



PROPOSTA DE
TRABALHO
IDTECH



SES
 Fls.: 3701
 Rubrica
 & CIGSS

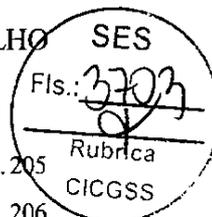
I. Conteúdo

1. IDENTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO	8
2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL	8
2.1. ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE	8
2.1.1. BREVE DESCRIÇÃO DA HEMORREDE	8
2.1.2. HEMORREDE DE GOIÁS NO CONTEXTO DO SISTEMA REGIONAL DE SAÚDE	9
2.1.2.1. Atividades desenvolvidas pelo Hemocentro de Goiás	10
2.1.2.2. Clientes/Usuários	11
2.1.3. CARACTERIZAÇÃO DO MODELO GERENCIAL PROPOSTO	12
2.1.4. IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS	17
2.1.4.1. Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas.	17
2.1.4.1.1. Fluxo Geral do Doador, Sangue e Paciente	18
2.1.4.1.2. Fluxo Geral do Doador de Sangue, Bolsa de Sangue e Amostra de Sangue.	19
2.1.4.2. Fluxos para registros e documentos de usuários.	20
2.1.4.3. Fluxo unidirecional para materiais esterilizados.	21
2.1.4.4. Fluxo unidirecional de resíduos de saúde.	22
2.1.5. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO	24
2.1.5.1. Regimento Interno do Serviço de Enfermagem	24
2.1.5.2. Regimento Interno da Hemorrede de Goiás	32
2.1.5.3. Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário.	44
2.1.5.3.1. Introdução	44
2.1.5.3.2. Cartilha de Segurança da Informação	47
2.1.5.3.3. Implantação de ITIL	57
2.1.5.3.4. Ferramentas de Gestão à serem Implantadas	58
2.1.5.3.5. Serviço de informações/solicitações via internet	59
2.1.5.3.6. Central de Relacionamento e Ouvidoria	59
2.1.5.3.7. Implantação de Wifi gratuito na unidade	59
2.1.5.3.8. Organização da Gestão Administrativa-Financeira e Geral	60
2.1.5.3.8.1. Módulo: FATURAMENTO SUS E/OU INTEGRAÇÃO COM SIMILARES	60
2.1.5.3.8.2. Módulo: ESTOQUE E FARMÁCIA	62
2.1.5.3.8.3. Módulo: COMPRAS	69
2.1.5.3.8.4. Módulo: GERENCIAL / BI / PORTAL	74
2.1.5.3.8.5. Módulo: FINANCEIRO	79
2.1.5.3.8.6. Módulo: CUSTOS	86
2.1.5.3.8.7. Módulo: MANUTENÇÃO	88
2.1.5.3.8.8. Módulo: PATRIMÔNIO	90

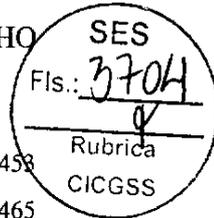
[Handwritten signature and initials]



2.1.5.3.9.	Organização dos Serviços Assