atividades desenvolvidas no C.M.E a limpeza constitui o núcleo de todas as ações referentes aos cuidados de higiene com os artigos hospitalares sendo o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização.

Objetivo da Limpeza.

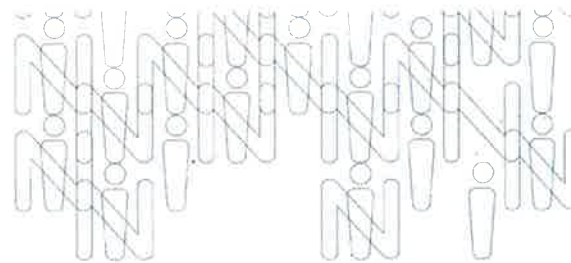
O processo de limpeza dos artigos hospitalares tem três objetivos principais:

- A remoção da sujidade;
- A remoção, redução ou destruição dos microorganismos patogênicos;
- A remoção completa das substâncias pirogênicas.

É fundamental que os artigos sejam selecionados e desinfetados imediatamente após o seu recebimento, evitando o seu acúmulo e, conseqüentemente, que matérias orgânicas fiquem aderidas, tornando mais fácil a limpeza.

A limpeza e o procedimento de remoção mecânica, de sujidade, realizado com água, adicionada ou não de solução detergente, desincrostantes ou produtos enzimáticos, num determinado tempo, de forma manual ou por ação de equipamentos mecânicos. A matéria orgânica dificulta a ação do calor e no processo químico forma barreira que reage com o produto esterilizante.





O processamento deve oferecer materiais e equipamentos seguros, efetivos e com a integridade mantida (sem risco de infecção) ou danos na sua integridade.

A desinfecção pode ser feita pelo processo físico que tem um menor risco ocupacional, ou processo químico que exige cuidados básicos como:

- Concentração correta;
- Materiais limpos e secos (a sujidade diminui a superfície contato);
- Temperatura $\pm 20^{\circ}\text{C}$;
- Imersão total dos materiais;
- Tempo de exposição;
- Recipientes fechados (risco ocupacional);
- Prazo de validade.

A esterilização pode ser feita por processo físico (autoclaves) ou químico.

Todo artigo é potencialmente contaminado desde que haja presença de matéria orgânica.

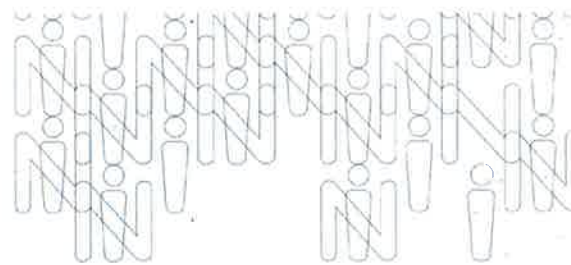
EPI – Equipamento de Proteção Individual Obrigatório na Área de Expurgo:

- Óculos de proteção;
- Máscara cirúrgica;
- Avental de trevira (impermeável);
- Luva de látex longatex;
- Gorro ou toucas descartáveis;
- Bota de PVC impermeável;
- Protetor auricular quando da secagem dos materiais com ar comprimido.

Obs: Os EPI deverão ser retirados no Setor de Segurança do Trabalho, e trocados quando apresentarem danos. Todos os Equipamentos de Proteção Individual - EPI deverão ser higienizados e guardados em armários próprios conforme determinação da supervisão.

PRINCÍPIOS DE BIOSSEGURANÇA EM LABORATÓRIOS





Os líquidos e os sólidos, os quais manuseamos nos laboratórios, são quase sempre, fontes de contaminação. Os cuidados que devemos ter para não haver contaminação cruzada dos materiais, não contaminar o pessoal do laboratório, da limpeza, os equipamentos, o meio ambiente através de aerossóis e os cuidados com o descarte destes materiais fazem parte das Boas Práticas em Laboratórios, seguindo as regras da Biossegurança. Para cada procedimento há uma regra já definida em manuais, resoluções, Normas ou Instruções Normativas.

Tais práticas seguras são um conjunto de procedimentos que visam reduzir a exposição aos riscos no ambiente de trabalho, conforme abaixo:

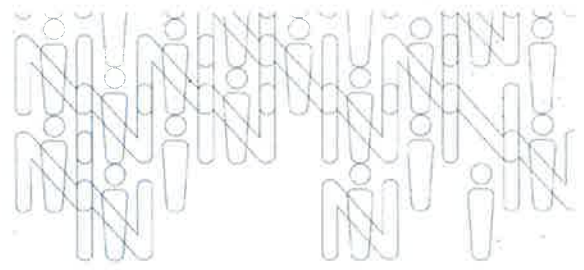
Regras Gerais:

1. O uso de equipamento de proteção individual e coletivo é fundamental e OBRIGATÓRIO para as práticas das atividades laboratoriais, de forma a assegurar a saúde do profissional e minimizar a possibilidade de acidentes.
Equipamentos de Proteção Individual de uso obrigatório na área técnica: óculos de segurança, luvas de procedimentos, avental de proteção.
2. Evite contato das mãos com a face;
3. Não pipetar qualquer líquido com a boca;
4. Não use as pias do laboratório para atividades de higiene pessoal;
5. Utilizar sempre as pias exclusivas para lavagem de mãos;
6. Mantenha os frascos que contêm material infectante fechado toda vez que não estiver em uso;
7. Lave cuidadosamente as mãos com bastante água e sabão, antes e após o contato com produtos químicos ou biológicos, após a retirada das luvas e antes de qualquer refeição;
8. A limpeza das áreas contaminadas (bancada, pisos, equipamentos etc) deve ser realizada regular e imediatamente após o término de uma atividade.
9. Desinfecção – Devem ser empregadas antes e após atividades, para prevenir contaminação do ambiente com material ou produtos biológicos que ofereçam o risco.
10. Produtos Químicos – Evite riscos como queimaduras, explosões e incêndios, conheça as propriedades das substâncias químicas em uso. Tais produtos têm de ser manipulados com muito CUIDADO!
11. Todos os frascos e/ou recipientes com soluções e reagentes devem ser identificados, com nome do produto, validade e toxicidade.

Devem ter pequenas quantidades de produtos químicos no laboratório, a fim de reduzir os riscos.

12. Vidros – Quando se trabalha com equipamentos de vidro, deve-se observar a resistência mecânica (espessura do vidro), a agentes químicos e ao calor.





- Nunca levar a chama direta um frasco de vidro, recomenda-se manta elétrica ou uso de tela de amianto quando utilizar bico de bunsen.
 - Utilizar sempre luvas com isolamento térmico adequado. (principalmente ao lidar com estufas e autoclaves).
 - Ao empregar material de vidro em sistema de auto vácuo, não usar vidraria de parede fina.
 - Ao utilizar rolhas em frascos de vidros, avalie com cuidado o tamanho da rolha com o orifício do vidro a ser tampado.
 - Nunca utilize parte do corpo para servir de apoio para introdução da rolha.
 - Jamais utilize frasco de vidro com fraturas ou trincas nas bordas, onde a rolha será introduzida. Avaliar a fragilidade do material com relação ao uso repetitivo, que torna o vidro mais frágil.
13. Transporte – Ao transportar vidrarias e/ou amostras biológicas, deve-se utilizar suportes firmes á prova de vazamentos, evitando quedas e derramamentos.
14. Centrífugas – Devido ao alto índice de acidentes em centrífugas, principalmente a quebra de tubos, este equipamento merece uma atenção especial: Não ligue o equipamento com a tampa aberta, não pare a mesma com as mãos, nem coloque os tubos abertos para o processo.
15. Procure inteirar-se das técnicas que você utiliza.
16. Ciência não é mágica. O conhecimento dos porquês pode ser muito útil na solução de problemas técnicos.
17. Na dúvida, pergunte.
18. Ao perceber que um aparelho está quebrado, comunique imediatamente ao chefe do setor para que o reparo possa ser providenciado.
19. Ao perceber algo fora do lugar, coloque-o no devido lugar. A iniciativa própria para manter a ordem é muito bem-vinda e antecipadamente agradecida.

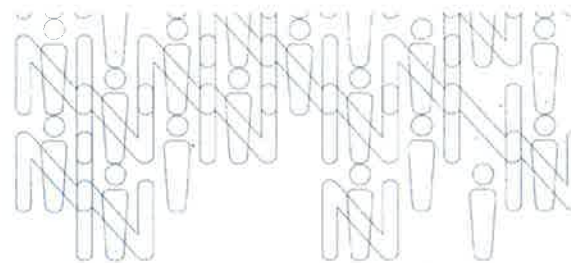
Bico de Bunsen.

Ao manipular o Bico de Bunsen, ligar o registro do gás e em seguida a válvula de abertura, utilizar o bico enquanto necessário, depois desligar o registro do gás e em seguida a válvula de abertura.

O laboratório por ser considerado um ambiente de Nível de Biossegurança NB-III, possui em seu poder um Manual de Biossegurança específico. Para maiores informações deverá ser consultado o Manual do referido setor.

PRINCÍPIOS DE BIOSSEGURANÇA NO SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS.





O paciente é a principal fonte de contaminação da roupa. Inicia-se o processamento da roupa a partir de um fluxo entre o leito do paciente e o SPR, na forma de duas correntes: uma que leva roupa suja e outra que traz a roupa limpa.

A higiene da roupa só será satisfatória quando houver condições materiais e sensibilização dos profissionais, quanto à importância de evitar cruzamentos em transporte e proceder ao acondicionamento adequado, observando horários propostos e paramentação correta.

As precauções padrão, no combate às infecções hospitalares, foram criadas para proteger o trabalhador da área de saúde da exposição a agentes potencialmente infecciosos.

A lavanderia, principalmente nas atividades de coleta, separação e lavagem, é um dos serviços onde existem bactérias, seja pelo contato pessoal, mãos, ar, ambiente, ou seja, pelo mau processamento da roupa.

É imprescindível o uso de barreiras, tais como Equipamentos de Proteção Individual. A não utilização desses recursos preventivos possibilita a manipulação direta de roupa suja e contaminada. A utilização desses equipamentos envolve um compromisso mútuo, entre o funcionário que se obriga a usar, guardar, conservar e comunicar a perda ou dano e o empregador que se obriga a fornecer gratuitamente, em perfeito estado de conservação e funcionamento.

Os funcionários da área suja devem trabalhar paramentados e treinados para cuidar da roupa como sendo, sempre, de alta contaminação, mesmo que não se origine de setores de infecção.

As recomendações gerais na manipulação de roupa limpas:

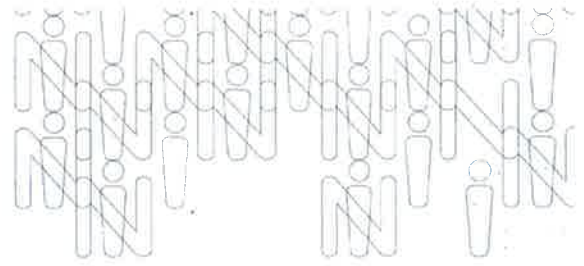
- Os armários para a guarda das roupas devem ser vedados e limpos periodicamente, de forma a evitar a entrada de traças, por exemplo;
- Para o transporte e a distribuição da roupa limpa, o funcionário deverá fazer a lavagem das mãos e usar uniformes limpos.
- Usar carro exclusivo para transporte de roupa limpa;

Recomendações gerais na manipulação de roupa suja:

- Durante a manipulação e separação, agitá-la o menos possível;
- Os suportes de hampers deverão ser limpos, pelo menos uma vez ao dia;
- Estabelecer horários de recolhimento da roupa suja;
- Não tocar em maçanetas, portas e telefones quando as mãos estiverem enluvasadas;
- Não entrar nos quartos para retirada de enxovais, os mesmos deverão estar disponibilizados nos expurgos;



N



- Antes de deixarem a área suja devem tomar banho e trocar de uniforme.

E.P.I's de uso obrigatório:

Coleta de roupa suja nos andares: uniforme adequado, Gorro, avental impermeável e Luvas de látex ou longatex.

Área suja: Roupa privativa, Botas de borracha, Gorro, Respirador com filtros nas laterais, Avental de PVC, Luvas de nitrílica longa, Óculos de segurança com tratamento anti-embasante e Protetor Auricular.

Área limpa: Uniforme adequado, Gorro/Touca, Sapato de segurança e Protetor auricular.

Limpeza dos carrinhos de transporte: Óculos de proteção, luva de látex, avental impermeável e botas de PVC.

PRINCÍPIOS DE BIOSSEGURANÇA NO SETOR DE HIGIENE HOSPITALAR

Princípios básicos na higiene hospitalar para prevenção quanto a disseminação de doenças infecciosas.

Nunca varrer superfícies a seco, o ato de varrer o piso favorece a dispersão de microrganismos que podem estar veiculados as partículas de pó, recomenda-se varredura úmida, com mop ou pano de chão molhado;

- Iniciar sempre da área menos contaminadas para a mais contaminada;
- Nunca realizar movimentos de vaivém, deve-se limpar em sentido unidirecional;
- Iniciar limpeza pelo teto, paredes e por último o piso;

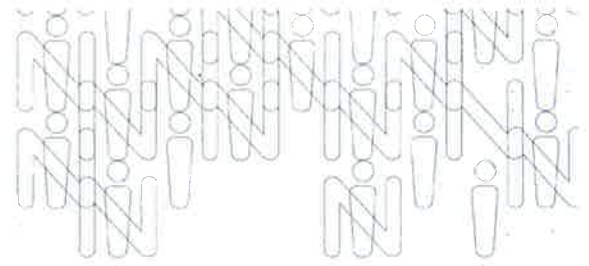
Obedecer a sentidos corretos para limpeza:

- Paredes: de cima para baixo;
- Tetos: unidirecional;
- Piso de quartos ou enfermarias: do fundo para a porta de entrada;
- Pisos de corredores: de dentro para fora, de trás para frente.

REGRAS GERAIS

- Nunca substituir escadas por cadeiras, caixas, prateleiras;
- Utilizar escadas apenas em superfícies planas;





- Nunca manusear equipamentos elétricos com as mãos molhadas;
- Proteger tomadas elétricas de paredes que serão molhadas com fita adesiva de crepe;
- Nunca correr nas dependências hospitalares;
- Manter a postura adequada ao abaixar ou levantar, utilizando a musculatura das pernas, nunca das costas, mantendo-se ereto, prevenindo problemas de coluna;
- Respeitar as técnicas corretas para torcer o mop no carro espremedor, prevenindo assim problemas nas articulações e/ou tendões;
- Não misturar produtos de limpeza, pois a mistura pode tornar-se perigosa, provocando a formação de gases tóxicos e reações alérgicas;
- Não atender salas de exames com emissão de radiações (RX) sem autorização prévia, ou quando estiver sendo realizado o procedimento.

E.P.I's de uso obrigatório:

Limpeza geral: Uniforme, luva de látex, bota de PVC, avental impermeável e óculos de segurança quando existir o risco de projeção de respingos.

Limpeza dos carrinhos de coleta de lixo: Óculos de segurança, luva de látex, avental impermeável e botas de PVC.

Limpeza de vidraças: Uniformes, luvas de segurança, sapato de segurança e óculos de segurança.

Limpeza terminal em isolamento: Uniforme, luva de látex, bota de PVC, avental impermeável, óculos de segurança quando existir o risco de projeção de respingos e máscara N95.

Coleta de lixo nos andares: uniforme adequado, Gorro, Máscara, Avental impermeável, Luvas de látex e Bota de PVC.

Coleta de lixo dos andares ao depósito de resíduos externo: uniforme adequado, Gorro, Máscara, Avental impermeável, Luvas de látex e Óculos de Segurança.

Equipamentos X Segurança

Máquinas

Alerta ao manuseá-las:

- Não enrolar o fio ao redor do equipamento enquanto este estiver em funcionamento;





- Verificar a compatibilidade da corrente elétrica com a voltagem da máquina e do tipo de tomada, de acordo com a sua identificação;
- Nunca desconectar o plug da tomada à distância.

Notifique

- Qualquer alteração que fuja aos padrões de seu funcionamento;
- Plug ou os fios danificados;
- Superaquecimento do equipamento.

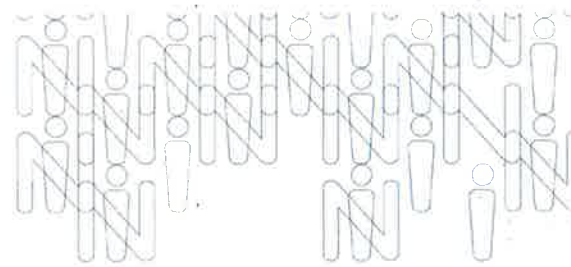
PRINCÍPIOS DE BIOSSEGURANÇA NA RADIOLOGIA

Precauções obrigatórias durante os exames:

- O operador deverá sempre utilizar o monitor individual (dosímetro) durante a jornada de trabalho;
- Sempre fechar totalmente as portas da sala de Raios X;
- Só pode ser admitido na sala de exame o paciente e se necessário um acompanhante para segurar o paciente, o técnico deve verificar a possibilidade de o acompanhante realizar essa tarefa. Nesse caso, o acompanhante deve ser instruído a utilizar os protetores plumbíferos (avental de chumbo).
- Certificar-se da indicação de raios X em funcionamento por fora da porta de entrada da sala, para que nenhum indivíduo entre na sala de forma inadvertida durante a realização do exame.
- Nos exames em que seja necessária a presença do trabalhador próximo ao paciente, sempre utilizar os acessórios plumbíferos e o monitor por fora do avental.
- Nos exames em que não há necessidade de permanência junto ao paciente, este deve sempre se posicionar atrás do biombo, ou na cabine de comando. A porta da sala de comando deve permanecer fechada durante o exame.
- Informar o paciente que ele deve permanecer imóvel, evitando a necessidade de repetição do exame.
- Utilizar sempre as técnicas recomendadas para cada tipo de exame evitando a necessidade de repetição de exame por uso de técnica inadequada.
- Verificar se as pacientes estão grávidas ou com suspeita de gravidez e, proteja a barriga com avental plumbíferos.



2



E.P.I's de uso obrigatório:

Avental Plumbíferos, Óculos Plumbíferos, Protetor de tireóide, dosímetro.

Manuseio de reveladores: Luvas de Látex, Avental impermeável e óculos de segurança.

PRINCÍPIOS DE BIOSSEGURANÇA NO CONTATO DIRETO COM O PACIENTE

O número de contato com sangue, incluindo exposição percutâneo e mucosas, varia conforme categorias e áreas de atuação. Profissionais da área cirúrgica e setores de emergência são descritos como profissionais de alto risco de exposição a material biológico.

As estatísticas mostram que a equipe de enfermagem é uma das principais categorias profissionais sujeitas a exposições a material biológico. Essas exposições relacionam-se também com o fato do grupo ser maior nos serviços de saúde, realizados por seus profissionais.

Nos anos 1999-2003, entre todos os acidentes registrados em Hospitais, aproximadamente 50% ocorreu com material biológico, sendo:

64% Enfermagem (Auxiliares, técnicos e enfermeiros)

11% Médicos

73% com agulhas

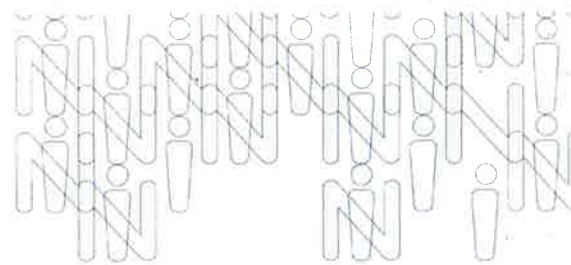
08% exposição via mucosa

19 % outros materiais perfurantes cortantes

Prevenção

- Máxima atenção durante a realização dos procedimentos;
- Jamais utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimento que envolva materiais perfurantes e cortantes;
- Vacinação contra a Hepatite B;
- Não utilizar agulhas para fixar papéis;
- Máscaras e protetores oculares devem ser usados durante procedimentos que provavelmente geram gotas de sangue ou outros líquidos corporais, como punção ou dissecação venosa profunda, aspiração de vias aéreas e entubação traqueal, endoscopias, broncoscopias e procedimentos;
- Desprezar as máscaras e as luvas em lixo infectante (branco).





E.P.I's de uso obrigatório:

Luvas de procedimentos, máscaras descartáveis e/ou máscara N-95, óculos de proteção (risco de respingos) e avental de proteção.

Quadro 1 – Recomendações para utilização de equipamentos de Proteção Individual (EPI) nas Precauções Básicas de Biossegurança:

Procedimento	Lavar as mãos	Luvas	Capote (avental)	Máscaras e óculos de proteção
Exame de paciente sem contato com sangue, fluídos corporais, mucosas ou pele não íntegra.	X	-	-	-
Exame de paciente incluindo contato com sangue, fluídos corporais, mucosas ou pele não íntegra.	X	X	*	X
Coleta de exames de sangue, urina e fezes.	X	X	-	X
Realização de curativos.	X	X	*	X
Aplicações parenterais de medicações.	X	X	-	X
Punção ou dissecação venosa profunda.	X	X	X	X
Aspiração de vias aéreas e entubação traqueal.	X	X	X	X
Endoscopias, broncoscopias.	X	X	X	X
Procedimentos com possibilidade de respingos de sangue e secreções.	X	X	X	X

* A utilização de capotes (aventais) está indicada durante os procedimentos em que haja a possibilidade de contato com material biológico, como na realização de curativos de grande porte em que haja maior risco de exposição ao profissional, como grandes feridas cirúrgicas, queimaduras graves e escaras de decúbito.

Vias de transmissão dos microrganismos

Transmissão direta: contato, via aérea e exposição a sangue e fluídos corporais;





Transmissão indireta: através de vetores inanimados (fômites: estetoscópios, termômetros, esfigmos, artigos de higiene, coletores de urina e etc).

Boas práticas são o conjunto de medidas que devem ser empregadas no atendimento de todos os pacientes, independente do diagnóstico, e na manipulação de artigos e equipamentos.

PRECAUÇÃO PARA GOTÍCULAS

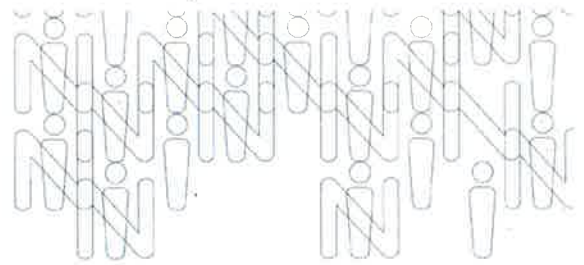
			
Antes e após contato com cada paciente	Isolamento porta aberta	Máscara Cirúrgica Uso pelo profissional NO quarto	Máscara Cirúrgica Uso pelo paciente no

Doenças transmitidas através das partículas maiores que 5 micra:

- Meningite bacteriana (H. influenza, N. meningitides, meningococcemias) até 24 horas após início da terapêutica adequada.
- Rubéola;
- Caxumba;
- Coqueluche e Difteria.

PRECAUÇÃO PARA AEROSSÓIS

			
Antes e após contato com cada paciente	Isolamento Porta fechada	N95 PFF2 Uso pelo profissional no quarto	Máscara Cirúrgica Uso pelo paciente no transporte



Isolamento respiratório para doenças de transmissão por partículas menores que 5 micra:

- Tuberculose pulmonar ou laríngea bacilíferas;
- Sarampo;
- Varicela;
- Herpes zoster em paciente imunodeprimidos ou que acometam mais de dois dermatomos em pacientes imunocompetentes .Obs; Nos casos de Varicela e Herpes Zoster é necessário isolamento de contato até todas as lesões em fase de crostas.

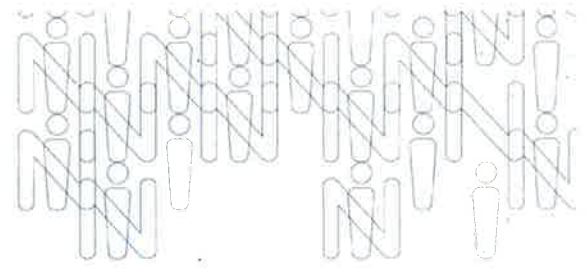
PRECAUÇÃO PARA CONTATO

			
Antes e após contato com cada paciente	Isolamento	Contato com sangue e secreções	Uso Individual

Empregada em situações específicas:

- Isolamento de pacientes com infecção / colonização por microrganismos multi-resistente;





- Isolamento de pacientes com diagnósticos de escabiose, pediculose, herpes simples e zoster, diarreias infecciosas, com secreções não contidas, etc.

PRINCÍPIOS DE BIOSSEGURANÇA NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

Unidade Hemoterápica como Agência Transfusional é considerada nível II em biossegurança. Integrado por microorganismos capazes de provocar enfermidades no homem e em animais. Podem constituir riscos para os trabalhadores de saúde, caso sua manipulação não seja realizadas de acordo com as boas práticas laboratoriais nem seguidas às precauções ambientais.

O principal material biológico implicado nas contaminações em um serviço de hemoterapia é: sangue e/ou hemocomponentes.

De forma geral, a transmissão dos agentes biológicos ocorre por inalação, penetração através da pele (parenteral), contato com mucosa e pele ou ingestão.

O papel das bactérias, fungos e das parasitas das doenças ocupacionais por transmissão sanguínea não é tão importante quanto o risco associado a transmissão viral. O HIV, o vírus da hepatite B e da hepatite C são os agentes mais importantes envolvidos nessas infecções ocupacionais, embora microorganismos, como HTLV, o CMV, e outros também

possam ser transmitidos acidentalmente. Nas infecções causadas pelos referidos vírus é freqüente a ocorrência de longos períodos de tempo sem sinais ou sintomas clínicos que indiquem a suspeita do risco de infecção. Embora o risco para aquisição de hepatite B por acidente de trabalho seja conhecido desde 1949, um plano sistemático para a redução dos riscos de exposição só foi desenvolvido após o aparecimento da epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)

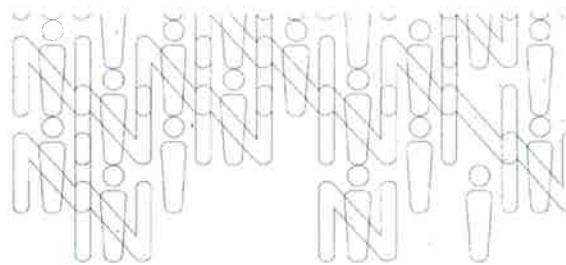
Vias de contaminação em Agência Transfusional

Via digestiva: Dá-se principalmente pela falha referente às normas de higiene, ou seja, ausência de luvas, hábito de por as mãos contaminadas na boca, roer unhas, durante a manipulação de um cigarro e outros.

Via Cutânea: Dá-se pelo contato de resíduos de sangue ou outros líquidos biológicos com cortes ou arranhões na pele.

Contato de soluções de continuidade da pele com sujeira presente nas mãos, luvas, telefones, torneiras, toalhas, maçanetas de portas e outros também representam riscos.





Via Conjuntiva: Acontece quando há projeção de líquidos nos olhos formação de aerossóis (dispersão de partículas líquidas contendo vírus, com posterior penetração na mucosa conjuntiva)

CONTENSÃO PRIMÁRIA

Técnicas microbiológicas seguras

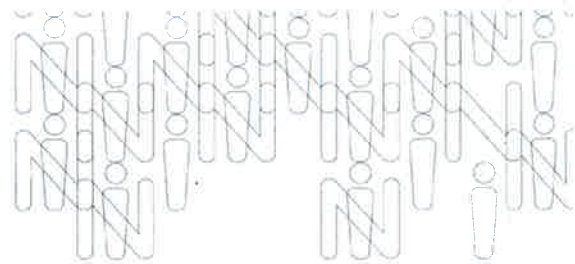
A prática correta destas técnicas é o fundamento da biossegurança.

Equipamentos de proteção individual complementam a função da prática microbiológica segura, mas nunca a substituem.

O cumprimento das regras descritas abaixo deve ser estimulado pelas chefias competentes, visando sua incorporação mais ágil às rotinas de cada setor.

- 1) Lavar as mãos após manipulação de material infectante e também antes de deixar o ambiente de trabalho
- 2) Não fumar, comer, beber, mascar chicletes, guardar alimentos ou aplicar cosméticos dentro da Agência Transfusional.
- 3) Não lamber etiquetas ou colocar qualquer material na boca (ex. canetas)
- 4) Manter os ambientes limpos, organizados e livres de materiais não pertinentes ao trabalho ali desempenhado.
- 5) Realizar desinfecção das bancadas de trabalho sempre que houver contaminação com material infectante, e no final do dia, de acordo com as rotinas estabelecidas no manual de limpeza e desinfecção.
- 6) Todos os procedimentos técnicos devem ser realizados de modo a minimizar a formação de aerossóis e gotículas
- 7) Aventais devem ter seu uso restrito ao local de trabalho. Não devem ser usados em áreas não próprias como: Áreas Administrativas, refeitórios, etc.
- 8) Não usar sandálias, sapatos abertos, salto alto e permeável.
- 9) Não guardar aventais em armários onde são guardadas roupas de uso pessoal.
- 10) Usar óculos de segurança e protetor facial, sempre que houver riscos de projeção de respingos de sangue.
- 11) Não permitir a entrada de pessoas estranhas ao setor. Manter as portas da Agência Transfusional fechadas durante o trabalho.
- 12) O uso de seringas e agulhas deve ser restrito às injeções parenterais. Não usar para aspirar fluido de frascos e / ou tubos. Pipetas devem estar disponíveis para tal fim.
- 13) Usar luvas em todos os procedimentos com risco de exposição a material infectante e descartar-las em lixeira destinada a resíduos infectantes.
- 14) Não atenda a porta, não manipule maçanetas e não atenda telefones usando luvas de procedimentos, mesmo que limpas.





15) Os acidentes com exposição do funcionário ou do ambiente a material infectante deve ser imediatamente comunicado a chefia. Esta por sua vez, deverá seguir os procedimentos do fluxograma de acidente do trabalho com material biológico em anexo.

CENTRÍFUGA

As centrífugas devem estar calibradas, funcionando adequadamente e operando de acordo com as orientações do fabricante.

Devem ser colocadas em locais que permitam que os funcionários de baixa estatura, consigam inspecionar a seu interior todos os dias e colocar as caçapas corretamente.

A centrífuga que deixa resíduos no rotor e fica suja no final do dia não está funcionando de forma satisfatória, do ponto de vista mecânico. Nestes casos se devem rever os protocolos de uso e chamar a assistência técnica.

As caçapas e rotores devem ser inspecionados diariamente tão bem com relação às rachaduras e corrosão.

O balanceamento com os tubos deve ser feito com álcool 70% e não com soro fisiológico que é corrosivo para metais.

Após o uso, ao final do trabalho, as caçapas devem ser limpas e estocadas invertidas para escoar quaisquer resíduos no seu interior.

Dar preferência às centrífugas com caçapas seladas que promovem maior segurança contra dispersões de aerossóis.

Ocorrendo quebra dos tubos na centrifugação, parar o procedimento e proceder de acordo com as rotinas estabelecidas no manual de limpeza e desinfecção.

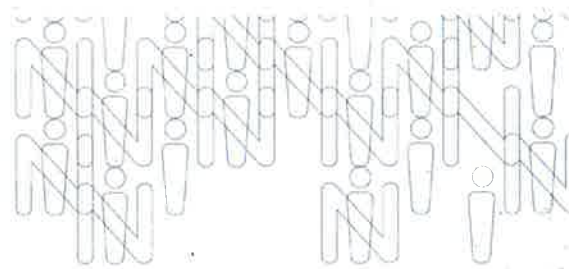
CÂMARA DE SEGURANÇA BIOLÓGICA:

Também chamada de Capela de Fluxo Laminar, são equipamentos de proteção coletiva utilizados para proteger o profissional de saúde e o ambiente laboratorial dos aerossóis potencialmente infectantes que podem se espalhar durante a manipulação de hemocomponentes, como ocorre nos casos de fracionamento de bolsas.

Devem ser utilizados materiais descartáveis durante a utilização do fluxo laminar, são:

- Avental descartável;
- Toca descartável;
- Luva de procedimento;
- Máscara cirúrgica.





CONTENSÃO SECUNDÁRIA

A área física da Agência Transfusional.

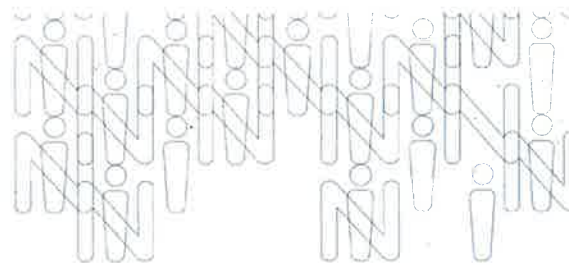
- A Agência Transfusional deve ser ampla para permitir o trabalho com segurança e facilitar a limpeza da manutenção.
- Paredes, teto e chão devem ser fáceis de limpar, impermeáveis a líquidos e resistentes a agentes químicos propostos para sua limpeza e desinfecção. O chão não deve ser escorregadio.
- Tubulações expostas devem estar afastadas das paredes.
- A iluminação deve ser adequada para todas as atividades.
- As bancadas devem ser fixas e as paredes, impermeáveis a água e resistentes aos desinfetantes, ácidos, solventes orgânicos e calor moderado.
- O mobiliário deve ser de fácil limpeza. O espaço entre os equipamentos deve permitir a limpeza de toda área, com o mínimo de deslocamento de equipamento de grande porte.
- Os materiais de uso diário podem ficar em estoques pequenos dentro da Agência Transfusional, porém nunca sobre a bancada. O restante de material de consumo deve ser estocado em área própria, fora das dependências da Agência Transfusional.
- As portas devem ser mantidas fechadas.
- Autoclave deve estar disponível no mesmo prédio da Agência Transfusional.
- A área destinada a guarda de objetos pessoais e o armazenamento de alimentos de consumo diário, deve estar fora da Agência Transfusional.
- Em caso de falta de energia elétrica, se faz necessário o uso de geradores de energia que se liguem automaticamente.

PRINCÍPIOS GERAIS DE BIOSSEGURANÇA

Organização – A organização das atividades é um aspecto fundamental para a Segurança. A falta da mesma no ambiente de trabalho pode gerar situações de risco para todos os indivíduos presentes no local. Lembre-se: situações de risco predisõem à ocorrência de acidentes que podem ser irreversíveis. Portanto é fundamental que qualquer atividade seja previamente planejada e executada em ambiente seguro.

Contaminação – As atividades administrativas devem ser realizadas em local separado para evitar contaminação e derramamentos sobre manuais, livros e anotações, além de reduzir a exposição desnecessária dos demais trabalhadores.





Geral – Os trabalhos exigem concentração. Não converse desnecessariamente nem distraia seus colegas. Aja com calma e cautela em situações de emergência.

Para seu benefício NÃO seja:

- Distraído;
- Imprudente ou negligente;
- Teimoso;
- Exibicionista;
- Displícite;

CONCLUSÃO

A prevenção ou redução do risco de desenvolver doenças por exposição pode e deve ser alcançada pelo uso de práticas seguras nas atividades que visam preservar a saúde e o meio ambiente.

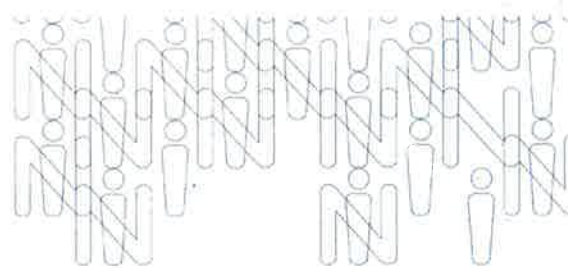
A Biossegurança é um importante aspecto a ser considerado ao entrar em contato com amostras biológicas.

O propósito é proteger a saúde dos trabalhadores que laboram na área hospitalar, evitando que contraiam doenças de pacientes e do meio ambiente através de materiais biológicos deles provenientes, lembrando sempre que o inverso também é verdadeiro.

GLOSSÁRIO

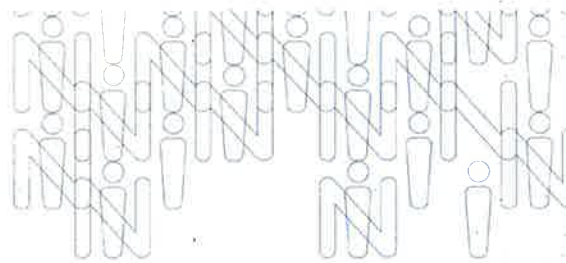
Anti-sepsia	<p>É o termo usado para desinfecção de pele e mucosas, por meio de agentes químicos (anti-sépticos).</p> <p>Ex: álcool 70% se aplicado na pele é chamado anti-séptico; se aplicado em uma bancada, denomina-se desinfetante.</p>
Assepsia	<p>Processo pelo qual se consegue impedir a penetração de microorganismos em local que não os contenha. Para conseguir assepsia pode ser necessário desinfecção e/ou anti-sepsia e/ou esterilização.</p> <p>Exemplo: a coleta de sangue para hemocultura deve ser feita com assepsia, ou seja, durante a coleta não pode haver entrada de microorganismo (no caso bactérias e fungos) no meio de cultura.</p> <p>Para conseguirmos assepsia procedemos à <i>desinfecção</i> da tampa do frasco de hemocultura com álcool 70%, a <i>anti-sepsia</i> da pele no local da punção com álcool 70% e PVPI.</p>





Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	<p>Estabelecida anualmente, é formada por funcionários escolhidos pelos empregados e empregador.</p> <p>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.</p>
DT	Vacina Dupla Adulta (Difteria e tétano)
Desinfecção	<p>Processo de destruição ou inativação de microorganismos: vírus, fungos e bactérias na forma vegetativa, mas não na forma esporulada, por meio de agentes físicos ou químicos. Exemplo de agentes físicos: calor (mergulhar um instrumental cirúrgico em água fervente por 30 minutos).</p> <p>Exemplo de agentes químicos: álcool; 70%, hipoclorito de sódio 1,0%, PVPI (Polvidine®).</p>
Equipamento de Proteção Coletiva (EPC)	Todo equipamento ou aparato que tem como finalidade neutralizar ou impedir a ação de qualquer agente agressivo à saúde dos profissionais: Cabine de segurança biológica, Autoclave, Extintores, Sistema de exaustão e outros.
Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	Todo equipamento de uso individual, que atua como barreira a ação de agentes agressivos de qualquer natureza: luvas, gorros, aventais, máscaras, sapatos, botas de PVC, óculos e outros.
Esterilização	<p>Processo de destruição de todas as formas de microorganismos, incluindo esporos (o que o diferencia do processo de desinfecção), por meio de agentes físicos ou químicos.</p> <p>Exemplo de agentes físicos: calor sob pressão – autoclavagem.</p> <p>Exemplo de agentes químicos: formaldeído, glutaraldeído, óxido de etileno.</p>
Fômites	Material ou objeto inanimado (talheres, instrumental cirúrgico, medicamentos, alimentos e outros).
Insalubre	Que não é saudável; que causa doença; doentio.
Plumbíferos	<p>Vem da palavra plúmbeo que significa feito de chumbo.</p> <p>Aplica-se aos EPI (Equipamentos de Proteção Individual) e EPC (Equipamentos de Proteção Coletiva) destinados a proteger os profissionais que estão expostos a radiações. (ex. aventais, colares cervicais, óculos com lentes plumbíferas e outros).</p>





--	--

RPA	Recuperação Pós Anestésica
SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho).	Tem como objetivo zelar pela integridade física e a saúde do trabalhador, desenvolvendo um trabalho técnico direcionado a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais.
SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar)	Responsável pela execução das diretrizes traçadas pelo SCIH, para diminuir a ocorrência de infecção hospitalar.
SIDA Síndrome da imunodeficiência adquirida	Doença infecciosa do sistema de defesa (imunológico), provocada por vírus (HIV= Vírus da Imunodeficiência Humana).
Surto	Aumento da incidência, além das expectativas habituais, normalmente determinadas quando os indicadores obtidos excedem o esperado.
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Jorge Mancini Filho, Mário Hiroyuki Hirata

MANUAL DE BIOSSEGURANÇA, Editora Manole, 1ª Edição Brasileira 2002

Silvana Torres, Teresinha Covas Lisboa

LIMPEZA E HIGIENE/LAVANDERIA HOSPITALAR, Editora BALIEIRO 1999

Ministério da Saúde

BIOSSEGURANÇA EM LABORATÓRIOS BIOMÉDICOS E MICROBIOLOGIA

Fundação Nacional de Saúde – FUNASA 2001



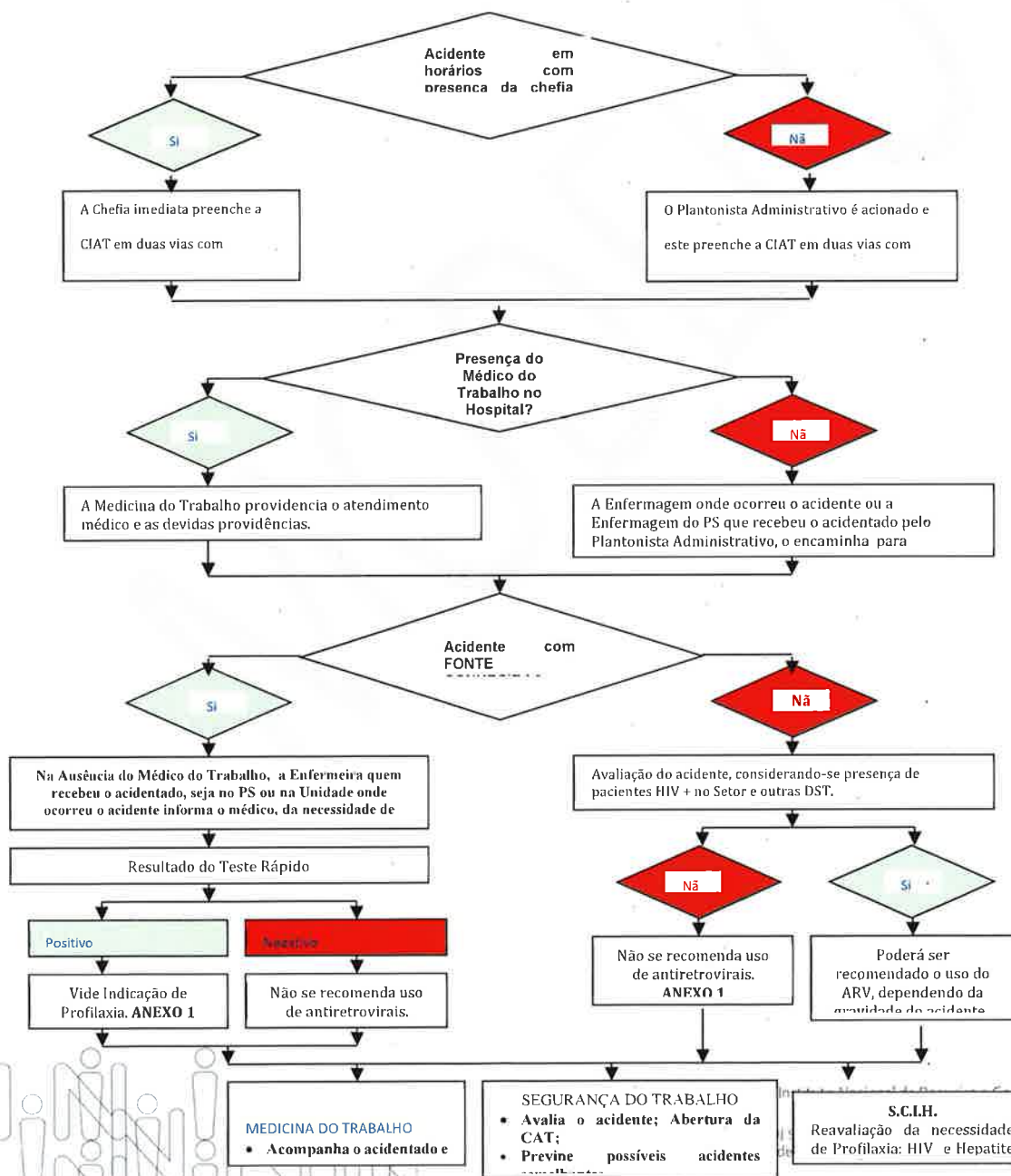
Handwritten signature

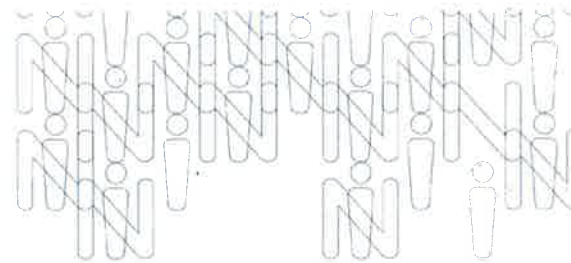


Antonio Tadeu Fernandes , Maria Oliva Vaz Fernandes , Nelson Ribeiro Filho
INFECÇÃO HOSPITALAR E SUAS INTERFACES NA ÁREA DA SAÚDE, Atheneu , 2001

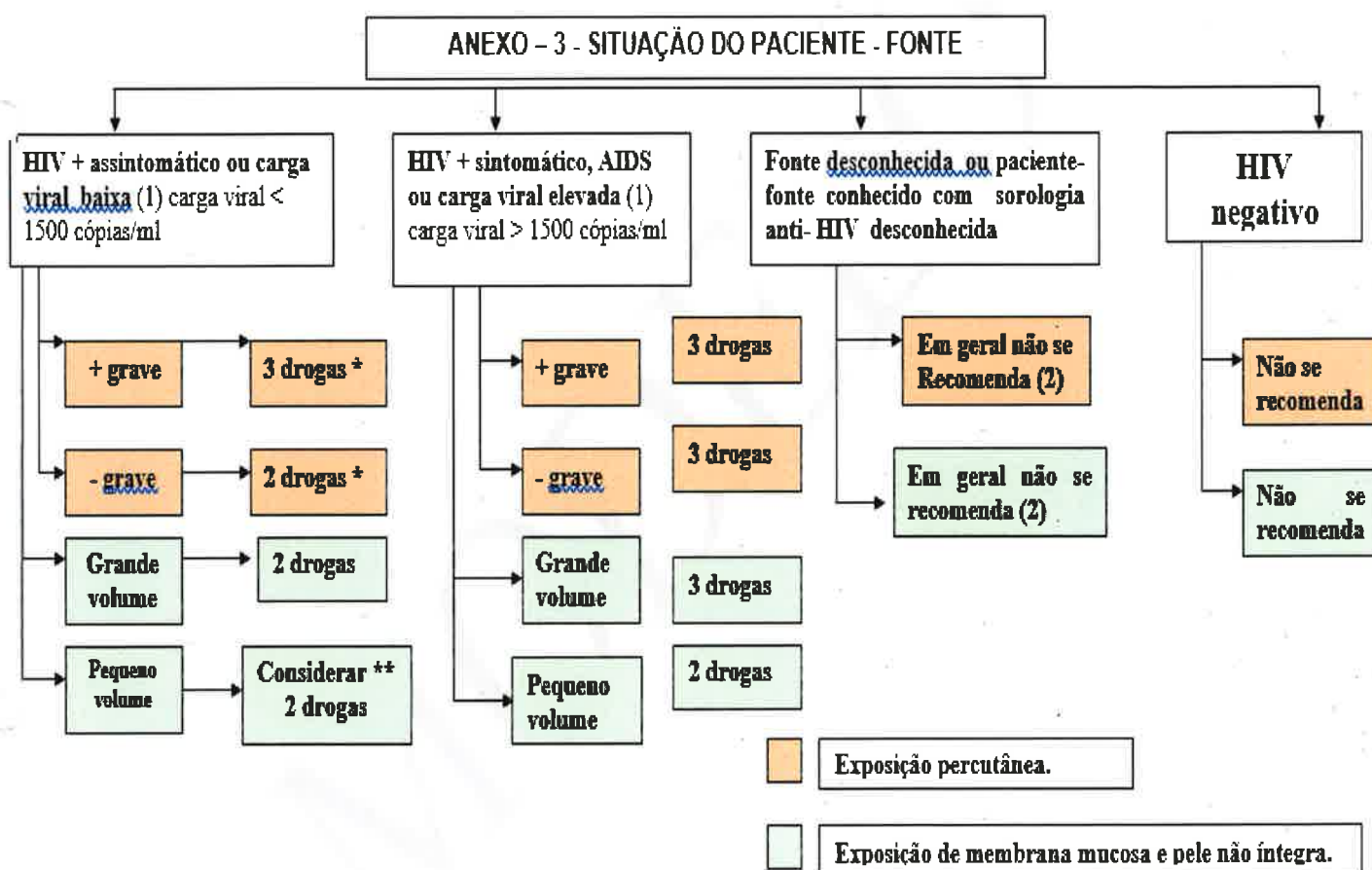
SITE "Risco Biológico.org"

25.0 FLUXOGRAMA DE ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO

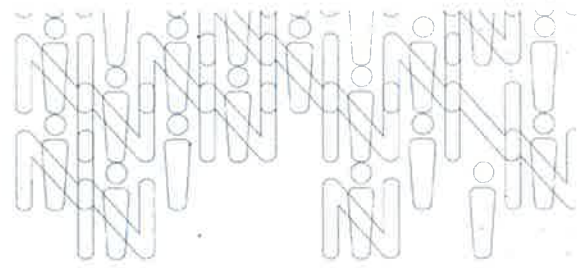




FLUXOGRAMA: PROFILAXIA ANTI – RETROVIRAL APÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV



2



+ **GRAVE** = agulhas com lúmen/grosso calibre, lesão profunda, sangue visível no dispositivo usado ou agulha usada recentemente em artéria ou veia do paciente.

- **GRAVE** = lesão superficial, agulha sem lúmen.

PEQUENO VOLUME = poucas gotas de material biológico de risco curta duração.

GRANDE VOLUME = contato prolongado ou grande quantidade de material biológico de risco.

Estudos em exposição sexual e transmissão vertical sugerem que indivíduos com carga viral < 1500 cópias/ml apresentam um risco muito reduzido de transmissão do HIV.

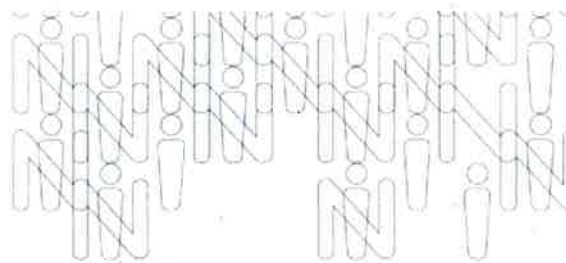
Quando a condição sorológica do paciente-fonte não é conhecida, o uso de QP deve ser decidido em função da possibilidade da transmissão do HIV que depende da gravidade do acidente e da probabilidade da infecção pelo HIV deste paciente (loais com alta prevalência de indivíduos HIV + ou história epidemiológica para HIV e outras DST).

Quando indicada, a QP deve ser iniciada e reavaliada a sua manutenção de acordo com o resultado da sorologia do paciente-fonte.

***2 drogas** = 2 inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (geralmente AZT+3TC) . **3 drogas** = esquema de 2 drogas + inclusão 1 IP (geralmente NFV ou IND/r).

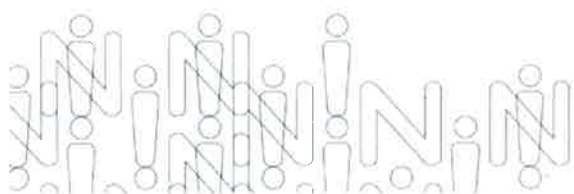
****Considerar** = indica que a QP é opcional e deve ser baseada na análise individualizada da exposição e decisão entre o acidentado e o médico assistente.

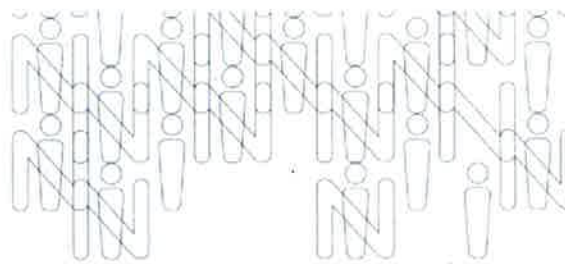




MANUAL DE ENFERMAGEM DOS SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO – LABORATÓRIO, ECOCARDIOGRAMA E IMAGENOLOGIA

Este documento é um modelo técnico desenvolvido pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência será submetido a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador). A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos.





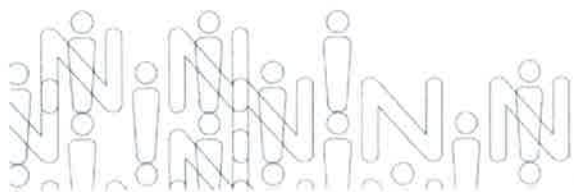
Sumário

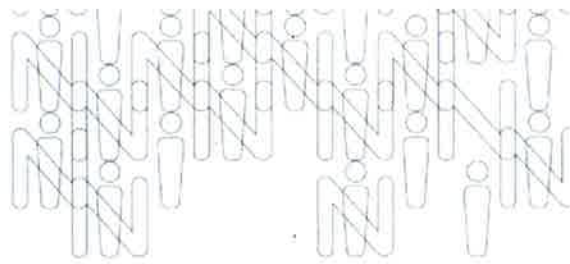
IDENTIDADE E REFERÊNCIAS	3
Identidade dos Serviços de Enfermagem	3
Princípios Básicos da Assistência de Enfermagem	3
Referencial Teórico da Assistência de Enfermagem	3
Metodologia da Assistência de Enfermagem	4
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	5
Organograma	5
Dimensionamento de Pessoal	5
Escalas de Folgas, Atividades e Férias	5
Treinamentos	6
Equipamentos	6
Máquinas e Equipamentos	7
Utensílios	7
Mobiliário	8
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	8
Atribuições dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento	8
Processo de Atendimento dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento	9
Horário de Funcionamento	9
Normas	9

IDENTIDADE E REFERÊNCIAS

Identidade dos Serviços de Enfermagem

Os Serviços de Enfermagem da Unidade devem ser participativos e sistêmicos e voltados para três vertentes: **Educativo, Assistencial e Administrativo**. Para tal todos os profissionais de enfermagem devem estar em constante aprimoramento dos seus conhecimentos, a fim de gerir a assistência do paciente dentro dos padrões de qualidade.





Princípios Básicos da Assistência de Enfermagem

Para desenvolvimento uma assistência de Enfermagem adequada e dentro dos padrões de qualidade todos os funcionários dos Serviços de Enfermagem devem respeitar e aplicar os **07 Princípios Básicos da Assistência de Enfermagem**:

1. O paciente/família é o principal objetivo do seu trabalho
2. Todos os pacientes têm o direito de receber cuidados de enfermagem: seguro, integral, individual e contínuo
3. A tomada de decisões das ações de enfermagem deve buscar a **participação ativa** do paciente-família
4. As ações terapêuticas de enfermagem devem ser planejadas, realizadas ou delegadas de acordo com os níveis de conhecimento e competência
5. A assistência de enfermagem deve ser implementada a partir da identificação dos resultados esperados, com o uso racional dos processos, normas e rotinas, dentro de um contexto sistêmico da instituição
6. A enfermagem deverá trabalhar a gestão de resultados, com a otimização dos processos eliminando burocracias e retrabalhos e com redução de custos e desperdícios
7. A enfermagem deverá estar em constante aprimoramento dos seus conhecimentos, através de uma educação contínua de todos os funcionários

Referencial Teórico da Assistência de Enfermagem

As teorias de enfermagem promovem a identidade profissional, pois fornecem uma base firme na qual a equipe de enfermagem se apoia quando suas ideias são questionadas. Além disso, acrescentam que elas são úteis à prática, e que, diante da opção por uma ou outra teoria, é importante considerar sua adequação e aplicabilidade à situação em que será utilizada. (1)

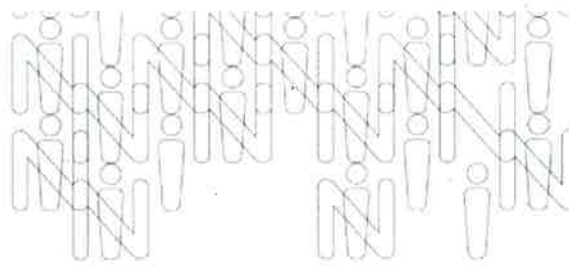
Para tal a Assistência de Enfermagem da Unidade é baseada em pressupostos da **Teoria de Wanda Aguiar Horta** (1979) (Teoria das Necessidades Humanas Básicas), a qual determina que o homem seja um ser biopsicossocial, parte integrante do universo dinâmico, que vive em um ambiente também dinâmico agindo sobre ele causando mudanças que levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio.

A assistência de enfermagem deverá ser: **segura, integral, individual e contínua.**

Segundo Wanda Horta na enfermagem é utilizado a denominação de João Mohana, que divide as necessidades em níveis: psicobiológicos, psicossocial e psicoespiritual; sendo os dois primeiros níveis mais comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, mas o terceiro nível, é característica única do homem. (Horta, 1979)

Necessidades Psicobiológicas	Necessidades psicossociais	Necessidades Psicoespirituais
Oxigenação	Segurança	Religiosa ou teológica





Hidratação	Amor	Ética
Nutrição	Liberdade	Filosofia de vida
Eliminação	Comunicação	
Sono e Repouso	Criatividade	
Exercícios e Atividades Físicas	Aprendizagem (educação à saúde)	
Sexualidade	Gregária	
Abrigo	Recreação	
Mecânica Corporal	Lazer	
Motilidade	Espaço	
Cuidado Corporal	Orientação no tempo e espaço	
Integridade Cutâneo Mucosa	Aceitação	
Integridade Física	Autorrealização	
Regulação: Térmica, hormonal, neurológica, eletrólica, imunológica, crescimento celular, vascular	Autoimagem	
Locomoção	Atenção	
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa		
Ambiente		
Terapêuticas		

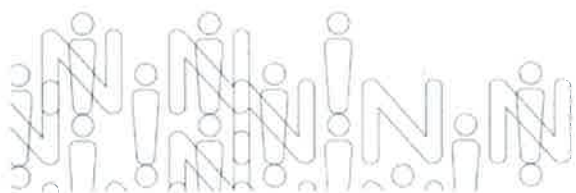
Fonte: Horta, 1979.

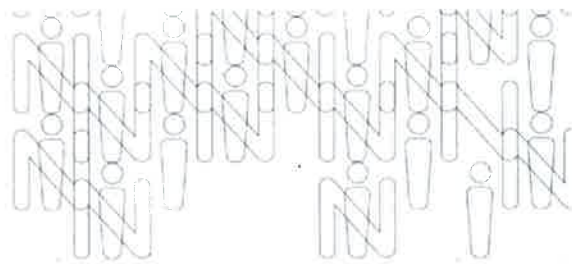
Todas as necessidades estão intimamente inter-relacionada, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano. (Horta, 1979)

Metodologia da Assistência de Enfermagem

Para a implementação da assistência de enfermagem (o cuidar) será utilizada a metodologia da SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem, através do:

- Diagnóstico – taxonomia da NANDA - North American Nursing Diagnosis Association





- PRESCRIÇÃO – NIC - Nursing Intervention Classification System
- Avaliação da Assistência – NOC - Nursing Outcccv Classification

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Organograma

Inserir o organograma da Instituição

Dimensionamento de Pessoal

Nesta parte irá descrito o quadro de pessoal disponível para a unidade, sendo como exemplo o quadro abaixo:
O quadro de pessoal de Enfermagem dos SADT's está distribuído da seguinte forma:

Função	8h	Manhã	Tarde	Dia 1	Dia 2	Noite 1	Noite 2	Qtd
Coordenador	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfermeiro	-	-	-	-	-	-	-	-
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-	-	-	-
Auxiliar Adm.	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	-	-	-	-	-	-

Escalas de Folgas, Atividades e Férias

Escalas de Trabalho, Folgas e Férias

Realizada mensalmente pelo coordenador da unidade e encaminhada aos Recursos Humanos e Unidades. Ver Rotina de Elaboração de Escala de Folgas.

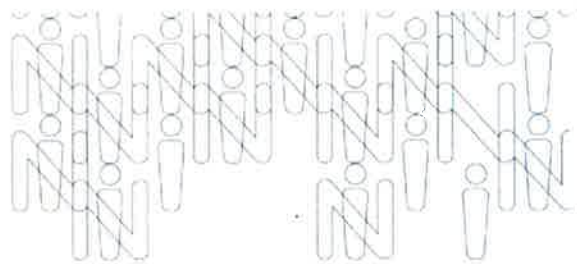
Escala de Previsão de Férias

Realizada no mês de novembro para elaborar as férias do próximo ano.

Escala de Atividades:

Escala elaborada pelo enfermeiro superior semanal, distribuindo as atividades dos funcionários. Elaboração de Escala de Atividades.





Treinamentos

A educação contínua em serviço e treinamento visam preparar o grupo para a execução de suas tarefas no menor espaço de tempo, com o mínimo de custo e esforço e o máximo de eficiência e segurança.

Todos os funcionários da enfermagem deverão passar por um Programa de Treinamentos que visa padronizar as ações do Serviço de Enfermagem.

Independente do Programa da Educação Continuada Anual que o funcionário da Enfermagem deverá realizar, são definidas 21 técnicas como **procedimentos para prioridades de risco** devendo **ser validados** pela Educação Continuada e Coordenação de Enfermagem antes de serem desenvolvidas no paciente.

Os 21 treinamentos **dos procedimentos de prioridades de risco** consistem em:

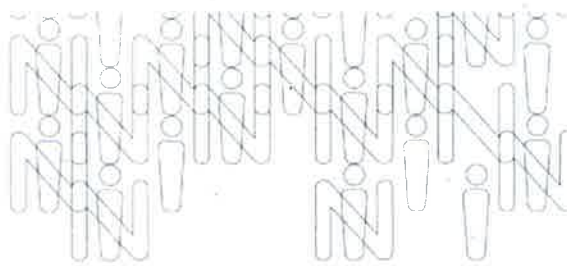
1. Reanimação cardiopulmonar para enfermeiros e técnicos de enfermagem
2. Controle dos Sinais Vitais (T, P, R, PA e Dor)
3. Sondagem Vesical (enfermeiros)
4. Passagem de Sonda Naso-Enteral (enfermeiros)
5. Administração de Medicamentos - Diluição dos Medicamentos
6. Glicemia Capilar
7. Cuidados na administração de Hemoderivados (enfermeiros)
8. Acesso vascular periférico (punção, fixação e controle)
9. Aspiração das vias aéreas superiores
10. Pacientes com risco de queda
11. Transporte do paciente
12. Identificação do paciente
13. Avaliação pondero-estrutural
14. Classificação de riscos do paciente (enfermeiros)
15. Coleta de sangue para exames
16. Coleta de sangue para gasometria (enfermeiras)
17. Curativos especiais (enfermeiros)
18. Higienização e conforto do Paciente
19. Código Amarelo (alteração hemodinâmica)
20. Registro das ações de enfermagem
21. Ética e humanização profissional

Equipamentos

Nesta parte do Manual contém os equipamentos, móveis e utensílios pertencentes a unidade, para desenvolver responsabilidade e controle para a equipe de enfermagem.

Máquinas e Equipamentos





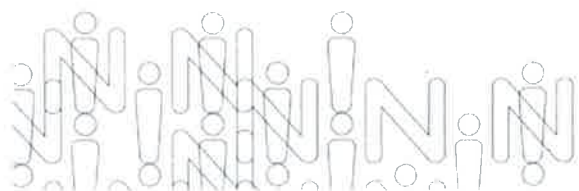
A relação de equipamentos é composta tanto pelos equipamentos médico-hospitalares e de apoio para a assistência utilizados na unidade, com os seus devidos patrimônios, para um controle dos mesmos.

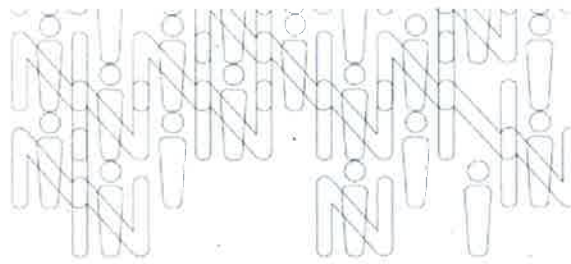
EQUIPAMENTO	QUANTIDADES	PATRIMÔNIO

Utensílios

Alguns dos utensílios que pertencem a unidade:

Planilha de Utensílios	
Utensílio	Quantidade
Abridor de gesso	
Bacias redondas em aço inox P - 32cm; M - 35 cm - G - 41cm	
Baldes em aço inox de P - 5 lts, M - 10 lts, G - 15 lt	
Bandeja retangular, pequeno, médio e grande em aço inox	
Biombo duplo	
Biombo triplo	
Braçadeira para injeção regulável	
Cadeira de rodas	
Comadre em aço inox 2,5lt	
Cuba rim em aço inox	
Cúpula redonda	
Escada c/ 02 degraus	
Escada c/ 05 degraus	
Hamper porta saco de inox	





Jarra aço inox de 02 lt	
Mandril guia	
Martelo Neurológico com Pincel e Agulha	
Papagaio em aço inox 1 l	
Régua antropométrica	
Suporte de soro com 04 ganchos e rodízios	

Mobiliário

O mobiliário disponível na unidade:

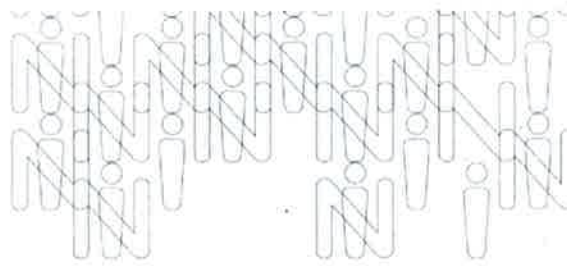
Mobiliário	Quantidade	Patrimônio
Cama		
Mesa de Cabeceira		
Mesa de Refeição		
Poltrona		
Sofá de 01 lugar		
Sofá de 02 lugares		

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Atribuições dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento

1. Realizar exames para o apoio do diagnóstico e tratamento do paciente
2. Expor o paciente aos mínimos riscos decorrentes dos métodos propedêuticos e do próprio tratamento em relação aos benefícios obtidos.
3. Orientar os pacientes- familiares, quanto ao tipo de procedimento a ser realizado, seus riscos, retornos e outros.
4. Fazer fluir o atendimento para minimizar o tempo do funcionário na unidade.
5. Estar apta para o atendimento normal e de emergência, com pessoal, material e equipamentos adequados.
6. Oferecer segurança e condições ambientais, que facilitem e agilizem a recuperação.





Processo de Atendimento dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento

Descrição:

1. O paciente externo chega a recebe a solicitação do exame
2. Registra o paciente no sistema e encaminha para a enfermagem
3. A enfermagem avalia os exames a ser realizados, prepara o material a ser utilizado
4. Chama o paciente, posiciona o procedimento
5. Caso o paciente necessite de contraste ou sondagem vesical (Técnico de Radiologia ou de Enfermagem) chama o enfermeiro
6. Enfermeiro realiza um histórico do paciente
7. Explica o procedimento
8. Entrega o termo de consentimento de realização do procedimento
9. Paciente assina
10. Enfermeiro realiza o procedimento necessário
11. Técnico de Radiologia realiza o exame
12. Enfermeiro avalia o paciente
13. Caso o exame não necessite novo procedimento, orienta e libera o paciente

Horário de Funcionamento

O SADT funcionará 24 horas ininterruptas durante todos os dias da semana, sendo que, das 18:00 às 07:00 horas em regime de plantão para urgências e emergências.

Os funcionários deverão cumprir regime de trabalho conforme escala de serviços elaborada pela coordenação, possibilitando a cobertura de todo o período de funcionamento.

Normas

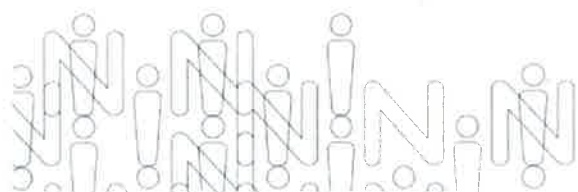
Normas é um instrumento normativo que orienta de forma pormenorizada os executantes de uma tarefa. É aquilo que regula procedimentos ou atos.

Normas Administrativas

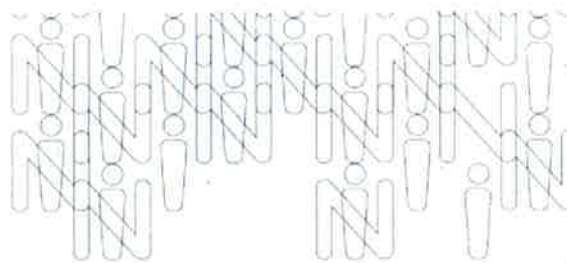
São as resoluções, ordens de serviço e orientações, que emanam de uma autoridade administrativa, sendo que a unidade não poderá alterar.

Dos funcionários

- Todos os funcionários da enfermagem deverão trabalhar e circular pelo Hospital de uniforme designado para a sua categoria profissional, independentemente de seu setor.
- É proibido circular pelo hospital com uniformes privativos das áreas fechadas, tais como: Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, UTI's, Berçário.
- O uso de uniforme privativo não exige o uso do uniforme da categoria nos corredores do Hospital.



2

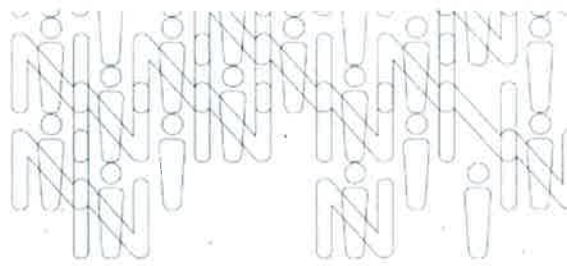


- É obrigatório o uso de crachá de identificação dentro das dependências do Hospital.
- Todos os funcionários para exercer a assistência ao paciente/família deverão estar higienizados, com os cabelos presos, unhas curtas e quando pintadas apenas com esmaltes transparentes e claros e o uniforme deverá estar limpo e passado.
- Não é permitido o uso de perfumes, anéis, pulseiras, brinco muito grande, exceto aliança.
- Todos os funcionários deverão trabalhar em silêncio e não provocar desordem dentro do Hospital.
- É expressamente proibido fumar nas unidades.
- Não é permitido comer ou fazer lanches nos postos de enfermagem.
- Todos os funcionários deverão aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos, que dão sustentação para exercer a sua profissão, participando dos treinamentos estipulados pela Coordenação.
- Todos os funcionários deverão se submeter a uma avaliação de desempenho. Que deverá ser registrada em prontuário dos funcionários como: elogios, promoções, penalidades, falta do uso do uniforme, falta de respeito às normas de biossegurança.
- Os funcionários deverão exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.
- É proibido aceitar qualquer mecanismo de pressão e/ou suborno financeiro, para exercer as atividades.

Do Trabalho:

- Na necessidade de se ausentar da unidade no horário de trabalho, o funcionário, deverá comunicar o superior imediato.
- Os funcionários devem chegar ao setor em tempo hábil para a passagem de plantão.
- O horário de refeição deve ser obedecido, fazendo rodízio entre os funcionários para que haja garantia da continuidade da assistência de enfermagem com qualidade.
- Todos os funcionários devem acatar os pedidos de remanejamento, dos Coordenadores do Serviço de Enfermagem, para outros setores.
- Todos os funcionários deverão cumprir os horários e dias estipulados em escalas de folgas, assim como a divisão de atividades e escala de férias, previamente elaboradas pelos coordenadores e enfermeiros superiores.
- As ligações telefônicas externas para fins particulares somente serão permitidas aos empregados em casos excepcionais, mediante autorização da Coordenação da Unidade.





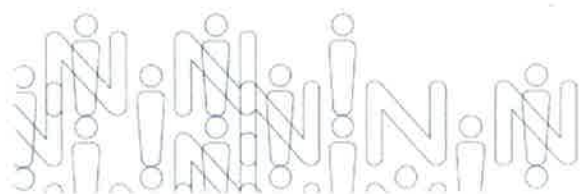
- Todo acidente ocorrido com o pessoal da enfermagem e/ou paciente/família durante a realização das atividades, deverá ser imediatamente comunicado aos Coordenadores de Enfermagem, presente no plantão.
- É proibido ao funcionário realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável do paciente/ família seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos.
- Não é permitido utiliza-se de veículo de comunicação, conceder entrevistas ou divulgar eventos de fatos ocorridos com pacientes/familiares do Hospital.
- Não é permitido relacionamento extraprofissional dentro das dependências do Hospital, sendo considerado um ato grave o descumprimento desta norma, consequentemente acarretará em punições ao profissional.

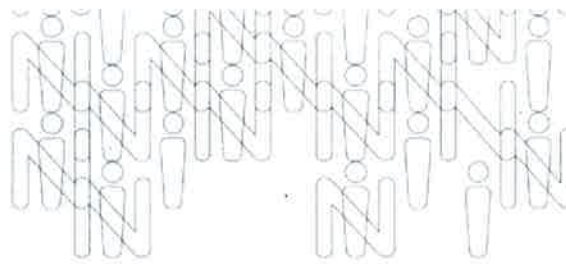
Dos Equipamentos, Materiais, Medicamentos e Utensílios

- Todos os funcionários deverão preservar e manter em ordem os equipamentos, utensílios e materiais dispostos na Unidade.
- Todos os funcionários deverão manter as dependências do Hospital em ordem e preservar a limpeza.

Das Atividades Assistenciais

- Passagem de plantão – é obrigatória a todos os profissionais, deverá ser passada em grupo, com toda a equipe, sendo checado o prontuário. Deve-se passar nome do paciente, diagnóstico médico, cuidados especiais, prescrições especiais, exames ou procedimentos cirúrgicos agendados ou realizados, problemas de relacionamentos pacientes/familiares.
- A realização de qualquer procedimento deverá seguir técnica asséptica rigorosa.
- Todos os procedimentos e controles realizados, medicações administradas ou não, assim como alterações do estado físico ou mental dos pacientes e outros, deverão ser registrados, de forma clara, objetiva e completa, no prontuário do paciente imediatamente após o ato.
- Todos os registros deverão conter o nome do funcionário que executou ou observou e o número do registro do COREN.
- É de responsabilidade de o funcionário prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.





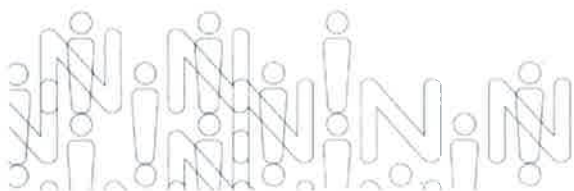
- As anotações do plantão diurno deverão ser realizadas com caneta azul e o noturno de caneta vermelha.
- É proibido administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade de riscos.
- É proibida a equipe de enfermagem prescrever medicamentos e praticar ato cirúrgico, suturas e ato anestésico.
- É proibido provocar, cooperar, ser conivente ou omissor com qualquer forma de violência verbal ou física com pacientes/família ou outros funcionários.
- Os materiais utilizados deverão ser classificados e desprezados em compartimentos próprios.

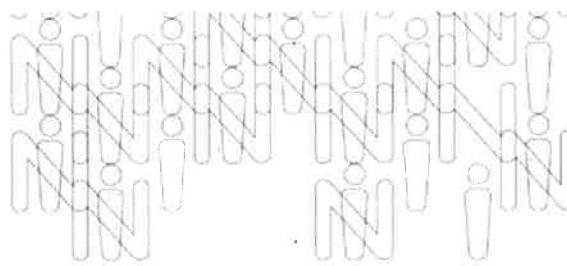
Da Assistência ao Atendimento aos Pacientes/Famíliares

- Todos os pacientes deverão ser identificados e tratados pelo seu nome ou sobrenome. É proibido identificar ou tratar o paciente por número, quarto, leito, patologia, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso.
- Os pacientes deverão saber o nome, a categoria profissional, de quem lhe está prestando assistência.
- Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte.
- O paciente ou seu responsável legal tem o direito de aceitar ou recusar qualquer procedimento e/ou terapêutica a serem nele realizados e a revogar consentimentos anteriores (exceto em casos em que a vida do paciente esteja em risco).
- Executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminente risco de morte.
- Todos os pacientes/famíliares deverão ser orientados quanto aos procedimentos realizados, medicamentos administrados e resultados dos parâmetros.
- Não exercer qualquer espécie de discriminação;
- Os dados do paciente são confidenciais, devendo ser mantidos em sigilo.

Normas Técnicas

São normas específicas das unidades que explicita a forma como deve ser executada uma ação, tarefa ou atividade. Uma única ação pode exigir o desenvolvimento de várias normas técnicas.





- Antes de qualquer atendimento o paciente deverá ser encaminhado a recepção para o preenchimento da BAA
- Todos os procedimentos deverão ser registrados na BAA
- Os horários agendados deverão ser cumpridos rigorosamente.

Roteiros

- É a determinação das ações, que cada funcionário deve executar num determinado período.

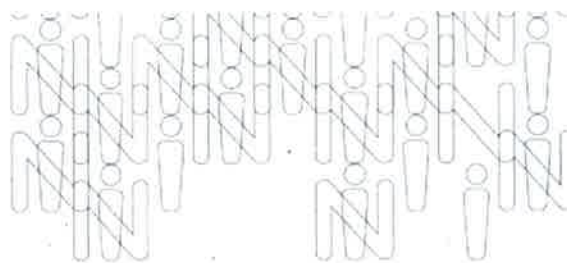
Exemplos: Enfermeiro.

Horário	Ação
Entrada do Plantão	Recebe o plantão referente a todos os pacientes internados na unidade e alterações administrativas
1º. Passo	Confere a escala de folgas checando os funcionários
2º. Passo	Confere se a escala de atividades está completa e há condições de ser seguida, fazendo os reajustes necessários
3º. Passo	Confere o carro de emergência e equipamentos. E repõe o necessário.
4º. Passo	Avalia e encaminha os pacientes cirúrgicos e de exames agendados
5º. Passo	Visita os demais pacientes da unidade, elaborando a Avaliação de Risco em caso de pacientes de médio e alto grau de dependência deverá realizar o SAE
6º. Passo	Realiza os procedimentos de alta complexidade e risco
7º. Passo	Realiza o aprazamento dos horários da prescrição médica
8º. Passo	Estar a disposição para o atendimento de emergência
9º. Passo	Avaliar os prontuários do paciente checando os registros e conferindo os procedimentos realizados
10º. Passo	Passa o plantão com a unidade completa e situando as condições de todos os pacientes.

Exemplos: Técnico de Enfermagem

Horário	Ação
Entrada do Plantão	Recebe o plantão referente a todos os pacientes internados na unidade
1º. Passo	Confere a escala de atividades para localizar suas atividades e os pacientes destinados
2º. Passo	Prepara os pacientes para cirurgias e exames agendados





3º. Passo	Atende o paciente por ordem risco e complexidade
4º. Passo	Registra todos os procedimentos realizados
5º. Passo	Passa o plantão com a unidade completa e situando as condições de todos os pacientes.

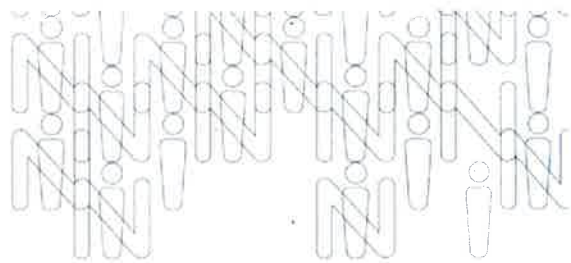
POP – Protocolos Operacionais Padrão

- É o documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo que deve ser executado para o alcance da meta padrão.
- Relação dos POP's a serem implantados no SADT, a descrição da Técnica se encontra no Manual de POP's em Anexo:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
POPENF001	LAVAGEM DAS MÃOS
POPENF002	AFERIÇÃO SINAIS VITAIS
POPENF010	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

POPENF011	ASPIRAÇÃO DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA
POPENF012	ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL
POPENF013	ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA (CAPACETE/ TENDA, CATETER NASAL, MÁSCARA)
POPENF017	MONITORIZAÇÃO CARDÍACA
POPENF018	CARDIOVERSÃO ELÉTRICA
POPENF022	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
POPENF023	COLETA DE AMOSTRA PARA EXAMES – URINA DE 24 HORAS
POPENF024	COLETA DE AMOSTRA DE URINA PARA EXAMES EM PACIENTE SONDADO
POPENF025	GLICEMIA CAPILAR
POPENF027	PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POPENF029	PUNÇÃO VENOSA
POPENF030	MANUSEIO DA BOMBA INFUSÃO
POPENF033	MEDICAÇÃO VIA ENDOVENOSA
POPENF036	POSICIONAMENTO DO PACIENTE
POPENF037	RESTRIÇÃO DE PACIENTES NO LEITO
POPENF045	CONFERENCIA DO CARRO DE EMERGÊNCIA
POPENF046	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA
POPENF047	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA





POPENF048	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA TRANSFERENCIA DO PACIENTE
POPENF049	PROTOCOLO DE NOVA COLETA DE AMOSTRA DE EXAME
POPENF050	COLETA E RESULTADO DO EXAME DE BACILO DE KOCH (BK)
POPENF051	COLETA DE TESTE RÁPIDO PARA SÍFILES, HIV, HEPATITES (HBASG,HCV)
POPENF058	TROCA DE FRALDAS E HIGIENE PERINEAL
POPENF062	TRANSPORTE DO RN

Impressos

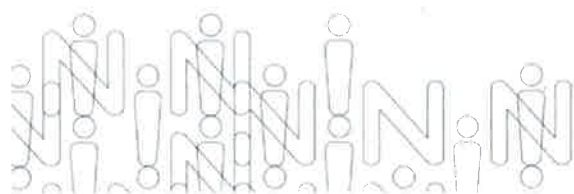
A finalidade dos impressos é manter um controle efetivo do sistema **implantado**. Por isso é importante que sejam devidamente preenchidos em todos os seus espaços e assinados **pelo responsável**.

Indicadores

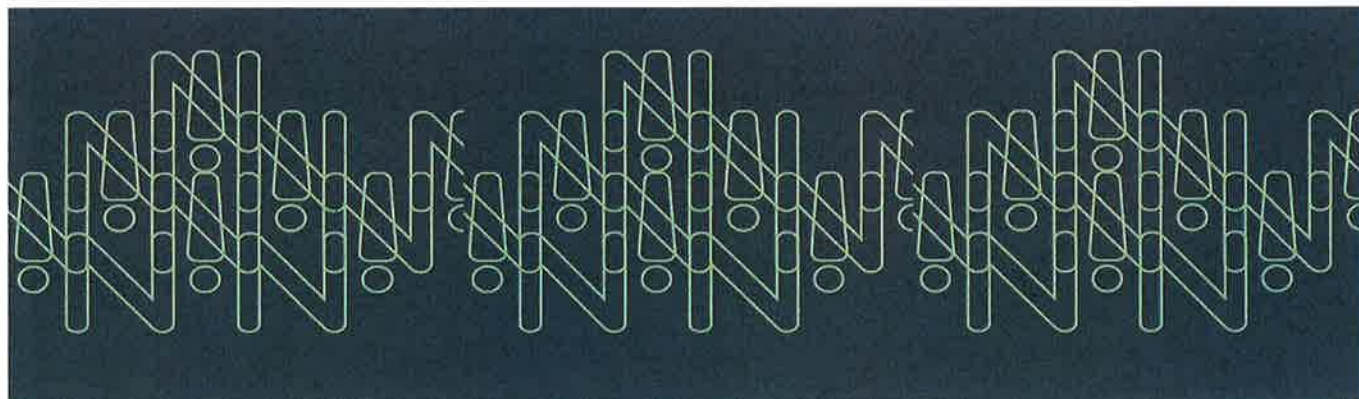
Indicador – é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionada, ou ainda, uma medida quantitativa que pode ser empregada como um guia para monitorar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço (JCAHO, 1992)

Segue a relação dos dados e indicadores aplicados na Instituição, pertinentes a ao SADT.

INDICADOR	TIPO	OBSERVAÇÕES
Índice de Risco de Queda do Paciente	I	
Índice de Queda do Paciente	I	
Índice de Perda Acidental de Sonda Nasogastroenteral para Aporte Nutricional;		
Índice de Extubação Acidental por Cânula Endotraqueal	I	
Índice de Não conformidade de medicações	I	Medicamento Não Prescrito, Tempo de Administração divergente do prescrito, Compreensão errada da medicação prescrita, Identificação do produto, Omissão, Via, Dose, Horário, Preparo e paciente Incorretos
Nº. de Sondagens Vesicais	D	
Nº. de Curativos (P/M/G/GG)	D	
Nº. de Notificações por não conformidade	I	

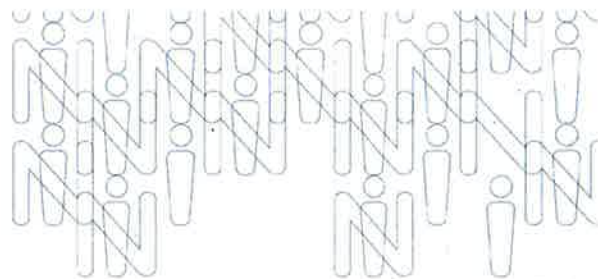


MANUAL DE ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E ACOMPANHANTE



UNIDADE DE SAÚDE:

inSaúde
INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA E GESTÃO



Este documento é um **modelo técnico desenvolvido** pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais da Unidade de Saúde providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais.

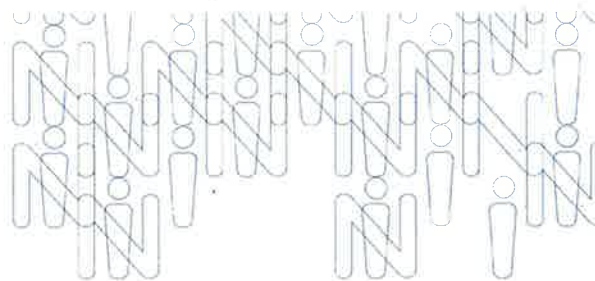
Na sequência será submetido a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador).

A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos.

MODELO



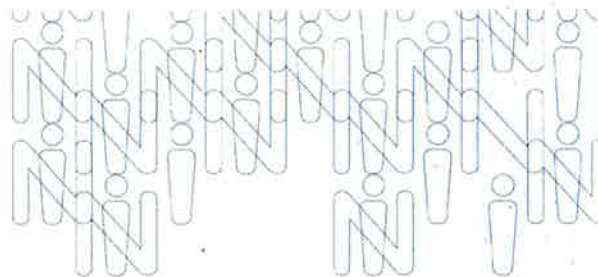
2



SUMÁRIO

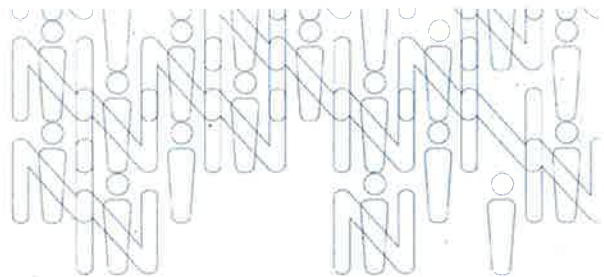
BOAS-VINDAS.....	4
INTRODUÇÃO	4
DIREITOS DOS PACIENTES E ACOMPANHANTES	4
<i>FINALIDADE.....</i>	4
<i>ABRANGÊNCIA</i>	4
<i>DESCRIÇÃO.....</i>	5
<i>DIREITOS DOS PACIENTES E FAMILIARES.....</i>	5
📌 <i>Situações Especiais.....</i>	6
DEVERES E RESPONSABILIDADE DOS PACIENTES.....	7
INTERNAÇÃO.....	8
ACOMODAÇÕES.....	8
<i>INSTRUÇÕES GERAIS</i>	8
ACESSIBILIDADE.....	9
VISITAS AOS PACIENTES	9
<i>HORÁRIO DE VISITAS</i>	9
<i>REGRAS PARA VISITANTES</i>	9
ACOMPANHANTES	10
<i>TROCA DE ACOMPANHANTES.....</i>	10
TRANSFERÊNCIA INTERNA.....	10
TRANSFERÊNCIA EXTERNA	11
ALTA HOSPITALAR	11
HOTELARIA	12
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA.....	12
ORIENTAÇÕES GERAIS	13
<i>ITENS PERMITIDOS</i>	14
<i>ITENS PROIBIDOS AOS PACIENTES</i>	15
<i>ITENS OFERECIDOS.....</i>	15
<i>SEGURANÇA.....</i>	15
<i>MANUTENÇÃO</i>	15
<i>POLÍTICA SOBRE IMAGENS</i>	15
<i>OUVIDORIA</i>	15
MODELO ASSISTENCIAL	16
<i>EQUIPE MULTIDISCIPLINAR</i>	16





QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	17
METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA	17
<i>META 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</i>	17
& Pulseiras de Identificação	18
<i>META 2 - MELHORAR A COMUNICAÇÃO EFICAZ</i>	18
<i>META 3 - MELHORAR A SEGURANÇA DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA</i>	18
<i>META 4 - GARANTIR UMA CIRURGIA SEGURA</i>	18
<i>META 5 - REDUZIR O RISCO DE INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS EM SAÚDE</i>	19
& Precauções	19
<i>META 6 - REDUZIR O RISCO DE DANOS AO PACIENTE RESULTANTE DE QUEDA</i>	19
PLANO TERAPÊUTICO	20
ISOLAMENTO HOSPITALAR: PRECAUÇÕES PARA ISOLAMENTO	20
SEGURANÇA NAS DEPENDÊNCIAS DA INSTITUIÇÃO	21
PREVENÇÃO DE INCÊNDIO	21
AVISO DE GOLPE TELEFÔNICO	21
PROTOCOLO DE RECEBIMENTO	22
APROVAÇÕES E HISTÓRICO DE REVISÃO	23





BOAS-VINDAS

Esta Unidade de Saúde disponibiliza instalações adequadas, atendendo as normas e legislações vigentes na área da saúde, visando prestar atendimento de qualidade e com segurança aos nossos pacientes.

Possui modernos leitos para atendimento a adultos e crianças.

Humanização, cuidado, atenção e respeito são palavras que orientam todas as atividades das equipes.

Este manual tem como objetivo orientá-lo e auxiliá-lo em sua permanência na nossa Instituição.

Estamos trabalhando em conjunto para que sua permanência nesta Unidade seja a menor possível e que sua recuperação seja rápida.

Bem vindo (a)!

Equipe de Acolhimento

INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde: _____ apresenta o Manual de Orientações ao Paciente e Acompanhante, desenvolvido para orientá-lo durante o seu atendimento e permanência na instituição.

Este manual destina-se a pacientes e seus cuidadores (acompanhantes, familiares e visitantes). Sua finalidade é prestar informações importantes aos usuários de nossos serviços, como práticas que visam o bem-estar e a recuperação do paciente, sendo um instrumento facilitador para a convivência comum no ambiente hospitalar.

DIREITOS DOS PACIENTES E ACOMPANHANTES

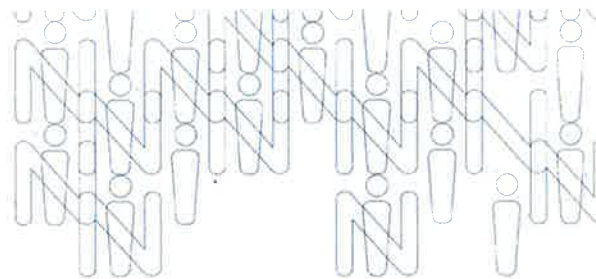
Finalidade

Estabelecer os processos que apoiem os direitos, deveres e responsabilidades dos pacientes e seus familiares.

Abrangência

Institucional.





Descrição

Os direitos do paciente e da família são o elemento fundamental de todos os contatos entre a unidade de saúde, sua equipe e pacientes e familiares.

A instituição reconhece sua responsabilidade no desenvolvimento e implementação de diretrizes que protejam e assegurem os direitos e as responsabilidades do paciente e de seus familiares. Baseada nas leis, estatutos e regulamentos vigentes, apoiada nos valores de seu Código de Ética, adota a declaração abaixo como norteadora dos processos que identifica como direitos e responsabilidades de seus usuários.

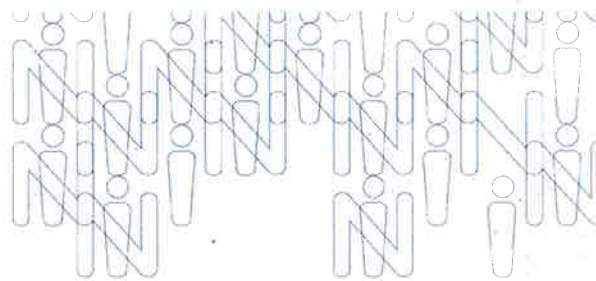
De acordo com a legislação, considera-se criança a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos, adolescente aquela entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos de idade e idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Quando algum direito for ferido ou responsabilidade não cumprida, o líder da unidade deverá garantir sua adequação, enquanto representante da instituição.

Direitos dos Pacientes e Familiares

1. Receber atendimento digno, atencioso e respeitoso, sem qualquer preconceito ou discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência.
2. Ser identificado por nome completo e data de nascimento e tratado pelo seu nome de registro ou nome social, caso seja sua preferência, e não de modo genérico, ou pelo nome de sua doença, número, código ou qualquer outra forma desrespeitosa ou preconceituosa.
3. Poder identificar os profissionais por meio de crachás visíveis, legíveis e/ou por outras formas de identificação de fácil percepção.
4. Receber informações sobre normas da instituição de proteção dos seus pertences pessoais.
5. Receber informações claras, simples e compreensíveis por parte da equipe que o assiste, adaptadas à sua condição cultural, a respeito do seu diagnóstico, opções terapêuticas e riscos envolvidos.
6. Receber informações sobre medicamentos que lhe são administrados, bem como procedências de sangue e hemoderivados antes de recebê-los, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha.
7. Receber tratamento hospitalar adequado para controlar e minimizar dores físicas, de acordo com diretrizes ou protocolos clínicos da instituição.
8. Consentir ou recusar, após receber adequada informação, procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública.



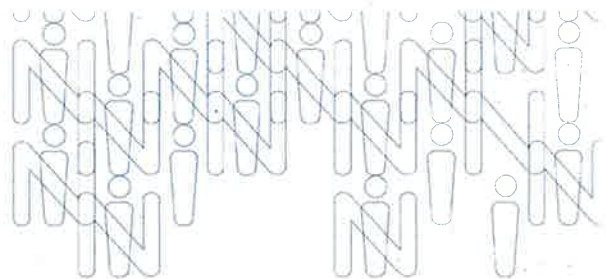


9. Indicar, por sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisão para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia, inclusive no que se refere a tratamentos, cuidados, procedimentos e medidas de ressuscitação ou outros cuidados de sustentação da vida (aplicável a maiores de 18 (dezoito) anos ou legalmente emancipados).
10. Ter resguardado o sigilo e a confidencialidade de toda e qualquer informação, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública.
11. Receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social.
12. Ter respeitadas suas crenças espirituais e religiosas de qualquer credo, bem como seus valores éticos e culturais.
13. Ter garantida a preservação de sua imagem, identidade, privacidade, integridade física, psíquica e moral independentemente de seu estado de consciência.
14. Ter direito a acompanhante de sua livre escolha, nas consultas e exames e durante a internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida, de acordo com as normas da instituição.
15. Participar de todas as decisões sobre seus cuidados tendo a garantia que a equipe que o assiste fornecerá informações e esclarecimentos acerca de dúvidas, resultados do cuidado e do tratamento, bem como resultados não previstos.
16. Solicitar segunda opinião ou parecer de outro profissional, bem como a substituição do médico responsável pelo seu atendimento, em qualquer fase do tratamento conforme política da instituição.
17. Ter assistência respeitosa e com compaixão no fim de sua vida e ser tratado com dignidade e respeito após sua morte, sem que nenhum órgão ou tecido de seu corpo seja retirado sem sua autorização prévia, de sua família ou do responsável legal.
18. Expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio da Ouvidoria e qualquer outro mecanismo existente, sendo respeitado em sua privacidade e confidencialidade.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

1. Assegurar às crianças, adolescentes, indivíduos com necessidades especiais e idosos seus direitos de acordo com a legislação vigente e a política institucional.
 - 1.1. Sendo criança ou adolescente:
 - ter a mãe ou o pai como responsável pelas decisões e interesses.
 - 1.2. Sendo recém-nascido:
 - não ser separado de sua mãe ao nascer, exceto quando o próprio recém-nascido ou a mãe necessitarem de cuidados especiais.





- receber aleitamento materno exclusivo, salvo quando isso representar risco à saúde da mãe ou do recém-nascido.

1.3. Sendo idoso:

- assegurar o direito a acompanhante e proporcionar as condições adequadas para sua permanência em tempo integral segundo critério médico.
- garantir atenção integral em especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

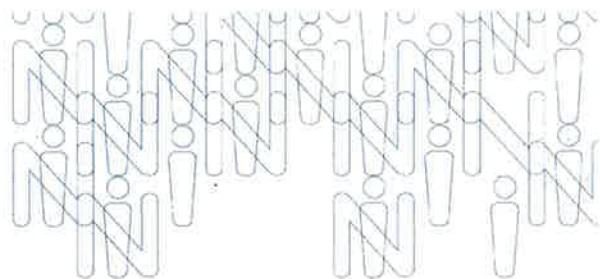
Nota: considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

DEVERES E RESPONSABILIDADE DOS PACIENTES

1. Fornecer informações completas e verídicas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, uso de medicamentos, drogas, alergias, procedimentos médicos pregressos, ocorrência de doença transmissível e outros problemas relacionados à sua saúde.
2. Solicitar esclarecimento caso não tenha compreendido as informações e orientações recebidas.
3. Seguir as instruções e tratamento proposto pela equipe multiprofissional responsável pelo seu cuidado e assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações da equipe de saúde.
4. Conhecer e respeitar as normas e regulamentos da instituição.
5. Zelar e responsabilizar-se pelas propriedades da instituição colocadas à sua disposição visando seu conforto e tratamento.
6. Adotar comportamento cordial e respeitar os direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviços da instituição, tratando-os com civilidade e cortesia.
7. Contribuir para um ambiente saudável, sendo proibido ruídos, uso de bebidas alcoólicas, de tabaco e derivados, extensivo aos acompanhantes e visitantes, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.
8. Notificar à equipe responsável pelo seu tratamento sobre qualquer fato ou mudança inesperada que ocorra em relação à sua condição de saúde.
9. É proibido filmar ou fotografar e veicular imagens de profissionais, procedimentos e dependências da Unidade de Saúde.
10. É proibido ao acompanhante utilizar os leitos de enfermaria ou o leito do paciente para repouso.



2



11. Não manusear por conta própria materiais e equipamentos como soros, válvulas de gases, entre outros.
12. Usar roupas adequadas ao entrar ou permanecer nas áreas comuns da Unidade de Saúde.
Não é permitido o acesso de pessoas trajando short, bermuda, minissaia, camiseta cavada, blusa/vestido curto e/ou decotado.
13. Aceitar a alta médica, assistencial ou hospitalar quando o processo ou tratamento for considerado finalizado.
14. Tratando-se de crianças, adolescentes ou adultos considerados incapazes, as responsabilidades relacionadas deverão ser exercidas pelos seus responsáveis legais, devidamente habilitados.

INTERNAÇÃO

A Recepção de Internação é responsável pelo acolhimento dos pacientes por meio das seguintes atividades:

- × formalização do processo de internação nas cirurgias eletivas.
- × comunicação ao médico assistente sobre internação do paciente.

ACOMODAÇÕES

Todos os leitos da instituição buscam promover um ambiente confortável, atendendo a exigentes critérios de qualidade e segurança do paciente.

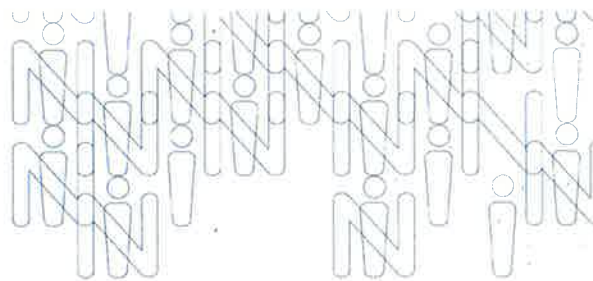
Instruções Gerais

Mantenha seus pertences bem guardados mantendo nas dependências da Unidade de Saúde apenas o estritamente necessário.

Verifique se nada está sendo esquecido no momento da alta.

Informamos que a instituição não se responsabiliza por objetos pessoais do paciente e familiar, tais como: celular, joias e similares, notebook ou valores deixados nos ambientes da Unidade de Saúde.





ACESSIBILIDADE

Dispomos de uma infraestrutura elaborada para garantir acessibilidade para pessoas com deficiência e mobilidade reduzida e/ou necessidades especiais.

VISITAS AOS PACIENTES

Todo visitante/acompanhante é bem-vindo e deverá seguir a paramentação adequada conforme recomendação vigente do Serviço de Controle de Infecção, durante todo o tempo dentro da Unidade de Saúde, e realizar a higiene das mãos antes de entrar e após sair do quarto, conforme informativo localizado junto às piaas.

De acordo com o quadro clínico do paciente, o número de visitantes poderá ser limitado. Pensando no bem-estar do paciente internado ou em observação, estabelecemos o horário de visita.

Horário de Visitas

× Unidades de Internação:

Das 11h às 19h – apenas um acompanhante com direito a revezamento.

× UTI e Sala Vermelha - em caso de permanência para aguardar leito de internação

Das 11h30 as 12h30 e das 17h30 as 18h30.

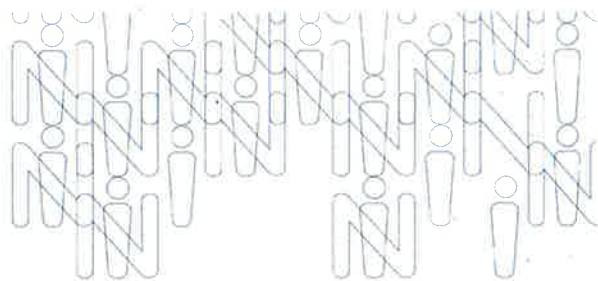
Para a segurança do paciente, não é recomendada a entrada com alimentos nos quartos. Alimentos comprados na lanchonete e/ou restaurantes da Unidade de Saúde devem ser consumidos preferencialmente no local, uma vez que podem interferir no tratamento do paciente.

Regras para Visitantes

As visitas podem ser realizadas diariamente, sendo observadas as seguintes regras e recomendações:

- × Só será permitida a entrada de visitantes a partir de 12 (doze) anos, mediante apresentação de documento com foto.
- × Será permitida a entrada de dois visitantes por vez nas enfermarias.
- × O acompanhante deverá manter a etiqueta de identificação em local visível durante a sua permanência na Unidade de Saúde.





- ✖ Será permitida a entrada de dois visitantes na sala de espera do Centro Cirúrgico.
- ✖ Todas as entradas de visitantes e troca de acompanhantes será feita pela Recepção Central.
- ✖ A Recepção Central será fechada às 20h.

ACOMPANHANTES

Durante a internação do paciente é permitida a permanência de 01 (um) **acompanhante** nos seguintes casos:

- ✖ Pacientes com até 18 (dezoito) anos incompletos, conforme Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069 de 13/07/1990, art. 12).
- ✖ Pacientes maiores de 60 (sessenta) anos, conforme Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01/10/2003, art. 16).
- ✖ Pacientes com necessidades especiais, segundo Estatuto do Portador de Necessidades Especiais (Lei nº 3.939 de 02/01/2007, art. 18).
- ✖ Gestantes no dia do parto e pós-parto.

Todos os acompanhantes serão cadastrados, mediante apresentação de documento com foto, na Portaria Central, no momento da entrada do paciente na Unidade de Saúde.

Todos os visitantes e acompanhantes receberão uma etiqueta de identificação que deverão portá-la visivelmente durante a permanência na Unidade de Saúde.

Troca de Acompanhantes

Quanto a troca de acompanhantes, será realizada nos seguintes horários:

- ✖ Manhã das 7h às 9h
- ✖ Tarde das 17h às 19h.

A autorização de acompanhante para paciente internado, quando necessária, será fornecida pelo (a) enfermeiro (a) responsável pela unidade onde o paciente está internado.

TRANSFERÊNCIA INTERNA

Se for necessária a transferência do paciente para outra unidade ou setor onde não é permitida a entrada de objetos pessoais, os pertences serão entregues ao acompanhante.





Se o paciente estiver sem acompanhante no momento da transferência, a equipe assistencial vai relacionar os pertences e encaminhar para a hotelaria.

Solicitamos para o acompanhante não permanecer no leito após a transferência. Apenas se houver previsão de retorno do paciente para o mesmo leito, como no caso de transferência para realização de exames ou procedimentos.

TRANSFERÊNCIA EXTERNA

A transferência externa será realizada por desejo do próprio paciente ou de seus familiares, e somente ocorrerá mediante liberação médica e contato com o hospital de destino, que deverá informar que está de acordo com a transferência e apresentar o nome do médico que receberá o paciente. A família do paciente é responsável pela reserva do leito no outro hospital, bem como pelo transporte do paciente, com ou sem autorização do convênio de saúde.

A transferência para outro serviço de saúde também poderá ocorrer caso haja a necessidade de atendimento ou procedimento específico que a Unidade de Saúde não disponha no momento. Nesse caso, a responsabilidade do encaminhamento e transporte do paciente é da própria unidade.

O procedimento da transferência é registrado em prontuário, mencionando a concordância dos familiares e a ciência deles sobre riscos, quando for o caso.

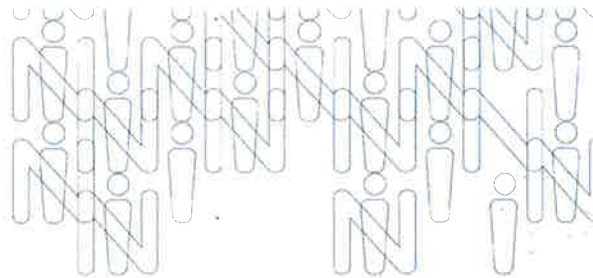
ALTA HOSPITALAR

Após a assinatura da alta pelo médico, o paciente ou seu responsável deverá aguardar no quarto o contato da equipe multidisciplinar, que dará as orientações de alta hospitalar para continuidade do cuidado em domicílio.

Após a alta, o paciente e acompanhantes deverão deixar o quarto no prazo de 30 (trinta) minutos, com tolerância máxima de 01(uma) hora.

Ao deixar o quarto, verifique se nada está sendo esquecido. Informamos que a Unidade de Saúde não se responsabiliza por objetos como celulares, notebooks, joias ou valores deixados nos apartamentos.





HOTELARIA

Para a limpeza dos quartos e ambientes comuns, são utilizados produtos, equipamentos e técnicas de higienização específicas, padronizadas e validadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

O quarto / leito é entregue ao paciente higienizado e com enxoval devido:

- ✕ 01 travesseiro.
- ✕ 02 lençóis.
- ✕ 01 cobertor.
- ✕ 01 toalha de banho.
- ✕ 01 toalha de rosto.
- ✕ 01 toalha de piso.

A limpeza diária é feita das 7h às 12h. Na necessidade de solicitação de higienização ou reposição de material deve-se acionar a equipe de enfermagem. Ela acionará o setor responsável.

O leito do paciente será higienizado a cada banho do paciente ou necessidade específica sendo de responsabilidade da enfermagem.

Para controle de infecção é proibido a qualquer pessoa sentar-se no leito do paciente.

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

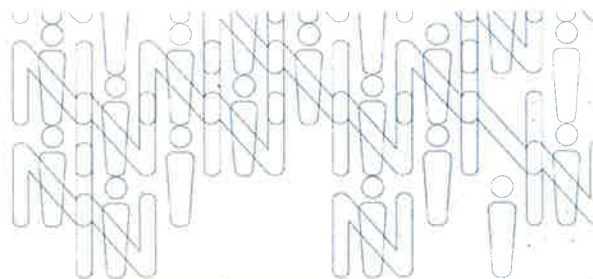
O Departamento de Nutrição e Dietética é responsável pelo preparo, organização e distribuição de refeições, que são adaptadas de acordo com as prescrições médicas e condutas dietoterápicas da nutricionista.

No prazo de até 24 (vinte e quatro) horas após a internação, a nutricionista visita o paciente para realizar a triagem nutricional.

As refeições são servidas nos seguintes horários:

DISTRIBUIÇÃO	
PACIENTE	ACOMPANHANTE ELEGÍVEL
Desjejum: das 8h às 9h	Desjejum: das 08h às 09h





Almoço: das 12h às 13h	Almoço: das 12h às 13h
Lanche da tarde: das 15h às 16h	Lanche da tarde: das 15h às 16h
Jantar: das 18h às 19h	Jantar: das 18h às 19h
Lanche da noite: das 20h às 22h	Lanche da noite: das 20h às 22h

Observações:

Para melhor controle e efetividade do tratamento, solicitamos que não **traga** nenhum alimento para consumo do paciente.

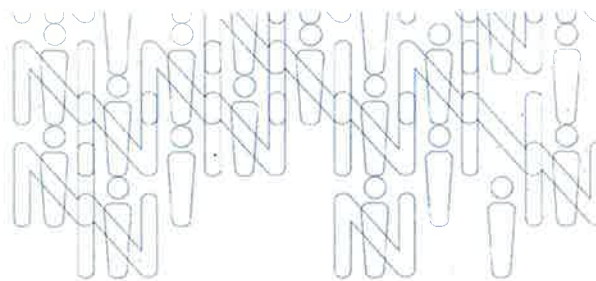
Na alteração de prescrição de dieta, a troca será realizada na **refeição** seguinte.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- ✖ Nossa instituição conta com uma equipe multiprofissional para atendimento aos pacientes e conhecer os integrantes da equipe é importante para o seu atendimento.
- ✖ Qualquer intercorrência na Unidade, solicitamos que sempre procure o enfermeiro do setor. Informe sempre à Enfermagem quando se ausentar do hospital e quando houver a troca de acompanhante.
- ✖ Informações precisas, completas e acuradas sobre o histórico de saúde, qualquer tipo de restrição, tais como alergias, doenças prévias, restrições de caráter religioso ou cultural, medicamentos de uso contínuo (com informação se o paciente está em posse do seu medicamento), procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à saúde do paciente são de extrema importância para o cuidado.
- ✖ Informações sobre o estado de saúde do paciente não serão fornecidas por telefone, apenas pela equipe de profissionais responsável pelo paciente, de forma presencial.
- ✖ Siga as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional.
- ✖ Respeite os direitos dos demais pacientes, acompanhantes, colaboradores e prestadores de serviços da instituição.
- ✖ Zele pelos bens e propriedades da Unidade de Saúde, colocados à sua disposição para seu conforto e tratamento do paciente. Solicite a mesma postura de outros visitantes.
- ✖ Respeite as orientações quanto à manipulação de equipamentos e dispositivos que estejam conectados aos pacientes. Essa atribuição é de responsabilidade da equipe assistencial.
- ✖ Participe ativamente do plano de tratamento, plano educacional e orientações de alta durante toda a internação, tire todas as suas dúvidas com a equipe.



2



- ✖ O paciente pode receber assistência religiosa de acordo com sua crença e desejo, ou de seus familiares no caso de pacientes que não estejam lúcidos e orientados.
- ✖ É proibido fumar nas dependências da Unidade de Saúde, de acordo com a Lei 13.541 de 07/05/2009.
- ✖ Evite falar alto e barulho excessivo.
- ✖ Mantenha seu celular no modo silencioso.
- ✖ Evite entrar com aparelho celular na UTI, Pronto Socorro e no Serviço de Investigação Diagnóstica, para evitar interferências nos equipamentos;
- ✖ Não manuseie, por conta própria, materiais e equipamentos que só podem ser operados por pessoal treinado para este serviço.
- ✖ Colabore no cuidado com o paciente (alimentação, banho, higiene oral, higiene íntima e outros).
- ✖ Guarde os pertences do paciente dentro dos armários.
- ✖ Mantenha o quarto organizado e limpo.
- ✖ O paciente deverá sair logo após a alta hospitalar, acompanhado pelo responsável.
- ✖ Não é permitido o acesso de pessoas alcoolizadas.
- ✖ Não é permitido lavar roupas na unidade de internação.
- ✖ Os cobertores e lençóis são de uso exclusivo dos pacientes.
- ✖ A televisão deverá ser desligada às 22h00.
- ✖ Havendo dúvidas, procure um dos profissionais de enfermagem da sua unidade.

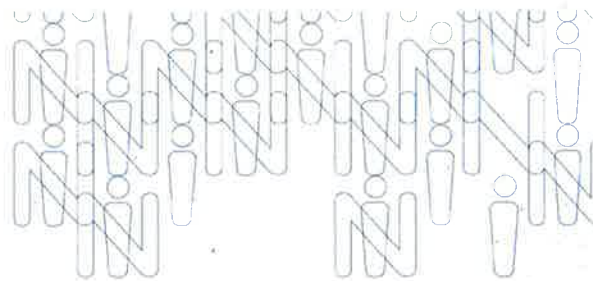
Itens Permitidos

Durante sua permanência o paciente pode portar e/ou utilizar os seguintes itens:

- ✖ **Objetos de uso pessoal:** pasta e escova de dente, pente ou escova de cabelo, sabonete, desodorante, toalha, chinelos, roupas íntimas e fraldas (se necessário). Objetos de valor do paciente devem permanecer com seus familiares.
- ✖ **Televisão e ventilador:** somente podem ser utilizados após pagamento de taxa no setor de Orçamentos. Em enfermaria coletiva, a utilização destes aparelhos deve obedecer às normas de convivência.

Traga o mínimo necessário e tenha cuidado com os seus pertences, pois a Unidade não se responsabiliza por eles.





Itens Proibidos aos Pacientes

- ✖ Alimentos para o paciente e acompanhante.
- ✖ Equipamentos para gravar imagens e/ou sons (câmeras, gravadores).

Itens Oferecidos

- ✖ Roupa e lençol para o paciente internado.
- ✖ Refeição para acompanhantes de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, idosos a partir de 60 (sessenta) anos e em situações especiais (paciente com dependência física).

Segurança

Os visitantes e acompanhantes devem usar charchá em local visível para transitarem nas dependências da Unidade.

O serviço de segurança fará a identificação de todos os acompanhantes e visitantes.

Manutenção

A o serviço é realizado pela equipe de manutenção da Unidade, que é acionado pela enfermagem ou pela equipe de hotelaria / rouparia.

Política sobre Imagens

Devido à natureza das atividades desenvolvidas não é permitido captar imagens e/ou vídeos nas dependências da Unidade, bem como divulgá-las, principalmente as que envolvam pacientes e/ou visitantes, sem que haja a autorização formal da Assessoria de Comunicação da entidade.

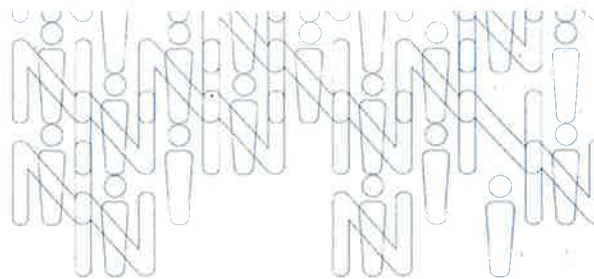
A publicação não autorizada de fotos e vídeos realizados nas dependências da Unidade infringe os preceitos da Lei e está sujeito a penalidades.

Ouvidoria

A Ouvidoria está à disposição dos pacientes, familiares e visitantes para ouvir suas queixas, sugestões e elogios.



2



- ✕ **Sala da Ouvidoria:** localizada dentro da Unidade.

Horário de atendimento: das 7h as 12h; e das 13h30 as 17h Pelo Telefone, por e-mail, pelo site ou por formulário (urnas espalhadas pela Unidade).

Observação: Os pacientes internos podem solicitar à equipe, a presença do ouvidor.

MODELO ASSISTENCIAL

O cuidado centrado no paciente significa reconhecer que suas necessidades estão em primeiro lugar. Esse cuidado oferece uma assistência individualizada, integral e humanizada, com envolvimento do paciente e/ou responsável durante todo o atendimento/internação.

Com o intuito de promover a Segurança Assistencial, relacionamos algumas orientações da Equipe Assistencial, a fim de instruir o paciente e o acompanhante quanto às melhores Práticas Assistenciais, visando a garantia da segurança dos nossos pacientes e colaboradores, assim como consolidar o fluxo de comunicação entre as equipes e usuários dos nossos serviços. É importante que o paciente, seus familiares e cuidadores conheçam os riscos dos procedimentos, comuniquem e acionem as equipes do hospital sobre quaisquer informações e/ou dúvidas que possam surgir. Todas as informações relevantes serão registradas em prontuário e informado ao paciente e/ou familiar.

Equipe Multidisciplinar

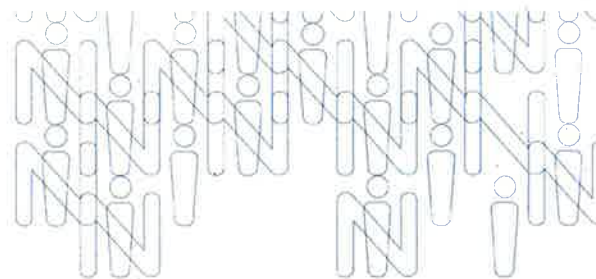
A Unidade de Saúde preocupa-se em oferecer, além de segurança e qualidade técnica, tranquilidade no momento da internação e conta com uma equipe altamente especializada para atendimento aos pacientes internados.

Nossa equipe multidisciplinar atua priorizando uma assistência individualizada, focada no bem-estar e tratamento do paciente, para que sua hospitalização seja a mais breve possível e que o cuidado tenha continuidade em sua casa.

O médico assistente é aquele escolhido pelo paciente para acompanhar sua internação. Caso seja necessário, alguns serviços também contam com o Médico Hospitalista, composto por médicos especializados em emergências, com o objetivo de atender intercorrências dos pacientes com rapidez e segurança, 24 (vinte e quatro) horas por dia.



Handwritten signature or mark.



A Unidade de Saúde identifica e adota medidas a fim de superar ou reduzir barreiras de limitação linguísticas, que possam dificultar o acesso, a comunicação e assistência prestada aos pacientes e familiares, assim como respeita as crenças espirituais e religiosas, valores éticos e culturais.

QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

A Política de Qualidade e Segurança do Paciente consiste num conjunto de ações para promover o contínuo aprimoramento de todos os serviços realizados pela nossa instituição, baseando-se em um cuidado seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e com equidade. Dentre as principais atividades de área de Qualidade estão o Núcleo de Segurança do Paciente, gestão de documentos, gestão de processos, de performance (indicadores), auditorias, a interface com comissões obrigatórias e órgãos externos.

A Unidade de Saúde adota os mais rigorosos padrões de qualidade.

METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA

META 1 - Identificação do Paciente

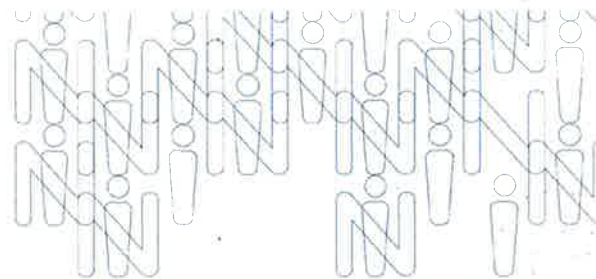
O cuidado seguro começa com a identificação adequada. Esta prática de identificação do paciente é indispensável para garantir sua segurança em qualquer ambiente de cuidado à saúde.

A identificação do paciente está prevista na Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999, que dispõe sobre os direitos dos pacientes, usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo, e prevê que o paciente tem direito a ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, não devendo ser identificado somente por números ou códigos.

Utilizamos dois identificadores: nome completo e data de nascimento.

A confirmação dos dois identificadores deverá ser aplicada antes de qualquer procedimento ou cuidado prestado durante toda a sua internação e/ou atendimento.





PULSEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO

As pulseiras de identificação do paciente não podem ser retiradas sem a orientação das equipes do hospital. Elas são colocadas com o objetivo de auxiliar as equipes frente à gestão visual, por cores e códigos de barra.

Veja como identificar:

- ✖ Branca: identifica o nome completo e data de nascimento.
- ✖ Vermelha: identifica se o paciente possui riscos de alergias.
- ✖ Amarela: identifica se o paciente possui riscos de queda.

META 2 - Melhorar a Comunicação Eficaz

Garantir que a comunicação seja eficaz, oportuna, exata, completa, inequívoca e compreendida pelo receptor, para reduzir erros e resultar em mais segurança para o paciente. Essa comunicação se dá por meio da passagem de plantão entre as equipes, ordem verbal em emergências, entre as transferências internas e externas, relato de resultado críticos de exames e diagnósticos e os registros em prontuários.

META 3 - Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta Vigilância

O gerenciamento dos medicamentos de alta vigilância envolve um processo uniforme de identificação, segregação, armazenamento e dupla checagem na administração dos medicamentos em todas as unidades de cuidado de modo a garantir sua segurança dos medicamentos e administração segura.

META 4 - Garantir uma Cirurgia Segura

A instituição segue o Protocolo do Programa de Cirurgia e Parto Seguro, conforme os preceitos Internacionais e Nacionais de Qualidade. Baseia-se no princípio de utilizar um conjunto de ações para alcançar o objetivo de identificar o paciente correto, o procedimento correto e o local correto, pela implantação de processos uniformes de verificação pré-operatória, marcação de sítio cirúrgico e time out e sign out.

Caso o paciente seja submetido a procedimento cirúrgico, deve certificar se os Termos de Consentimento Esclarecido foram devidamente explicados, preenchidos e assinados pelo paciente e/ou seu responsável legal e pelo médico que o assiste.





META 5 - Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados em Saúde

Temos como compromisso a segurança do paciente e, visando reduzir a ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde, adotamos uma Política de Higiene das Mãos de abrangência institucional. É importante verificar e praticar a higienização das mãos sempre, antes e após o contato com o paciente e, também, com os mobiliários do hospital, respeitando os Cinco Momentos de Higienização das Mãos, dispostos nos displays dos quartos. Essa prática visa minimizar os riscos de infecção, conforme as diretrizes de prevenção e controle de infecção baseadas em evidências, seguidas pela instituição.

PRECAUÇÕES

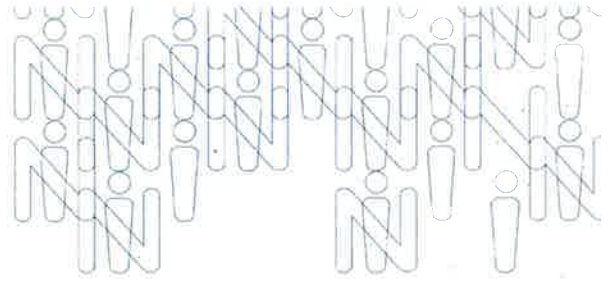
Para evitar a contração de infecções hospitalares, que atento aos seguintes itens:

- * Lave as mãos antes e depois da visita.
- * Utilize álcool gel.
- * Não sente ou deite na cama do paciente nem nas camas vazias.
- * Não utilize o sanitário do paciente.
- * Quando estiver com gripe, febre, diarreia ou doenças transmissíveis não faça visita ao paciente.
- * Evite contato com outros pacientes.
- * Evite aglomerações nas enfermarias ou quartos.
- * Colabore com a limpeza jogando o lixo nos cestos.
- * Solicite orientação ou ajuda da equipe de enfermagem sempre que necessário. Paciente.
- * Evite contato com outros pacientes.
- * Evite aglomerações nas enfermarias ou quartos.
- * Colabore com a limpeza jogando o lixo nos cestos.
- * Solicite orientação ou ajuda da equipe de enfermagem sempre que necessário.

META 6 - Reduzir o Risco de Danos ao Paciente Resultante de Queda

Todos os pacientes externos e internados são avaliados quanto ao risco de quedas, por meio de medidas que contemplam a avaliação de riscos, garantia de cuidado multiprofissional, ambiente seguro e promoção da educação do paciente, familiares e profissionais. Em caso de necessidade de o acompanhante ter que se afastar do paciente, tendo que deixá-lo sozinho no quarto, deve-se comunicar à equipe de enfermagem, garantindo assim a prevenção de acidentes por queda. É importante, também, seguir rigorosamente as orientações do médico e da equipe assistencial no que diz respeito às mobilizações e movimentações





precoces, após o procedimento cirúrgico, evitando assim possíveis quedas e prevenindo o desenvolvimento de eventos tromboembólicos.

PLANO TERAPÊUTICO

A Equipe Assistencial do Corpo Clínico da Unidade de Saúde está apta a prestar aos pacientes e/ou familiares todos os esclarecimentos necessários à condução do Plano Terapêutico do Paciente.

O plano é individualizado e atualizado ou revisado pela equipe multidisciplinar com base em quaisquer alterações na condição do paciente. Por ocasião da alta ou de uma eventual transferência, é importante que a família e o paciente estejam cientes e participem do planejamento do Plano Terapêutico, garantindo a continuidade dos cuidados, que são extremamente importantes para o pronto restabelecimento de suas condições clínicas. Após a alta, caso o paciente apresente qualquer tipo de problema clínico, é importante retornar imediatamente ao hospital.

ISOLAMENTO HOSPITALAR: PRECAUÇÕES PARA ISOLAMENTO

São uma série de medidas de cuidados que previnem a disseminação de micro-organismos.

Quem precisa respeitar as orientações de precauções e isolamentos?

- ✖ Profissionais de saúde.
- ✖ Acompanhantes.
- ✖ Cuidadores.
- ✖ Familiares.
- ✖ Pacientes.

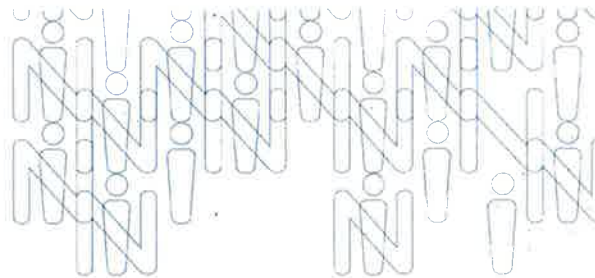
Existe um pacote de cuidados para cada tipo precaução e isolamento.

Tipos de precauções e isolamentos:

- ✖ Isolamento/Precaução padrão.
- ✖ Isolamento/Precaução de contato.
- ✖ Isolamento/Precaução respiratória por gotículas.
- ✖ Isolamento/Precaução respiratória por aerossol.

O tipo de isolamento é definido de acordo com o agente infeccioso confirmado ou suspeito e as orientações serão realizadas pela equipe assistencial, conforme protocolos definidos pelo Serviço de





Controle de Infecção. Todos os isolamentos serão identificados visualmente nas portas, em caso de dúvidas, procure a enfermagem antes de adentrar o quarto.

SEGURANÇA NAS DEPENDÊNCIAS DA INSTITUIÇÃO

A instituição dispõe de um monitoramento de câmeras 24h e as imagens são armazenadas, confidenciais e protegidas nos termos da Lei nº 13.541/03.

Todos os acessos às dependências do hospital são monitorados por segurança. A Unidade de Saúde tem equipes treinadas e preparadas para atender situações de urgência e emergência nas edificações da instituição. Na eventualidade de qualquer intercorrência, respeite e siga rigorosamente as orientações.

PREVENÇÃO DE INCÊNDIO

Todo o prédio conta com equipamentos de combate a incêndio, alarme e saídas de emergência devidamente identificadas. Em todos os setores, possuímos rotas de fuga com representação do trajeto mais rápido e seguro para se chegar à saída de emergência mais próxima.

Em caso de incêndio, siga as orientações dos colaboradores, identificados como participantes da brigada de incêndio, com botões vermelhos no crachá funcional.

AVISO DE GOLPE TELEFÔNICO

Atenção!

Em respeito aos nossos usuários e em caráter preventivo, comunicamos que está ocorrendo um novo tipo de golpe aplicado em Unidades de Saúde, com a finalidade de obter vantagens financeiras durante a internação.

O golpe consiste em realizar ligações para pacientes e/ou familiares, apresentando-se como médicos, fornecedores ou funcionários da instituição, alegando necessidade de determinados produtos que o Unidade de Saúde não possui.

O golpista afirma ter meios de conseguir preços mais acessíveis e, aproveitando-se da boa-fé e do momento de fragilidade dos familiares, acaba por convencê-los a fazer pagamentos indevidos.

Diante disso, orientamos que qualquer ligação ou abordagem que gere dúvidas, seja imediatamente informada à Administração da Unidade de Saúde.



✓



Orientamos também que não seja realizado qualquer tipo de depósito, TED, DOC, PIX ou outras formas de pagamento para pessoas desconhecidas.

Declaramos que a Unidade de Saúde não tem qualquer responsabilidade com esta situação, visto que tal fraude é proveniente de ambiente externo, portanto, é isenta de ressarcimento de qualquer importância que o paciente/familiar tenha perdido em decorrência do golpe.

Fiquem atentos e não caiam em golpes!

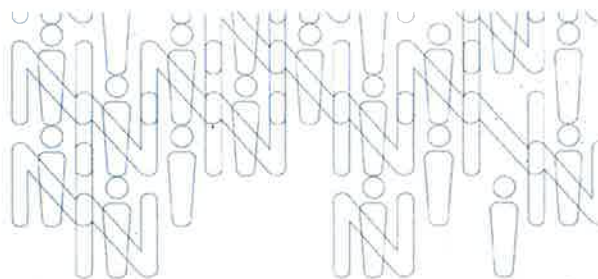
PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

Eu, _____
declaro que recebi, nesta data, o Manual de Orientação ao Paciente e Acompanhante da Unidade de Saúde _____
com as orientações necessárias sobre o funcionamento desta unidade, e declaro concordar com as informações contidas neste documento.

Nome completo: _____

Paciente: _____





Responsável Legal: _____

Data: ____/____/____

RG: _____

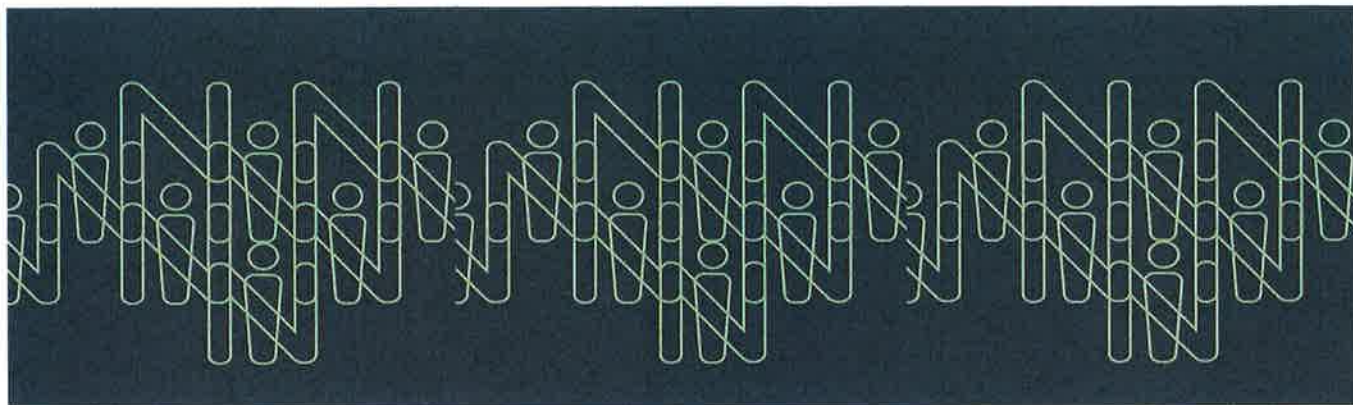
Assinatura

APROVAÇÕES E HISTÓRICO DE REVISÃO

Elaborado por: Diretora Administrativa - Área da Qualidade	Verificado por: Diretorias de Operações e Jurídica	Aprovado por: Diretoria Executiva
Revisão: 00 - Implantação Revisão: 01 - Atualização de Template		



2



InSaúde – Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde
MANTENEDORA/SEDE ADMINISTRATIVA:
Av. Paulista, 1.754 – 5 A • São Paulo • SP • CEP 01.310-920
E-mail: contato@insaude.org.br • F. (11) 3876.6787 • www.insaude.org.br

	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

PROTOCOLO INSTITUCIONAL PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

PT. NQSP.0012

Aplicável às Unidades de Saúde sob Gestão do InSaúde



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Sumário

1. APRESENTAÇÃO	10
1.1 Finalidade	10
1.2 Princípios Institucionais	11
1.3 Objetivos Estratégicos	11
2. OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3. ABRANGÊNCIA	14
3.1 Campo de Aplicação	14
3.2 Setores Abrangidos	14
3.3 Público-Alvo	16
4. BASE LEGAL E NORMATIVA	17
5. POLÍTICA INSTITUCIONAL DA QUALIDADE	18
5.1 Diretrizes Gerais	18
5.2 Princípios da Política da Qualidade	19
5.3 Objetivos da Política da Qualidade	20
6. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE	20
6.1 Apresentação	20
6.2 Objetivos	21



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

6.3 Princípios Institucionais	21
6.4 Diretrizes Institucionais	22
6.5 Metas Estratégicas de Segurança do Paciente	23
7. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS	23
7.1 Apresentação	23
7.2 Objetivos	24
7.3 Princípios	24
7.4 Classificação dos Riscos Institucionais	25
7.5 Ciclo Institucional da Gestão de Riscos	28
Figura 1. Ciclo Institucional da Gestão Integrada de Riscos	29
Quadro 1. Matriz Institucional de Classificação dos Riscos	30
8. GOVERNANÇA INSTITUCIONAL DA QUALIDADE, SEGURANÇA DO PACIENTE E GESTÃO DE RISCOS	30
8.1 Objetivo	30
8.2 Princípios da Governança	31
8.3 Estrutura da Governança	31
Figura 2. Modelo Institucional de Governança da Qualidade, Segurança do Paciente e Gestão de Riscos	33
8.4 Competências da Alta Direção	33
8.5 Competências da Coordenação da Qualidade	34
8.6 Competências do Núcleo de Segurança do Paciente	34



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

8.7 Competências das Coordenações Assistenciais	35
8.8 Competências das Coordenações Administrativas	35
Quadro 2. Matriz de Responsabilidades da Governança Institucional	36
9. GESTÃO INTEGRADA DA QUALIDADE	36
9.1 Conceito	36
9.2 Pilares da Gestão da Qualidade	37
Figura 3. Pilares Institucionais da Gestão da Qualidade	38
9.3 Ferramentas Institucionais da Qualidade	38
9.4 Ciclo de Melhoria Contínua	39
Figura 4. Ciclo Institucional da Melhoria Contínua	40
9.5 Objetivos Estratégicos da Gestão da Qualidade	41
10. GESTÃO INTEGRADA DE RISCOS ASSISTENCIAIS	41
10.1 Finalidade	41
10.2 Objetivos	42
10.3 Metodologia Institucional	42
Figura 5. Fluxo Institucional da Gestão Integrada de Riscos	43
10.4 Classificação Institucional dos Riscos	45
Quadro 3. Matriz Institucional de Classificação dos Riscos	47
11. PROGRAMAS INSTITUCIONAIS DA QUALIDADE	48
11.1 Estrutura dos Programas	48

	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

11.2 Objetivos dos Programas	49
Figura 6. Modelo Integrado dos Programas Institucionais	49
Quadro 4. Programas Institucionais	51
12. PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS	51
12.1 Diretrizes	51
12.2 Protocolos Obrigatórios para UPA Porte III	52
Figura 7. Integração dos Protocolos Institucionais com a Gestão da Qualidade	53
13. GESTÃO DOS EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES	54
13.1 Objetivo	54
13.2 Conceitos Institucionais	55
13.3 Cultura Institucional de Notificação	55
13.4 Fluxo Institucional de Gestão dos Eventos	56
Figura 8. Fluxo Institucional de Gestão dos Eventos Adversos	56
13.5 Investigação dos Eventos	58
Quadro 5. Classificação dos Eventos	58
14. GESTÃO DAS NÃO CONFORMIDADES	58
14.1 Finalidade	58
14.2 Fontes de Identificação	59
14.3 Classificação	59

	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

14.4 Tratamento das Não Conformidades _____ 60

Figura 9. Fluxo Institucional de Tratamento das Não Conformidades _ 60

Quadro 6. Plano de Tratamento _____ 62

15. GESTÃO DOS INDICADORES INSTITUCIONAIS _____ 62

15.1 Objetivo _____ 62

15.2 Princípios _____ 62

15.3 Categorias _____ 63

Quadro 7. Matriz Institucional de Indicadores _____ 64

Figura 10. Modelo Institucional de Monitoramento dos Indicadores _ 64

16. AUDITORIAS INSTITUCIONAIS _____ 65

16.1 Finalidade _____ 65

16.2 Objetivos _____ 66

16.3 Modalidades de Auditoria _____ 66

Figura 11. Ciclo Institucional das Auditorias _____ 67

Quadro 8. Plano Anual de Auditorias _____ 69

17. 17. EDUCAÇÃO PERMANENTE _____ 69

17.1 Objetivo _____ 69

17.2 Diretrizes _____ 69

17.3 Metodologias _____ 70

Quadro 9. Plano Anual de Capacitações _____ 70



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

18. PLANO ANUAL DA QUALIDADE _____ 71

Figura 12. Ciclo Anual da Qualidade _____ 72

19. PLANO ANUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE _____ 73

Quadro 10. Cronograma Anual da Segurança do Paciente _____ 73

18. PLANO ANUAL DE GESTÃO DE RISCOS _____ 75

Figura 13. Modelo Integrado da Gestão Anual de Riscos _____ 75

**19. 21. PLANO INSTITUCIONAL DE COMUNICAÇÃO DA QUALIDADE E
SEGURANÇA DO PACIENTE _____ 76**

21.1 Objetivo _____ 76

21.2 Diretrizes _____ 76

21.3 Instrumentos de Comunicação _____ 77

Figura 14. Fluxo Institucional da Comunicação da Qualidade _____ 77

Quadro 11. Matriz de Comunicação Institucional _____ 79

22.1 Objetivo _____ 79

22.2 Processo de Monitoramento _____ 79

22.3 Reuniões de Análise Crítica _____ 80

Figura 15. Ciclo Institucional de Monitoramento _____ 81

Quadro 12. Matriz de Monitoramento _____ 81

23.1 Objetivo _____ 82

Quadro 13. Matriz Geral de Responsabilidades _____ 82



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

24.1 Diretrizes _____ **83**

Quadro 14. Cronograma Geral de Implementação _____ **83**

Figura 16. Roadmap Institucional de Implantação _____ **84**

26. DISPOSIÇÕES FINAIS _____ **85**



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Este documento é um modelo técnico desenvolvido pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais da Unidade de Saúde providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais.

Na sequência será submetido a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador).

A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Finalidade

O Plano Institucional da Qualidade, Segurança do Paciente e Gestão de Riscos Assistenciais estabelece as diretrizes estratégicas, operacionais e metodológicas adotadas pelo InSaúde para garantir a excelência da assistência prestada nas unidades de saúde sob sua gestão.

O documento consolida os princípios institucionais relacionados à governança clínica, gestão por processos, cultura da segurança, melhoria contínua, gerenciamento de riscos, monitoramento de indicadores, educação permanente, auditoria assistencial e fortalecimento da qualidade dos serviços, constituindo instrumento norteador para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes assistenciais, administrativas e de apoio.

Sua implementação visa assegurar que todos os processos institucionais sejam conduzidos de forma integrada, padronizada, segura e orientada por evidências científicas, promovendo assistência centrada no usuário, eficiência operacional, conformidade legal e sustentabilidade organizacional.

Além de atender às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Programa Nacional de Segurança do Paciente e demais normativas aplicáveis, este Plano busca fortalecer a cultura institucional de qualidade e aprimoramento contínuo, contribuindo para a redução de riscos assistenciais, prevenção de incidentes, melhoria dos resultados clínicos e aumento da satisfação dos usuários.

O Plano possui caráter institucional e poderá ser aplicado, mediante adequações específicas, às diferentes tipologias de serviços gerenciados pelo InSaúde, incluindo Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais, Ambulatórios Especializados, Centros de Atenção Psicossocial e demais estabelecimentos de saúde.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

1.2 Princípios Institucionais

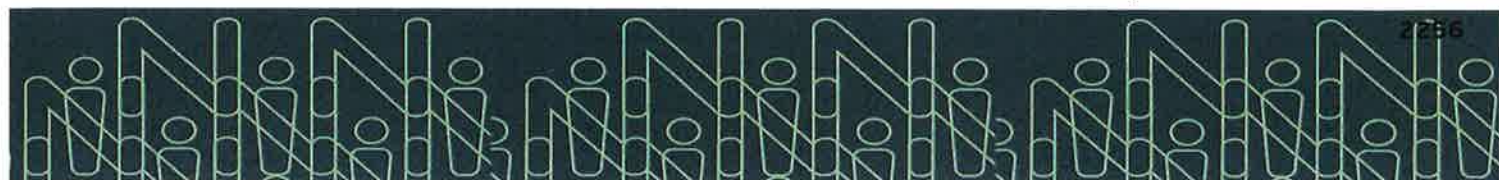
As ações previstas neste Plano são fundamentadas nos seguintes princípios:

- assistência segura, resolutiva e humanizada;
- foco permanente na qualidade da assistência;
- centralidade do usuário no processo de cuidado;
- cultura organizacional voltada à segurança do paciente;
- gestão baseada em evidências e indicadores;
- prevenção de riscos e redução de danos;
- melhoria contínua dos processos institucionais;
- integração multiprofissional;
- transparência, ética e responsabilidade institucional;
- conformidade legal e regulatória;
- inovação e desenvolvimento permanente das equipes.

1.3 Objetivos Estratégicos

O Plano possui como objetivos estratégicos:

- fortalecer a governança institucional da qualidade;
- promover cultura permanente de segurança do paciente;
- implementar metodologia estruturada de gestão de riscos;
- reduzir a ocorrência de eventos adversos evitáveis;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- monitorar sistematicamente indicadores assistenciais, administrativos e gerenciais;
- promover melhoria contínua por meio do ciclo PDCA;
- apoiar a tomada de decisão baseada em evidências;
- garantir conformidade com os requisitos legais, regulatórios e contratuais;
- desenvolver competências técnicas das equipes por meio da educação permanente;
- consolidar modelo assistencial seguro, eficiente e centrado no usuário.

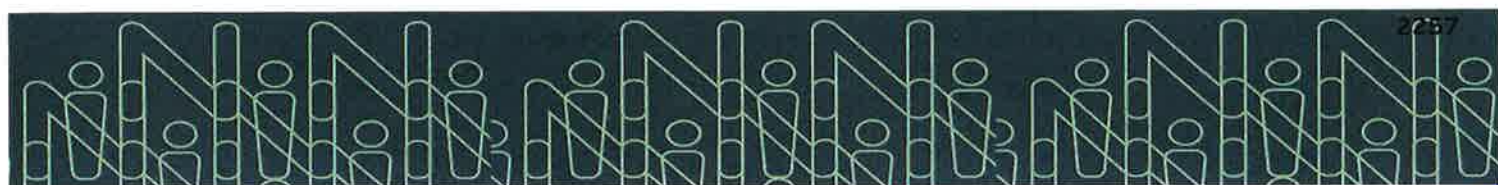
2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estabelecer as diretrizes institucionais para o desenvolvimento, implementação, monitoramento e aprimoramento contínuo do Sistema de Gestão da Qualidade, Segurança do Paciente e Gestão de Riscos Assistenciais do InSaúde, promovendo assistência segura, efetiva, humanizada, centrada no usuário e baseada em evidências científicas, em conformidade com a legislação vigente, diretrizes do Sistema Único de Saúde, requisitos contratuais e melhores práticas nacionais e internacionais de gestão em saúde.

O presente Plano visa integrar as ações assistenciais, administrativas e de apoio, fortalecendo a cultura organizacional da qualidade, a gestão por processos, a prevenção de riscos, a melhoria contínua e a sustentabilidade institucional das unidades gerenciadas pelo InSaúde.

2.2 Objetivos Específicos



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Constituem objetivos específicos deste Plano:

- fortalecer a cultura institucional da qualidade e da segurança do paciente;
- implantar metodologia padronizada para gestão integrada de riscos assistenciais, administrativos, operacionais e tecnológicos;
- garantir assistência segura, efetiva, eficiente, oportuna, equitativa e centrada no usuário;
- reduzir a ocorrência de eventos adversos evitáveis por meio da implementação de barreiras preventivas e protocolos assistenciais;
- estabelecer mecanismos permanentes de monitoramento dos processos críticos da assistência;
- promover a integração entre gestão assistencial, administrativa e governança clínica;
- consolidar o funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente como instância estratégica da gestão institucional;
- fortalecer os processos de auditoria clínica, auditoria de prontuários e avaliação da conformidade assistencial;
- desenvolver programas permanentes de educação continuada e educação permanente;
- implantar sistema estruturado de indicadores assistenciais, operacionais e gerenciais;
- estimular a participação ativa dos profissionais na identificação, notificação e análise de riscos e incidentes;
- assegurar conformidade com os requisitos legais, regulatórios e contratuais;
- promover melhoria contínua dos processos institucionais por meio da utilização sistemática de ferramentas da qualidade;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- fortalecer a cultura da transparência, aprendizado organizacional e gestão baseada em resultados.

3. ABRANGÊNCIA

3.1 Campo de Aplicação

Este Plano aplica-se a todas as unidades administradas pelo InSaúde, independentemente da tipologia do serviço, constituindo referência institucional para planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações relacionadas à qualidade, segurança do paciente e gestão de riscos.

Quando aplicado às Unidades de Pronto Atendimento Porte III, contempla integralmente os processos assistenciais, administrativos, operacionais e de apoio previstos no respectivo Plano de Trabalho e no Contrato de Gestão.

3.2 Setores Abrangidos

As diretrizes estabelecidas neste Plano aplicam-se aos seguintes setores:

Área Assistencial

- Recepção
- Cadastro
- Acolhimento com Classificação de Risco
- Consultórios Médicos
- Consultório Pediátrico
- Sala de Emergência (Sala Vermelha)



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- Sala de Procedimentos
- Sala de Medicação
- Sala de Inalação
- Sala de Eletrocardiograma
- Observação Adulto Masculina
- Observação Adulto Feminina
- Observação Pediátrica
- Sala de Isolamento
- Serviço Social
- Psicologia, quando aplicável
- Transporte Sanitário

Apoio Diagnóstico e Terapêutico

- Laboratório de Análises Clínicas
- Diagnóstico por Imagem
- Farmácia
- Central de Material e Esterilização
- SAME
- Engenharia Clínica

Área Administrativa

- Diretoria da Unidade
- Coordenação Administrativa
- Recursos Humanos



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- Compras
- Contratos
- Almoxarifado
- Patrimônio
- Tecnologia da Informação
- Gestão Documental
- Faturamento
- Financeiro

Apoio Operacional

- Higienização
- Hotelaria
- Lavanderia
- Manutenção Predial
- Segurança Patrimonial
- Jardinagem, quando existente
- Controle de Acesso

3.3 Público-Alvo

Este Plano destina-se a:

- Diretores;
- Gerentes;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- Coordenadores;
- Médicos;
- Enfermeiros;
- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- Farmacêuticos;
- Biomédicos;
- Equipes Multiprofissionais;
- Equipes Administrativas;
- Equipes de Apoio;
- Empresas Contratadas;
- Prestadores de Serviços;
- Residentes e Estagiários, quando aplicável.

Todos os profissionais que atuem nas unidades administradas pelo InSaúde deverão conhecer, cumprir e contribuir para a implementação das diretrizes estabelecidas neste Plano.

4. BASE LEGAL E NORMATIVA

A elaboração e implementação deste Plano fundamentam-se na legislação brasileira, nas normas sanitárias vigentes e nas melhores práticas de gestão da qualidade e segurança do paciente.

Constituem sua base normativa, entre outras:

- Constituição Federal de 1988;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde;
- Lei nº 8.142/1990;
- Lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais;
- RDC ANVISA nº 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde;
- Portaria MS nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017 e atualizações;
- Normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária aplicáveis aos serviços de saúde;
- Diretrizes da Organização Mundial da Saúde para Segurança do Paciente;
- Metas Internacionais de Segurança do Paciente;
- Diretrizes da Organização Nacional de Acreditação, quando adotadas pela instituição;
- Contrato de Gestão, Plano de Trabalho e demais instrumentos regulatórios aplicáveis.

A instituição poderá incorporar novas normas, protocolos e recomendações técnicas sempre que houver atualização da legislação ou evolução das boas práticas assistenciais.

5. POLÍTICA INSTITUCIONAL DA QUALIDADE

5.1 Diretrizes Gerais



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

O InSaúde adota a qualidade como princípio estratégico de gestão, compreendendo-a como elemento essencial para garantir assistência segura, resolutiva, eficiente, humanizada e centrada nas necessidades do usuário.

A Política Institucional da Qualidade orienta todas as atividades desenvolvidas nas unidades sob gestão da instituição, promovendo integração entre governança, assistência, gestão administrativa, educação permanente, inovação, avaliação de desempenho e melhoria contínua.

Todas as decisões institucionais deverão considerar os princípios da qualidade, da segurança do paciente, da eficiência operacional, da responsabilidade sanitária e da sustentabilidade organizacional.

5.2 Princípios da Política da Qualidade

A Política Institucional da Qualidade fundamenta-se nos seguintes princípios:

- foco no usuário e na experiência do cuidado;
- liderança e comprometimento da alta direção;
- gestão baseada em processos;
- decisões fundamentadas em indicadores e evidências;
- prevenção de riscos e redução de danos;
- melhoria contínua dos processos institucionais;
- valorização das pessoas e do trabalho multiprofissional;
- cultura justa e aprendizado organizacional;
- inovação, sustentabilidade e responsabilidade social;
- conformidade legal, ética e regulatória.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

5.3 Objetivos da Política da Qualidade

São objetivos permanentes da Política Institucional da Qualidade:

- assegurar elevado padrão de qualidade assistencial;
- fortalecer a cultura organizacional voltada à excelência;
- monitorar sistematicamente o desempenho institucional;
- garantir conformidade com os requisitos legais e contratuais;
- estimular inovação e desenvolvimento permanente dos processos;
- promover melhoria contínua baseada em indicadores;
- aumentar a satisfação dos usuários, profissionais e gestores;
- apoiar o desenvolvimento sustentável das unidades administradas pelo InSaúde.

6. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

6.1 Apresentação

O InSaúde reconhece a Segurança do Paciente como princípio fundamental para a prestação de serviços de saúde seguros, resolutivos, humanizados e de elevada qualidade assistencial.

A Política Institucional de Segurança do Paciente estabelece as diretrizes para prevenção de incidentes, redução de riscos assistenciais e fortalecimento da cultura organizacional de segurança, promovendo a integração entre governança clínica, gestão da qualidade, gestão de riscos, educação permanente e melhoria contínua dos processos.

A implementação desta política visa assegurar que todas as ações desenvolvidas nas unidades sob gestão do InSaúde estejam orientadas pela prevenção de danos



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

evitáveis, pelo aprendizado organizacional e pela busca permanente da excelência assistencial.

6.2 Objetivos

São objetivos da Política Institucional de Segurança do Paciente:

- promover ambiente assistencial seguro para usuários, profissionais e acompanhantes;
- fortalecer a cultura institucional da segurança;
- reduzir a ocorrência de eventos adversos evitáveis;
- estimular a notificação espontânea de incidentes;
- desenvolver barreiras preventivas nos processos críticos;
- fortalecer o Núcleo de Segurança do Paciente;
- integrar segurança do paciente às práticas assistenciais e administrativas;
- monitorar indicadores relacionados aos riscos assistenciais;
- promover aprendizado institucional baseado na análise dos incidentes;
- apoiar a melhoria contínua da assistência.

6.3 Princípios Institucionais

A Segurança do Paciente será desenvolvida com base nos seguintes princípios:

- cultura justa;
- transparência;



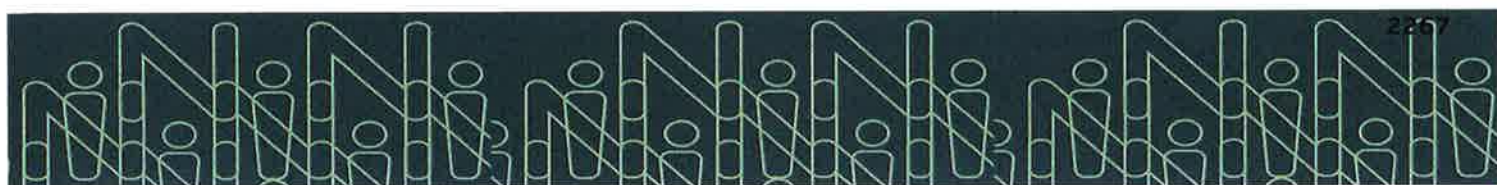
	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- aprendizado organizacional;
- prevenção de danos;
- cuidado centrado no usuário;
- gestão baseada em evidências;
- melhoria contínua;
- integração multiprofissional;
- responsabilidade compartilhada;
- gestão proativa dos riscos.

6.4 Diretrizes Institucionais

As unidades gerenciadas pelo InSaúde deverão:

- implantar e manter o Núcleo de Segurança do Paciente;
- desenvolver ações permanentes de prevenção de riscos;
- realizar análise sistemática dos eventos adversos;
- monitorar indicadores de segurança;
- manter protocolos assistenciais atualizados;
- promover capacitações periódicas;
- implementar barreiras de segurança;
- desenvolver auditorias clínicas;
- revisar continuamente os processos assistenciais;
- estimular a participação ativa das equipes.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

6.5 Metas Estratégicas de Segurança do Paciente

O Programa Institucional de Segurança do Paciente adota como referência as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, promovendo sua adaptação às características operacionais das unidades gerenciadas pelo InSaúde.

As metas institucionais compreendem:

Meta 1

Identificar corretamente o paciente.

Meta 2

Melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais.

Meta 3

Promover a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Meta 4

Assegurar procedimentos assistenciais seguros.

Meta 5

Reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência.

Meta 6

Reduzir o risco de quedas e outros eventos evitáveis relacionados ao cuidado.

Além dessas metas, as unidades poderão instituir metas específicas relacionadas ao perfil epidemiológico e assistencial de cada serviço.

7. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

7.1 Apresentação



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

A Gestão de Riscos Assistenciais constitui processo permanente e sistemático destinado à identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação dos riscos capazes de comprometer a segurança do paciente, a qualidade da assistência, a continuidade operacional e o cumprimento das obrigações institucionais.

O InSaúde adota abordagem preventiva, integrada e baseada em evidências, considerando a gestão de riscos como componente estratégico da governança institucional.

7.2 Objetivos

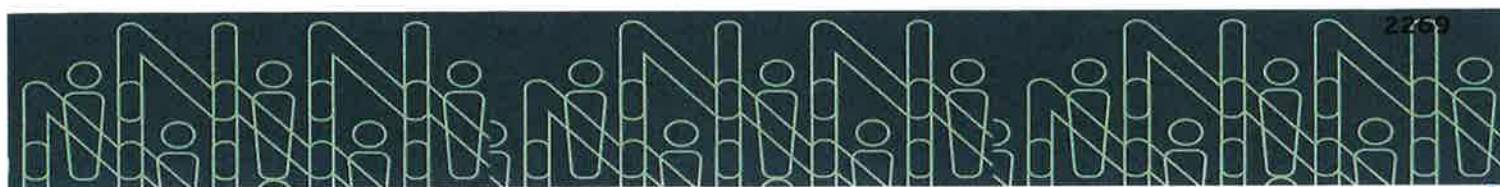
A Política Institucional de Gestão de Riscos possui como objetivos:

- identificar precocemente situações de risco;
- reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos adversos;
- minimizar impactos assistenciais, operacionais e administrativos;
- apoiar a tomada de decisão baseada em riscos;
- fortalecer a cultura preventiva;
- garantir continuidade dos serviços;
- apoiar a melhoria contínua.

7.3 Princípios

A Gestão Institucional de Riscos observará os seguintes princípios:

- prevenção;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- proporcionalidade;
- transparência;
- rastreabilidade;
- responsabilidade compartilhada;
- melhoria contínua;
- gestão baseada em evidências;
- aprendizado organizacional.

7.4 Classificação dos Riscos Institucionais

Os riscos institucionais serão classificados nas seguintes categorias:

Riscos Assistenciais

Relacionados ao cuidado prestado ao usuário.

Exemplos:

- erros de identificação;
- falhas de comunicação;
- administração incorreta de medicamentos;
- quedas;
- lesão por pressão;
- atrasos assistenciais;
- eventos adversos.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Riscos Operacionais

Relacionados ao funcionamento dos processos institucionais.

Exemplos:

- interrupção de serviços;
- indisponibilidade de equipamentos;
- falhas logísticas;
- ausência de insumos.

Riscos Administrativos

Relacionados à gestão institucional.

Exemplos:

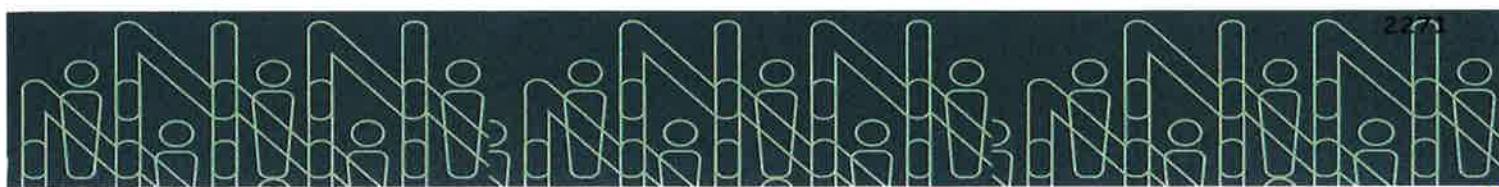
- falhas documentais;
- não conformidades contratuais;
- inconsistências em registros;
- inadequações em processos administrativos.

Riscos Tecnológicos

Relacionados aos sistemas de informação.

Exemplos:

- indisponibilidade do prontuário eletrônico;
- falhas de backup;
- perda de informações;
- incidentes de segurança cibernética.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Riscos Estruturais

Relacionados à infraestrutura física.

Exemplos:

- interrupção de energia;
- falhas hidráulicas;
- problemas de climatização;
- incêndio;
- alagamentos.

Riscos Sanitários

Relacionados ao controle de infecção e biossegurança.

Exemplos:

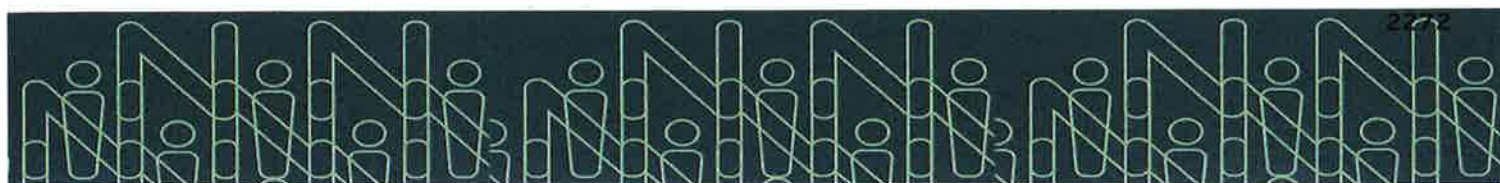
- surtos;
- contaminação cruzada;
- descarte inadequado de resíduos;
- acidentes com material biológico.

Riscos Legais e Regulatórios

Relacionados ao cumprimento das normas.

Exemplos:

- descumprimento contratual;
- inadequações legais;
- infrações sanitárias;
- falhas de conformidade.

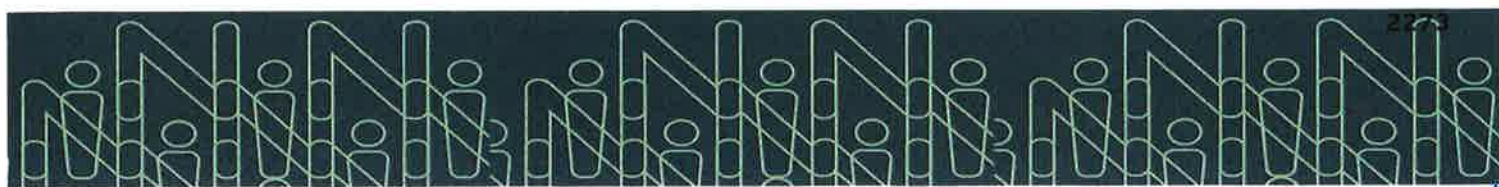


	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

7.5 Ciclo Institucional da Gestão de Riscos

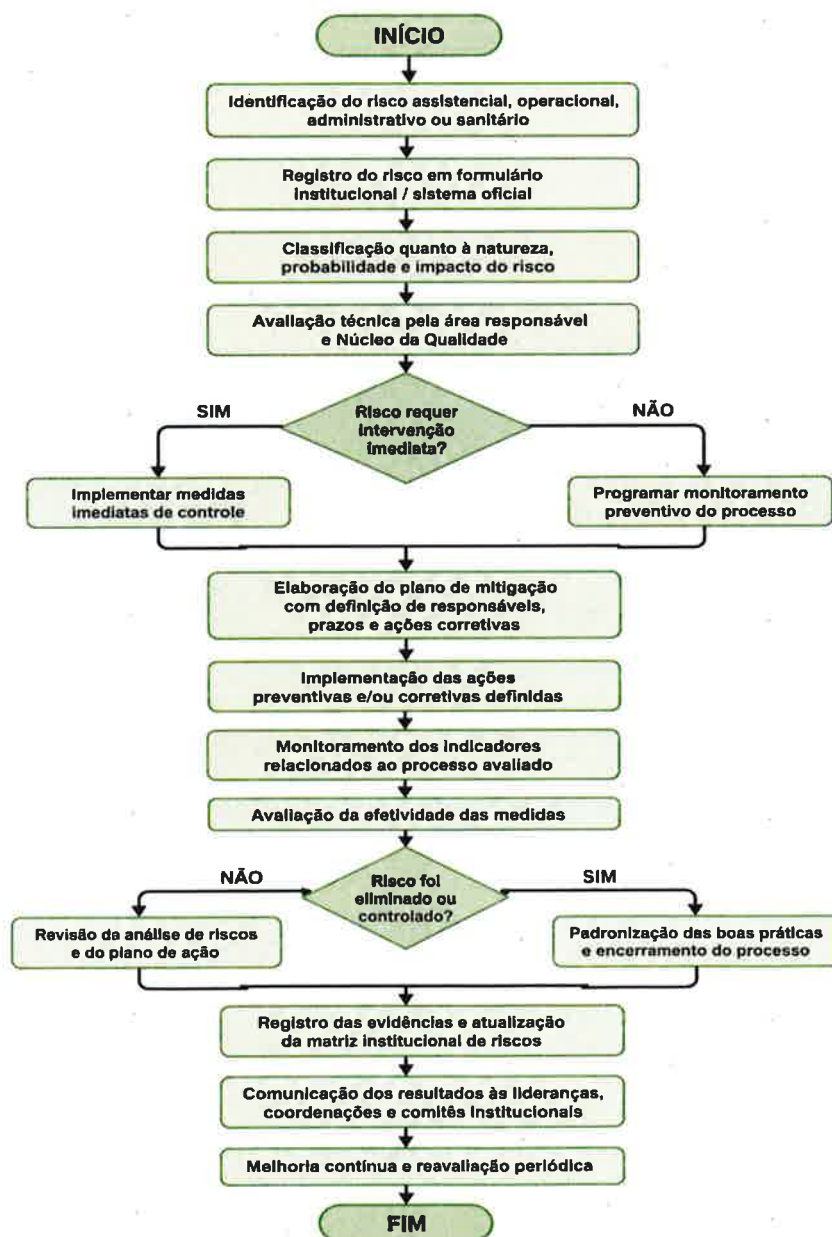
A Gestão de Riscos será desenvolvida de forma contínua, compreendendo as seguintes etapas:

1. Identificação do risco.
2. Registro da ocorrência.
3. Avaliação da probabilidade.
4. Avaliação do impacto.
5. Classificação do risco.
6. Definição das medidas de controle.
7. Implementação das ações mitigadoras.
8. Monitoramento dos resultados.
9. Reavaliação periódica.
10. Melhoria contínua.

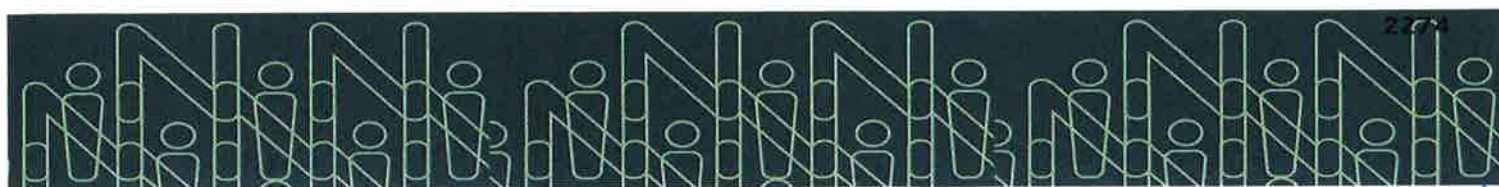


	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Figura 1. Ciclo Institucional da Gestão Integrada de Riscos



Fonte: Elaboração institucional do InSaúde, baseada na RDC ANVISA nº 36/2013, Portaria GM/MS nº 529/2013, princípios da gestão da qualidade, governança clínica e melhoria contínua.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Quadro 1. Matriz Institucional de Classificação dos Riscos

Categoria	Exemplos	Impacto Potencial	Responsável pelo Monitoramento
Assistenciais	Erros de medicação, quedas, eventos adversos	Segurança do paciente	Núcleo de Segurança do Paciente
Operacionais	Falta de insumos, indisponibilidade de equipamentos	Continuidade da assistência	Coordenação Administrativa
Administrativos	Falhas documentais, processos internos	Conformidade institucional	Gestão Administrativa
Tecnológicos	Falhas de sistemas, indisponibilidade do PEP	Informação e rastreabilidade	Tecnologia da Informação
Estruturais	Energia, climatização, manutenção predial	Continuidade operacional	Engenharia Clínica e Manutenção
Sanitários	Infecção, resíduos, biossegurança	Segurança assistencial	CCIH
Legais e Regulatórios	Não conformidades legais e contratuais	Responsabilidade institucional	Diretoria Compliance

8. GOVERNANÇA INSTITUCIONAL DA QUALIDADE, SEGURANÇA DO PACIENTE E GESTÃO DE RISCOS

8.1 Objetivo

A Governança Institucional da Qualidade, Segurança do Paciente e Gestão de Riscos constitui o conjunto de estruturas, processos, responsabilidades e mecanismos de monitoramento destinados a assegurar que todas as ações desenvolvidas nas



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

unidades administradas pelo InSaúde sejam conduzidas de forma integrada, padronizada, transparente e orientada por resultados.

Seu propósito é fortalecer a tomada de decisão baseada em evidências, garantir conformidade regulatória, promover melhoria contínua dos processos e assegurar elevados padrões de qualidade assistencial, eficiência operacional e segurança do paciente.

8.2 Princípios da Governança

A Governança Institucional fundamenta-se nos seguintes princípios:

- liderança comprometida com a qualidade;
- responsabilidade institucional compartilhada;
- transparência dos processos decisórios;
- gestão baseada em riscos;
- cultura organizacional voltada à melhoria contínua;
- integração entre assistência e administração;
- utilização sistemática de indicadores;
- gestão orientada por evidências;
- responsabilização técnica e administrativa;
- conformidade legal e ética.

8.3 Estrutura da Governança

A Governança Institucional será organizada conforme a seguinte estrutura:



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Diretoria Institucional



Direção da Unidade



Coordenação da Qualidade



Núcleo de Segurança do Paciente



CCIH



Comissão de Revisão de Prontuários



Comissão de Revisão de Óbitos



Coordenações Assistenciais



Coordenações Administrativas



Equipes Multiprofissionais

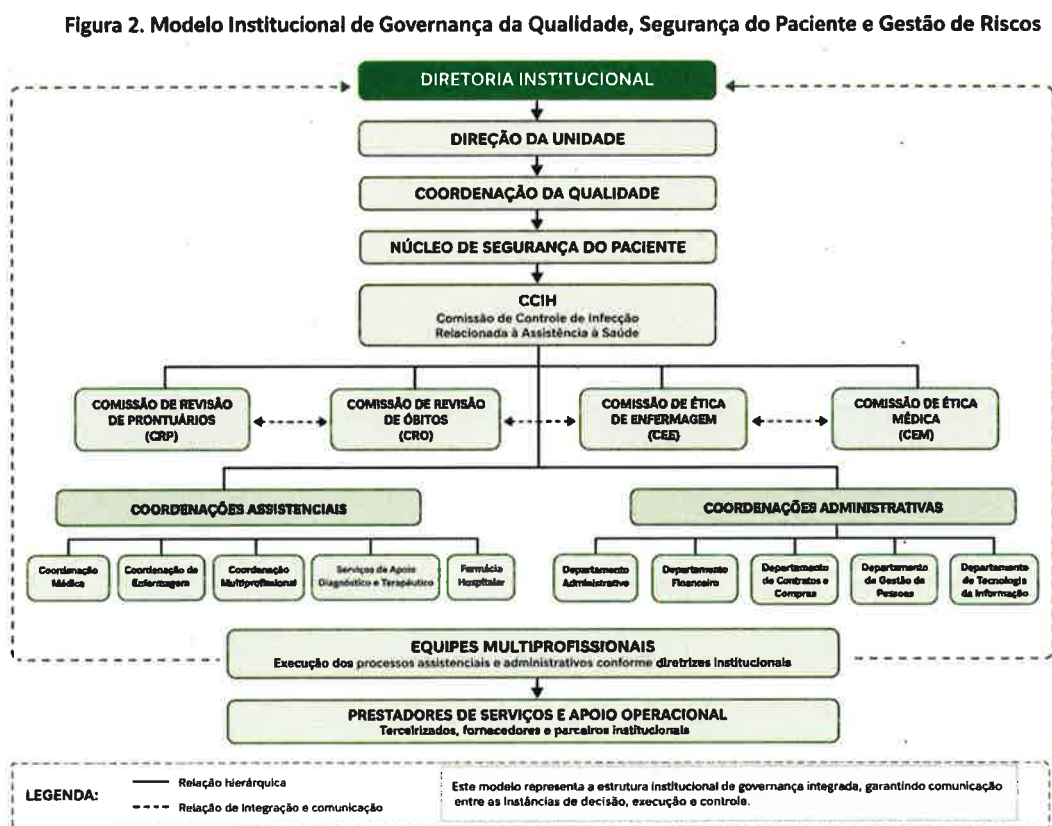


Prestadores de Serviços e Apoio Operacional



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Figura 2. Modelo Institucional de Governança da Qualidade, Segurança do Paciente e Gestão de Riscos



8.4 Competências da Alta Direção

- definir diretrizes institucionais;
- assegurar recursos necessários à implementação do Plano;
- aprovar políticas institucionais;
- acompanhar indicadores estratégicos;
- deliberar sobre planos de melhoria;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- apoiar a cultura de segurança;
- garantir conformidade regulatória;
- avaliar periodicamente o desempenho institucional.

8.5 Competências da Coordenação da Qualidade

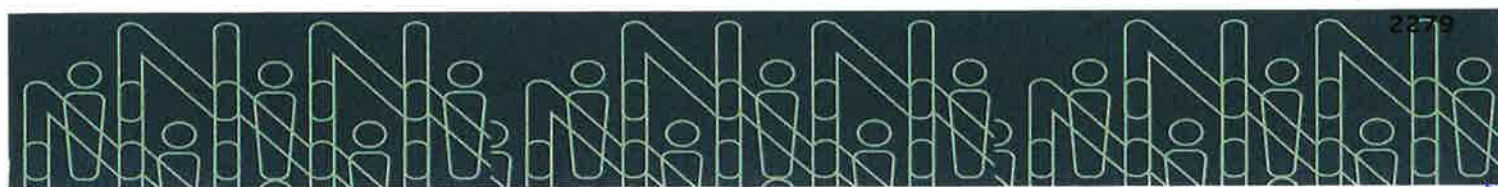
Compete à Coordenação da Qualidade:

- coordenar a implementação deste Plano;
- monitorar indicadores institucionais;
- apoiar tecnicamente as coordenações;
- realizar auditorias internas;
- acompanhar planos de ação;
- coordenar reuniões de análise crítica;
- consolidar relatórios gerenciais;
- apoiar processos de acreditação e certificação.

8.6 Competências do Núcleo de Segurança do Paciente

Compete ao NSP:

- implementar o Programa de Segurança do Paciente;
- monitorar eventos adversos;
- analisar incidentes;
- coordenar análises de causa raiz;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- acompanhar indicadores;
- propor ações preventivas;
- elaborar relatórios técnicos;
- apoiar a educação permanente.

8.7 Competências das Coordenações Assistenciais

As Coordenações Assistenciais deverão:

- garantir cumprimento dos protocolos;
- supervisionar processos assistenciais;
- acompanhar indicadores setoriais;
- promover capacitações;
- implementar planos de melhoria;
- participar das análises críticas;
- incentivar a notificação de incidentes.

8.8 Competências das Coordenações Administrativas

Compete às Coordenações Administrativas:

- assegurar suporte operacional às ações da qualidade;
- monitorar contratos de apoio;
- acompanhar riscos administrativos;
- apoiar auditorias;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- garantir disponibilidade de recursos;
- manter conformidade documental.

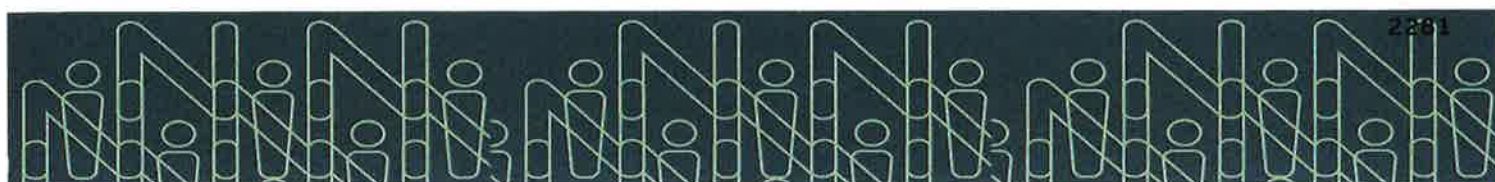
Quadro 2. Matriz de Responsabilidades da Governança Institucional

Estrutura	Responsabilidades
Diretoria Institucional	Estratégia, aprovação das políticas e acompanhamento institucional
Direção da Unidade	Gestão local e implementação das diretrizes
Coordenação da Qualidade	Coordenação do Sistema da Qualidade
NSP	Segurança do Paciente
CCIH	Controle de Infecção
Comissão de Revisão de Prontuários	Avaliação da qualidade dos registros
Comissão de Revisão de Óbitos	Análise crítica dos óbitos
Coordenações Assistenciais	Gestão dos processos assistenciais
Coordenações Administrativas	Gestão dos processos administrativos
Equipes Multiprofissionais	Execução dos processos assistenciais
Empresas Contratadas	Cumprimento das diretrizes institucionais

9. GESTÃO INTEGRADA DA QUALIDADE

9.1 Conceito

O Sistema Institucional de Gestão da Qualidade do InSaúde compreende um conjunto integrado de políticas, processos, protocolos, indicadores, auditorias e ferramentas



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

gerenciais destinados a assegurar a melhoria contínua da assistência e da gestão das unidades administradas pela instituição.

A qualidade é entendida como responsabilidade de todos os profissionais, devendo estar incorporada à rotina operacional de cada setor.

9.2 Pilares da Gestão da Qualidade

O Sistema Institucional está estruturado nos seguintes pilares:

- Governança Clínica;
- Segurança do Paciente;
- Gestão por Processos;
- Gestão por Indicadores;
- Gestão de Riscos;
- Auditoria Clínica;
- Educação Permanente;
- Gestão Documental;
- Humanização;
- Experiência do Usuário;
- Sustentabilidade;
- Melhoria Contínua.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Figura 3. Pilares Institucionais da Gestão da Qualidade

Figura 3. Pilares Institucionais da Gestão da Qualidade



9.3 Ferramentas Institucionais da Qualidade

Para fortalecimento da melhoria contínua serão utilizadas, entre outras, as seguintes ferramentas:

- Ciclo PDCA;
- Plano de Ação 5W2H;
- Diagrama de Ishikawa;
- Matriz GUT;

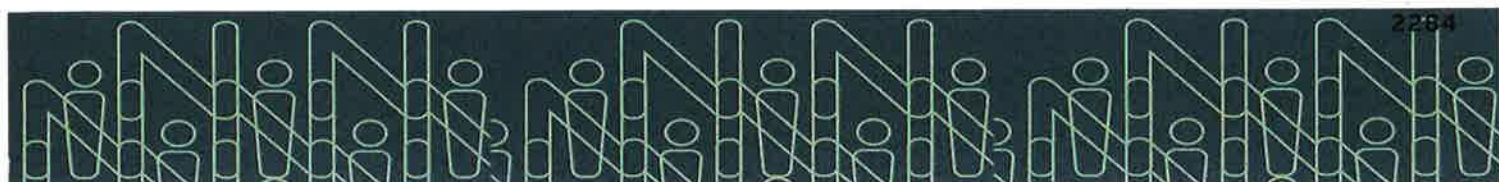
	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- Diagrama de Pareto;
- Brainstorming Estruturado;
- Fluxogramas de Processos;
- Análise de Causa Raiz;
- Protocolo de Londres;
- Dashboard Gerencial;
- Auditorias Clínicas;
- Auditorias Operacionais.

9.4 Ciclo de Melhoria Contínua

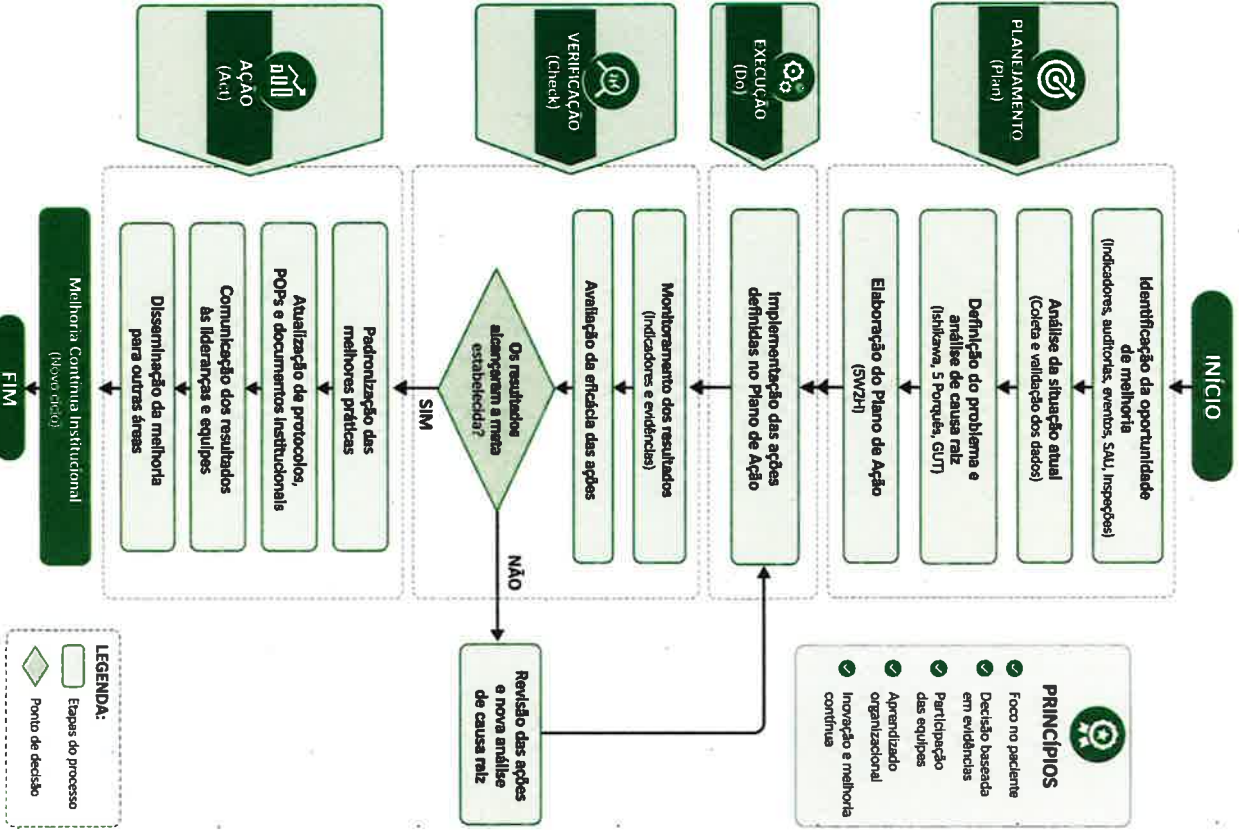
Toda oportunidade de melhoria identificada seguirá o seguinte fluxo institucional:

1. Identificação da oportunidade.
2. Registro da ocorrência.
3. Análise técnica.
4. Definição das ações corretivas.
5. Elaboração do Plano de Ação.
6. Implementação das melhorias.
7. Monitoramento dos resultados.
8. Avaliação da eficácia.
9. Padronização das melhorias.
10. Reavaliação periódica.



		INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE		PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO		Data de Elaboração:		01/01/2026
		Revisão:		04
		Data da Última Revisão:		10/07/2026
		Página:		
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE				

Figura 4. Ciclo Institucional da Melhoria Contínua



Fonte: Elaboração Institucional do InSaúde, baseada nos princípios da Gestão da Qualidade, PDCA e Melhoria Contínua



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

9.5 Objetivos Estratégicos da Gestão da Qualidade

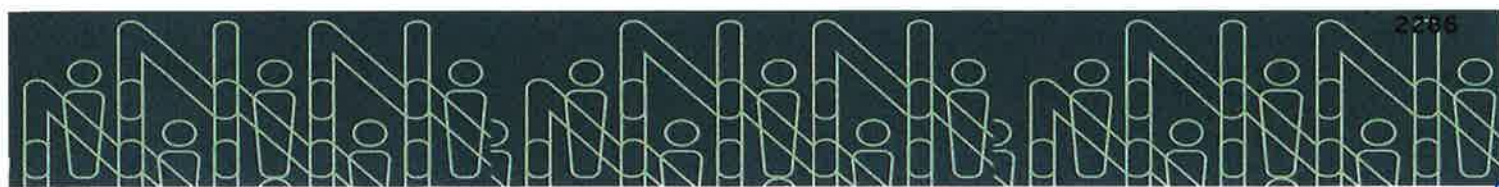
A Gestão da Qualidade deverá buscar permanentemente:

- excelência assistencial;
- redução de desperdícios;
- aumento da eficiência operacional;
- fortalecimento da segurança do paciente;
- melhoria da experiência do usuário;
- conformidade regulatória;
- desenvolvimento das equipes;
- integração institucional;
- sustentabilidade da gestão;
- apoio à tomada de decisão baseada em indicadores.

10.GESTÃO INTEGRADA DE RISCOS ASSISTENCIAIS

10.1 Finalidade

A Gestão Integrada de Riscos Assistenciais constitui um dos pilares da Governança Clínica do InSaúde e tem como finalidade identificar, analisar, avaliar, controlar, monitorar e comunicar os riscos relacionados aos processos assistenciais, administrativos, operacionais e de apoio, reduzindo a probabilidade de ocorrência de incidentes e fortalecendo a segurança do paciente.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

A gestão de riscos será conduzida de forma sistemática, preventiva e integrada, permitindo que as decisões institucionais sejam fundamentadas em evidências, indicadores e análise crítica dos processos.

10.2 Objetivos

São objetivos da Gestão Integrada de Riscos:

- identificar precocemente situações de risco;
- prevenir eventos adversos evitáveis;
- reduzir falhas assistenciais e operacionais;
- proteger usuários, profissionais e patrimônio institucional;
- fortalecer a cultura de segurança;
- apoiar a tomada de decisão;
- subsidiar auditorias internas;
- orientar planos de melhoria contínua.

10.3 Metodologia Institucional

O gerenciamento de riscos será desenvolvido por meio das seguintes etapas:

Etapas 1

Identificação dos riscos.

Etapas 2

Registro em formulário institucional.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Etapa 3

Análise da causa.

Etapa 4

Avaliação da probabilidade.

Etapa 5

Avaliação do impacto.

Etapa 6

Classificação do risco.

Etapa 7

Definição do plano de mitigação.

Etapa 8

Implementação das ações preventivas.

Etapa 9

Monitoramento dos resultados.

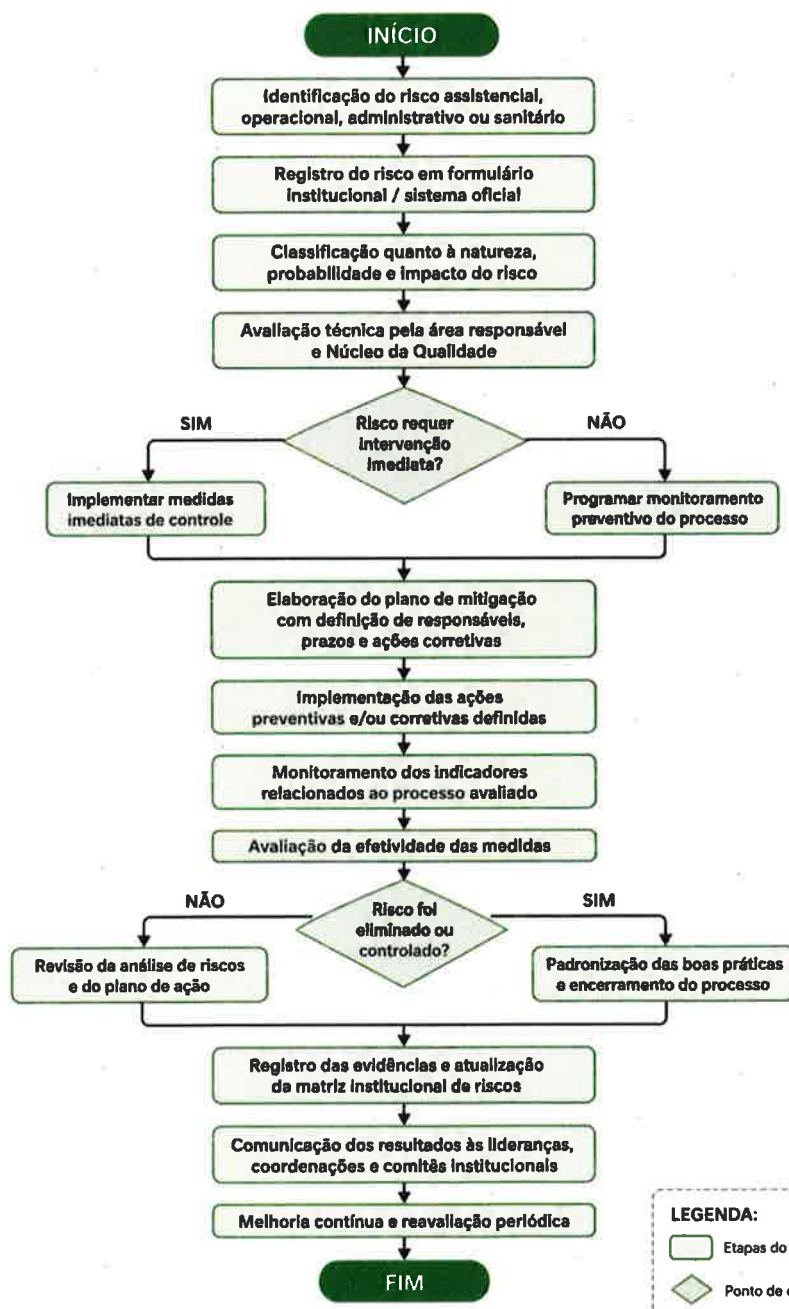
Etapa 10

Revisão periódica.

Figura 5. Fluxo Institucional da Gestão Integrada de Riscos



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	



Fonte: Elaboração institucional do InSaúde, baseada na RDC ANVISA nº 36/2013, Portaria GM/MS nº 529/2013 e princípios da gestão de riscos e melhoria contínua.

	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

10.4 Classificação Institucional dos Riscos

Os riscos serão classificados conforme sua natureza.

Riscos Assistenciais

Relacionados diretamente ao cuidado prestado ao usuário.

Exemplos:

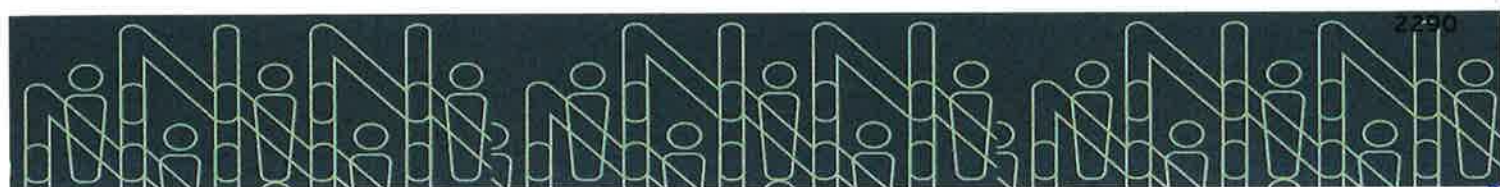
- erro de identificação;
- erro de medicação;
- atraso no atendimento;
- falha na classificação de risco;
- queda;
- lesão por pressão;
- falhas na comunicação entre equipes;
- eventos adversos.

Riscos Operacionais

Relacionados à continuidade da operação.

Exemplos:

- indisponibilidade de equipamentos;
- interrupção do fornecimento de energia;
- ausência de insumos;
- falhas logísticas;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- indisponibilidade de ambulâncias.

Riscos Administrativos

Relacionados aos processos gerenciais.

Exemplos:

- falhas documentais;
- não conformidades contratuais;
- inconsistências cadastrais;
- atrasos em processos administrativos.

Riscos Tecnológicos

Relacionados aos sistemas informatizados.

Exemplos:

- indisponibilidade do prontuário eletrônico;
- falha de backup;
- perda de dados;
- indisponibilidade de rede;
- incidentes de segurança da informação.

Riscos Sanitários

Relacionados à biossegurança.

Exemplos:

- surtos;
- acidentes com material biológico;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- descarte inadequado de resíduos;
- contaminação cruzada.

Riscos Estruturais

Relacionados à infraestrutura física.

Exemplos:

- incêndio;
- inundação;
- falhas estruturais;
- climatização inadequada;
- interrupção do abastecimento de água.

Riscos Regulatórios

Relacionados ao cumprimento das normas legais e contratuais.

Exemplos:

- descumprimento de requisitos sanitários;
- não conformidades em auditorias;
- falhas de rastreabilidade;
- descumprimento contratual.

Quadro 3. Matriz Institucional de Classificação dos Riscos



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Categoria	Exemplos	Impacto	Área Responsável
Assistenciais	Eventos adversos, erros de medicação, quedas	Alto	Núcleo de Segurança do Paciente
Operacionais	Equipamentos, insumos, transporte	Médio/Alto	Coordenação Administrativa
Administrativos	Documentação, contratos	Médio	Gestão Administrativa
Tecnológicos	Sistemas, PEP, rede	Alto	Tecnologia da Informação
Sanitários	Infecção, resíduos	Alto	CCIH
Estruturais	Energia, água, incêndio	Alto	Engenharia Clínica e Manutenção
Regulatórios	Auditorias, legislação	Alto	Diretoria e Qualidade

11. PROGRAMAS INSTITUCIONAIS DA QUALIDADE

11.1 Estrutura dos Programas

O Sistema Institucional da Qualidade será composto pelos seguintes programas permanentes:

- Programa Institucional da Qualidade;
- Programa de Segurança do Paciente;
- Programa de Gestão Integrada de Riscos;
- Programa de Auditoria Clínica;
- Programa de Auditoria de Processos;
- Programa de Educação Permanente;
- Programa de Humanização;
- Programa de Experiência do Usuário;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- Programa de Gestão por Indicadores;
- Programa de Gestão Documental;
- Programa de Revisão de Prontuários;
- Programa de Revisão de Óbitos;
- Programa de Controle de Infecção;
- Programa de Gestão Ambiental;
- Programa de Continuidade Operacional.

11.2 Objetivos dos Programas

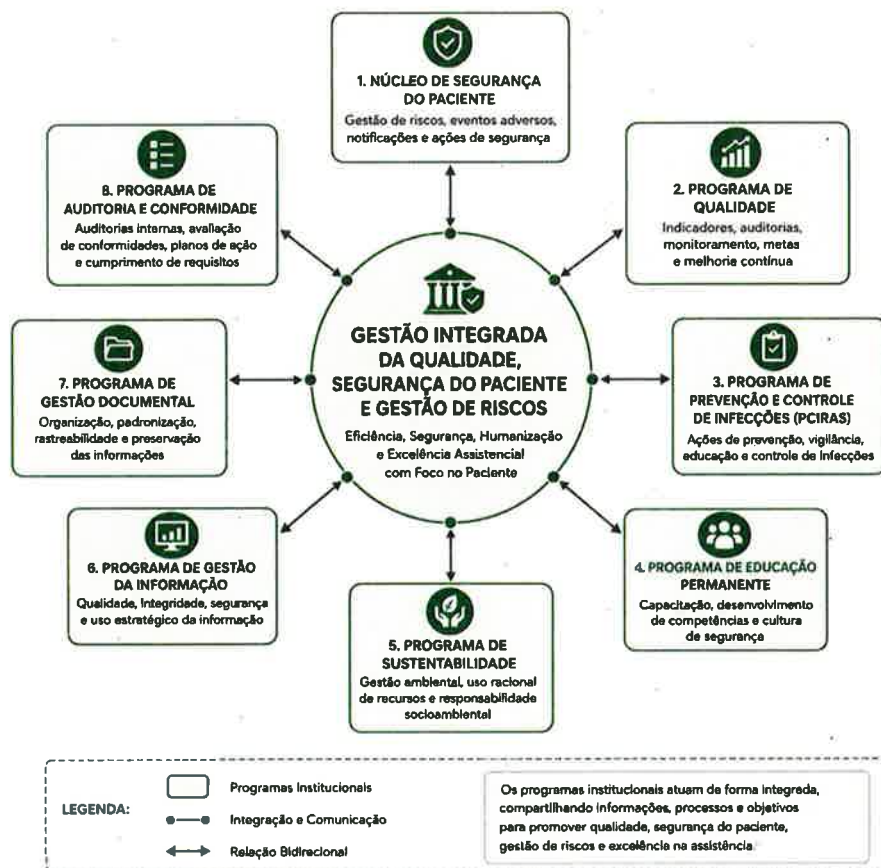
Cada programa institucional deverá possuir:

- objetivos claramente definidos;
- responsável técnico;
- cronograma anual;
- indicadores específicos;
- metas institucionais;
- plano de ação;
- monitoramento periódico;
- avaliação anual.

Figura 6. Modelo Integrado dos Programas Institucionais



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Quadro 4. Programas Institucionais

Programa	Objetivo	Responsável
Qualidade	Gestão por processos e melhoria contínua	Coordenação da Qualidade
Segurança do Paciente	Redução de incidentes	NSP
Gestão de Riscos	Identificação e mitigação dos riscos	Qualidade e NSP
Auditoria Clínica	Avaliação da assistência	Coordenação Médica
Auditoria de Processos	Conformidade dos processos	Qualidade
Educação Permanente	Desenvolvimento profissional	Educação Permanente
Humanização	Qualificação da experiência do usuário	Coordenação Assistencial
Gestão por Indicadores	Monitoramento institucional	Qualidade
Gestão Documental	Integridade dos registros	SAME
Controle de Infecção	Prevenção de IRAS	CCIH

12. PROTOCOLOS INSTITUCIONAIS

12.1 Diretrizes

Os Protocolos Institucionais constituem instrumentos técnico assistenciais destinados à padronização das práticas clínicas, redução da variabilidade assistencial e fortalecimento da segurança do paciente.

Todos os protocolos deverão ser periodicamente revisados, aprovados pelas instâncias competentes e disponibilizados às equipes assistenciais.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

12.2 Protocolos Obrigatórios para UPA Porte III

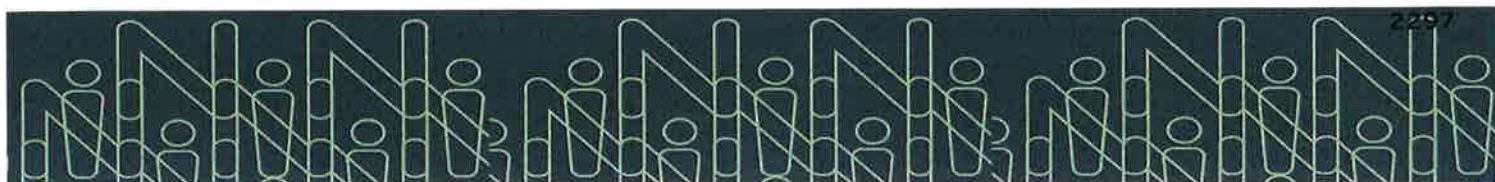
O InSaúde manterá, entre outros, os seguintes protocolos:

Segurança do Paciente

- Identificação Segura do Paciente;
- Comunicação Efetiva;
- Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;
- Higienização das Mãos;
- Prevenção de Quedas;
- Prevenção de Lesão por Pressão.

Urgência e Emergência

- Acolhimento com Classificação de Risco;
- Dor Torácica;
- Infarto Agudo do Miocárdio;
- Acidente Vascular Cerebral;
- Sepses;
- Parada Cardiorrespiratória;
- Trauma;
- Politrauma;
- Insuficiência Respiratória Aguda;
- Crise Convulsiva;
- Atendimento Pediátrico de Urgência;



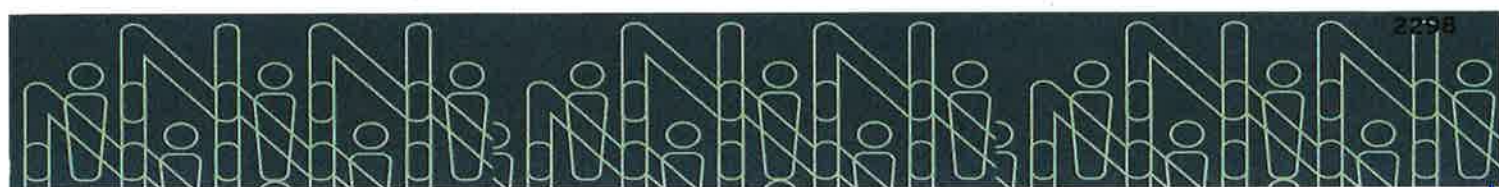
	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- Atendimento Psiquiátrico em Crise;
- Transferência Inter-hospitalar;
- Atendimento à Violência.

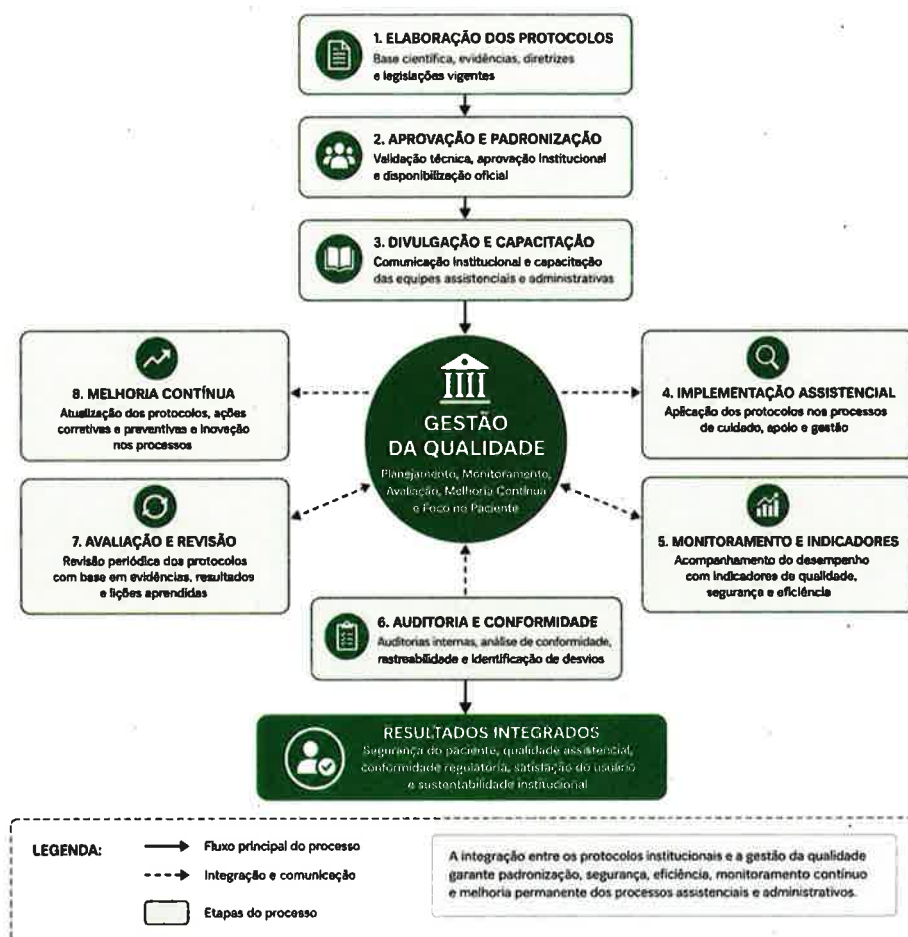
Protocolos de Apoio

- Farmácia Clínica;
- Uso Seguro de Medicamentos de Alta Vigilância;
- Hemocomponentes, quando aplicável;
- Gestão Documental e Prontuário;
- Transporte Sanitário;
- Controle de Equipamentos Médico Hospitalares;
- Gestão de Resíduos;
- Limpeza e Desinfecção de Superfícies.

Figura 7. Integração dos Protocolos Institucionais com a Gestão da Qualidade



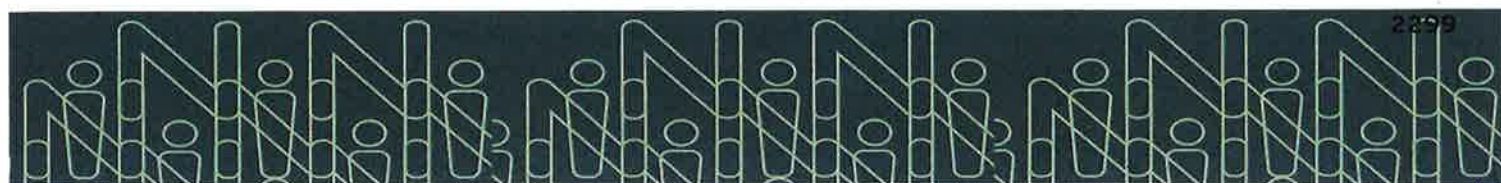
	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	



13. GESTÃO DOS EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES

13.1 Objetivo

Estabelecer metodologia institucional para identificação, notificação, análise, investigação, tratamento, monitoramento e prevenção de incidentes relacionados à assistência à saúde, fortalecendo a cultura de segurança, o aprendizado organizacional e a melhoria contínua dos processos assistenciais.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

13.2 Conceitos Institucionais

Para fins deste Plano, adotam-se os seguintes conceitos:

Incidente

Evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano ao paciente.

Near Miss (Quase Falha)

Incidente que não atingiu o paciente por circunstâncias fortuitas ou barreiras de segurança existentes.

Incidente sem Dano

Evento que alcançou o paciente, porém sem produzir dano identificável.

Evento Adverso

Incidente que resultou em dano ao paciente.

Evento Sentinela

Evento inesperado que resulta em óbito, dano permanente ou dano grave, exigindo investigação imediata e adoção de medidas corretivas.

13.3 Cultura Institucional de Notificação

O InSaúde adota o princípio da **Cultura Justa**, estimulando a notificação espontânea de incidentes sem caráter punitivo.

As notificações terão como finalidade:

- identificar oportunidades de melhoria;
- fortalecer barreiras de segurança;
- reduzir recorrências;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- subsidiar ações educativas;
- apoiar a tomada de decisão baseada em evidências.

A responsabilização individual ocorrerá apenas quando comprovadas condutas dolosas, negligência grave ou descumprimento intencional das normas institucionais.

13.4 Fluxo Institucional de Gestão dos Eventos

Todo incidente deverá seguir o seguinte fluxo:

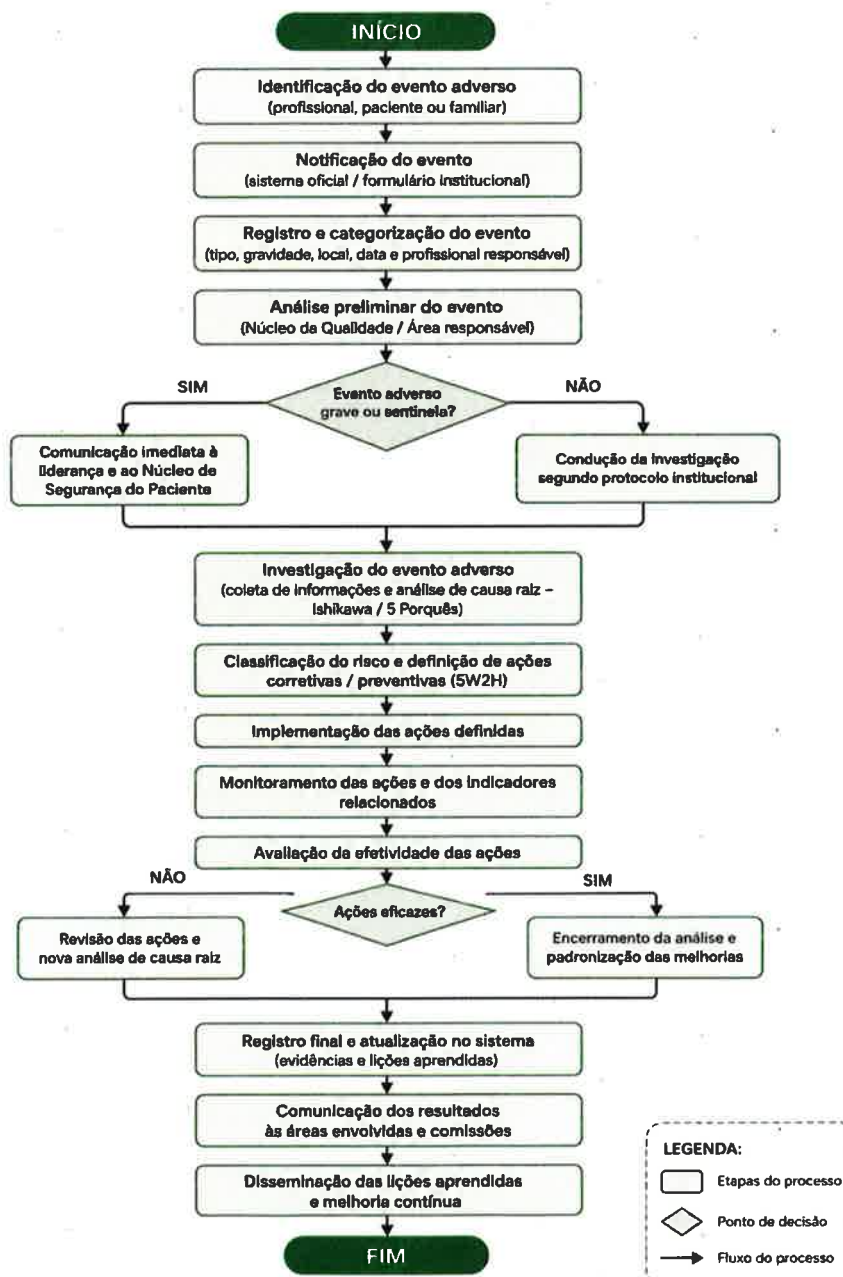
1. Identificação do incidente.
2. Notificação eletrônica ou formulário institucional.
3. Comunicação imediata à liderança.
4. Classificação do evento.
5. Avaliação preliminar.
6. Investigação técnica.
7. Análise de causa raiz.
8. Definição das ações corretivas.
9. Implementação das melhorias.
10. Monitoramento da eficácia.
11. Encerramento da investigação.

Figura 8. Fluxo Institucional de Gestão dos Eventos Adversos



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Figura 8. Fluxo Institucional de Gestão dos Eventos Adversos



Fonte: Elaboração institucional do InSaúde, baseada na RDC ANVISA nº 36/2013, Portaria GM/MS nº 529/2013 e Práticas de Segurança do Paciente.

	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

13.5 Investigação dos Eventos

A investigação será conduzida conforme a gravidade do evento.

Serão utilizadas, entre outras, as seguintes metodologias:

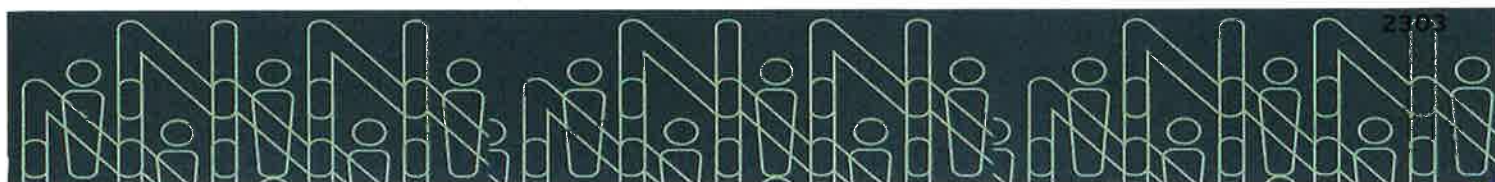
- Análise de Causa Raiz;
- Protocolo de Londres;
- Diagrama de Ishikawa;
- Técnica dos Cinco Porquês;
- Análise de Barreiras;
- Matriz de Riscos.

Quadro 5. Classificação dos Eventos

Tipo	Definição	Ação Institucional
Near Miss	Não atingiu o paciente	Registro e análise
Incidente sem dano	Atingiu o paciente sem dano	Investigação simplificada
Evento adverso	Produziu dano	Investigação completa
Evento sentinela	Dano grave ou óbito	Investigação imediata e Plano de Ação Institucional

14. GESTÃO DAS NÃO CONFORMIDADES

14.1 Finalidade



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Padronizar a identificação, registro, tratamento, monitoramento e encerramento das não conformidades identificadas nas auditorias, inspeções, avaliações internas, indicadores institucionais e demais mecanismos de controle da qualidade.

14.2 Fontes de Identificação

As não conformidades poderão ser identificadas por meio de:

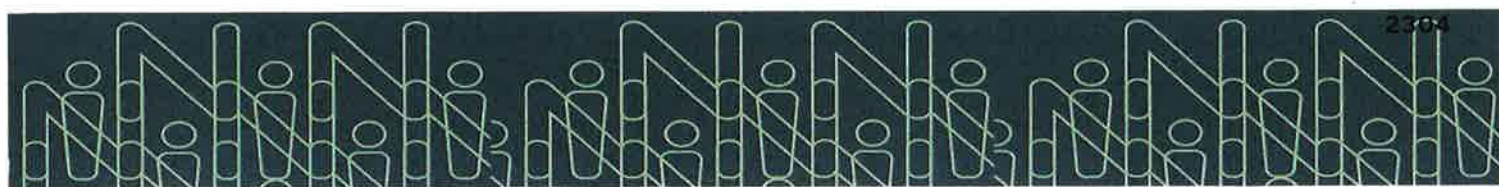
- auditorias internas;
- auditorias externas;
- inspeções sanitárias;
- indicadores institucionais;
- eventos adversos;
- reclamações de usuários;
- ouvidoria;
- visitas técnicas;
- avaliações gerenciais;
- supervisões assistenciais.

14.3 Classificação

As não conformidades serão classificadas como:

Críticas

Comprometem diretamente a segurança do paciente.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Maiores

Comprometem a qualidade assistencial.

Menores

Impacto limitado ao processo.

Oportunidades de Melhoria

Situações sem não conformidade instalada, mas passíveis de aperfeiçoamento.

14.4 Tratamento das Não Conformidades

Cada não conformidade deverá possuir:

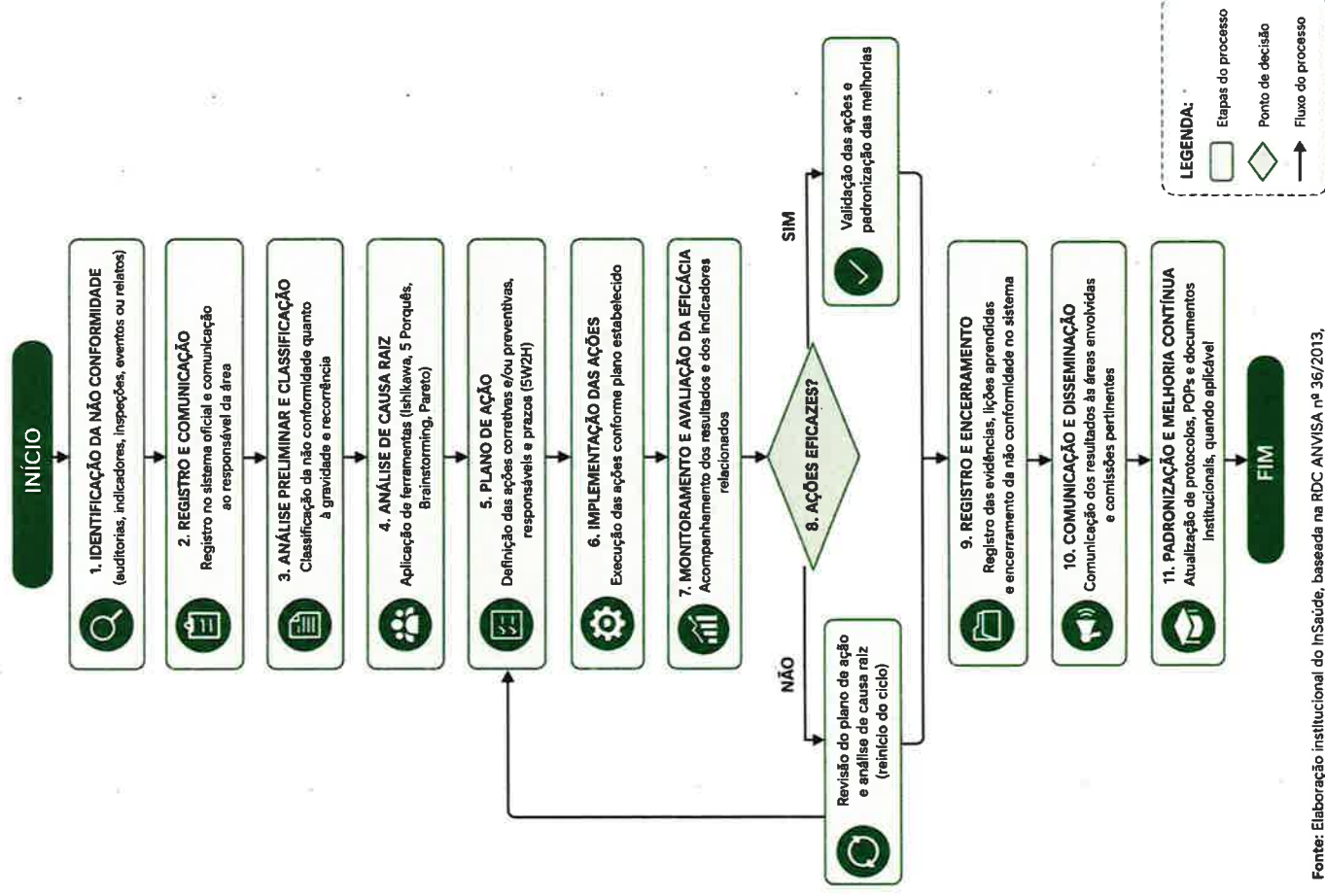
- descrição;
- responsável;
- análise da causa;
- classificação;
- plano de ação;
- prazo;
- responsável pela execução;
- monitoramento;
- verificação da eficácia;
- encerramento formal.

Figura 9. Fluxo Institucional de Tratamento das Não Conformidades



		INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO		Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		Revisão:	04
		Data da Última Revisão:	10/07/2026
		Página:	

Figura 9. Fluxo Institucional de Tratamento das Não Conformidades



Fonte: Elaboração institucional do InSaúde, baseada na RDC ANVISA nº 36/2013, Portaria GM/MS nº 529/2013 e boas práticas de gestão da qualidade.

	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Quadro 6. Plano de Tratamento

Etapa	Responsável	Evidência
Registro	Área notificante	Formulário
Análise	Qualidade	Relatório
Plano de ação	Gestor da área	5W2H
Implementação	Responsável designado	Evidências
Avaliação	Coordenação da Qualidade	Relatório de eficácia
Encerramento	Diretoria	Registro institucional

15. GESTÃO DOS INDICADORES INSTITUCIONAIS

15.1 Objetivo

Instituir metodologia padronizada para definição, monitoramento, análise crítica e utilização dos indicadores institucionais como instrumento estratégico de gestão.

15.2 Princípios

Os indicadores deverão ser:

- relevantes;
- mensuráveis;
- rastreáveis;
- comparáveis;
- tempestivos;
- úteis para tomada de decisão.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

15.3 Categorias

Serão monitorados indicadores relacionados a:

Assistência

- tempo de espera;
- classificação de risco;
- permanência;
- reinternações em até 24 horas;
- remoções.

Segurança

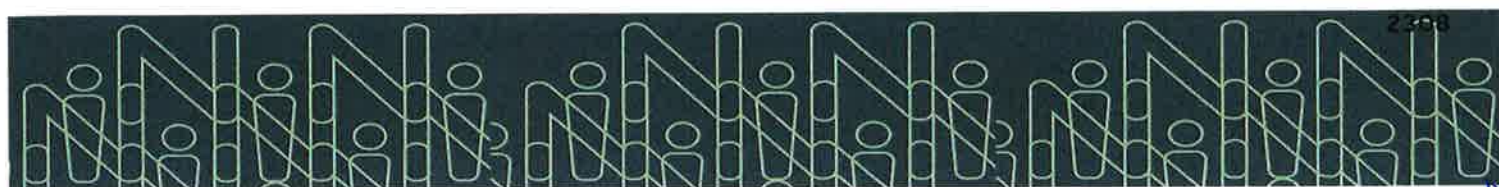
- eventos adversos;
- quedas;
- erros de medicação;
- identificação correta;
- incidentes.

Qualidade

- conformidade documental;
- auditorias;
- satisfação.

Gestão

- absenteísmo;
- treinamentos;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- produtividade;
- contratos;
- custos.

Quadro 7. Matriz Institucional de Indicadores

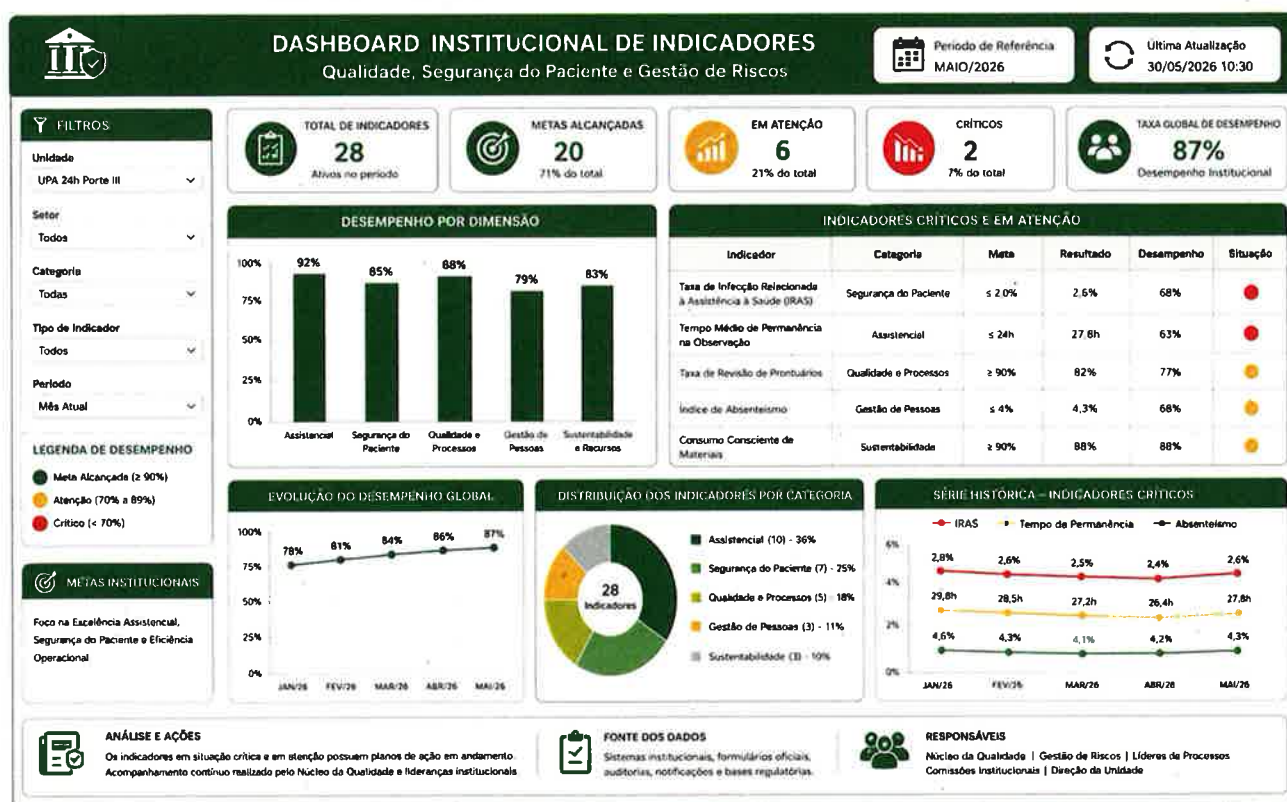
Indicador	Meta	Frequência	Responsável
Tempo para Classificação de Risco	Conforme Contrato de Gestão	Mensal	Coordenação Assistencial
Tempo Porta-Médico	Conforme Contrato de Gestão	Mensal	Coordenação Médica
Eventos Adversos Notificados	100% dos eventos identificados	Mensal	NSP
Conformidade dos Prontuários	≥95%	Mensal	SAME
Conformidade da Prescrição Medicamentosa	≥95%	Mensal	Farmácia
Adesão à Higienização das Mãos	≥90%	Mensal	CCIH*
Capacitações Executadas	100% do Plano Anual	Mensal	Educação Permanente
Satisfação do Usuário	≥85%	Trimestral	Qualidade

Figura 10. Modelo Institucional de Monitoramento dos Indicadores



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Figura 10. Modelo Institucional de Monitoramento dos Indicadores



16. AUDITORIAS INSTITUCIONAIS

16.1 Finalidade

As Auditorias Institucionais constituem instrumento permanente de avaliação da conformidade dos processos assistenciais, administrativos e operacionais, tendo como finalidade verificar o cumprimento das diretrizes institucionais, identificar oportunidades de melhoria, apoiar a tomada de decisão e promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

As auditorias serão conduzidas de forma sistemática, planejada e baseada em evidências objetivas, permitindo avaliar a efetividade dos processos implantados e o desempenho institucional.

16.2 Objetivos

Constituem objetivos das Auditorias Institucionais:

- verificar conformidade com legislação vigente;
- avaliar aderência aos protocolos institucionais;
- monitorar cumprimento dos POPs;
- verificar qualidade dos registros assistenciais;
- identificar riscos institucionais;
- avaliar desempenho dos processos;
- subsidiar ações corretivas;
- apoiar processos de acreditação;
- fortalecer a cultura da melhoria contínua.

16.3 Modalidades de Auditoria

Serão desenvolvidas as seguintes modalidades:

Auditoria Clínica

Avaliação da qualidade da assistência prestada.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

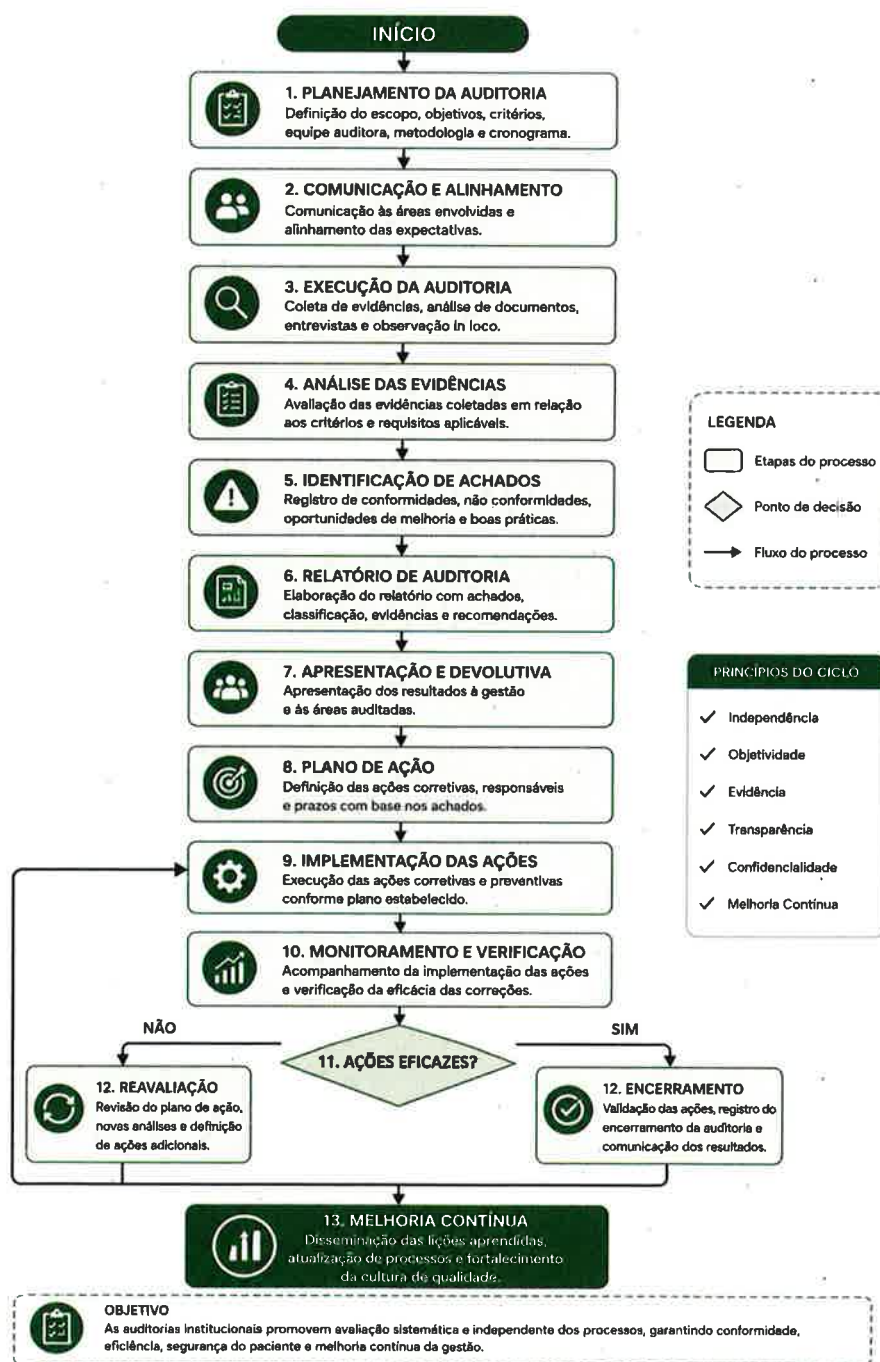
- ↘ **Auditoria de Prontuários**
Avaliação da completude dos registros.
- ↘ **Auditoria de Processos**
Avaliação dos fluxos operacionais.
- ↘ **Auditoria da Qualidade**
Avaliação do Sistema de Gestão da Qualidade.
- ↘ **Auditoria dos Contratos de Apoio**
Avaliação dos contratos terceirizados.
- ↘ **Auditoria de Indicadores**
Avaliação da consistência dos indicadores.
- ↘ **Auditoria das Comissões**
Avaliação do funcionamento das comissões institucionais.

Figura 11. Ciclo Institucional das Auditorias



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Figura 11. Ciclo Institucional das Auditorias



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Quadro 8. Plano Anual de Auditorias

Auditoria	Periodicidade	Responsável
Assistencial	Mensal	Coordenação Médica
Enfermagem	Mensal	Coordenação de Enfermagem
Prontuários	Mensal	SAME
Qualidade	Mensal	Coordenação da Qualidade
Segurança do Paciente	Mensal	NSP
Farmácia	Mensal	Farmacêutico Responsável
Engenharia Clínica	Trimestral	Engenharia Clínica
Higienização	Mensal	Coordenação Administrativa
Hotelaria	Mensal	Coordenação Administrativa
Indicadores	Mensal	Qualidade

17. 17. EDUCAÇÃO PERMANENTE

17.1 Objetivo

Promover o desenvolvimento contínuo das competências técnicas, assistenciais, gerenciais e comportamentais dos profissionais, fortalecendo a cultura da qualidade, da segurança do paciente e da melhoria contínua.

17.2 Diretrizes

A Educação Permanente será desenvolvida considerando:

- necessidades identificadas nas auditorias;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- indicadores institucionais;
- eventos adversos;
- atualização científica;
- alterações normativas;
- implantação de novos protocolos;
- avaliação de desempenho.

17.3 Metodologias

Serão utilizadas:

- treinamentos presenciais;
- educação em serviço;
- simulações realísticas;
- estudos de caso;
- oficinas;
- educação digital;
- rodas de discussão;
- reuniões clínicas.

Quadro 9. Plano Anual de Capacitações



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Tema	Público	Frequência
Segurança do Paciente	Todos	Trimestral
Metas Internacionais	Todos	Semestral
Classificação de Risco	Assistência	Semestral
Sepse	Médicos e Enfermagem	Anual
PCR	Assistência	Trimestral
Medicamentos de Alta Vigilância	Enfermagem e Farmácia	Semestral
LGPD	Todos	Anual
Gestão de Riscos	Lideranças	Semestral

18. PLANO ANUAL DA QUALIDADE

O Plano Anual da Qualidade constitui o instrumento de planejamento das ações estratégicas voltadas ao fortalecimento do Sistema Institucional da Qualidade.

O Plano será elaborado anualmente pela Coordenação da Qualidade, validado pela Diretoria da Unidade e acompanhado pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

Deverá contemplar:

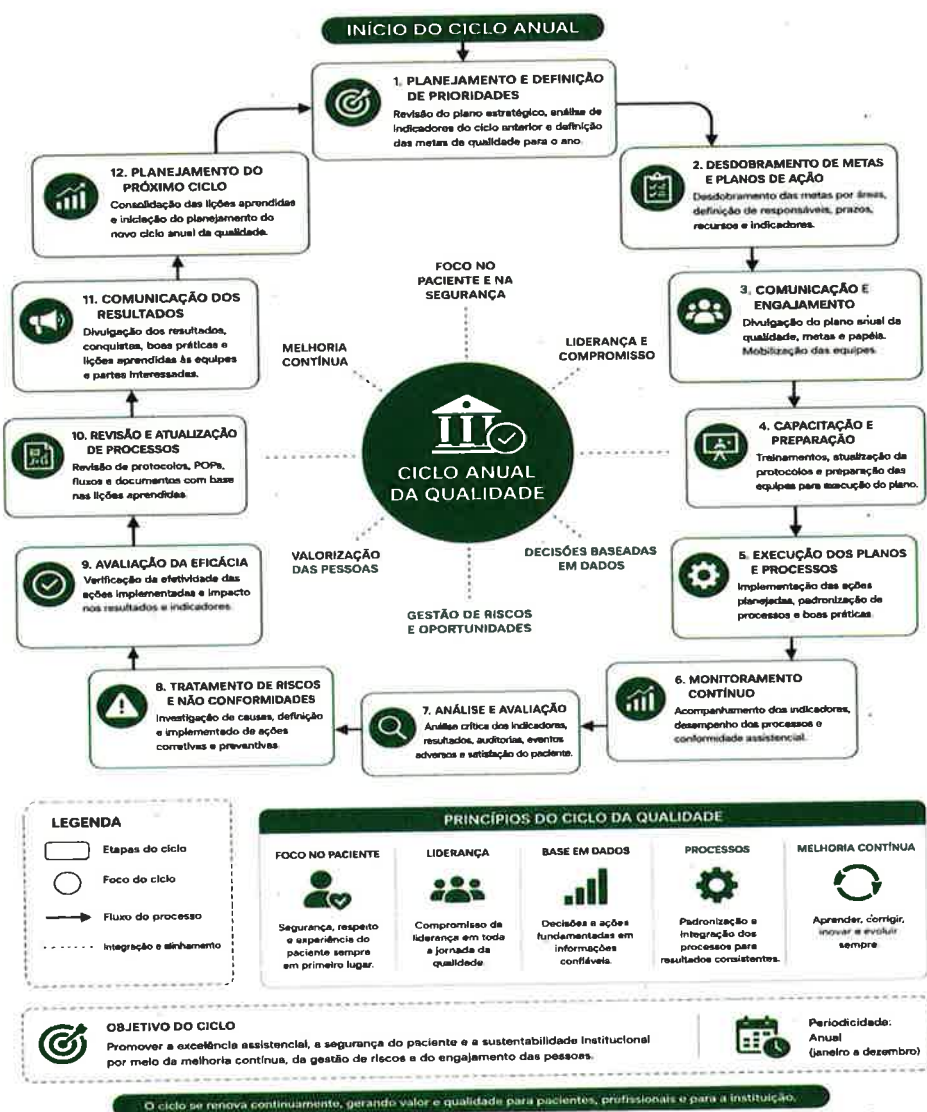
- objetivos anuais;
- metas institucionais;
- indicadores estratégicos;
- auditorias;
- cronograma de ações;
- planos de melhoria;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- revisões de protocolos;
- reuniões de análise crítica.

Figura 12. Ciclo Anual da Qualidade



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

19. PLANO ANUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Plano Anual de Segurança do Paciente consolidará todas as ações estratégicas voltadas à prevenção de incidentes, fortalecimento da cultura de segurança e melhoria da qualidade assistencial.

O Plano deverá conter:

- metas anuais;
- cronograma;
- campanhas;
- indicadores;
- auditorias;
- monitoramento dos eventos adversos;
- revisão de protocolos;
- capacitações.

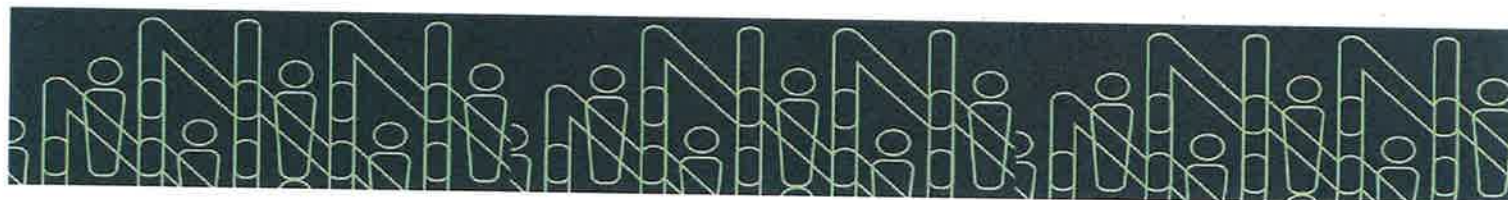
Quadro 10. Cronograma Anual da Segurança do Paciente

O presente cronograma anual estabelece o planejamento das principais ações relacionadas ao Programa Institucional de Segurança do Paciente, contemplando auditorias, monitoramento de indicadores, campanhas educativas, treinamentos, reuniões do Núcleo de Segurança do Paciente, revisão de protocolos e avaliação sistemática dos resultados. O planejamento poderá ser ajustado durante a execução contratual, conforme análise dos indicadores, perfil epidemiológico da unidade, atualizações normativas e necessidades identificadas pela gestão, preservando o princípio da melhoria contínua e da segurança assistencial.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Ação / Atividade	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Responsável
Reunião Ordinária do Núcleo de Segurança do Paciente	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	NSP
Monitoramento dos Indicadores de Segurança	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Coordenação da Qualidade
Análise dos Eventos Adversos	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	NSP
Auditoria de Segurança do Paciente	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Qualidade
Auditoria de Prontuários	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	SAME
Auditoria de Medicamentos de Alta Vigilância	●		●		●		●		●		●		Farmácia
Auditoria de Identificação do Paciente	●		●		●		●		●		●		Enfermagem
Auditoria de Higienização das Mãos	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	CCIH
Simulado de Parada Cardiorrespiratória		●			●			●			●	●	Educação Permanente
Simulado de Atendimento ao Trauma			●			●			●		●		Coordenação Médica
Campanha de Identificação Segura	●			●			●			●			NSP
Campanha de Segurança na Medicação		●			●			●			●		Farmácia
Campanha de Prevenção de Quedas			●			●			●			●	Enfermagem
Campanha de Higienização das Mãos	●				●				●				CCIH
Revisão dos Protocolos Assistenciais				●				●				●	Qualidade
Revisão da Matriz de Riscos			●				●				●		Gestão de Riscos
Reunião de Análise Crítica dos Indicadores	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	Diretoria e Qualidade
Capacitação em Cultura de Segurança	●			●			●			●			Educação Permanente
Capacitação em Notificação de Incidentes		●			●			●			●		NSP
Avaliação Global do Programa de Segurança do Paciente						●						●	Diretoria / NSP



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

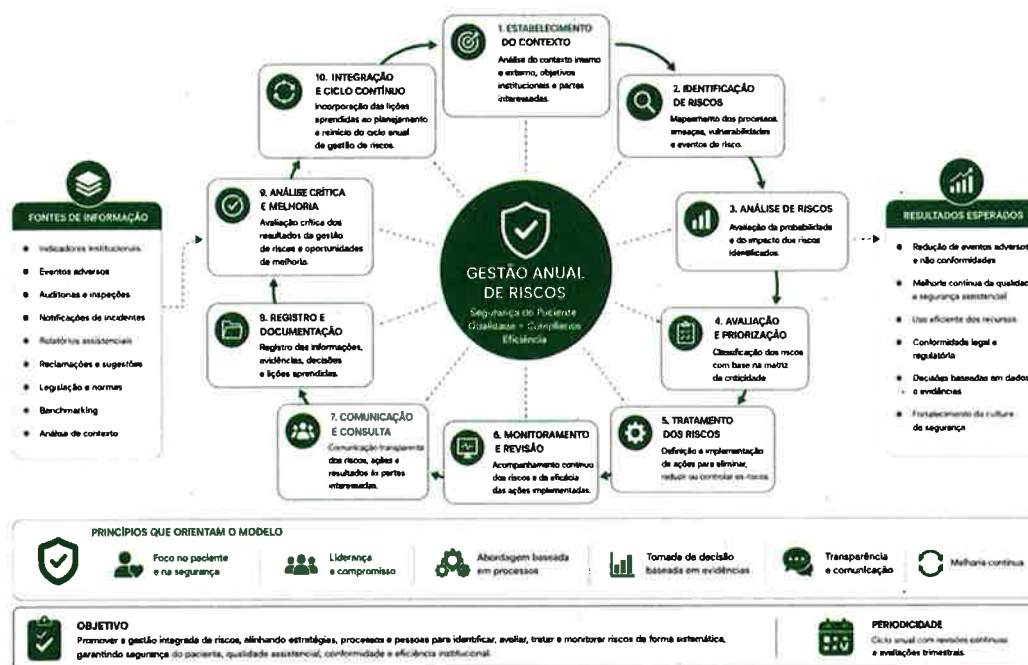
18. PLANO ANUAL DE GESTÃO DE RISCOS

O Plano Anual de Gestão de Riscos estabelecerá as ações prioritárias para identificação, avaliação, tratamento e monitoramento dos riscos institucionais.

Deverá contemplar:

- matriz institucional de riscos;
- revisão dos riscos críticos;
- inspeções programadas;
- auditorias;
- exercícios simulados;
- atualização dos planos de contingência;
- monitoramento contínuo.
-

Figura 13. Modelo Integrado da Gestão Anual de Riscos



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

21. PLANO INSTITUCIONAL DE COMUNICAÇÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

21.1 Objetivo

Estabelecer diretrizes para garantir comunicação institucional clara, tempestiva, padronizada e eficaz entre gestores, equipes assistenciais, setores administrativos, prestadores de serviços e usuários, fortalecendo a cultura da qualidade, da segurança do paciente e da gestão de riscos.

A comunicação institucional constitui ferramenta estratégica para disseminação das políticas organizacionais, compartilhamento de resultados, divulgação de indicadores, gerenciamento de incidentes e implementação das ações de melhoria contínua.

21.2 Diretrizes

A comunicação deverá observar os seguintes princípios:

- clareza;
- objetividade;
- rastreabilidade;
- tempestividade;
- transparência;
- confidencialidade;
- responsabilidade institucional;
- comunicação multiprofissional;
- comunicação centrada no usuário.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

21.3 Instrumentos de Comunicação

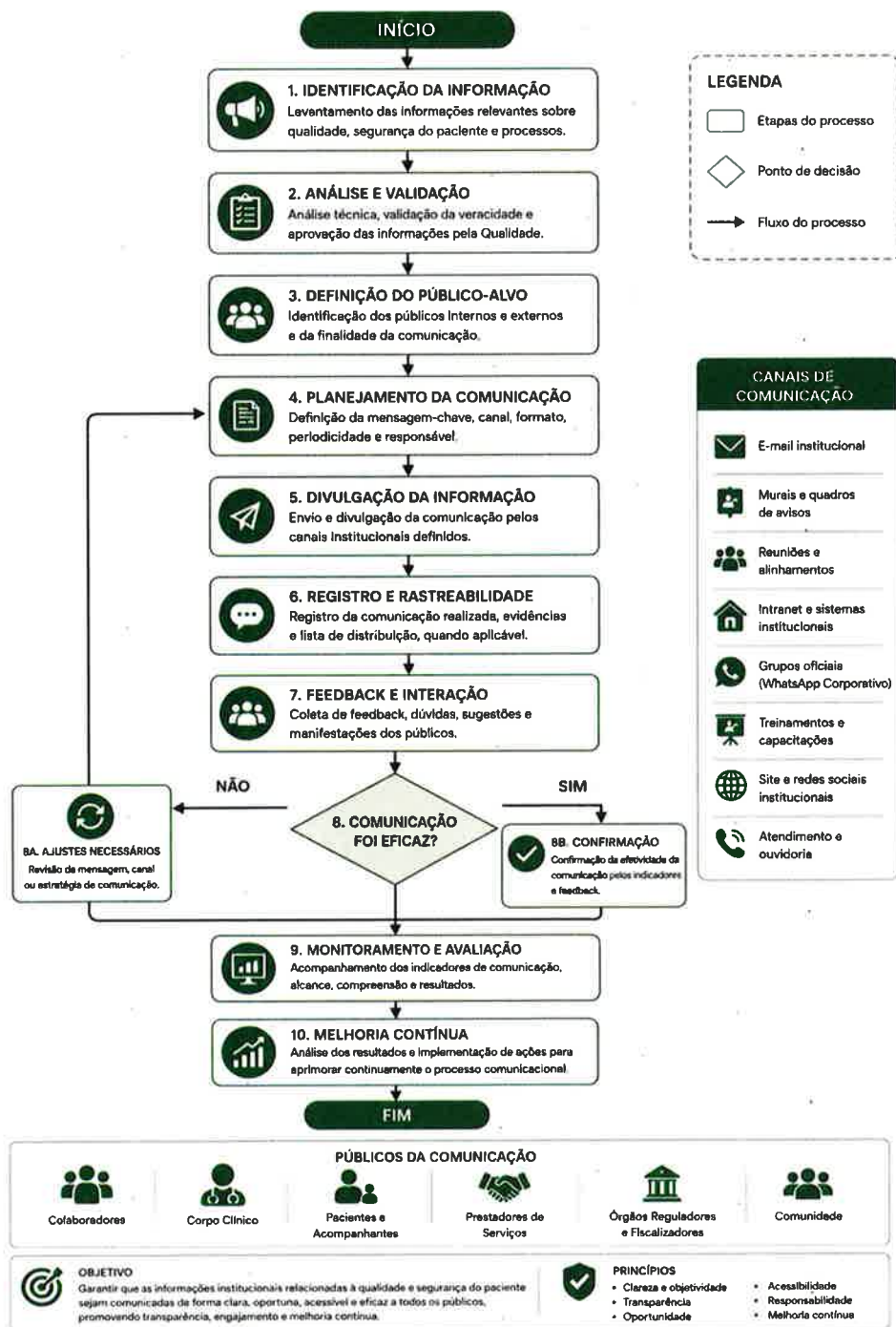
Serão utilizados, entre outros:

- reuniões gerenciais;
- reuniões do Núcleo de Segurança do Paciente;
- reuniões das comissões institucionais;
- dashboards gerenciais;
- boletins da qualidade;
- murais institucionais;
- comunicados internos;
- campanhas educativas;
- relatórios gerenciais;
- planos de ação;
- reuniões de análise crítica.

Figura 14. Fluxo Institucional da Comunicação da Qualidade



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Quadro 11. Matriz de Comunicação Institucional

Processo	Público	Periodicidade	Responsável
Indicadores	Lideranças	Mensal	Coordenação da Qualidade
Eventos Adversos	NSP	Imediata	Coordenação Assistencial
Auditorias	Gestores	Mensal	Qualidade
Campanhas	Equipes	Conforme cronograma	Educação Permanente
Reuniões Gerenciais	Coordenações	Mensal	Diretoria

22. PLANO INSTITUCIONAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

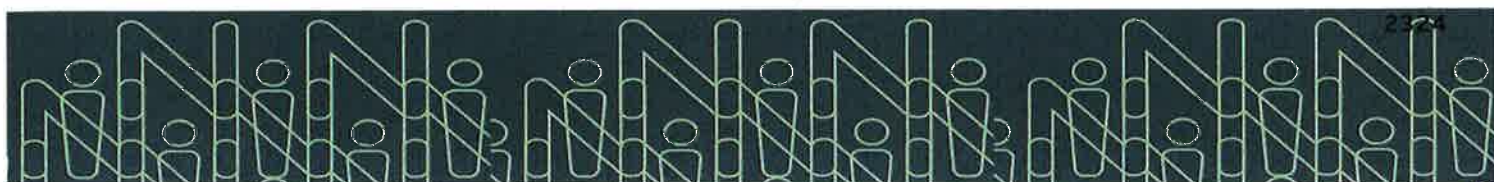
22.1 Objetivo

Instituir metodologia permanente para monitoramento da implementação deste Plano, avaliação do desempenho institucional e acompanhamento da eficácia das ações relacionadas à qualidade, segurança do paciente e gestão de riscos.

22.2 Processo de Monitoramento

O monitoramento será realizado por meio de:

- análise dos indicadores institucionais;
- auditorias;
- reuniões de análise crítica;
- acompanhamento dos planos de ação;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- monitoramento dos eventos adversos;
- avaliação dos riscos;
- revisão dos protocolos;
- acompanhamento das metas institucionais.

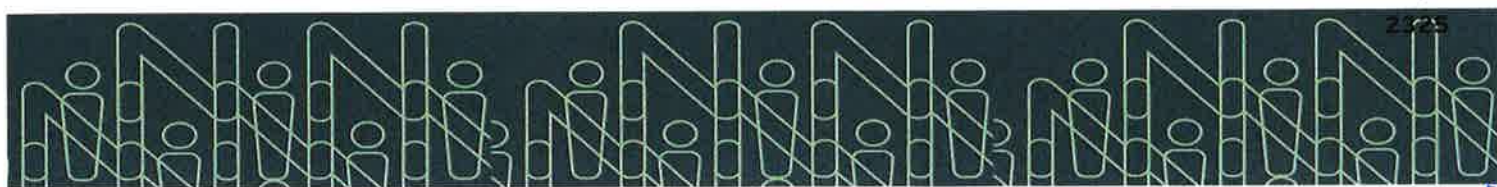
22.3 Reuniões de Análise Crítica

As reuniões ocorrerão mensalmente, envolvendo:

- Diretoria;
- Coordenação da Qualidade;
- Núcleo de Segurança do Paciente;
- Coordenações Assistenciais;
- Coordenações Administrativas;
- Comissões Institucionais.

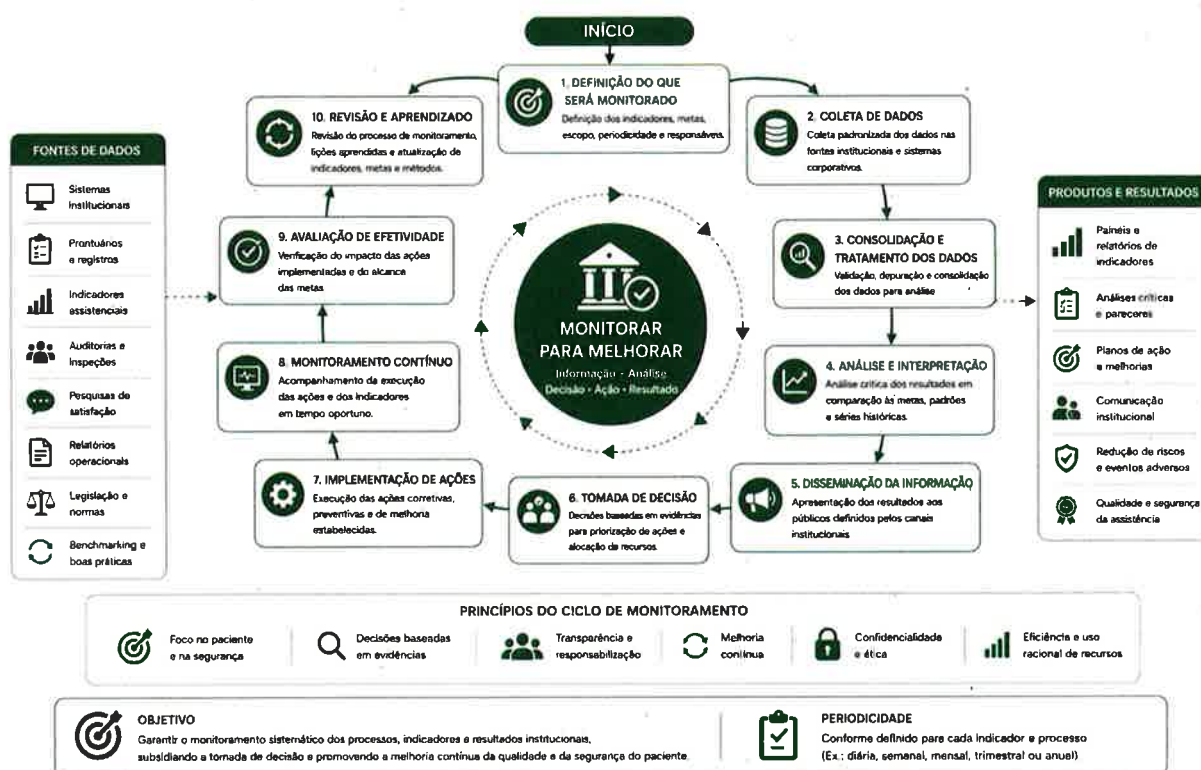
Durante as reuniões serão avaliados:

- desempenho dos indicadores;
- evolução dos planos de ação;
- eventos adversos;
- riscos críticos;
- resultados das auditorias;
- oportunidades de melhoria.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Figura 15. Ciclo Institucional de Monitoramento



Quadro 12. Matriz de Monitoramento

Elemento Monitorado	Frequência	Responsável
Indicadores	Mensal	Qualidade
Eventos Adversos	Mensal	NSP
Auditorias	Mensal	Qualidade
Planos de Ação	Mensal	Gestores
Protocolos	Anual ou quando necessário	Coordenações
Capacitações	Mensal	Educação Permanente

	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

23. MATRIZ GERAL DE RESPONSABILIDADES

23.1 Objetivo

Definir claramente as atribuições de cada nível da estrutura organizacional para assegurar a implementação efetiva do Sistema Institucional da Qualidade, Segurança do Paciente e Gestão de Riscos Assistenciais.

Quadro 13. Matriz Geral de Responsabilidades

Estrutura	Principais Responsabilidades
Diretoria Institucional	Definir diretrizes estratégicas, aprovar políticas, garantir recursos e acompanhar resultados
Direção da Unidade	Coordenar a implantação do Plano, monitorar desempenho e promover integração entre setores
Coordenação da Qualidade	Gerenciar o Sistema da Qualidade, indicadores, auditorias e planos de melhoria
Núcleo de Segurança do Paciente	Coordenar ações de segurança, gestão de incidentes e monitoramento dos riscos assistenciais
CCIH	Desenvolver ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência
Coordenações Assistenciais	Garantir cumprimento dos protocolos, supervisionar equipes e acompanhar indicadores
Coordenações Administrativas	Assegurar suporte operacional, conformidade documental e gestão dos processos administrativos
Educação Permanente	Planejar e executar o programa anual de capacitações
SAME	Garantir qualidade dos registros, gestão documental e rastreabilidade dos prontuários
Farmácia	Promover segurança no uso de medicamentos e monitorar medicamentos de alta vigilância



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

Engenharia Clínica	Garantir disponibilidade e segurança dos equipamentos médico-hospitalares
Equipes Multiprofissionais	Executar as atividades conforme protocolos institucionais e participar das ações de melhoria contínua
Empresas Contratadas	Cumprir as diretrizes institucionais e os requisitos contratuais relacionados à qualidade e segurança

24. CRONOGRAMA INSTITUCIONAL DE IMPLEMENTAÇÃO

24.1 Diretrizes

A implementação deste Plano ocorrerá de forma gradual e integrada, permitindo consolidação dos processos, capacitação das equipes e monitoramento contínuo dos resultados.

Quadro 14. Cronograma Geral de Implementação

Etapa	Atividade	Prazo
1	Aprovação do Plano Institucional	Início da operação
2	Divulgação às lideranças	Semana 1
3	Capacitação inicial das equipes	Primeiro mês
4	Implantação dos protocolos	Primeiro mês
5	Implantação dos indicadores	Primeiro mês
6	Estruturação do NSP	Primeiro mês
7	Início das auditorias	Segundo mês
8	Implantação das reuniões de análise crítica	Segundo mês
9	Avaliação dos resultados iniciais	Terceiro mês

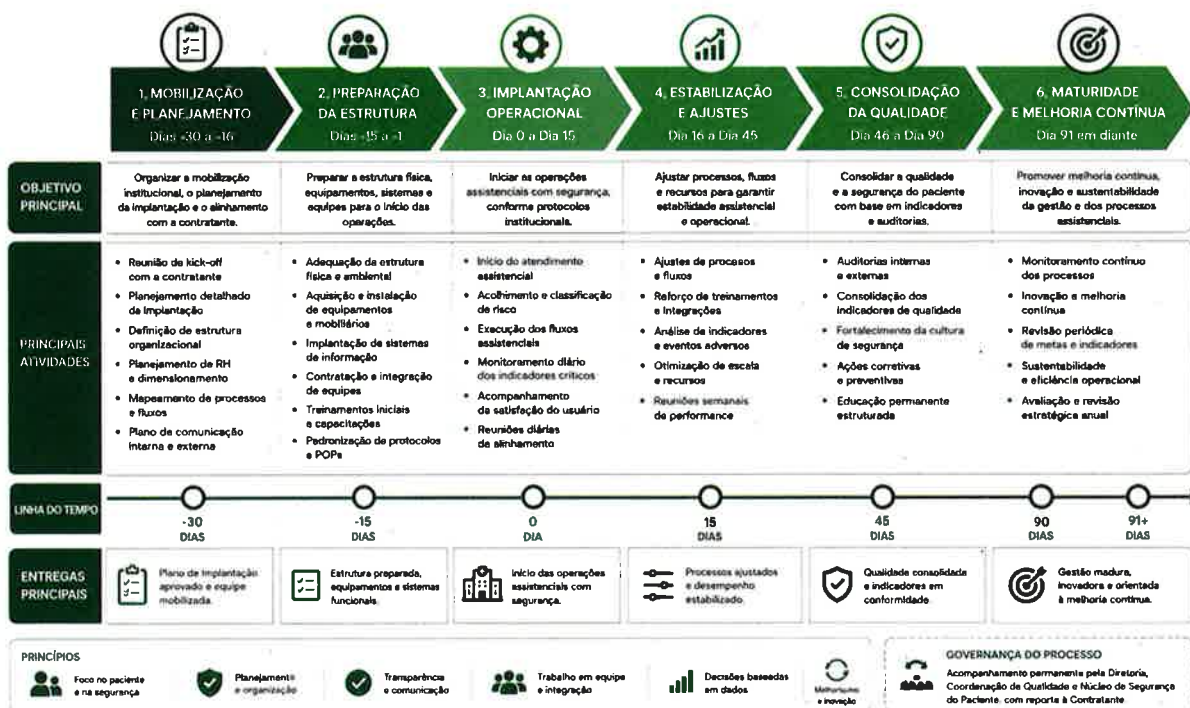
	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

10 Revisão do Plano Anualmente ou quando necessário

Figura 16. Roadmap Institucional de Implantação

Figura 16. Roadmap Institucional de Implantação

Linha do tempo das principais fases e entregas para a implantação e estabilização da UPA 24h – Porte III, assegurando uma transição segura, eficiente e alinhada às metas assistenciais e de qualidade.



25. REFERÊNCIAS NORMATIVAS

Este Plano foi elaborado considerando, entre outras, as seguintes referências:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei nº 8.080/1990;



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

- Lei nº 8.142/1990;
- Lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais;
- RDC ANVISA nº 36/2013;
- Portaria GM/MS nº 529/2013;
- Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde vigentes;
- Normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária aplicáveis aos serviços de saúde;
- Diretrizes da Organização Mundial da Saúde para Segurança do Paciente;
- Metas Internacionais de Segurança do Paciente;
- Manuais e requisitos da Organização Nacional de Acreditação;
- Contratos de Gestão, Planos de Trabalho e demais instrumentos normativos aplicáveis.

26. DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente Plano Institucional da Qualidade, Segurança do Paciente e Gestão de Riscos Assistenciais constitui documento corporativo do InSaúde e deverá orientar a organização, execução, monitoramento e aperfeiçoamento contínuo das ações relacionadas à qualidade assistencial, segurança do paciente e gestão de riscos nas unidades sob sua gestão.

Sua aplicação deverá ser acompanhada periodicamente pela Diretoria; Coordenação da Qualidade, Núcleo de Segurança do Paciente e demais instâncias de governança, assegurando atualização permanente, alinhamento às evidências científicas, conformidade com a legislação vigente e atendimento às obrigações contratuais.



	INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE	PT.NQSP.0010
PROTOCOLO / POLÍTICA / PROCEDIMENTO	Data da Elaboração:	01/01/2026
PROTOCOLO DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Revisão:	04
	Data da Última Revisão:	10/07/2026
	Página:	

A revisão deste Plano ocorrerá, no mínimo, anualmente ou sempre que houver alterações normativas, contratuais, organizacionais ou identificação de oportunidades relevantes de melhoria.

ALÇADA DE APROVAÇÕES

Essa política é de responsabilidade do Núcleo de Qualidade e Segurança Corporativo, e somente essa área poderá fazer alteração no documento, em caso de necessidade de adequação local, deverá ser solicitada a adequação via e-mail.

Demais aprovações segue conforme quadro abaixo

APROVAÇÕES E HISTÓRICO DE REVISÃO

Elaborado por: Núcleo de Segurança e Qualidade do Paciente - Corporativo	Verificado por: Diretorias de Operações e Jurídica	Aprovado por: Diretoria Executiva
---	---	---



Padronização de Material

Unidade de Saúde



Este documento é um modelo técnico desenvolvido pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais da Unidade de Saúde providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência será submetido a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador). A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos.

Padronização de Material Hospitalar

N.	Descrição
1	ABAIXADOR DE LINGUA C/100
2	ABSORVENTE P/ INCONT. URIN.
3	ACIFLEX 4 CX C/12
4	ACIFLEX 1 CX C/12
5	ACIFLEX 5 CX C/12
6	ADESIVOS POS COLETA C/500
7	ADVANTAGE PRO (ACCU-CHEK) TIRAS ROCHE C/50
8	AGUA OXIGENADA 10V.1000ML
9	AGUA P/INJECAO 10 ML
10	AGUA P/INJEÇÃO 1000ML
11	AGUA P/INJECAO 125ML
12	AGUA P/INJECAO 500ML
13	AGUA PARA INJEÇÃO 2000ML
14	AGULHA DE FISTULA 15G
15	AGULHA DE FISTULA 16G
16	AGULHA DE FISTULA 17G
17	AGULHA DESC. 13X4.5
18	AGULHA DESC. 25X7
19	AGULHA DESC. 25X8
20	AGULHA DESC. 30X07
21	AGULHA DESC. 30X08
22	AGULHA DESC. 40X12
23	AGULHA EPIDURAL DESC 17G 3 1/2
24	AGULHA EPIDURAL DESC 18G 3 1/2
25	AGULHA EPIDURAL DESC 18G 90X12
26	AGULHA EPIDURAL DESC. 17G 3 1/2
27	AGULHA P/RAQUI DESC 25G 3 1/2 (90X5)
28	AGULHA P/RAQUI DESC 26G 3 1/2 (80X4,5)
29	AGULHA P/RAQUI DESC 27G 3 1/2
30	AGULHA PARA RAQUI. DESC. 25G 3 1/2
31	AGULHA PARA RAQUI. DESC. 26G 3
32	AGULHA PARA RAQUI. DESC. 27G 3 1/2
33	ALBUMINA HUMANA 20% 50ML+EQUIP.BLAUS
34	ALCOOL GEL 65 INPM.500G
35	ALCOOL 70% 1000ML
36	ALCOOL COMUM 1000ML
37	ALGODAO O S/AG(PT)15X45 AP524
38	ALGODÃO 3.0 C/24
39	ALGODÃO AZUL 2.0 C/24
40	ALGODÃO AZUL 4.0
41	ALGODÃO HIDROF 500G
42	ALGODAO ORTOP 10CM
43	ALGODAO ORTOP 15CM
44	ALGODAO ORTOP 20CM
45	ALMOTOLIA 125 ML BRANCA
46	ALMOTOLIA 120ML AMBAR
47	ALMOTOLIA 500ML AMBAR
48	ALMOTOLIA 500ML BRANCA
49	ALMOTOLIA PLAST 100ML AMBAR
50	ALMOTOLIA PLAST 100ML BRANCA
51	ALMOTOLIA PLAST 250ML AMBAR
52	ALMOTOLIA PLAST 250ML BRANCA
53	AMBU-REANIMADOR MANUAL ADULTO (OXIGEL)
54	AMBU-REANIMADOR MANUAL INFANTIL (OXIGEL)
55	AMBU-REANIMADOR MANUAL RECEM NATO (OXIGEL)
56	ANGIOKIT HK 46T 4-0/6-0 45CM
57	APARELHO DE PARBEAR
58	APARELHO DE PRESSÃO(ESFIGMOMANÔMETRO)
59	ATADURA CREPE 10CMX90G -9F (PC C/12 UN) SANFARMA
60	ATADURA CREPE 15CM 9F (PC C/12 UN) SANFARMA
61	ATADURA CREPE 15CMX90G -9F (PC C/12UN) UNIÃO
62	ATADURA CREPOM 10CMX3M
63	ATADURA CREPOM 12CMX3M
64	ATADURA CREPOM 15CMX3M
65	ATADURA CREPOM 20CMX3M
66	ATADURA DE CREPE 30 CM

67	ATADURA DE CREPE 8CM
68	ATADURA GESSADA 10CM C/20
69	ATADURA GESSADA 10CMX3MT C/ 20
70	ATADURA GESSADA 15CM C/20
71	ATADURA GESSADA 20CM C/20
72	ATADURA GESSADA 20CMX4MT C/ 20
73	ATADURA GESSADA 6CM C/20
74	AVENTAL EMBORRACHADO
75	BLOOD FILM. RETANGULARC/490
76	BOLSA PARA AGUA QUENTE
77	BOLSA PARA COLOSTOMIA 5MM C/10
78	BOLSA PARA COLOSTOMIA C/ PLACA KARAIA 6.4C
79	BUPIVACAINA INJ. HIPERBARICA 0;5% 4ML
80	CADARÇO
81	CAL SODADA 4,5KG
82	CALICE 100ML GRADUADO
83	CAMPO OPERATÓRIO 23X25 C/ 50
84	CAMPO OPERATORIO 23X25 C/50 MB TEXTIL
85	CAMPO OPERATÓRIO 45X50 C/ 50
86	CANULA DE GUEDEL N.01
87	CANULA DE GUEDEL N.04
88	CANULA DE GUEDEL N.05
89	CANULA DE GUEDELL N° 03
90	CANULA P/ TRAQ. DESC. C/BL N° 3.0
91	CANULA P/ TRAQ. DESC. C/BL N° 3.5
92	CANULA P/ TRAQ. DESC. C/BL N° 4.5
93	CANULA P/ TRAQ. DESC. C/BL N° 5.0
94	CANULA P/ TRAQ. DESC. C/BL N° 5.5
95	CANULA P/ TRAQ. DESC. C/BL N° 6.5
96	CANULA P/ TRAQ. DESC. C/BL N° 7.0
97	CANULA P/ TRAQ. DESC. C/BL N° 7.5
98	CANULA P/ TRAQ. DESC. S/BL 3.5
99	CANULA P/ TRAQ. DESC. S/BL 4.5
100	CANULA P/TRAQ. DESC. C.BL.N.7.5
101	CANULA P/TRAQ. DESC. C.BL.N.8.0
102	CANULA P/TRAQ. DESC. C.BL.N.9
103	CANULA P/TRAQ. DESC. C/BL N° 9.0
104	CATETER EPIDURAL N.16G PORTEX
105	CATETER EPIDURAL N.18G PORTEX
106	CATETER I.V. ANGIOCATH N.14G
107	CATETER I.V. ANGIOCATH N.16G
108	CATETER I.V. ANGIOCATH N.18G
109	CATETER I.V. ANGIOCATH N.18G
110	CATETER I.V. ANGIOCATH N.20G (JELCO)
111	CATETER I.V. ANGIOCATH N.24
112	CATETER I.V.ANGIOCATH N 22G
113	CATETER INTRACATH (I-CATH) 19GX12CM C/EST.ACO BD
114	CATETER INTRACATH 22GX08-19GX2 C/EST.785902 BD
115	CATETER INTRACATH N16 LONGO
116	CATETER NASAL O2 N10
117	CATETER NASAL O2 N12
118	CATETER NASAL O2 N4
119	CATETER NASAL O2 N6
120	CATETER NASAL O2 N8
121	CATETER NASAL TIPO OCULOS C/20
122	CATETER TIPO OCULOS NEONATAL N° 4
123	CATETER VENOSO CENTRAL(CATETER DUPLO LUMEN 13CM)
124	CATGUT CROM.0 C/ AG.3.0 3/8
125	CATGUT CROM.0 S/ AG.1.5 C1100
126	CATGUT CROM.1 C/ AG.4.0 12/2
127	CATGUT CROM.2-0 C/ AG.3.0
128	CATGUT CROM.3-0 C/ AG.2.5
129	CATGUT CROM.4-0 C/ AG.2.0
130	CATGUT SIMPLES 0 C/ AG.3.0 3/8
131	CATGUT SIMPLES 0 S/ AG.1.5
132	CATGUT SIMPLES 2-0 C/ AG.3.0 3/8
133	CATGUT SIMPLES 2-0 S/ AG.1.5
134	CATGUT SIMPLES 3-0C/AG.3.0 3/8
135	CATGUT SIMPLES 4.0

136	CERA P/ OSSO (HEMOSTATICO OSSEO)
137	CLAMP UMBILICAL
138	CLOREXIDINA 0.5% ALCOOL.RIOHEX 1000ML
139	CLOREXIDINA 2% DETERGENE.RIOHERX1000ML
140	CLOREXIDINA 4% DETERGENE.RIOHERX1000ML
141	COLAR CERVICAL G
142	COLAR CERVICAL M
143	COLAR CERVICAL P
144	COLETOR DE URINA INF. UNISSEX C/10
145	COLETOR PERFUROCORT(DESCARPAX) CAP. 13LT CARTON BOX
146	COLETOR UNIV.TP. BRANCO N° ESTERIL
147	COLETOR URINA INF.FEM (ESTERIL)
148	COLETOR URINA INF.MASC (ESTERIL)
149	COLETOR URINA S.FECH 2LTS
150	COLETOR URINA T.SACO 2LT C/100
151	COMPLY 1250 EST. VAPOR- 3M (C/ 240)
152	COMPLY 130 B.DICK FOLHA -3M (C/50)
153	COMPRESSA 7,5X7,5 09F (estéril)
154	COMPRESSA 7,5X7,5 13F
155	COMPRESSA DE GAZE 91X91 (JASMIM)
156	CONECTOR Y
157	CONECTOR 90 P/ TGI
158	COTONETES C/75 TOPZ NATURES
159	COTONOIDES
160	DETERGENTE ENZIMAT.4ENZ 5LT
161	DETERGENTE ENZIMATICO 3E 5LT
162	DISPOSITIVO P/ PUNÇÃO INTRA-OSSEA(AGULHA)
163	DRAMIM B6 C/20 COMP
164	DRENO DE PENROSE N.01 ESTERIL
165	DRENO DE PENROSE N.02 ESTERIL
166	DRENO DE PENROSE N.03 ESTERIL
167	DRENO DE SUÇÃO 3.2
168	DRENO DE TORAX RADIOPACO GC-12
169	DRENO DE TORAX RADIOPACO GC-14
170	DRENO DE TORAX RADIOPACO GC-24
171	DRENO DE TORAX RADIOPACO GC-36
172	DRENO DE TORAX RADIOPACO GD-30
173	DRENO DE TORAX RADIOPACO GD-32
174	DRENO PENROSE N.01 ESTERIL
175	DRENO PENROSE N.02 ESTERIL
176	DRENO PENROSE N.03 ESTERIL
177	ELETRODO DESC PED ECG C/50 C/GEL
178	ELETRODO DESC.ADL C/60 C/GEL
179	ELETRODO DESC.USO PEDIÁTRICO (QUIK-COMBO)
180	ELETRODO PARA MARCAPASSO TEMPORÁRIO BIPOLAR 4F C
181	ELETRODO PARA MARCAPASSO TEMPORÁRIO BIPOLAR 6F C
182	EQUIPO BURETA 150ML
183	EQUIPO DE PVC
184	EQUIPO INF SANGUE
185	EQUIPO MACRO BURETA INJ LAT (100ML)
186	EQUIPO MACRO C/ INJ FOTOSSENSIV
187	EQUIPO MACRO GOTAS DIETA ENTERAL
188	EQUIPO MACRO GTS C/FLASH BAAL
189	EQUIPO MACRO GTS INJ LAT RIGIDO
190	EQUIPO MICRO GTS INJ LAT
191	EQUIPO MICRO GTS SIMPLES STD RIG
192	EQUIPO MULTIPLO 2 VIAS C/CLANPG
193	EQUIPO P/ BOMBA DE SERINGA
194	EQUIPO P/TRANSF/SANGUE CAM.DUPLA
195	EQUIPO PADRÃO (P/ BOMBA LINEAR) ST55
196	ESCOVA PLAST P/ESSEP; ESTERI
197	ESPARADRAPO 10X4,5 CREMER
198	ESPECULO VAGINAL DESC. S/LUB. TAM. G
199	ESPECULO VAGINAL DESC. S/LUB. TAM. M
200	ESPECULO VAGINAL DESC. S/LUB. TAM. P
201	ESTANTE ARMADA P/ BANHO MARIA C/ 120 FUIROS
202	ESTESTOCÓPIO NEONATAL
203	ESTREPTOQUINASE 750.000UI
204	ETER COMERCIAL 1000ML

205	ETHIBOND VERDE 0 CX C/24
206	ETHIBOND VERDE 2.0 CX C/24
207	ETHIBOND VERDE 3.0 CX C/24
208	EXTENSOR DE SILICONE P/ ASPIRAÇÃO
209	FAIXA DE ESMARCH N.08
210	FAIXA DE ESMARCH N.10CM MEDI HOUSE
211	FAIXA DE ESMARCH N.12
212	FAIXA DE ESMARCH N.15 TAYLOR
213	FILME MEDICO SONY UPP-110HG
214	FILME P/ TOMOGRAFIA DRYSTAR DT2B 35X43 1CX C/100
215	FILME RADIOGRAFICO 13X18CM
216	FILME RADIOGRAFICO 18X24CM
217	FILME RADIOGRAFICO 24X30CM
218	FILME RADIOGRAFICO 30X40
219	FILME RADIOGRAFICO 3560X7320
220	FILME RADIOGRAFICO 35X35CM
221	FIO ALGODAO 2-0 S/AG(PT)15X45 AP523
222	FIO ALGODÃO 0 CX/24
223	FIO CATGUT SIMPLES 2.0
224	FIO CROMADO 1
225	FIO CROMADO 2.0 C/AG CX/24
226	FIO CROMADO 3.0
227	FIO CROMADO 4.0
228	FIO GUIA ADULTO C/ BOTÃO (MANDRIL)
229	FIO GUIA INFANTIL C/ BOTÃO (MANDRIL)
230	FIO MONONYLON 2.0
231	FIO MONONYLON 3.0 CX/24
232	FIO POLICRYL 0
233	FIO POLIPROPILENO 2.0
234	FIO PROLENE 2.0
235	FIO SEDA 2.0
236	FIO SEDA-SILK 3.0
237	FIO SIMPLES 0 C/AG 3CM CX/24
238	FIO SIMPLES 3.0 C/AG CX/24
239	FIO VICRYL 0
240	FIO VICRYL 3.0 CX/24
241	FIO VICRYL 8.0 C/ AG
242	FITA ACTIVE ACCUCHEK P/ GLICEMIA CX/25
243	FITA ADESIVA 19X50 CREMER
244	FITA CARDIACA 7.0
245	FITA MICROPORE 12,5X10
246	FITA MICROPORE 2,5CMX10M CREMER
247	FITA MICROPORE 5CMX10M CREMER
248	FITA P/AUTOCLAVE 19MMX30M
249	FITA P/AUTO-CLAVE 48X20 CREMER
250	FOLHA P/ TESTE DE BD
251	FORMOL LIQUIDO 37% 1000ML RUIQUIMICA
252	FRALDA DESC INF (G)
253	FRALDA DESC INF (M)
254	FRALDA DESC INF (P)
255	FRALDA DESC INF (XG)
256	FRALDAS GERIÁTRICAS G
257	FRALDAS GERIÁTRICAS M
258	FRALDAS GERIÁTRICAS P
259	FRALDAS GERIÁTRICAS XG
260	GARROTE LABOR IMPORT ADULTO
261	GAVETAS P/ TRANSPORTE PEQUENA(BINS)
262	GAZE TIPO QUEIJO 91X91
263	GEL P/ ULTRASON 1KG
264	GEL P/ECG 100G (UNIGEL)
265	GLUTARALDEIDO 2% 14 DIAS SCT-LM
266	GLUTARALDEIDO 28D 5000ML
267	HIDROXIDO DE FERRO III POLIMALTOSO 100MG/10ML 100ML
268	HIOSCINA COMPOSTA INJ. 05ML
269	HIPOCLORITO SODIO 1% 1LT
270	INCONTINENCIA URINARIA N.6
271	INSULINA HUMANA REGULAR (NOVOLIN R) 10ML
272	INSULINA NPH (HUMULIN N) 10ML
273	INSULINA NPH (NOVOLIN N) 10ML

274	ISOLADOR DE MISSÃO(CONDUTOR DE PRESSÃO)
275	KIT APARELHO P/ MEDIR GLICOSE ADVANAGE ROCHE
276	KIT DRENAGEM TORAX 1000ML Nº24
277	KIT DRENAGEM TORAX 1500ML Nº26
278	KIT DRENAGEM TORAX 1500ML Nº28
279	KIT DRENAGEM TORAX 1500ML Nº30
280	KIT DRENAGEM TORAX 1500ML Nº32
281	KIT DRENAGEM TORAX 1500ML Nº34
282	KIT DRENAGEM TORAX 1500ML Nº36
283	KIT DRENAGEM TORAX 1500ML Nº38
284	KIT PARA NEBULIZAÇÃO ADULTO
285	KIT PARA NEBULIZAÇÃO INFANTIL
286	LAMINA BISTURI N.11 C/100 SOLIDOR
287	LAMINA BISTURI N.12 C/100 SOLIDOR
288	LAMINA BISTURI N.15 C/100 FREE BAC
289	LAMINA BISTURI N.20
290	LAMINA BISTURI N.23 C/100
291	LAMINAS P/ LARINGOSCOPIO Nº O
292	LAMINNA DE BISTURI Nº 22
293	LARINGOSCÓPIO ADULTO C/ LÂMINA
294	LARINGOSCÓPIO INFANTIL C/ LÂMINA
295	LIGA CLIP(LT 100)
296	LIGA CLIP(LT 200)
297	LINHA VENOSA C/ CATABOLHAS 6MM
298	LINHA VENOSA C/ CATABOLHAS 8MM
299	LUGOL FORTE 2% SEG.SCHILLER 1000ML
300	LUMIAR F6
301	LUMIAR F8
302	LUVA CIR. EST.N.6.5
303	LUVA CIR. EST.N.7
304	LUVA CIR. EST.N.8.0
305	LUVA CIR. EST.N.8.5
306	LUVA CIR. EST.N.7.5
307	LUVA DE PROCEDIMENTO G
308	LUVA DE PROCEDIMENTO M
309	LUVA DE PROCEDIMENTO P
310	LUVA PARA TOQUE (POLIETILENO)
311	LUVA PLASTICA DESC. NÃO EST. C/100
312	MALHA TUBULAR N 15 20MT MEDI HOUSE
313	MALHA TUBULAR Nº10 15MT
314	MALHA TUBULAR N15 10MT MSO
315	MALHA TUBULAR N15 15MT MEDI HOUSE
316	MANITOL 20% 500MG
317	MASCARA C/ RESERV. ALTA CONCENTR. ADULTO
318	MASCARA C/ RESERV.ALTA CONBCENTR. INFANTIL
319	MASCARA CIRURGICA
320	MASCARA DE VENTURI ADULTO
321	MASCARA DE VENTURI PEDIÁTRICA
322	MASCARA DESC SIMP TIRAS C/CLIPS C/100
323	MASCARA N95
324	MASCARA PVC N.3. C/GARRA CRISTAL OXIGEL
325	MERSILNE VERDE O CX C/24
326	METOCLOPRAMIDA GOTAS 4MG/10ML
327	MONOFYL INCOLOR 5.0 C/12
328	MONONYLON O C/24
329	MONONYLON 4-O SC 90 45CM
330	MONONYLON 5-O SC 20 45CM
331	MONONYLON 6-O P-3
332	NEXCAREN(PROTETOR OCULAR ADULTO)
333	NEXCAREN(PROTETOR OCULAR INFANTIL)
334	NYLON O S/AG
335	NYLON 10-O C/2AG 3/8 OFT
336	NYLON 2-O C/AG.3.0 3/8PT N520CTI30
337	NYLON 3-O C/AG.2.0 3/8N530CTI20
338	NYLON 4-O C/AG.2.0 3/8N640CTI20 INC.SHA
339	NYLON 4-O C/AG.2.0 3/8NPA343
340	NYLON 5-O C/AG.2.0 3/8N550CTI20
341	OCULOS P/PROT P/PACIENTE ET30C
342	ONE TOUCH ULTRA

343	OXITON (SYNTOCINO) SPRAY 5ML
344	PAPEL CREPADO 30X30
345	PAPEL CREPADO 50X50
346	PAPEL CREPADO 75X75
347	PAPEL CREPADO 90X50
348	PAPEL CREPADO 90X90
349	PAPEL GRAU CIR. 10CMX100M
350	PAPEL GRAU CIR. 12CMX100M
351	PAPEL GRAU CIR. 15CMX100M
352	PAPEL GRAU CIR. 20CMX100M
353	PAPEL GRAU CIR. 30CMX100M
354	PAPEL GRAU CIRURG. 30X100
355	PAPEL GRAU CIRURG. 40X100
356	PAPEL GRAU CIRURG. 50X100
357	PAPEL P/ELETRO-CARDIOG. 48X30X16 DARU
358	PAPEL P/ELETRO-CARDIOG48X20X16
359	PARASITO FILTRO C/ 100
360	PARTOGAMA 250MCG (1250UI) 1 SER/1ML
361	PÁS USO PEDIÁTRICO P/ DESFIBRILAÇÃO EXTERNA REUTILIZAVEL
362	PINÇA MAGIL 20CM
363	POLICRYL VIOLET 2.0 C/AG 2CM C/36
364	POLICRYL VIOLET 2.0 C/AG 3,7CM C/36
365	POLICRYL VIOLET 3.0 C/AG C/36
366	POLIDOR DE INOX 500ML
367	POLIPROPILENO O CXC/24
368	POLYCOT 0,15X45 CM
369	POLYCOT 2-0 15X45CM
370	POLYCRIL 4.0 CX C/36 C/AG
371	POLYCRIL VIOLET. 1 CX C/36
372	POLYCRIL VIOLET. 2.0 CX C/36
373	POLYCRIL VIOLET. 5.0
374	POLYCRIL VIOLET. O CX C/36
375	POLYCRIL VIOLET. O CX C/36
376	POLYCRIL INC. 4.0 C/12
377	PRESERVATIVO S/ LUBRIFICANTE
378	PROLENE 3.0 C/AG 3.0CM C/24
379	PROLENE 4.0 CX C/24
380	PROLENE O C/AG 3,5CM
381	PROTETOR OCULAR ADULTO
382	PROTETOR OCULAR INFANTIL
383	PULSEIRA P/ IND.T.MAE/FILHO
384	PVPI (ATIVO DEGERMANTE 7,5%)
385	PVP-I TOPICO 1L
386	REAGENTE PROXISTENTO
387	REMOVEDOR OXIDAÇÃO 5LT
388	RESPIRON (FISIOTERAPIA)
389	SABONETE CREM.1000ML
390	SABONETE LIQ.1000ML
391	SAKER (FISIOTERAPIA)
392	SALTO ORTOP. C/12 (G)
393	SALTO ORTOP. C/12 (M)
394	SALTO ORTOP. C/12 (P)
395	SAPATILHA PROPE
396	SCALP 19G
397	SCALP 21G PVC SOLIDOR
398	SCALP 23G PVC SOLIDOR
399	SCALP 25G PVC SOLIDOR
400	SCALP 27G PVC SOLIDOR
401	SEDA PRETA 3.0 CX C/24
402	SELFOAN (HEMOSTATICO DE GELATINA)
403	SENSOR DE TEMPERATURA
404	SERINGA DE VIDRO DE 50ML
405	SERINGA DESC. 3ML S/AG SR
406	SERINGA DESC. 5ML S/AG
407	SERINGA DESC. 60ML S/AG
408	SERINGA DESC.10ML S/AG
409	SERINGA DESC.1ML S/AG
410	SERINGA DESC.20ML S/AG
411	SERINGA VIDRO 20ML ARTI GLASS

412	SISTEMA DE DRENAGEM MEDIASTINAL - PLEURAL 1000ML
413	SISTEMA DE DRENAGEM MEDIASTINAL - PLEURAL 500ML
414	SISTEMA P/ ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉRIAS C/ VALVULA ANTI-REFLUXO
415	SOL RINGER C/LACT 1000ML (252) EQUIPLEX
416	SOL. FISIOL 0,9% 250ML
417	SOL. FISIOL 0,9%1000ML
418	SOL. FISIOL 0,9%100ML
419	SOL. FISIOL. 0,9% 500ML
420	SOL. FISIOL.0,9% 250ML (219)
421	SOL. GELATINA 3,5%
422	SOL. GLICO-FISIOL 500ML
423	SOL. GLICO-FISIOL. 1000ML
424	SOL. GLICOSADA 10% 250ML
425	SOL. GLICOSADA 10% 500ML
426	SOL. GLICOSADA 5% 250ML
427	SOL. GLICOSADA 5% 500ML
428	SOL. RINGER SIMPLES 500ML
429	SOL.RINGER C/ LACTATO 500ML (EQUIPLAX)
430	SONDA ALIMEN. ENTERAL C/ GUIA N.08
431	SONDA ALIMEN. ENTERAL C/ GUIA N.10
432	SONDA ASP TRAQ N.04
433	SONDA ASP TRAQ N.06 C/20
434	SONDA ASP TRAQ N.08 C/20
435	SONDA ASP TRAQ N.10 C/20
436	SONDA ASP TRAQ N.12 C/20
437	SONDA ASP TRAQ N.14 C/20
438	SONDA ASP TRAQ N.16 C/20
439	SONDA EM T N.12 TAYLOR
440	SONDA EM T N.14 TAYLOR
441	SONDA EM T N.18 TAYLOR
442	SONDA EM T N°16
443	SONDA EM T N°8
444	SONDA END DESC N.2.5 S/BL
445	SONDA END DESC N.3,0 S/BL
446	SONDA END DESC N.3,5 S/BL
447	SONDA END DESC N.4 S/BL
448	SONDA END DESC N.4,5 S/BL
449	SONDA END DESC N.5 C/BL
450	SONDA END DESC N.5 S/BL
451	SONDA END DESC N.5,5 C/BL
452	SONDA END DESC N.6 C/BL
453	SONDA END DESC N.6 S/BL
454	SONDA END DESC N.6.5 C/BL
455	SONDA END DESC N.7 C/BL
456	SONDA END DESC N.7,5 C/BL
457	SONDA END DESC N.8.5 C/BL
458	SONDA END DESC N.9 C/BL
459	SONDA END DESC N.9,5 C/BL
460	SONDA END DESC N.9.5 S/BL
461	SONDA END. DESC. N° 5,5 S/BL
462	SONDA END. DESC.N°2.0
463	SONDA END. TRAQ. N° 8.0 C/BL
464	SONDA FOLEY N.10 2V
465	SONDA FOLEY N.12 2V
466	SONDA FOLEY N.14 2V
467	SONDA FOLEY N.16 2V
468	SONDA FOLEY N.18 2V
469	SONDA FOLEY N.18 3V
470	SONDA FOLEY N.20 2V
471	SONDA FOLEY N.20 3V
472	SONDA FOLEY N.22 2V
473	SONDA FOLEY N.22 3V
474	SONDA FOLEY N.24 2V
475	SONDA FOLEY N.24 3V
476	SONDA GASTRICA LEV N.06
477	SONDA GASTRICA LEV N.08
478	SONDA GASTRICA LEV N.10
479	SONDA GASTRICA LEV N.12
480	SONDA GASTRICA LEV N.14

481	SONDA GASTRICA LEV N.16
482	SONDA GASTRICA LEV N.18
483	SONDA GASTRICA LEV N.20
484	SONDA RETAL N.14 C/20
485	SONDA RETAL N.16 C/20
486	SONDA RETAL N.20 C/20
487	SONDA RETAL N.22 C/20
488	SONDA RETAL N.28 C/20
489	SONDA RETAL N.30 C/20
490	SONDA RETAL N.32 C/20
491	SONDA URETRAL N.04 C/20 EMBRAME
492	SONDA URETRAL N.06 C/20 EMBRAME
493	SONDA URETRAL N.08 C/20 EMBRAME
494	SONDA URETRAL N.10 C/20 EMBRAME
495	SONDA URETRAL N.12 C/20 EMBRAME
496	SONDA URETRAL N.14 C/20 EMBRAME
497	SONDA URETRAL N.16 C/20 EMBRAME
498	SONDA URETRAL N.18 C/20 EMBRAME
499	SONDA URETRAL N.20 C/20 EMBRAME
500	SORO FISIO. 125ML
501	SORO GLICOSADO 5% 500ML
502	SULFADIAZINA DE PRATA GEN. CREM. 1% 50GR
503	SURGICEL
504	SURGYCRIL VIOLETA 6.0
505	SURGYCRYL VIOLETA 5.0 C/3
506	TALA LUVA ENGLOBANDO D/E
507	TALCO
508	TERMOMETRO CLINICO PRISMATICO INCOTERM
509	TERMOMETRO DIGITAL
510	TERMOMETRO MÁXIMO E MÍNIMA
511	TINTURA DE IODO 2% IDEATEX
512	TOBO CONECTOR DE BAIXA PRESSÃO 60"
513	TORNEIRINHA DESC 3 VIAS
514	TORNIQUETE STRECH BD (LATEX) C/25
515	TOUCA DESC C/ELAST BR C/100
516	TUBO DE SILICONE Nº 203
517	TUBO DE SILICONE Nº 204
518	TUBO DE SILICONE Nº 205
519	TUBO EXTENSOR P/ OXIGÊNIO ASPIRAÇÃO VÁCUO
520	TUBO LATEX
521	VACUOMETRO PROTEC
522	VÁLVULA DE EXALAÇÃO INTER PLUS
523	VALVULA P/ AR COMPRIMIDO
524	VASELINA LIQ 1000ML FBM
525	VICRYL 4.0 C/AG
526	VICRYL 4-0 VIOLETA 5H 70CM
527	VICRYL 8.0 C/2AG C/36
528	VICRYL VIOLETA 2-0 CT 70CM
529	VICRYL VIOLETA 5H 70CM

Padronização de Medicamentos

Unidade de Saúde



Este documento é um modelo técnico desenvolvido pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais da Unidade de Saúde providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência será submetido a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador). A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos.

1 Anti-infecciosos sistêmicos
Aminoglicosídeos

1 Amicacina 500mg 2mL.....	Ampola
2 Amicacina 50mg/mL.....	Ampola
3 Gentamicina 20mg 1mL.....	Ampola
4 Gentamicina 80mg 2mL.....	Ampola
5 Neomicina e bacitracina (pomada) 15g.....	Pomada
6 Neomicina e clostebol (creme) 40g.....	Crema
7 Tobramicina 0,3%	Colírio
8 Tobramicina pomada oftálmica 3,5g.....	Pomada oftálmica

Cefalosporinas

9 Cefadroxil 250mg/5mL.....	Suspensão
10 Cefadroxil 500mg	Comprimido
11 Cefalexina 250mg (suspensão).....	Suspensão
12 Cefalexina 500mg (comp).....	Comprimido
13 Cefalotina sódica 1g.....	Injetável
14 Cefazolina 1g IV / IM.....	Injetável
15 Cefepima 1g IV / IM.....	Injetável
16 Cefotaxima 1g.....	Injetável
17 Ceftazidima 1g.....	Injetável
18 Ceftriaxona 1g IV / IM.....	Injetável
19 Cefuroxima, oxetil 250mg.....	Injetável
20 Cefuroxima, sódica 750mg IV / IM.....	Injetável

Penicilinas

21 Amoxicilina 125mg.....	Suspensão
22 Amoxicilina 250mg.....	Suspensão
23 Amoxicilina 500mg.....	Comprimido
24 Amoxicilina 500mg e Ácido Clavulônico 1250mg.....	Comprimido
25 Ampicilina 500mg.....	Comprimido
26 Ampicilina injetável e sulbactama 3g.....	Injetável
27 Oxacilina 500mg.....	Injetável
28 Penicilina 1.200.000 UI cristalina.....	Injetável
29 Penicilina 5.000.000 UI potássica.....	Injetável

Outros betalactâmicos

30 Imipenem e Cilastatina 500mg Injetável.....	Injetável
--	-----------

Antifúngicos

31 Anfotericina B.....	Injetável
32 Cetoconazol.....	Comprimido
33 Fluconazol.....	Comprimido
34 Nistatina 100.000 UI/mL.....	Líquido
35 Nistatina cr. vag. 60g + aplicador.....	Crema vaginal

Macrolídeos

36 Azitromicina diidratada 200mg/5mL.....	Líquido
37 Eritromicina 500mg.....	Comprimido

Quinolonas

38 Ciprofloxacino 200mg 100mL IV.....	Injetável
39 Ciprofloxacino 2mg/mL.....	Injetável
40 Ciprofloxacino 400mg 200mL IV.....	Injetável
41 Ciprofloxacino 500mg.....	Comprimido
42 Ciprofloxacino 0,35%.....	Colírio
43 Ofloxacino 0,3% 5mL.....	Colírio

Outros antimicrobianos

44 Clindamicina 600mg 4mL.....	Injetável
45 Cloranfenicol + Colagenase 30g.....	Crema
46 Mupirocina.....	Crema
47 Sulfametoxazol 400mg/ trimetoprima 80mg.....	Comprimido
48 Vancomicina 500mg (frasco ampola).....	Injetável
49 Aciclovir 200mg.....	Comprimido
50 Sulfadiazina ácida 500mg.....	Comprimido

2 Analgésicos/ Antipiréticos/ Antiespasmódicos

51 Ácido Acetilsalicílico 100mg.....	Comprimido
52 Dipirona sódica 500mg 10mL gotas.....	Gotas
53 Dipirona sódica 500mg comprimido.....	Comprimido
54 Dipirona sódica 500mg/mL inj.....	Injetável
55 Dipirona, prometaxina, adefenina 2mL.....	Injetável
56 Paracetamol 100mg/mL.....	Gotas
57 Paracetamol 200mg/mL.....	Gotas
58 Paracetamol 500mg.....	Comprimido
59 Paracetamol 750mg.....	Comprimido

3 Anestésicos

Notificação de receita "A"

60 Fentanil 0,05mg/ml 2mL.....	Injetável
61 Alfentanila inj.0,544mg/mL 5mL.....	Injetável
62 Sufentanila inj 50mcg/mL.....	Injetável
63 Sufentanila inj 5mcg/mL.....	Injetável

Notificação de receita "C"

64 Etomidato inj.2mg/mL 10mL.....	Injetável
65 Sevoflurano 100mL.....	Injetável
66 Propofol inj.10mg IV.....	Injetável
67 Thipental inj 0,5mg.....	Injetável
68 Cetamina, cloridrato de, 50mg/mL 10mL.....	Injetável
69 Droperidol inj 1mL 2,5mg/mL.....	Injetável

Anestésicos locais

70 Lidocaina 10% spray 50ML (xylestesin).....	Spray
71 Lidocaina 2% sem vaso.....	Injetável
72 Lidocaina 2% sem vaso 5mL.....	Injetável
73 Lidocaina, cloridrato + glicose (pesada).....	Injetável
74 Lidocaina, cloridrato, geléia 2%.....	Injetável
75 Bupivacaína, cloridrato de + glicose 8%.....	Injetável
76 Bupivacaína, cloridrato de, 0,5% isobárica.....	Injetável
77 Bupivacaína, cloridrato de, c/ epinefrina 0,5%.....	Injetável
78 Bupivacaína, cloridrato de, s/ vaso constritor 0,5%.....	Injetável

Anestésicos locais receita "C"

79 Proximetacaína 0,5% 5mL.....	Colírio
---------------------------------	---------

4 Ansiolíticos

80 Fluoxetina 20mg.....	Comprimido
-------------------------	------------

Notificação de receita "B"

81 Diazepam 10mg comprimido.....	Comprimido
82 Diazepam 10mg 2mL injetável.....	Injetável
83 Diazepam 5mg/mL.....	Injetável
84 Lorazepam 1mg.....	Comprimido
85 Lorazepam 2mg.....	Comprimido

5 Antagonista dos benzodiazepínicos

Notificação de receita "C"

86 Flumazenil inj.0,1mg/mL IV 5mL.....	Injetável
--	-----------

6 Antagonista narcótico

Notificação de receita "C"

87 Naloxona, cloridrato de, 0,4mg/mL.....	Injetável
---	-----------

7 Anti colinésterásicos

88 Atropina 0,25mg/1mL.....	Injetável
89 Neostigmine, metilsulfato 1mL.....	Injetável

8 Anti hemorrágicos

90 Acido Tranexâmico 250mg/5mL.....	Injetável
91 Acido Tranexâmico comprimido.....	Comprimido
92 Protamina inj.1000UI 5mL.....	Injetável

9 Anti histamínicos

93 Dexclorfeniramina, maleato de , 2mg/5mL 100mL.....	Elixir
94 Prometazina (fenegan) comp 25mg.....	Comprimido
95 Prometazina INJ. 50mg 2mL	Injetável
96 Prometazina 20mg/g creme.....	Creme

10 Antianêmicos

97 Acido Fólico 0,2mg/mL gotas.....	Gotas
98 Acido fólico 2mg.....	Comprimido
99 Acido fólico 5mg adulto.....	Comprimido
100 Hidroxido de ferro III polimaltoso 100mg/10mL 100mL.....	Líquido
101 Hidroxido de ferro III polimaltoso 100mg/2mL.....	Injetável
102 Hidroxido de ferro III, i.v. 5mL.....	Injetável
103 Sulfato ferroso 40mg.....	Comprimido
104 Sulfato ferroso 30mL/125mg.....	Gotas

11 Anticonvulsivantes

Notificação de receita "A"

105 Fenobarbital 100mg comprimido.....	Comprimido
106 Fenobarbital gotas 4% 20mL 40mg/mL.....	Gotas
107 Fenobarbital inj 200mg 2mL.....	Injetável

Notificação de receita "C"

108 Fenitonia 100mg comprimido.....	Comprimido
109 Fenitoína inj 50mg/mL 5mL.....	Injetável

12 Antidiabéticos (hipoglicemiantes)

110 Glibenclamida 5mg comprimido.....	Comprimido
111 Insulina humana regular (NOVOLIN R) 10ML.....	Injetável
112 Insulina NPH (humulin N) 10ML.....	Injetável
113 Insulina NPH (novolin N) 10ML.....	Injetável

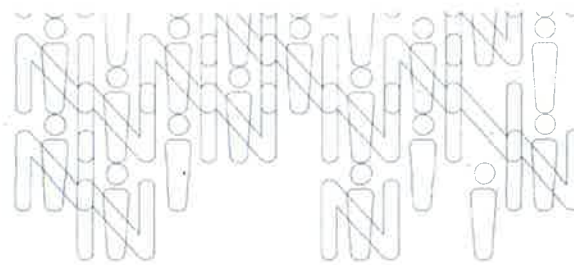
114	Insulina regular (humulin R) 10ML.....	Injetável
13 Antidiarréicos		
115	Loperamida, cloridrato de, 2mg.....	Comprimido
14 Antieméticos		
116	Bromoprida 4mg/mL gotas.....	Gotas
117	Metoclopramida comprimido 10mg.....	Comprimido
118	Metoclopramida, cloridrato de, 10mg/2mL.....	Gotas
119	Domperidona 1mg/mL.....	Comprimido
15 Antiespasmódicos		
120	Escopolamina comprimido 10mg.....	Comprimido
121	Escopolamina e dipirona comprimido.....	Comprimido
122	Escopolamina 20mg/mL inj.....	Injetável
123	Escopolamina e dipirona inj.....	Injetável
16 AntiInflamatórios		
124	Cetoprofeno 50mg.....	Comprimido
125	Diclofenaco de potássio 50mg.....	Comprimido
126	Diclofenaco de potássio 75mg/3mL inj.....	Injetável
127	Diclofenaco de sódio 75mg/3mL inj.....	Injetável
128	Diclofenaco resinato 15mg/mL gotas.....	Gotas
129	Meloxicam 15mg.....	Injetável
130	Tenoxicam 20mg inj.....	Injetável
131	Tenoxicam 40mg inj.....	Injetável
132	Diclofenaco dietilamônio 60g.....	Gel
17 Antiácidos Agonistas de H2		
133	Cimetidina 150mg/mL.....	Injetável
134	Omeprazol comprimido, 20mg.....	Comprimido
135	Omeprazol inj 40mg.....	Injetável
136	Ranitidina comprimido 150mg.....	Comprimido
137	Ranitidina injetável 50mg 2mL.....	Injetável
18 Antiulcerosos		
138	Misoprostol 200mcg comp.....	Comprimido
139	Misoprostol comprimido vaginal 200mcg.....	Comp. Vaginal
19 Broncodilatadores		
140	Aminofilina 100mg.....	Comprimido
141	Aminofilina 200mg.....	Comprimido
142	Aminofilina 24mg/mL.....	Injetável
143	Aminofilina inj, 24mg 10mL.....	Injetável
144	Fenoterol, bromidrato de, 5mg/mL.....	Gotas
145	Terbutalina sol. inj 1mL.....	Injetável
146	Terbutalina, sulfato de, 0,3mg/mL 100mL.....	Líquido
147	Terbutalina, sulfato de, 0,5mg/mL.....	Líquido
148	Ipratrópio, brometo de, 0,25mg/mL.....	Líquido
149	Salbutamol, sulfato de, 0,4mg/mL 120mL.....	Elixir
20 Colírio		
150	Tropicamida solução oftálmica 5mL.....	Colírio
21 Contrastes radiológicos		
151	Optiray (Loversol 68%).....	Líquido
152	Optiray 320 678mg/mL.....	Líquido
22 Corticóides		
153	Dexametazona, fosfato dissódico de, 4mg/mL 2,5mL.....	Injetável
154	Dexametazona 4mg comprimido.....	Comprimido
155	Dexametazona elixir 0,5mg 120mL.....	Elixir
156	Hidrocortisona 100mg S/DIL inj.....	Injetável
157	Hidrocortisona 500mg + DIL.....	Injetável
158	Metilprednisolona 500MG.....	Comprimido
159	Prednisolona, fosfato sódico, 1mg/mL 100mL.....	Líquido
160	Prednisolona, fosfato sódico, 3mg/mL 60mL.....	Líquido
161	Prednisona 5mg.....	Comprimido
162	Prednisona 20mg.....	Comprimido
23 Descongestionantes nasais		
163	Oximetazolina, cloridrato de, 10mL.....	Líquido
24 Expectorante/ Mucolítico		
164	Acetilcisteína nasal solução 20mL.....	Líquido
165	Ambroxol 15mg/5mL.....	Elixir
166	Ambroxol 30mg/5mL.....	Elixir
25 Fármacos do trato gastrointestinal		
Amebíase		
167	Metronidazol 250mg comp.....	Comprimido
168	Metronidazol 400mg comp.....	Comprimido
169	Metronidazol 500mg/ 100mL (5mg/mL).....	Injetável

2

Anti-helmíntico	
170 Albendazol 200mg comprimido.....	Comprimido
171 Albendazol 400mg comprimido.....	Comprimido
172 Albendazol 40mg/mL.....	Líquido
173 Mebendazol 100mg comprimido.....	Comprimido
174 Mebendazol 20mg/mL.....	Líquido
26 Hipnoanalgésicos	
Notificação de receita "A"	
175 Morfina inj. 1mg/mL.....	Injetável
176 Morfina inj. 50mg/mL.....	Injetável
177 Petidina 50mg/mL.....	Injetável
Antitussígeno	
178 Belacodid gotas.....	Gotas
Notificação de receita "C"	
179 Nalbufina, cloridrato de, 10mg 1mL.....	Injetável
180 Codeína 30mg e Paracetamol comprimido.....	Comprimido
181 Codeína inj 30mg/mL.....	Injetável
182 Tramadol 100mg 2mL.....	Injetável
Hipnóticos	
Notificação de receita "B"	
183 Midazolan 15mg comprimido.....	Comprimido
184 Midazolan 15mg/3mL inj.....	Injetável
27 Neurolépticos	
185 Haloperidol 2mg/mL solução oral.....	Solução oral
186 Clorpromazina inj. 25mg 5mL.....	Injetável
187 Levomepromazina (Levozine) 100mg.....	Comprimido
188 Levomepromazina (Levozine) 25mg.....	Comprimido
189 Levomepromazina (Levozine) 40mg/mL 20mL 4%.....	Gotas
28 Laxantes antispasmodicos	
190 Dimeticona 75mg/mL.....	Gotas
191 Fleet enema 130mL.....	Enema
192 Lactulona 500mg/mL 120mL.....	Elixir
193 Oleo Mineral 200mL.....	Líquido
194 Bisacodil 5mg.....	Comprimido
195 Agarol.....	Líquido
29 Medicamentos Cardiovasculares	
Anti-hipertensivos	
196 Amilorida, cloridrato de, e Hidroclorotiazida	Comprimido
197 Captopril 12,5mg.....	Comprimido
198 Captopril 25mg.....	Comprimido
199 Captopril 50mg.....	Comprimido
200 Hidralazina inj 20mg/mL 1mL	Injetável
201 Metildopa 250mg.....	Comprimido
202 Metildopa 500mg.....	Comprimido
203 Nitroprussiato de sódio 25mg/mL.....	Injetável
204 Nitroprussiato de sódio inj..50mg 2mL.....	Injetável
Antiarrítmicos	
205 Amiodarona cpr. 200mg.....	Comprimido
206 Amiodarona, cloridrato de 50mg/mL.....	Líquido
Anticoagulantes	
207 Heparina sódica 5000UI/0,25mL sub-cutânea.....	Injetável
208 Heparina sódica 5000UI/mL.....	Injetável
209 Varfarina sódica 5mg.....	Comprimido
Antilipídêmicos (hipolipemiantes)	
210 Sinvastatina 40mg.....	Comprimido
Beta-bloqueadores adrenérgicos	
211 Atenolol 100mg.....	Comprimido
212 Atenolol 25mg.....	Comprimido
213 Atenolol 50mg.....	Comprimido
214 Carvedilol 3,125mg.....	Comprimido
215 Esmolol 10mcg.....	Injetável
216 Metoprolol, succinato, 100mg.....	Comprimido
217 Metoprolol, tartarato de, 5mL c/ seringa.....	Injetável
218 Metoprolol, tartarato de, 5mL.....	Injetável
219 Propranolol 40mg.....	Comprimido
Bloqueadores dos canais de cálcio	
220 Nifedipina retard 10mg.....	Comprimido
221 Nifedipino 10mg.....	Comprimido
222 Nifedipino 20mg.....	Comprimido
223 Verapamil inj. 5mg/ 2mL.....	Injetável
224 Nimodipina cpr 30mg.....	Comprimido

Cardiotônicos e antiarrítmicos	
225 Digoxina 0,25mg.....	Comprimido
226 Digoxina elixir ped 60mL.....	Elixir
Antianginosos	
227 Diltiazem 30mg.....	Comprimido
228 Isossorbida cpr. 10mg.....	Comprimido
229 Isossorbida subl. Cpr. 5mg.....	Comprimido
230 Isossorbida, mononitrato de, 10mg/mL.....	Comprimido
231 Isossorbida, dinitrato de, 5mg.....	Comprimido
Trombolíticos	
232 Estreptoquinase 750.000 UI.....	Injetável
Vasodilatador periférico	
233 Pentoxifilina 20mg/mL.....	Injetável
234 Pentoxifilina 400mg.....	Comprimido
30 Hipertensores simpaticomiméticos	
235 Epinefrina, hemitartrato de.....	Injetável
236 Norepinefrina, bitartrato de, 8mg/4mL 4mL.....	Injetável
237 Dopamina, cloridrato de, 50mg/mL 10mL.....	Injetável
238 Dobutamina inj 250mg 20mL.....	Injetável
31 Diuréticos	
239 Espironolactona 100mg comprimido.....	Comprimido
240 Espironolactona 25mg comprimido.....	Comprimido
241 Furosemida 40mg comprimido.....	Comprimido
242 Furosemida inj. 10mg/ mL 2mL.....	Injetável
243 Hidroclorotiazina + cloridrato de amlodarona comprimido.....	Comprimido
244 Hidroclorotiazida 50mg comprimido.....	Comprimido
245 Indapamida 1,5mg.....	Comprimido
32 Relaxante da musculatura lisa	
246 Alprostadil 20mcg.....	Injetável
33 Relaxante neuromuscular	
247 Atracúrio, besilato de, 10mg/mL 2,5mL.....	Injetável
34 Bloqueador neuromuscular não despolarizante	
248 Survanta susp 25mg/mL 4mL.....	Injetável
249 Survanta susp. 25mg/mL 8mL.....	Injetável
250 Curosurf 120mg amp. 1,5mL.....	Injetável
251 Pancurônio 2mg/mL 2mL.....	Injetável
252 Vecurônio, brometo de, 4mg.....	Injetável
35 Antiparasitários	
253 Benzoato de benzila.....	Loção
254 Delatametrina.....	Shampoo
255 Ivermectina 6mg c/04.....	Comprimido
36 Vitaminas	
256 CITONEURIN INJ 5000 (CIANOTRAT 5000)	
257 FOLSANG B12 AMP	
258 POLIVITAMINICO 2ML IM	
259 COMBIRON C/45 COMP	
260 TIAMAZOL 10MG	
37 Outros	
261 Ácidos graxos (loção oleosa)	
262 CEPACAINA SOL.100ML	
263 CLOBUTINOL, CLORIDRATO DE, 20ML (Silomat)	
264 CLOTRIMASOL CR.20G (GENER)	
265 COLAGENASE 45G	
266 ETILEFRINA, CLORIDRATO DE, (EFORTIL) INJ.10MG/ML 1ML	
267 FENAZOPIRIDINA CPR 100MG C/25 (UROVIT) BIO MACRO	
268 FLUIR C/ 30 CAP+ INALADOR	
269 HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO (LEITE MAGNESIA) 120ML	
270 ISOXSUPRINA, CLORIDRATO DE, 10MG	
271 ISOXSUPRINA, CLORIDRATO DE, 5MG/ML	
272 LEVOTIROXINA SÓDICA 88MCG	
273 LIDOPIDINA, CLORIDRATO DE, 250MG	
274 MACRODANTINA CPR.100MG C/24	
275 MEDROXIPROGESTERONA 150MG/MLC/1CONTRACEP	
276 METILERGOMETRINA, MALEATO DE, 0,125MG	
277 METRONIDAZOL GEL 100MG/G	
278 MIFLASONA CPS.400MCG C/60	
279 NITROGLICERINA 50MG	
280 NOVABUPI INJ.0.5% C/V 10X20ML	
281 ORMIGREIN	
282 OXIDO DE ZINCO 50GR	
283 OXITOCINA (OXITON) INJ.5UI/ML 50X1ML	
284 OXITON (SYNTOCINO) SPRAY 5ML	
285 PARTOGAMA 250MCG (1250UI) 1 SER/1ML	
286 PRIMETAMINA 25MG	
287 PROTAMINA INJ.1000UI 25X5ML	

288 RETINOL, ACETATO+ AMINOÁCIDOS+ METIONINA+ CLORANFENICOL (EPITEZAM) POM OFT 3,5G
289 SEDALENE GTS 10ML
290 SULFADIAZINA DE PRATA 400G
291 SULFATO MAGNÉSIO 50%10
292 SUXAMETÔNIO 100MG FR/AMP
293 TINTURA DE IODO 2% IDEATEX
294 TRIDIL INJ.50MG 10ML

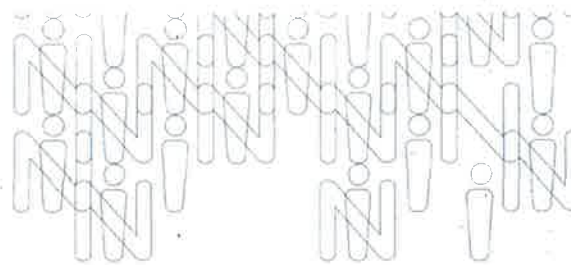


PROTOCOLO TÉCNICO DE CONTROLE DE ESTOQUE DE INSUMOS E MEDICAMENTOS

Unidade de Saúde

Este documento é um modelo técnico desenvolvido pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais da Unidade de Saúde providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência será submetido a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador). A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos.





1. INTRODUÇÃO

Este protocolo estabelece as diretrizes e procedimentos técnicos para o controle de estoque e a gestão de medicamentos e insumos farmacêuticos nas unidades de saúde sob gestão da Organização Social (OS) em conformidade com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), as Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e demais legislações pertinentes ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A gestão eficiente e segura do estoque de medicamentos é fundamental para garantir o acesso da população aos tratamentos necessários, assegurar a qualidade e a eficácia terapêutica, evitar desperdícios e perdas, e otimizar o uso dos recursos públicos. Este protocolo visa padronizar os processos relacionados ao ciclo da assistência farmacêutica, desde o recebimento até a dispensação, garantindo a rastreabilidade, a conservação adequada e o uso racional dos medicamentos.

2. OBJETIVOS

- Padronizar os procedimentos de recebimento, armazenamento, controle de estoque, distribuição e dispensação de medicamentos e insumos farmacêuticos nas unidades de saúde gerenciadas pela OS.
- Garantir a qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos disponibilizados aos usuários do SUS.
- Assegurar o abastecimento contínuo e adequado das unidades, evitando faltas e excessos de estoque.
- Otimizar o controle de validade dos produtos, minimizando perdas por vencimento.
- Promover o uso racional de medicamentos.
- Garantir a rastreabilidade dos medicamentos e insumos.
- Cumprir as exigências legais e normativas vigentes para a assistência farmacêutica no SUS.

3. ESCOPO

Este protocolo aplica-se a todas as unidades de saúde sob gestão da OS que realizem recebimento, armazenamento, controle, distribuição e/ou dispensação de medicamentos e insumos farmacêuticos.

Aplica-se a todos os profissionais envolvidos no ciclo da assistência farmacêutica, incluindo farmacêuticos, auxiliares de farmácia, técnicos de enfermagem, enfermeiros e demais colaboradores responsáveis por alguma etapa do processo.

4. DEFINIÇÕES

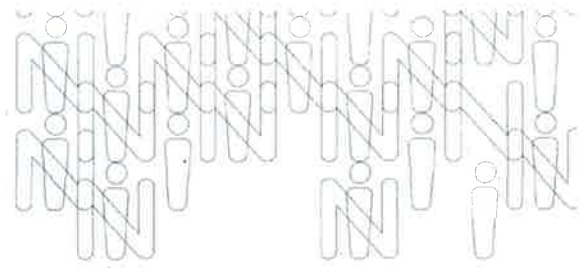
Para fins deste protocolo, adotam-se as seguintes definições (adaptadas de BRASIL, 1990 e outras normativas):





- **Assistência Farmacêutica:** Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando promover o seu acesso e o seu uso racional.
- **Boas Práticas de Armazenamento:** Conjunto de normas e procedimentos que visam garantir a qualidade e a segurança dos medicamentos durante o processo de estocagem.
- **Boas Práticas de Dispensação:** Conjunto de procedimentos que visam garantir que o medicamento correto seja entregue ao paciente certo, na dose e quantidade prescritas, com informações adequadas para o uso seguro e eficaz.
- **Controle de Estoque:** Conjunto de atividades, procedimentos e técnicas que permitem garantir a qualidade e a quantidade correta de medicamentos e insumos, no local e momento adequados, otimizando custos e evitando perdas.
- **Dispensação:** Ato farmacêutico de fornecer um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento.
- **Estocagem/Armazenamento:** Conservação racional e segura de medicamentos e insumos, em condições que garantam a manutenção de suas características originais de qualidade, segurança e eficácia.
- **Insumo Farmacêutico:** Matéria-prima ou material de embalagem empregado na fabricação ou dispensação de medicamentos.
- **Medicamento:** Produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.
- **Medicamento Termolábil:** Medicamento que requer condições especiais de temperatura para sua conservação (geralmente entre +2°C e +8°C).
- **Medicamento Sujeito a Controle Especial:** Medicamento que contém substâncias listadas nas Portarias da ANVISA (principalmente a Portaria SVS/MS nº 344/98 e suas atualizações), cujo controle é mais rigoroso devido ao potencial de abuso ou dependência.
- **Número do Lote:** Designação impressa no rótulo e na embalagem de medicamentos, que permite identificar a partida, série ou lote a que pertencem, para em caso de necessidade, localizar e rever todas as operações de fabricação e inspeção praticadas durante a produção.
- **Prazo de Validade:** Data limite para a utilização de um produto, indicada pelo fabricante com base em testes de estabilidade, mantidas as condições de armazenamento e transporte recomendadas.





- **Primeiro que Vence, Primeiro que Sai (PVPS):** Sistema de gerenciamento de estoque que prioriza a saída dos produtos com prazo de validade mais próximo.
- **Rastreabilidade:** Capacidade de traçar o histórico, a aplicação ou a localização de um item por meio de identificações registradas.
- **Recebimento:** Ato de receber os medicamentos e insumos, conferindo a documentação fiscal e as condições dos produtos.
- **REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais):** Lista de medicamentos padronizados pelo município, considerados essenciais para atender às necessidades de saúde da população local.

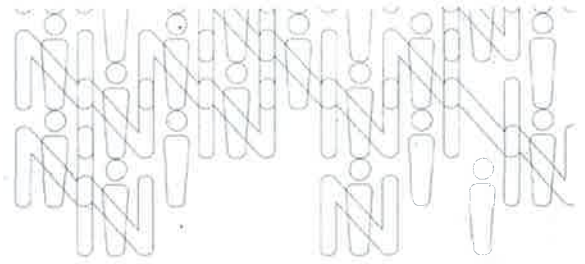
5. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP)

A OS deverá elaborar e implementar Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) detalhados para cada etapa do ciclo da assistência farmacêutica, em conformidade com este protocolo e as normativas vigentes. Os POPs devem ser revisados periodicamente e estar disponíveis para consulta de todos os profissionais envolvidos.

5.1. Recebimento de Medicamentos e Insumos

1. **Local:** O recebimento deve ocorrer em área designada, separada da área de armazenamento e dispensação, limpa e organizada.
2. **Conferência Documental:** Conferir a Nota Fiscal (NF) ou documento de entrega com o pedido realizado, verificando quantidades, descrições, lotes, validade e valores.
3. **Inspeção Visual:** Inspeccionar as embalagens quanto à integridade (ausência de avarias, violações, umidade), legibilidade dos rótulos (nome do produto, lote, validade, fabricante, registro MS) e conformidade com as especificações.
4. **Condições de Transporte:** Verificar se as condições de transporte foram adequadas, especialmente para produtos termolábeis (verificar indicador de temperatura, se houver).
5. **Registro:** Registrar a entrada dos produtos no sistema informatizado de controle de estoque (ou em planilhas/livros de controle, caso o sistema não esteja implementado), incluindo data de recebimento, fornecedor, número da NF, nome do produto, lote, validade, quantidade recebida e nome do responsável pelo recebimento.
6. **Quarentena:** Produtos com não conformidades (documentais ou físicas) devem ser segregados em área de quarentena, devidamente identificada, até a resolução do problema (devolução, troca, etc.).
7. **Armazenamento Imediato:** Após a conferência e registro, os produtos aprovados devem ser imediatamente encaminhados para a área de armazenamento adequada.





5.2. Armazenamento de Medicamentos e Insumos

1. Condições Ambientais:

- Manter a área de estoque limpa, seca, ventilada e protegida da luz solar direta e de fontes de calor.
- Controlar e registrar a temperatura e umidade ambiente diariamente, utilizando termo-higrômetros calibrados. Faixas recomendadas: Temperatura entre 15°C e 30°C (ou conforme especificação do fabricante); Umidade relativa do ar abaixo de 60%.
- Medicamentos termolábeis devem ser armazenados em refrigeradores exclusivos para medicamentos, com temperatura controlada entre +2°C e +8°C, com registro diário (mínima e máxima).
- Refrigeradores devem possuir sistema de alarme para variações de temperatura e plano de contingência para falta de energia.

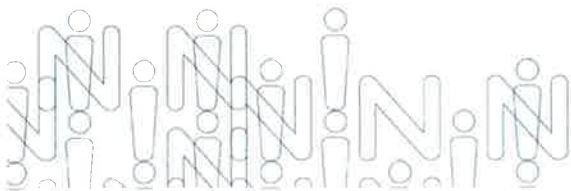
2. Organização:

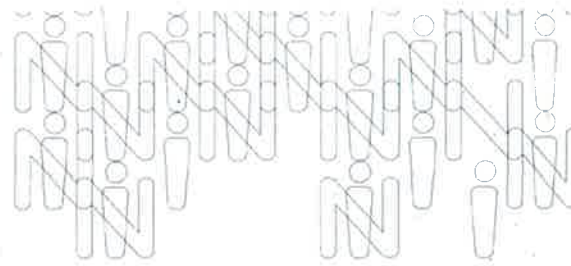
- Armazenar os produtos em prateleiras ou estrados, nunca diretamente no chão.
- Manter distância mínima entre os produtos, paredes e teto para permitir a circulação de ar.
- Organizar os produtos por ordem alfabética, grupo farmacológico ou curva ABC, de forma a facilitar a localização.
- Aplicar o sistema PVPS (Primeiro que Vence, Primeiro que Sai) rigorosamente. Identificar claramente os produtos com validade próxima.
- Separar produtos de uso interno dos destinados à dispensação.
- Manter área segregada e identificada para produtos vencidos, avariados, recolhidos ou em quarentena, aguardando descarte ou devolução.

3. Segurança:

- Acesso restrito à área de estoque, permitido apenas a pessoal autorizado.
- Medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria 344/98) devem ser armazenados em local seguro, trancado, sob a responsabilidade do farmacêutico, com escrituração em sistema informatizado ou livros específicos, conforme legislação.

4. Inspeção Periódica: Realizar inspeções visuais frequentes no estoque para verificar a integridade das embalagens, condições de armazenamento e identificar precocemente produtos próximos ao vencimento ou com alterações visíveis.





5.3. Controle de Estoque

1. **Sistema de Gerenciamento:** Utilizar sistema informatizado para controle de estoque, que permita o registro de entradas, saídas, lotes, validades e quantidades em tempo real. Na ausência de sistema, utilizar planilhas eletrônicas ou livros de registro padronizados.

2. Inventário:

- Realizar inventários rotativos periódicos (semanais ou quinzenais) para grupos específicos de medicamentos (controlados, alto custo, curva A).
- Realizar inventário geral completo pelo menos uma vez ao ano.
- Investigar e corrigir quaisquer discrepâncias encontradas entre o estoque físico e o registrado no sistema.

3. **Estoque Mínimo e Máximo:** Definir níveis de estoque mínimo e máximo para cada item, considerando o consumo médio mensal (CMM), tempo de reposição, sazonalidade e prazo de validade, a fim de evitar faltas e excessos.

4. **Monitoramento de Validade:** Implementar sistema de alerta para produtos com validade próxima (ex: 3 a 6 meses antes do vencimento). Realizar busca ativa mensal desses produtos e priorizar sua dispensação ou remanejamento.

5. **Controle de Perdas:** Registrar todas as perdas (vencimento, avaria, roubo, etc.), investigar as causas e implementar ações corretivas.

6. **Relação Municipal de Medicamentos (REMUME):** O controle de estoque deve priorizar os itens padronizados na REMUME.

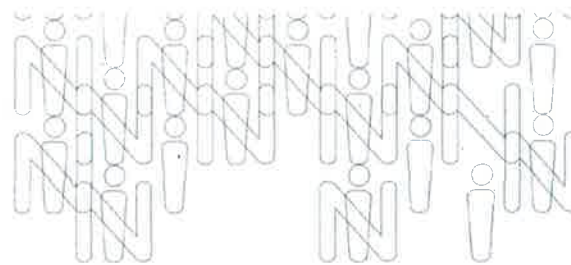
7. **Divulgação de Estoques:** Cumprir a legislação vigente (Lei nº 14.654/2023) sobre a divulgação quinzenal dos estoques de medicamentos das farmácias do SUS na internet, em plataforma designada pela gestão municipal ou estadual.

5.4. Distribuição Interna (entre unidades ou setores)

1. **Requisição:** A solicitação de medicamentos e insumos por outras unidades ou setores deve ser feita por meio de formulário padronizado ou sistema informatizado.

2. **Separação:** A separação deve ser realizada por profissional capacitado, conferindo item, lote, validade e quantidade solicitada.





3. **Registro de Saída:** Registrar a saída dos produtos no sistema de controle de estoque.

4. **Transporte:** Garantir condições adequadas de transporte interno, especialmente para termolábeis (caixas térmicas com controle de temperatura).

5. **Conferência no Destino:** A unidade/setor requisitante deve conferir os produtos recebidos e confirmar o recebimento.

5.5. Dispensação de Medicamentos

1. **Responsabilidade Técnica:** A dispensação é ato privativo do farmacêutico ou realizado sob sua supervisão direta, por profissional qualificado (auxiliar de farmácia).

2. **Receita Médica/Odontológica:** A dispensação deve ocorrer mediante apresentação de receita válida, legível e em conformidade com a legislação (Portaria 344/98 para controlados, etc.).

3. **Análise da Prescrição:** O farmacêutico deve analisar a prescrição quanto à legibilidade, adequação da dose, via de administração, interações medicamentosas potenciais, duplicidade terapêutica e conformidade com protocolos clínicos.

4. **Orientação ao Paciente:** Fornecer orientação clara e completa ao paciente (ou cuidador) sobre como utilizar o medicamento (dose, horário, via, duração do tratamento), possíveis reações adversas, interações, condições de conservação e descarte adequado. A orientação deve ser verbal e, sempre que possível, reforçada por escrito.

5. **Conferência:** Conferir o medicamento separado com a receita antes da entrega ao paciente (nome, concentração, forma farmacêutica, lote, validade).

6. **Registro da Dispensação:** Registrar a dispensação no sistema informatizado ou livro de registro, incluindo dados do paciente, prescritor, medicamento dispensado (lote, validade, quantidade) e data.

7. **Gratuidade:** Assegurar a dispensação totalmente gratuita aos usuários do SUS.

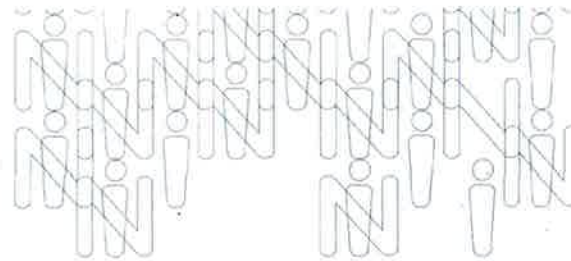
8. **Dispensários:** Nos dispensários localizados nas UBS e CAPS, garantir a presença ou supervisão farmacêutica e seguir os mesmos critérios técnicos de armazenamento e dispensação da farmácia central, adaptados à estrutura local.

9. **Medicamentos Controlados:** Seguir rigorosamente os procedimentos da Portaria 344/98 para escrituração, balanços (BMPO, BSPO), guarda e dispensação, sob responsabilidade do farmacêutico.

5.6. Gerenciamento de Produtos Vencidos ou Impróprios para Uso

1. **Segregação:** Retirar imediatamente do estoque ativo e armazenar em área segregada, identificada como "PRODUTOS VENCIDOS/IMPRÓPRIOS PARA USO".





2. **Registro:** Registrar a baixa no sistema de controle de estoque.

3. **Descarte:** Realizar o descarte conforme legislação ambiental e sanitária vigente (RDC ANVISA nº 222/2018), por meio de empresa especializada contratada para coleta, transporte, tratamento e destinação final de resíduos de serviços de saúde (Grupo B - químicos).

4. **Documentação:** Manter registros e documentos comprobatórios do descarte adequado.

6. RESPONSABILIDADES

Farmacêutico: Responsável técnico por todas as etapas do ciclo da assistência farmacêutica na unidade; supervisão das atividades; garantia do cumprimento das normas; escrituração de controlados; orientação aos pacientes e equipe; controle de qualidade.

Auxiliar de Farmácia/Técnico: Execução das atividades de recebimento, armazenamento, separação, controle de validade, organização do estoque e dispensação sob supervisão do farmacêutico.

Gestor da Unidade/Coordenação OS: Prover as condições adequadas de infraestrutura, equipamentos e recursos humanos; garantir o cumprimento do protocolo; monitorar indicadores; articular com a Secretaria Municipal de Saúde.

Demais Profissionais: Colaborar com o uso racional de medicamentos; seguir os fluxos de solicitação e devolução; notificar queixas técnicas ou reações adversas.

Organização Social (Contratada): Garantir a estrutura administrativa e técnica necessária; contratar e qualificar pessoal; prover materiais e equipamentos; cumprir as obrigações contratuais e legais; prestar contas à Secretaria Municipal de Saúde.

Secretaria Municipal de Saúde (Contratante): Fornecer a REMUME; prover recursos financeiros conforme contrato; fiscalizar e avaliar a execução do contrato e o cumprimento do protocolo; definir fluxos e políticas municipais.

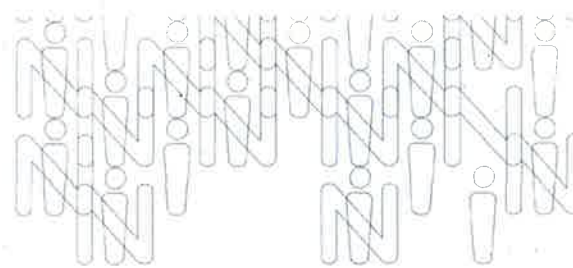
7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O cumprimento deste protocolo e o desempenho da gestão de estoque e medicamentos serão monitorados por meio de:

• Indicadores:

- Percentual de conformidade no armazenamento (temperatura, umidade, organização).
- Índice de acurácia do estoque (conformidade entre físico e sistema).
- Percentual de perdas por vencimento e avaria.





- Cobertura de estoque (tempo que o estoque atual cobre a demanda).
- Percentual de atendimento das requisições/prescrições.
- Número de não conformidades identificadas em auditorias.
- Índice de satisfação dos usuários com a farmácia.

• **Auditorias Internas:** Realização de auditorias periódicas pela OS para verificar o cumprimento dos POPs e deste protocolo.

• **Supervisão Farmacêutica:** Acompanhamento contínuo das atividades pelo farmacêutico responsável.

• **Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT):** Análise de indicadores, avaliação da REMUME e proposição de melhorias (se aplicável).

• **Fiscalização da SMS:** Acompanhamento e avaliação pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme previsto no contrato de gestão.

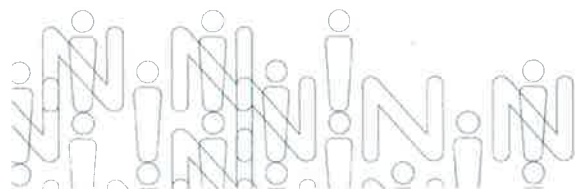
• **Relatórios Gerenciais:** Análise dos relatórios de estoque, consumo, perdas e dispensação.

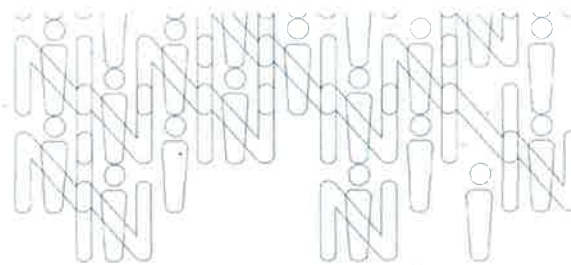
8. REVISÃO DO PROTOCOLO

Este protocolo será revisado anualmente ou sempre que houver mudanças significativas na legislação, nas diretrizes do SUS, no contrato de gestão ou nos processos internos, sob a coordenação do farmacêutico responsável e com aprovação da gestão da OS e da Secretaria Municipal de Saúde.

9. REFERÊNCIAS utilizadas para construção do POP

- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Central de Medicamentos. Boas Práticas para Estocagem de Medicamentos. Brasília, 1990.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras



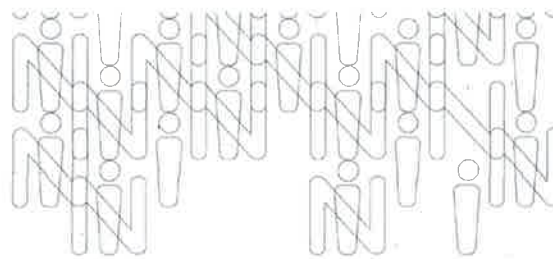


providências.

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. (Aplicável no que couber)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resoluções pertinentes à prática farmacêutica e assistência farmacêutica.
- BRASIL. Lei nº 14.654, de 23 de agosto de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para tornar obrigatória a divulgação dos estoques dos medicamentos das farmácias que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS).

(Outras normativas e manuais técnicos relevantes podem ser adicionados conforme necessidade)



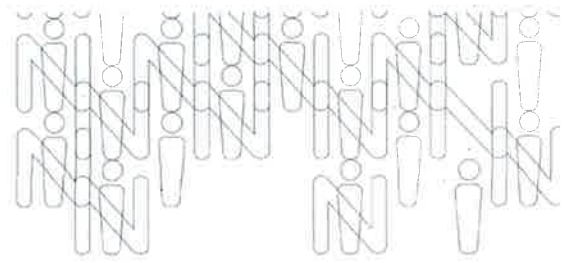


MANUAL DE CONTROLE DE PATRIMÔNIO

Unidade de Saúde

Este documento é um modelo técnico desenvolvido pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais da Unidade de Saúde providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência será submetido a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador). A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos.





Manual de Controle de Patrimônio – Serviços de Saúde

1. Objetivo

Estabelecer normas e procedimentos para o controle, registro, conservação, movimentação e baixa de bens patrimoniais permanentes nas unidades de saúde e farmácias, assegurando a integridade e disponibilidade dos ativos.

2. Abrangência

Este manual aplica-se a todos os setores da rede de saúde sob gestão, incluindo:

- Farmácias (central e satélites)
- Unidades Básicas de Saúde
- Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)
- Hospitais e ambulatórios
- Setores administrativos vinculados

3. Definições

- Bem permanente: item não consumível com vida útil superior a 2 anos (ex: mobiliário, equipamentos médicos).
- Tombamento: registro oficial de um bem no sistema patrimonial.
- Etiqueta patrimonial: identificação física com número de tombamento.
- Responsável patrimonial: servidor designado por setor que responde pela guarda e uso correto dos bens.

4. Cadastro e Tombamento

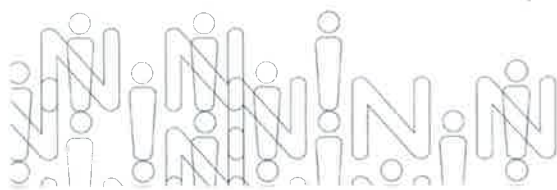
Todos os bens adquiridos, doados ou transferidos devem ser cadastrados imediatamente no sistema de patrimônio.

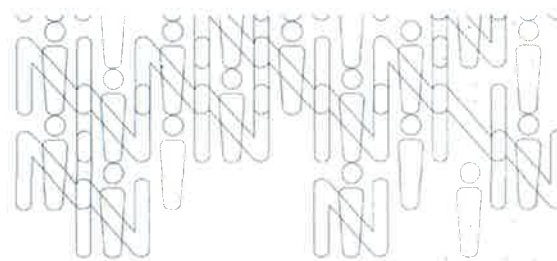
O cadastro deve conter: descrição detalhada, número de série (se aplicável), valor de aquisição, data de entrada, localização e responsável.

Os bens devem receber etiqueta patrimonial numerada e codificada por setor.

5. Distribuição e Movimentação

Toda movimentação de bens entre setores deve ser autorizada formalmente e registrada.





A movimentação deve incluir: termo de transferência, atualização de localização no sistema e assinatura do novo responsável.

6. Inventário Físico

Realizar inventário físico anual por setor.

Também em casos de: troca de gestor da unidade, encerramento de contrato, furtos ou avarias.

Verificar existência física, estado de conservação e correspondência com o sistema.

7. Conservação e Responsabilidade

Cada unidade é responsável pela boa guarda e conservação dos bens sob sua responsabilidade.

Equipamentos devem ser utilizados conforme manuais e receber manutenção periódica.

Danos por mau uso poderão resultar em responsabilização administrativa.

8. Baixa Patrimonial

A baixa de bens deve seguir critérios: inservibilidade, desvio, furto (com boletim de ocorrência), transferência definitiva.

Todos os casos exigem relatório técnico, termo de baixa e atualização no sistema patrimonial.

9. Ferramentas de Apoio

Sistema informatizado de patrimônio (ex: Sigepe, Protheus, SouGov, ou sistema próprio).

Checklist de inventário.

Modelo de termo de responsabilidade.

Plano de manutenção preventiva de equipamentos.

10. Monitoramento e Auditoria

A gestão patrimonial será auditada periodicamente pela equipe de controle interno.

Indicadores de desempenho: % de bens localizados, % com manutenção em dia, tempo médio de regularização.

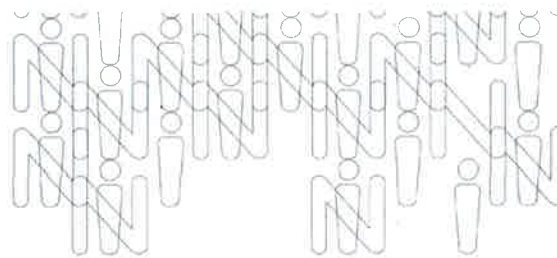
11. Treinamento

Os responsáveis patrimoniais devem receber capacitação anual.

O treinamento abordará: normas deste manual, uso do sistema, boas práticas de conservação.



Handwritten signature



Modelos de Formulários

Modelo – Termo de Responsabilidade Patrimonial

Declaro, para os devidos fins, que recebi os bens patrimoniais descritos abaixo, comprometendo-me a zelar pela sua conservação, guarda e uso adequado, conforme as normas do Manual de Controle de Patrimônio da instituição.

Nome do Responsável: _____

Setor: _____

Data: ____/____/____

Descrição dos Bens:

Assinatura do Responsável: _____

Modelo – Termo de Transferência de Bens

Identificação do Bem:

- Número de Tombamento: _____

- Descrição: _____

- Situação: _____

Setor de Origem: _____

Setor de Destino: _____

Responsável (Origem): _____

Assinatura: _____

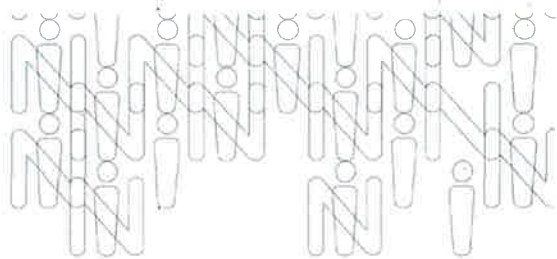
Responsável (Destino): _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____



2



Data do Inventário: ____/____/____

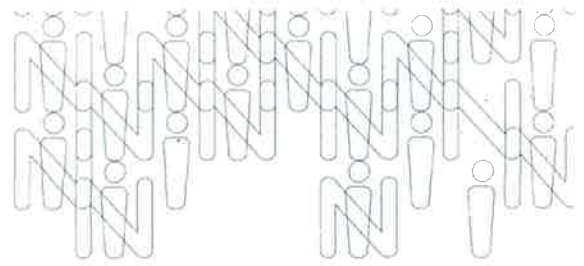
Nº Tombamento	Descrição do Bem	Situação	Localização Atual	Observações

Responsável pelo Inventário: _____

Assinatura: _____



2

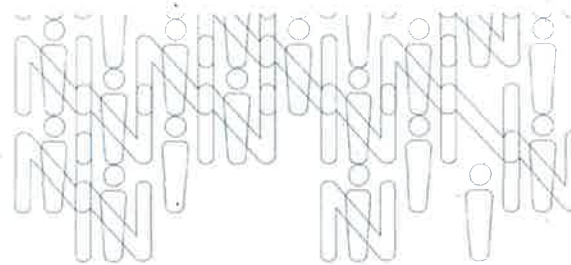


PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - MANUTENÇÃO PREDIAL

Unidade de Saúde

Este documento é um modelo técnico desenvolvido pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais da Unidade de Saúde providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência será submetido a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador). A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos.





1. OBJETIVO

Estabelecer a sistematização de realização de manutenção predial, corretiva e preventiva nas instalações e mobiliários da Entidade.

2. RESPONSABILIDADES

Elaboração e revisão: Gerência de Infraestrutura

Execução: Setor de Infraestrutura

3. DEFINIÇÕES

3.1. Manutenção Preventiva - Consiste no Planejamento e execução de atividades, objetivando manter as instalações e mobiliários em estado de uso a fim de prevenir paradas no processo de funcionamento da Entidade.

3.2. Manutenção Corretiva - Ocorre quando há necessidade de intervenções nas instalações e/ou mobiliários por desvios da normalidade, problemas técnicos ou outros motivos. É realizada fora do planejado.

3.3. Terceirização - É a contratação de serviços por meio de empresa, intermediária (interposta) entre o tomador de serviços e a mão-de-obra, mediante contrato de prestação de serviços. Caso necessário, as Manutenções Corretivas e/ou Preventivas podem ser realizadas por empresas externas, desde que comprovadas as suas qualificações técnicas.

4. PROCEDIMENTO

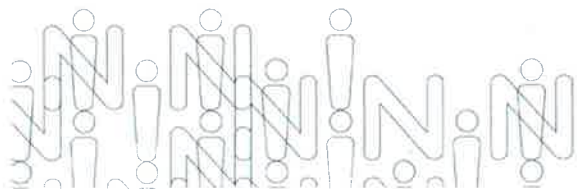
4.1. Plano de Manutenção Preventiva

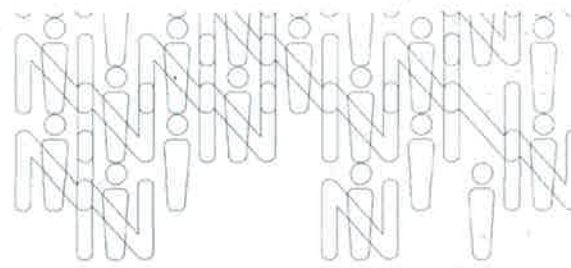
Deve ser elaborado um Plano de Manutenção Preventiva, com a previsão das manutenções a serem executadas, com periodicidade: diária, semanal, mensal, semestral e anual.

A manutenção deve ser executada pelo colaborador da Infraestrutura e utilizar um formulário específico para Ordens de Serviço.

Quando houver qualquer anormalidade em alguma instalação e/ou mobiliário ou por algum motivo, os mesmos, ficarem desocupados, a Manutenção Preventiva, poderá ser antecipada, ou adiada até data anterior a confirmação da nova ocupação.

Os mobiliários que fazem parte do Plano de Manutenção Preventiva são: mesas, cadeiras e armários.





Se o colaborador de Infraestrutura não executar o Plano de Manutenção Preventiva do mês das instalações e /ou mobiliários, a manutenção deverá ser prorrogada por até 30 dias, desde que não prejudique o desempenho das atividades realizadas e realização de justificativa para a não execução no prazo pré-estabelecido.

Nota 1: Quando se tratar e se houver Contratação de Terceiros, a manutenção dos mobiliários que não são de propriedade da Entidade será realizada pela empresa responsável pelo aluguel dos mesmos, devendo ser emitido um documento próprio que comprove a execução do serviço de manutenção. O referido documento deverá ser arquivado pelo setor de Infraestrutura.

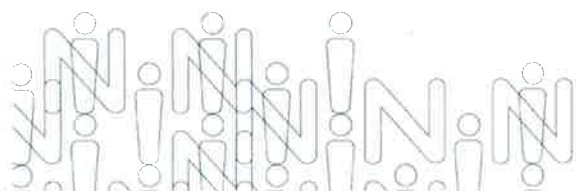
Nota 2: Quando houver a necessidade de realizar manutenção por terceiros, o referido setor deverá verificar se existe um contrato para execução do serviço desejado, caso contrário, o mesmo deverá proceder conforme critérios estabelecidos.

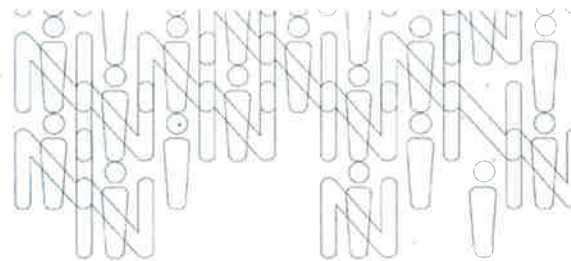
4.2. Manutenção Corretiva

Na identificação de não conformidades e/ou desvios nas funcionalidades das instalações e/ou mobiliários, os quais requeiram manutenção corretiva, o setor de Infraestrutura deverá realizar uma avaliação preliminar, identificando a necessidade ou não de terceirização do serviço, bem como verificar se existe contrato de manutenção para execução do serviço desejado. Caso contrário, o mesmo, deverá proceder conforme critérios estabelecidos pelo procedimento.

Serviços realizados por operacional próprio: substituição de lâmpadas, tomadas, pequenos reparos civis, elétricos e hidrossanitários.

No caso de solicitação do serviço terceirizado de manutenção, após a execução, o setor de Infraestrutura atesta a Nota Fiscal emitida pela empresa contratada para que o serviço de manutenção seja dado como aceito, fechando desta forma, o processo de Manutenção Corretiva, assegurando a Prestação de Contas.





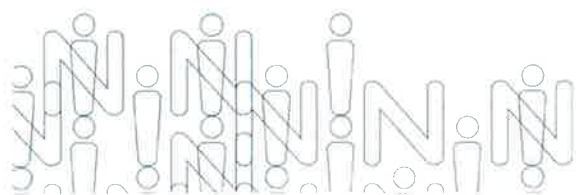
PLANO DE CONTINGÊNCIA INSTITUCIONAL

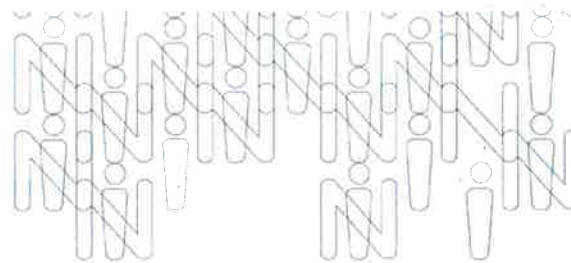
Unidade de Saúde

Este documento é um modelo técnico desenvolvido pela Organização Social e será disponibilizado para que os profissionais da Unidade de Saúde providenciem sua adaptação às especificidades locais, conforme preconizam os processos gerenciais. Na sequência será submetido a aprovação do responsável técnico local (RT – Médico, Enfermeiro, Administrador). A partir da aprovação será cadastrado e disseminado para toda equipe, através de treinamentos.

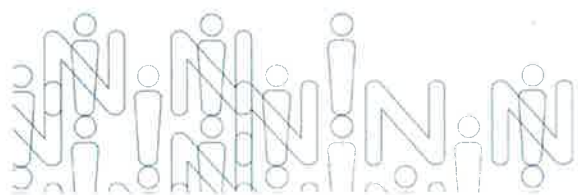
Sumário

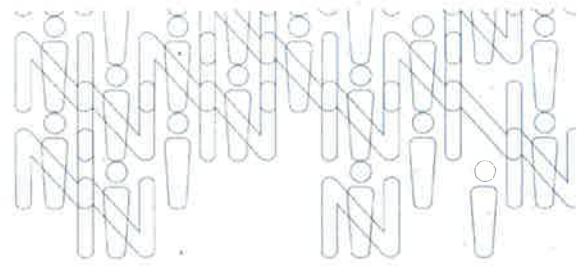
1.	INTRODUÇÃO	4
2.	OBJETIVOS GERAIS	4
3.	MEMBROS DA COMISSÃO DE PLANO DE CONTINGÊNCIA INSTITUCIONAL (EXEMPLOS)	4
4.	CAMPOS DE APLICAÇÃO NAS INSTALAÇÕES	5





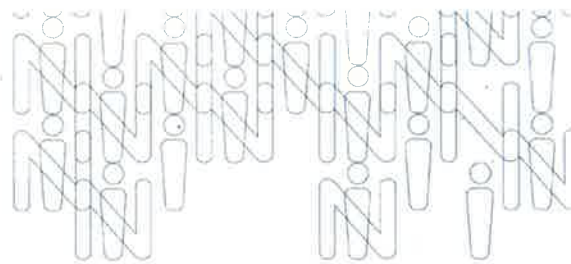
4.1.	Energia Elétrica	5
4.2.	Água	6
4.3.	Gases Medicinais	6
4.4.	Sistema de Telefonia	6
4.5.	Sistema de Geração a vapor e água quente	7
4.6.	Rede de Energia estabilizada alimentação do Sistema de Informática	7
4.7.	Sistema de Ar-Condicionado	7
4.8.	Ocorrência de chuvas fortes e vendavais/danos à estrutura física	7
4.9.	Projetos de Instalação	7
5.	PLANO DE ABANDONO	8
5.1.	Dados Gerais da Instituição	8
5.2.	Características da Edificação	8
5.3.	Dados relativos a construção do Imóvel	8
5.4.	Tipo de Estrutura	8
5.5.	Principais acessos da Instituição	8
5.6.	Ponto de referência da Instituição (Localização referenciada)	9
5.7.	Distância da Instituição e órgãos de resgate e apoio, localização e tempo de resposta	9
5.8.	Quadro de colaboradores	9
5.9.	Expediente de Operação	9
5.10.	Equipamentos e Sistema de combate a Incêndio	9
6.	BRIGADA DE INCÊNDIO	10
6.1.	Ponto de Estratégia	10
6.2.	Procedimento em caso de Princípio de Incêndio (Ações dos funcionários e Brigadistas)	11
6.3.	Desenvolvimento do Plano	11
6.4.	Prevenção	11
6.5.	Atuação – Evitando o abandono do Prédio	11
6.6.	Movimento e Controle de Fumaça	11
6.7.	Elevadores para transporte de pessoal e paciente	12
6.8.	Meios de Abandono	12
7.	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA UNIDADE PARA ATENDER EMERGÊNCIAS	12
7.1.	Descrever as atribuições e ações de todos os atuantes no Organograma	13
7.2.	Fluxograma de Emergência da Brigada de Incêndio	14
7.3.	Procedimentos em caso de Incêndio	14
8.	VEÍCULO AUTOMOTOR	15
9.	INFORMÁTICA	15
9.1.	Equipamentos da rede (SWITCH) – Cabeamento lógico	15
9.2.	Equipamentos dos Setores (Computadores, Monitores e Impressoras)	16
9.3.	Servidores	16





9.4.	Sistema de Informática	16
10.	PRONTO ATENDIMENTO	17
10.1.	Atendimento a Vítimas de Desastres	17
10.2.	Definição de Áreas, Função e Pessoal Envolvido	17
10.3.	Falta de Médico no Pronto-Socorro	18
11.	RECURSOS HUMANOS DA ENFERMAGEM	18
11.1.	Dimensionamento de Pessoal	19
12.	SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DA ROUPA	19
13.	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	19
14.	CENTRO CIRÚRGICO	20
15.	GELADEIRAS	20
15.1.	Geladeiras de Medicamentos das Unidades de Internação / Observação	20
15.2.	Geladeira do Almoxarifado	21
15.3.	Geladeira da Farmácia	21
16.	TOMOGRAFIA	21
17.	MATERNIDADE	21
18.	ENGENHARIA CLÍNICA – EQUIPAMENTOS SUPORTE A VIDA	21
19.	CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO	22
20.	SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	22
20.1.	Câmaras Frigoríficas	22
20.2.	Roteiro de Acionamento do Plano	23
20.3.	Requisitos da Contingência	23
20.4.	Conduta Técnica	23
21.	DIVULGAÇÃO E TREINAMENTO	23





1. INTRODUÇÃO

A Entidade InSaúde – Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão no compromisso de cumprir a sua missão de XXXXXXXXXXXX, elaborou seu **Plano de Contingência Institucional**, visando assegurar uma estrutura segura, funcional e assistencial aos pacientes, familiares, profissionais e visitantes. Para atingir essa meta, a estrutura física, equipamentos médicos e outros equipamentos e pessoas devem ser administrados efetivamente.

O Plano consiste em planos, por escrito, que contemplam as seguintes áreas, conforme apropriado para estrutura para as atividades da Instituição:

- ✓ **Segurança** – o grau em que os prédios, terrenos e equipamentos não oferecem perigos ou impõem risco aos pacientes, profissionais e visitantes.
- ✓ **Proteção** – proteção contra perda, destruição, adulteração, acesso ou uso não autorizado.
- ✓ **Gerenciamento de emergências** – A resposta a epidemias, desastres e emergências é planejada e efetiva.
- ✓ **Segurança contra incêndio** – A propriedade e os ocupantes estão protegidos contra fogo e fumaça.
- ✓ **Equipamentos médicos** – Os equipamentos são selecionados, mantidos e utilizados de forma a reduzir riscos.
- ✓ **Sistemas utilitários** – Os sistemas de eletricidade, água e outros sistemas utilitários sofrem manutenção, para minimizar os riscos de falhas de operação.

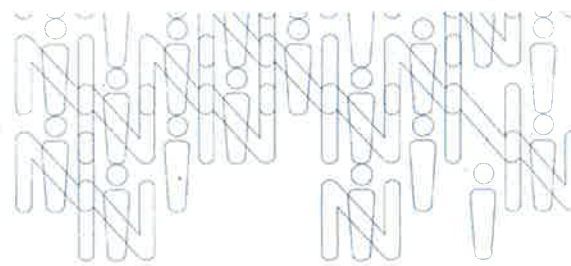
2. OBJETIVOS GERAIS

- Cumprir as leis e regulamentos;
- Reduzir e controlar perigos e riscos;
- Prevenir acidentes e lesões;
- Manter condições seguras;
- Planejamento, educação e monitoramento junto aos gestores e colaboradores gerais.

3. MEMBROS DA COMISSÃO DE PLANO DE CONTINGÊNCIA INSTITUCIONAL (EXEMPLOS!)

MEMBRO	ÁREA
GERENTE ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO
GERENTE DE ENFERMAGEM	ENFERMAGEM
COORDENADOR MÉDICA	MÉDICA
SUPERVISOR INFORMÁTICA	ADMINISTRAÇÃO
GERENTE DE APOIO	APOIO
SUPERVISOR DO LABORATÓRIO	SADT
SUPERVISOR DA MANUTENÇÃO	APOIO
SUPERVISOR DA RADIOLOGIA	SADT





MEMBRO	AREA
GERENTE ADMINISTRATIVO	ADMINISTRAÇÃO
NUTRICIONISTA	APOIO
SUPERVISOR DA FARMÁCIA	APOIO
SUPERVISOR ENFERMAGEM	ENFERMAGEM
SUPERVISOR MÉDICO DO PRONTO SOCORRO	MÉDICA
SUPERVISOR DO ALMOXARIFADO	ADMINISTRATIVA
ENGENHEIRO DO TRABALHO	SESMT
TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	SESMT

Observação: Considerar no quadro acima, os cargos e setores conforme estrutura do Organograma da Unidade.

4. CAMPOS DE APLICAÇÃO NAS INSTALAÇÕES

Em todos os campos de aplicação cada tópico deve conter ações e agentes executores, que devem ser acionados em caso de falha ou pane geral, considerando os serviços críticos para os equipamentos de suporte a vida: Exemplos: UTI'S, Centro Cirúrgico e Pronto Atendimento e Setor de Observação, conforme estrutura de cada Instituição, levantando todas os impactos causados com as falhas e as medidas tomadas para amenizar cada um deles.

É pertinente a utilização de fluxogramas com as ações sequenciais para facilitar o entendimento e agilidade nos casos emergenciais.

Deve conter telefones, endereços, e contatos dos prestadores de serviços que dão suporte a cada tópico descrito, sempre considerando os sábados, domingos e feriados.

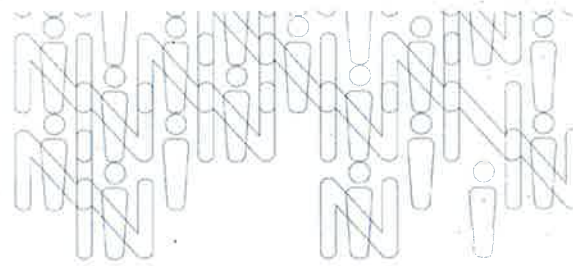
4.1. Energia Elétrica

Dentro do plano emergencial de suprimento de energia, o equipamento **GERADOR** é responsável pela geração de energia e fornecimento, na falta da concessionária xxxxxxxxxx, para os equipamentos de suporte a vida e estrutura física das seguintes áreas:

a) Setores:

- ✓ UTI Neonatal.
- ✓ Berçário.
- ✓ Quartos de Parto.
- ✓ UTI Adulto.
- ✓ Centro Cirúrgico.





- ✓ Pronto Atendimento.
- ✓ Setor de Observação.

Detalhar todas as ações passo a passo como ocorre em cada Instituição

4.1.1 – Falha do Gerador.

Medidas a serem adotadas no caso de falta de energia na Unidade e falha do gerador.

(Detalhar passo a passo, telefones e contatos importantes:)

4.2. Água

Dentro do plano emergencial de suprimento de água, o abastecimento da Unidade é realizado através de **POÇO ARTESIANO** e concessionária Companhia de Saneamento Básico do Estado de XXXX - **CPFL**, os quais atende a todo o sistema hidráulico da edificação.

4.2.1 – Falha no Abastecimento de Água

Medidas a serem adotadas no caso de falta de água na Unidade devido ao não abastecimento do poço artesiano e concessionária – XXXXXXXX.

4.3. Gases Medicinais

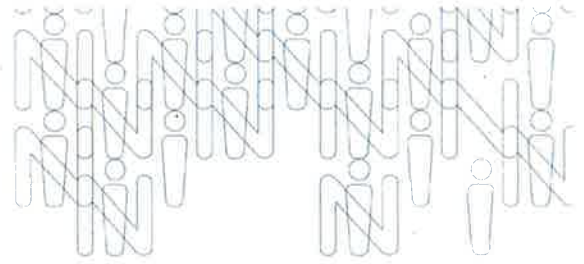
O **OXIGÊNIO**, em conjunto com o **AR COMPRIMIDO** medicinal (composto por **nitrogênio** e oxigênio), são os responsáveis pelo funcionamento de equipamentos de suporte direto a vida. A falta do suprimento destes gases torna-se um problema gravíssimo na assistência ao paciente.

A seguir estão relacionadas as possíveis falhas e as medidas de correção para a falta de nitrogênio ou travamento do sistema de mistura entre oxigênio e nitrogênio.

4.4. Sistema de Telefonia

O **SISTEMA DE TELEFONIA** é externamente alimentado pela concessionária de telefonia por dois sistemas de linhas (DDR e Convencional) diminuindo o risco de falha; Basicamente é dividido em 3 partes: Quadro de Entrada da Concessionária, Central Telefônica Interna e Rede de Distribuição Interna. Os problemas que podem ocorrer na Rede de Distribuição Interna são localizados e de pequena repercussão, portanto não estarão incluídos neste plano. Apresentamos a seguir as prováveis falhas e as medidas a adotar na falta do Sistema de Telefonia.





4.5. Sistema de Geração a vapor e água quente

O **SISTEMA DE GERAÇÃO DE VAPOR** utiliza duas caldeiras alimentadas por gás natural (nome da empresa) para o aquecimento de água em alta temperatura até que se transformem em vapor. Este vapor alimenta os equipamentos da Central de processamento de roupas, Central de materiais esterilizados, Serviço de nutrição e dietética e o sistema de ar condicionado para aquecimento.

4.6. Rede de Energia estabilizada alimentação do Sistema de Informática

Todo o Sistema de Informática necessita de uma rede de energia elétrica especial por possuir equipamentos sensíveis à variação de energia e ter como característica a necessidade de que o fornecimento seja ininterrupto para que não se percam as informações presentes. Sendo assim, esta rede possui Estabilizadores de Tensão e No Break's.

4.7. Sistema de Ar-Condicionado

O Sistema de Ar Condicionado da Unidade é composto de um sistema centralizado que atende as áreas mais críticas (Unidade Neonatal, UTI Adulto, Centro Cirúrgico e Serviço de Processamento de Imagem), e vários sistemas individuais (autônomos) que atende as Unidades de Emergência, Laboratório, Agência Transfusional, Serviço de Informática, Serviço de Nutrição Dietética - Lactário, Serviço de Processamento de Imagem. Neste plano iremos descrever apenas os sistemas das áreas críticas. Apresentamos a seguir as possíveis falhas e as medidas a serem adotadas.

4.8. Ocorrência de chuvas fortes e vendavais/danos à estrutura física

No período de chuvas há possibilidades de ocorrência de vendavais, que podem trazer danos a Estrutura Física da Unidade e riscos de acidentes aos pacientes e funcionários. Podem ser gerados problemas como destruição de forro de gesso, danos em coberturas, alagamentos, etc. A seguir estão indicadas as medidas a serem adotadas na ocorrência dos mesmos.

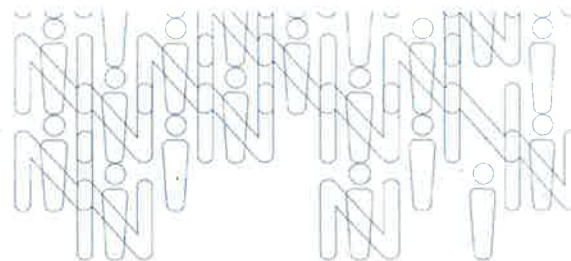
4.9. Projetos de Instalação

Caso haja necessidade de consulta aos projetos de instalações, os mesmos se encontram arquivados na mapoteca da sala da Supervisão da Manutenção devidamente identificados em suas gavetas.

As chaves da cabine primária, cabine secundária, shaft's, dos reservatórios superiores e inferiores, tanque de oxigênio, tanque de nitrogênio e abrigo de cilindros estão no quadro de chaves na sala de Manutenção Elétrica.

Os demais membros do setor de manutenção poderão ser localizados em suas residências através de lista de contatos existente no PABX e, existindo a necessidade, o plantão administrativo deverá acionar o serviço do transporte para buscá-los.





5. PLANO DE ABANDONO

Este **Plano** tem por objetivo apresentar ações em situação de emergência para caso de incêndio, que eventualmente possa ocorrer, adotando medidas emergenciais visando preservar a saúde e a integridade física da população da Unidade, assim como evitar ao máximo os danos materiais.

Considera-se como caso de emergência todo aquele fato que venha modificar o trabalho de rotina, causando danos ao patrimônio da instituição, seus funcionários e pacientes. Estes agentes poderão ser: Incêndio, explosão, acidente de grande vulto.

5.1. Dados Gerais da Instituição

- ✓ Endereço:

5.2. Características da Edificação

- ✓ Número de pavimentos:
- ✓ Número de leitos:
- ✓ Proprietário: Secretaria da Saúde - Governo do Estado de São Paulo (Quando real)

5.3. Dados relativos a construção do Imóvel

- ✓ Área do terreno: m²
- ✓ Área construída: m²

5.4. Tipo de Estrutura

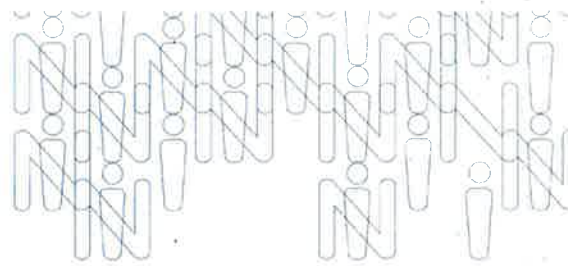
Concreto, divisórias em madeira, metal e forro.

- ✓ Nº de Pavimentos:
- ✓ Material de acabamento das paredes:
- ✓ Material de acabamento dos pisos:

5.5. Principais acessos da Instituição

- ✓ **Entrada Principal:** pacientes e acompanhantes
- ✓ **Entrada Lateral:** colaboradores, prestadores de serviços e visitantes.
- ✓ **Entrada XXXX:** abastecimento e entregas.





5.6. Ponto de referência da Instituição (Localização referenciada)

Residencial, Comercial, Terrenos Vazios, etc....

5.7. Distância da Instituição e órgãos de resgate e apoio, localização e tempo de resposta

✓ Corpo de Bombeiros KM

Rua:

Bairro:

Tempo de resposta:

Telefone:

✓ Pronto Socorros e Hospitais mais próximo citando KM

Rua:

Tempo de resposta:

5.8. Quadro de colaboradores

Aproximadamente XXX funcionários

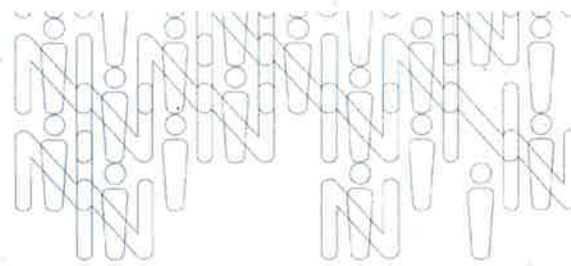
5.9. Expediente de Operação

Funcionamento de 24 horas.

5.10. Equipamentos e Sistema de combate a Incêndio

- ✓ Extintores: XXX (xx Água Pressurizada; xx Pó Químico Seco e xx Dióxido de Carbono).
- ✓ Hidrantes: simples/interno; mangueiras de 1.1/2 polegada de diâmetro e 30 metros de comprimento, mangueira de 1.1/2 de 15 metros.
- ✓ Central de Alarme de Incêndio que está localizada no 2º andar (posto de ocorrência).
- ✓ Detectores de Fumaça.
- ✓ Portas Corta-Fogo.
- ✓ Saídas de Emergência.
- ✓ Escada de Emergência.
- ✓ Bomba de recalque.
- ✓ Gerador de energia.





O ponto de abastecimento (registro de recalque) para a Guarnição do Corpo de Bombeiros localiza-se na calçada pública, externa à área da Unidade, em frente ao portão principal.

6. BRIGADA DE INCÊNDIO

Grupo organizado de funcionários treinados e capacitados para atuar na prevenção e combate a um princípio de incêndio e prestar os primeiros socorros.

- ✓ **Sinistro:** Ocorrência de prejuízo ou dano, causado por incêndio ou acidente, em algum bem.
- ✓ **Risco iminente:** Risco com ameaça de ocorrer brevemente, e que requer ação imediata.
- ✓ **Risco:** Possibilidade de perda material ou humana.

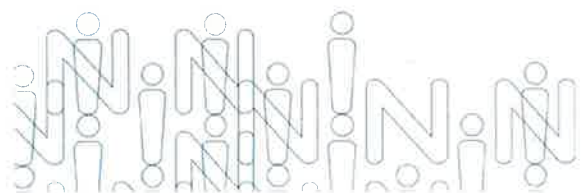
Os cargos existentes na brigada de incêndio são os seguintes:

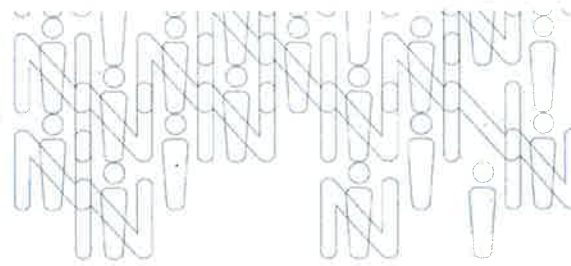
- ✓ **Coordenadores da Brigada:** comandar e coordenar as atividades da brigada em situações de sinistro, autorizar o desligamento da chave geral de eletricidade do prédio, remanejar as equipes ou componentes da brigada, em emergências, relatar por escrito toda ocorrência e atividade da brigada.
- ✓ **Chefe de Brigada:** executa ordens dadas pelos coordenadores, substitui e realiza as atividades dos coordenadores em sua ausência e é responsável geral por toda a edificação que compõem uma planta.
- ✓ **Líder de Equipe:** Assessorar, fiscalizar e fazer cumprir as disposições do coordenador e chefe da brigada, comandar as equipes dos grupos auxiliares em emergências na ausência do chefe da brigada.
- ✓ **Equipe de Intervenção:** dispor corretamente as mangueiras, prestar qualquer tipo de combate na ocasião do sinistro.
- ✓ **Equipe de apoio:** dispor corretamente as mangueiras, ficar de prontidão para qualquer tipo de ajuda que a equipe de intervenção venha precisar em caso de um sinistro.
- ✓ **Equipe de isolamento:** efetuar isolamento da área, orientar as pessoas que se encontram no local de sinistro, atuar no sinistro utilizando os equipamentos de proteção individual.
- ✓ **Eletricista:** deverá se colocar à disposição do coordenador da brigada, este por sua vez, dependendo da área atingida, irá ou não solicitar o desligamento da energia elétrica do setor, e se necessário, providenciar iluminação portátil.
- ✓ **Médicos, Enfermeiros e Aux. de enfermagem:** deverão ficar à disposição da equipe de brigada para um possível atendimento de emergência.

6.1. Ponto de Estratégia

O ponto de estratégia da brigada em caso de alarme de incêndio é XXXXXXXX, (onde será avaliada a gravidade da ocorrência).

O sinal de alarme de incêndio ou emergência deverá diferir dos outros sinais da instituição, a fim de que não haja confusão.





6.2. Procedimento em caso de Princípio de Incêndio (Ações dos funcionários e Brigadistas)

✓ **Funcionários:**

Qualquer colaborador que venha presenciar um princípio de incêndio ou emergência deverá acionar o alarme de incêndio através da botoeira de alarme localizada no setor.

✓ **Equipe de Brigada:**

Ao ser soado o sinal de alarme, todos os integrantes da brigada de incêndio deverão se dirigir com urgência para o ponto de estratégia

6.3. Desenvolvimento do Plano

O plano se divide em duas fases distintas: a primeira estuda a prevenção contra incêndios e a segunda cuida dos casos em que o incêndio já tenha tomado forma, para combatê-lo e extingui-lo, evitando-se o máximo possível perdas humanas e materiais.

6.4. Prevenção

O principal objetivo da segurança quanto à proteção contra incêndios, é evitar a ocorrência ao adotar medidas necessárias, principalmente nos pontos perigosos, assim como ao conscientizar os funcionários de forma que não gerem riscos e colaborem para obter um excelente nível de segurança.

Para determinar a prevenção do possível risco, há que se realizar um estudo prévio das causas que geralmente geram os incêndios.

6.5. Atuação – Evitando o abandono do Prédio

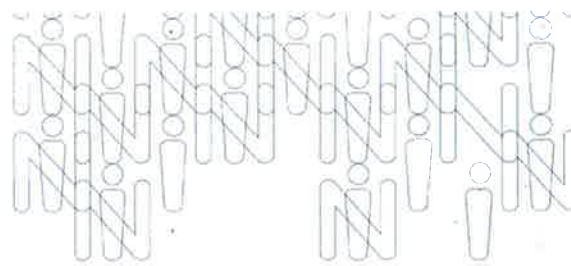
Uma vez que se tenha tentado prevenir o incêndio, deve-se estabelecer um plano de atuação, já que este pode existir através de um descuido, negligência ou acidente.

Plano de atuação consiste na coordenação de todas as atividades a serem realizadas desde a detecção do incêndio até o momento no qual este tenha sido dominado; por fim sua maior utilidade é evitar que se efetue o abandono da Unidade.

6.6. Movimento e Controle de Fumaça

Em um incêndio se produz bastante fumaça que é a causa principal das perdas ocasionadas pelo mencionado incêndio. Tanto o movimento de fumaça como o de gases de combustão depende de uma série de condicionantes, isto porque, de um lado estão os elementos construtivos de separação e de compartimentação, e de outros fenômenos próprios do fogo, tais como, os incrementos de temperatura e as diferenças de pressão.





6.7. Elevadores para transporte de pessoal e paciente

- O elevador não deve ser utilizado em caso de incêndios. O fogo pode acionar indevidamente o botão de chamada no andar incendiado (curto-circuito nos fios), o que irá levar o elevador para o andar incendiado.
- O incêndio poderá cortar a alimentação de energia elétrica (normal e/ou de emergência) dos circuitos do elevador.
- Os pacientes em estados críticos devem ser acompanhados por um médico em todas as situações.
- A instituição deve promover o treinamento de um grupo, junto ao fabricante do elevador, sobre manuseio de elevadores em paradas repentinas.
- O alarme do elevador deverá funcionar, mesmo em ausência total de energia elétrica.
- Deve ser indicada no elevador a capacidade do mesmo.
- Devem ser instalados nos elevadores fontes autônomas de iluminação de emergência.

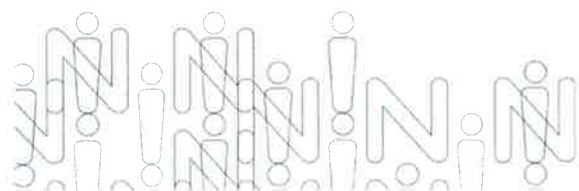
6.8. Meios de Abandono

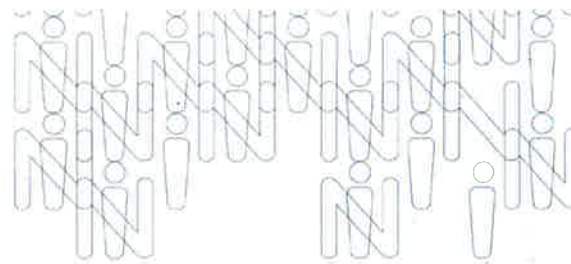
A sinalização de abandono compreende um conjunto de sinais destinados a identificar:

- a) as saídas do edifício, sempre que estas não sejam facilmente visíveis e identificáveis por seu caráter, imediato ou dimensão, desde todo ponto de ocupação ao que deva servir.
- b) Todo meio de circulação (porta, escada, corredor, etc.) que não deve empregar-se no abandono, sempre que esta utilização por parte dos ocupantes seja provável.

7. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA UNIDADE PARA ATENDER EMERGÊNCIAS

ORGANOGRAMA





7.1. Descrever as atribuições e ações de todos os atuantes no Organograma

✓ **Diretoria**

Atribuições:

- Receber as informações do andamento das ações que foram ou que estão sendo tomadas no controle da emergência.
- Avaliar e apoiar o coordenador geral na obtenção de recursos para controle da emergência.

✓ **Chefes da Brigada (Manhã, Tarde, Noite A e B)**

Atribuições:

- Comunicar a Diretoria abastecendo-a com as informações do andamento das ações.
- Reunir com os brigadistas de cada turno e dividir as tarefas com o grupo de abandono.
- Comunicar com os serviços mapeados para receber os pacientes, caso haja necessidade.
- Acionar o Corpo de Bombeiros.

✓ **Grupo de Abandono**

Atribuições:

- Preparar em conjunto com os coordenadores assistenciais a retirada dos pacientes internados.

✓ **Coordenadores de Socorro**

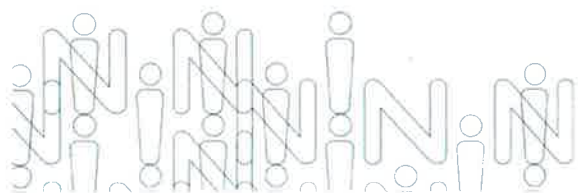
Atribuições:

- Verificar se há pessoas internas (pacientes, acompanhantes, visitantes, prestadores de serviços e funcionários) que necessitem de atendimento de socorro.

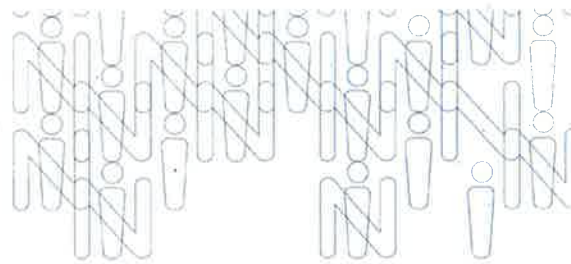
✓ **Manutenção Elétrica**

Atribuições:

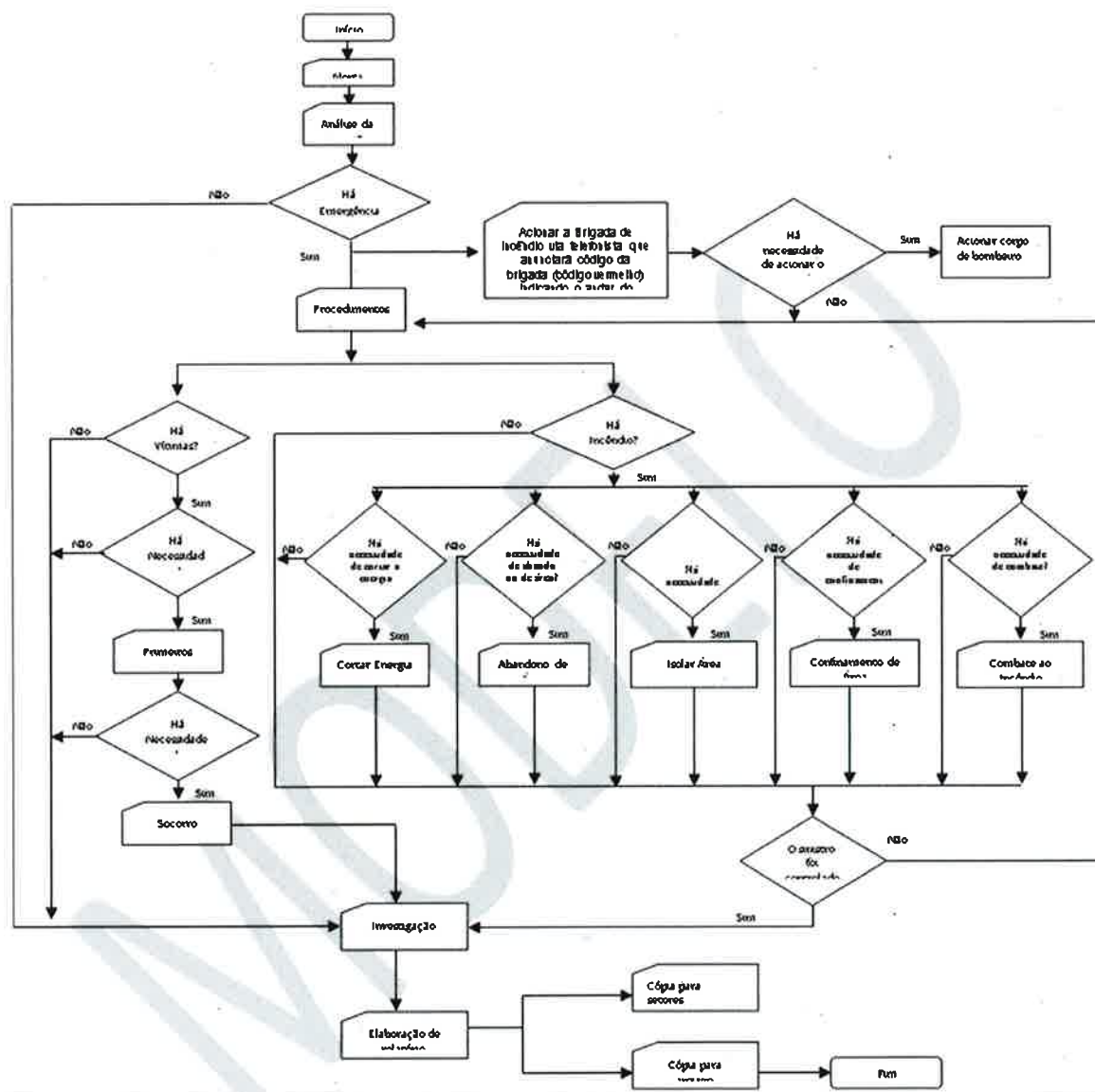
- Verificar o Grupo Gerador.
- Atentar-se com os riscos de curto elétrico.
- Acionar empresas responsável pela Rede Elétrica.



~



7.2. Fluxograma de Emergência da Brigada de Incêndio

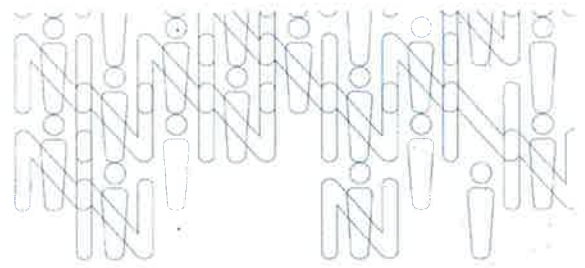


7.3. Procedimentos em caso de Incêndio

Descrição de todos os procedimentos em caso de incêndio considerando todos os setores existentes na Instituição.

Exemplo:





SETOR	PROCEDIMENTO	EVACUAÇÃO
PRONTO ATENDIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Acione o alarme; • Informe ao PABX; • Identifique o tipo de incêndio; • Retire os materiais das proximidades que poderão alimentar o fogo; • Combater o princípio de incêndio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retire todos os pacientes que não necessitam de equipamentos e transfira para local seguro(a ser definido pelo coordenador da brigada); • Os Rns que estão com aparelhagem e, em condições de saúde muito delicadas, deverão ser retirados conforme orientação médica.

8. VEÍCULO AUTOMOTOR

Para os casos de falha de veículo automotor da unidade, quando essa for aplicável em possuir carro próprio ou alugado.

Em caso de carro: passeio: necessário a realização de manutenção preventiva periódica, no entanto, caso ainda assim ocorra falha, o Diretor da Unidade entra em contato com a empresa XXXX para realizar aluguel de automóvel.

Em caso de carro: ambulância: para os casos de ambulância, a empresa XXXX deverá repor o carro em até 2 (duas) horas.

9. INFORMÁTICA

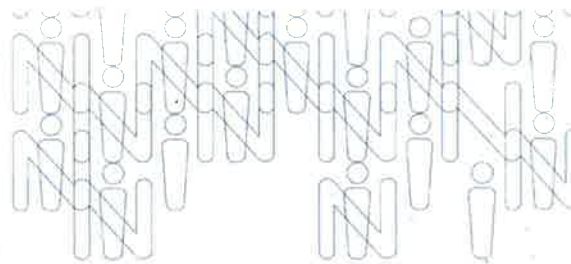
O plano de contingência do Setor de Informática, tem como objetivo descrever as medidas a serem tomadas na falha dos equipamentos de interconexão da rede, dano nos computadores e servidores e no caso de paralisação do sistema, incluindo a ativação de processos manuais para fazer com que os processos voltem a funcionar plenamente ou em um estado aceitável. A cada tópico abaixo deve ser descrito todas as ações para não paralisação do setor.

9.1. Equipamentos da rede (SWITCH) – Cabeamento lógico

Os equipamentos responsáveis pela interconexão dos computadores em rede (*Switch*) caso apresentem funcionamento incorreto, são tomadas as seguintes alternativas:

A primeira opção é a substituição do equipamento por um de *Backup* (armazenado na sala de estoque da Seção de Informática) pelos funcionários da Seção de Informática.





9.2. Equipamentos dos Setores (Computadores, Monitores e Impressoras)

Os equipamentos dos setores que apresentarem problemas de *Hardware* e *Software* serão substituídos pelo equipamento de *Backup* (armazenado na sala de estoque da Seção de Informática) pelos funcionários da Seção de Informática.

Os setores envolvidos serão avisados pela Seção de Informática sobre o tempo previsto para instalação do equipamento e ao término do conserto o equipamento retornará para o setor correspondente.

9.3. Servidores

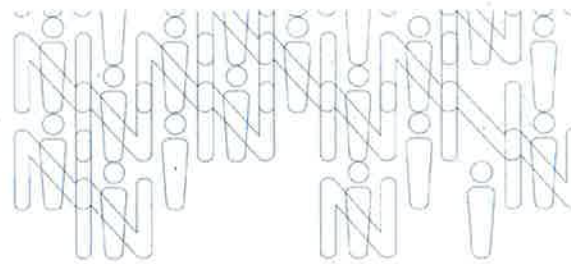
Os servidores da Unidade caso apresentem problemas de funcionamento na parte de *Hardware*, serão substituídos pelo equipamento de *Backup* (armazenado na sala de estoque da Seção de Informática) pelos funcionários da Seção de Informática.

9.4. Sistema de Informática

Como funcionará cada serviço dentro da Unidade sem suporte de informática nos seus pontos críticos.

- ✓ **Almoxarifado** - Liberação de Notas Fiscais para Contabilização e Pagamento.
- ✓ **Recepção** – Preencher a Ficha de Atendimento.
- ✓ **Farmácia** - Atendimento de prescrições médicas e/ou requisições para as Unidades de Internação.
- ✓ **Serviço de Nutrição e Dietética** - Saídas dos Produtos do Estoque.
- ✓ **Compras** - Consulta ao Cadastro dos Fornecedores.
- ✓ **Manutenção** - Requisições de Serviços de Manutenção.
- ✓ **Patrimônio** - Cadastro de Bens.
- ✓ **Faturamento** - Na ausência do sistema, a alternativa seria priorizar a codificação de fichas e prontuários. Quando o problema for solucionado priorizamos a digitação dos mesmos para equilibrar os protocolos.
- ✓ **Serviço de Prontuário do Paciente e todas suas interligações (Ex.: Ag.Transfusional, Agendamento, Endoscopia, etc)** – Pelo motivo deste serviço abranger diversos segmentos, as tarefas serão descritas conforme a seguir:
 - a) **Auxiliar Administrativo das Clínicas/Unidades**
 - Censo Diário: Fazer o Censo Diário manualmente na Planilha “Censo Diário – Relatório de Ocupação das Unidades” em duas vias devendo uma das vias ser encaminhada para a Recepção de Internação.
 - b) **Auxiliar Administrativo dos Serviços de Diagnóstico e Tratamento**
 - Estatística: Preencher a Planilha de “Controle de Atendimento” – Considerar nº de Pacientes Atendidos, Tipos de Exames Realizados, Qtdes de Exames Realizados.
 - **Laboratório** - Cadastro de Exames / Digitação de Laudos.
 - **Radiologia** - Cadastro de Exames / Digitação de Laudos.
 - **Ultrassonografia** – Cadastro de Exames / Digitação de Laudos.
 - **Tomografia** – Cadastro de Exames / Digitação de Laudos.
- ✓ **Área da Enfermagem e Médica**
 - a) **Assistência ao Paciente** - Na falta do sistema de informática, é dada continuidade ao processo assistencial por meio de impressos manuais.





- Área Médica - Prescrição Médica, Evolução Clínica, Relatório de Alta, Solicitação de Exames e Relatório Cirúrgico.
- Área de Enfermagem - SAE, Solicitação de Exames, Intervenções de Enfermagem, Evoluções de Enfermagem.

10. PRONTO ATENDIMENTO

10.1. Atendimento a Vítimas de Desastres

Um desastre pode ser definido como um evento que resulta em risco de trauma ou perdas de vidas ou propriedade, e em uma necessidade que excede os recursos disponíveis.

Este plano de contingência é um protocolo para o atendimento na unidade de pacientes vítimas de desastres externos realizado pelos médicos, enfermagem e funcionários administrativos.

10.2. Definição de Áreas, Função e Pessoal Envolvido

Deve-se considerar que na fase inicial há uma desorganização total, com vítimas chegando a unidade sem terem sido submetidas à triagem ou tratamento inicial dos pacientes, trazidos por familiares ou pela população, e a Unidade deverá preparar-se para acionar e montar sua própria estrutura de triagem.

- ✓ **Áreas de acesso externo**
- ✓ **Área de triagem (Sala de sutura)**
- ✓ **Áreas de atendimento inicial**
- ✓ **Central de Comando (área correspondente à da administração)**
- ✓ **Áreas de apoio diagnóstico**
- ✓ **Áreas de apoio Terapêutico**
- ✓ **Áreas especiais:** Imprensa (recepção do pronto-socorro, como referência para observação). As informações serão passadas através da Assessoria de Imprensa da Secretaria Estadual de Saúde, a partir do contato com a diretoria da unidade. Familiares / acompanhantes (anfiteatro), Óbitos (necrotério), Consultórios para manter atendimento à demanda habitual e aos familiares.

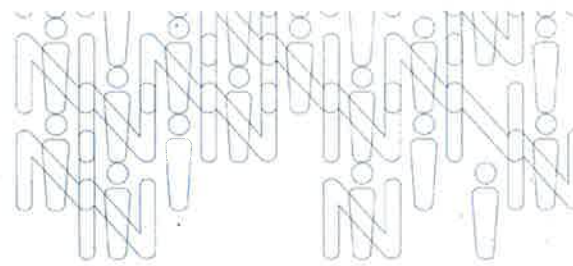
➤ Ativação Inicial

I. Notificação do desastre

A comunicação do desastre deverá ser feita pelo SAMU ao Plantão Administrativo da Unidade, que notificará a supervisão de enfermagem do pronto-socorro, ao médico emergencista e a equipe de cirurgia geral do pronto-socorro. Deverá ser informado necessariamente o tipo de desastre, local, horário, descrição do evento, estimativa do número e tipo de vítimas.

II. Preparação inicial





A área médica-administrativa do pronto-socorro tomará as providências necessárias para remover a maior quantidade possível dos pacientes das salas de atendimento do pronto-socorro, disponibilizando assim, a área física para chegada de vítimas do desastre. Determinará a equipe de triagem e a ampliação do quadro de funcionários, considerando médicos, enfermeiros e demais profissionais dos setores de apoio.

III. Fluxo Interno

As vítimas entrarão pela recepção do pronto-socorro. As avaliadas como “vermelho” irão para a sala correspondente, as demais passarão pela triagem e serão encaminhadas para as salas de atendimento.

IV. Atendimento da Demanda Usual

Será mantida a pré-consulta de enfermagem 24 horas, e selecionados 2 clínicos para o atendimento da demanda e a familiares das vítimas.

V. Atendimento Médico de Familiares

O atendimento a familiares com queixas médicas será realizado nos consultórios.

VI. Desativação

Após o atendimento de todas as vítimas, tendo sido encaminhadas as mais graves para os locais de tratamento definitivo, ou transferidas para outros hospitais, e os atendimentos do pronto-socorro voltar à rotina, a central de comando anuncia a desativação do plano de contingência.

10.3. Falta de Médico no Pronto-Socorro

Sendo a falta do médico conhecida com antecedência, serão realizadas tentativas de substituição pelo médico coordenador da clínica.

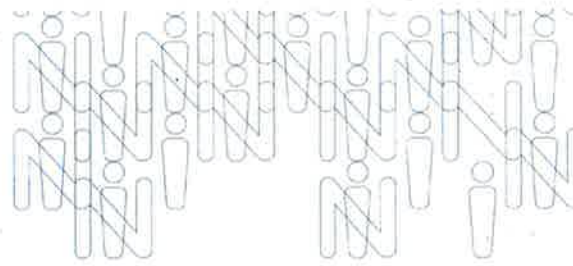
Sendo a falta do médico verificada nas primeiras horas do início do plantão, será notificado pelo Serviço de Enfermagem, ao médico coordenador da clínica, que realizará tentativas de substituição.

11. RECURSOS HUMANOS DA ENFERMAGEM

Plano de contingência da enfermagem em casos de catástrofes de falta de recursos humanos. Segue abaixo as unidades por ordem de prioridade e criticidade, para reposição de recursos humanos.

- I. O Serviço de Emergência é a primeira unidade mais crítica a nível assistencial, é indispensável a presença do Enfermeiro assim como Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.
- II. Unidades de Internações / Observação são menos críticas em relação às anteriores. É necessária a presença de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, sob a supervisão do Enfermeiro para priorização dos cuidados e remanejamento de pessoal.
- III. UTI – Adulto (quando aplicável) é a segunda unidade mais crítica a nível assistencial, é indispensável a presença do Enfermeiro assim como Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.





- IV. Unidade Neonatal (quando aplicável) é a terceira unidade mais crítica a nível assistencial, é indispensável a presença do Enfermeiro assim como Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.
- V. Centro Cirúrgico (quando aplicável) é a quarta unidade mais crítica a nível assistencial, é indispensável a presença do Enfermeiro assim como Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, nas cirurgias de emergência.
- VI. Centro Obstétrico (quando aplicável) é a quinta unidade mais crítica a nível assistencial, é necessária a presença de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, sob a supervisão do Enfermeiro. Nesta unidade contamos com médicos obstetras por 24 horas.

11.1. Dimensionamento de Pessoal

Serviço de Emergência	02 pacientes graves	2 Técnicos / Aux.	3 Enfermeiro
Sala de Observação Adulto	01 paciente grave	1 Técnico / Aux.	
Sala de Observação Infantil	01 paciente grave	1 Técnico / Aux.	

12. SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DA ROUPA

Objetivo: Contratar serviço de terceiros para o processamento da roupa e manter a qualidade e abastecimento do enxoval nas diversas unidades da Unidade.

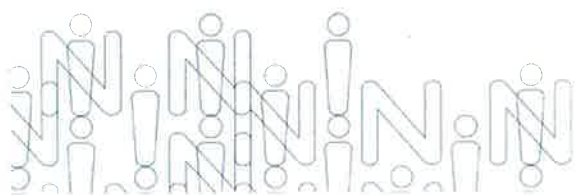
Quando: Quando a capacidade instalada (equipamentos) não for compatível com o volume de roupa a ser processada em função do aumento da quantidade de roupas utilizadas nos hospitais por motivo de quebra e danos de equipamentos e/ou instalações.

Quem ativa e desativa: Gerência / Coordenador / Supervisor de Apoio, com autorização da Diretoria da Unidade.

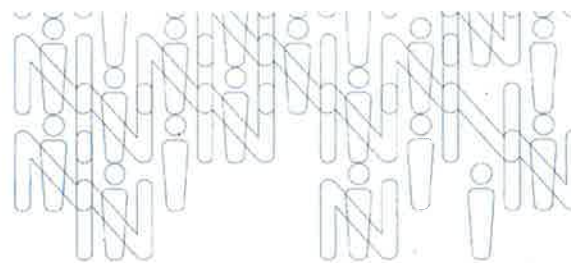
13. LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Objetivo: padronizar medidas de emergência frente a quebra de equipamentos.

12.1. Equipamento: centrífuga		
Passos	1ª Alternativa	2ª Alternativa
Quando?	Na quebra da centrífuga	Na quebra também da centrífuga de back up, fora do horário comercial.
Como?	Substituir pelo equipamento back up	Solicitar empréstimo da centrífuga da Agência Transfusional.
Onde?	Na sala de liberação	Na Agência Transfusional – xº andar. Transportar o material a ser centrifugado em caixa térmica.
Quem?	Biomédico ou Técnico de Análises Clínicas	Biomédico ou Técnico de Análises Clínicas.



2



Contato?	Engenharia Clínica – ramal xxx Nos casos fora do horário comercial, favor entrar em contato diretamente com a empresa contratada para a manutenção preventiva/corretiva.	Agência Transfusional Ramal: xxx ou xxx.
Observação: Diante da quebra da centrífuga do setor de Laboratório ou da Agência Transfusional está acordado que poderá utilizar a centrífuga do outro setor, mediante transporte do material em caixa térmica apropriada.		

14. CENTRO CIRÚRGICO

Objetivo: Promover assistência segura e humanizada para puérperas e recém-nascidos durante a sua permanência em recuperação Anestésica.

Passos	1ª Alternativa
Quando?	Na ocorrência de mais de 02 puérperas em Recuperação Anestésica com o Recém-Nascido.
Como?	<ul style="list-style-type: none"> Realizar isolamento da área com biombos; Deixar a cama da puérpera próxima ao berço do Recém-Nascido; Disponibilizar um colaborador da enfermagem para prestar assistência; Limitar 08 pacientes em Recuperação Anestésica; Pacientes que necessitem de isolamento deverão permanecer em sala cirúrgica até a alta da puérpera e Recém-Nascida.
Onde?	Na Recuperação Anestésica.
Quem?	Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.
Tempo?	Permanência aproximada: 2 horas Nos casos fora do horário comercial, favor entrar em contato diretamente com a empresa contratada para a manutenção preventiva/corretiva.

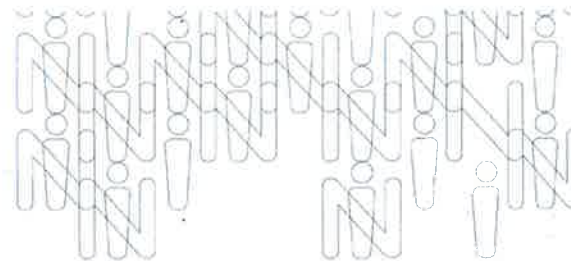
15. GELADEIRAS

15.1. Geladeiras de Medicamentos das Unidades de Internação / Observação

Objetivo: Prezar pela guarda segura dos medicamentos de geladeira, aplicando o procedimento de controle de temperaturas das geladeiras.

Passos	Alternativa
Quando?	Na ocorrência de leitura de temperatura fora do padrão, ou seja, temperatura maior que +8°C ou menor que +2°C.





Como?	<ul style="list-style-type: none"> • Desprezar toda a medicação armazenada na geladeira. • Comunicar à Farmácia sobre o ocorrido. • Providenciar medicação necessária aos pacientes junto à Seção de Farmácia e guardar os medicamentos em geladeira de outra Unidade de Internação. • Testar a geladeira por 24 horas. Caso a temperatura volte ao considerado ideal, voltar a fazer uso da mesma. Caso a temperatura continue inadequada, fazer a troca do termômetro e testar novamente por 24 horas. Caso permaneça com problema, fazer requisição para providências da Seção de Manutenção. • A liberação para uso será somente após teste de 24 horas, com leitura dentro do padrão permitido.
Onde?	Em todas as Unidades que possuem geladeiras para guarda de medicamentos.
Quem?	Enfermeiro e Auxiliares de Enfermagem.

15.2. Geladeira do Almoxarifado

Objetivo: Prezar pela guarda segura dos medicamentos de geladeira, aplicando o procedimento de controle de temperaturas das geladeiras.

Geladeira de armazenamento de produtos termolábeis

15.3. Geladeira da Farmácia

Objetivo: Prezar pela guarda segura dos medicamentos de geladeira, aplicando o procedimento de controle de temperaturas das geladeiras.

Geladeira de armazenamento de medicamentos termolábeis

16. TOMOGRAFIA

Providenciar meio para realização de exames de tomografias de urgência para os pacientes atendidos na unidade, quando da quebra do equipamento.

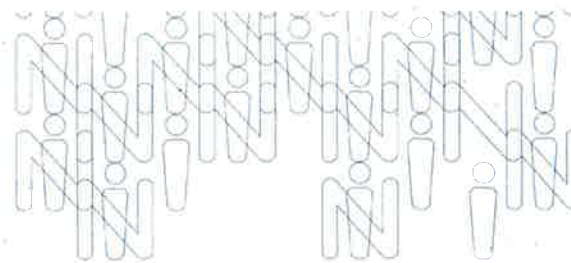
17. MATERNIDADE

- ✓ Restrição parcial ou total de internação na maternidade por motivos da unidade neonatal.
- ✓ Restrição total de internação na maternidade devido lotação da unidade.

18. ENGENHARIA CLÍNICA – EQUIPAMENTOS SUPORTE A VIDA

Objetivo: Locar equipamentos médicos de qualidade para assegurar a continuidade da prestação da assistência adequada aos pacientes, quando necessário.





Quando: Sempre que houver falta de equipamentos médicos e não houver possibilidade de empréstimo à XXXX e com autorização da Diretoria Administrativa da Unidade.

Responsável pela ativação e desativação do plano de contingência: Engenharia Clínica, com autorização da Diretoria da Unidade.

Equipamentos cobertos no plano de contingência: Respirador Adulto; Respirador Infantil; Aparelho de Anestesia; Monitores Múltiplos; Berço Aquecido; Incubadora; Fototerapia; Cardioversor; Bisturi Elétrico.

19. CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

Materiais: Ambú, Circuito de Anestesia; Circuito de Inter 5 e Inter 3, PVC.	
Quando?	Na falha de abastecimento da XXXX
Como?	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a lavagem dos materiais na Termodesinfectora; • Secar; • Montar; • Embalar em papel grau cirúrgico; • Identificar com o nome do material, data de esterilização, validade, autoclave, ciclo e nome do funcionário; • Colocar no carrinho da autoclave, dispostos em cestos; • Programar o ciclo 121 (este ciclo só poderá ser utilizado nas autoclaves 02 e 03). • Observações: Somente os materiais siliconizados poderão ser autoclaváveis.
Onde?	Autoclave do CME
Quem?	Técnicos de gasoterapia ou enfermeira
Tempo?	02 horas

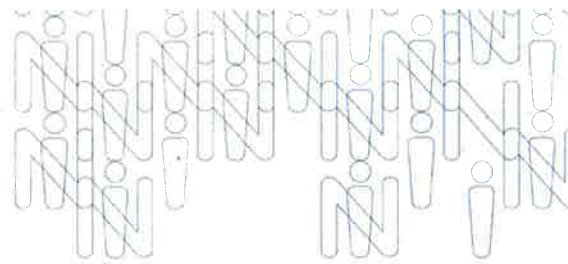
20. SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

20.1. Câmaras Frigoríficas

Nortear a conduta dos Serviços de Nutrição e Dietética e Serviço de Manutenção da Unidade, em situações de pane nas câmaras frigoríficas em função de problemas em suas instalações.

O objetivo do Plano é ainda de assegurar a qualidade dos produtos armazenados e consumidos no Serviço de Nutrição e Dietética e conseqüentemente a qualidades dos serviços prestados pela Unidade.





O SND conta com três câmaras frigoríficas com finalidades distintas, ou seja, para estocagem de laticínios e sobremesas, estocagem de hortifrutis e estocagem de carnes (embutidos, carne vermelha e aves). Já a estocagem de peixe é realizada em freezer independente.

20.2. Roteiro de Acionamento do Plano

O Serviço de Nutrição e Dietética acionará o Serviço de Manutenção da Unidade, assim que detectado o problema e este analisará o problema; caso constatada a impossibilidade de conserto pelo próprio Serviço, este acionará em primeiro lugar o SND, a fim de que sejam tomadas as devidas providências e em seguida o Plano de Contingência -aluguel de freezer compatível com as necessidades.

20.3. Requisitos da Contingência

Quando necessário o acionamento do Plano de Contingência, o Serviço de Manutenção da Unidade acionará, via telefone, as empresas já contatadas anteriormente a fim de suprir as necessidades do serviço em no máximo 24 horas quando da paralisação parcial das câmaras e 6 horas para a paralisação total. Antes da chegada dos equipamentos no Serviço, o SND tomará as devidas providências.

A responsabilidade pelo recebimento e devolução dos freezers da Unidade pertence a Manutenção, que acompanhará a instalação e remoção dos mesmos.

20.4. Conduta Técnica

Diante das especificidades de cada câmara frigorífica, O SND atuará da seguinte maneira:

Quando detectado o problema nas instalações de uma das câmaras, inicia-se a medição periódica de temperatura dos produtos armazenados. Caso os equipamentos – freezers cheguem no Serviço em até 06 horas e/ou as temperaturas se mantenham dentro dos padrões de segurança alimentar, não serão tomadas providências quanto a troca de local para o armazenamento dos respectivos produtos ali armazenados.

Quando detectada pane geral nas câmaras frigoríficas ao mesmo tempo, as temperaturas dos alimentos destas serão monitoradas até o momento da chegada dos freezers, porém, caso o tempo comprometa a segurança dos alimentos, estes deverão ser desprezados, caso não seja possível a sua utilização de imediato.

21. DIVULGAÇÃO E TREINAMENTO

Após o término do Manual, após aprovação, validação deve-se treinar ou tornar conhecido o Manual Completo, primeiramente com as partes que executam ação dentro do Manual, na sequência todas as Lideranças e no final para todos os colaboradores de forma sucinta onde todos saibam que existe um Plano de Contingência Institucional e sua importância para a segurança da Instituição.



N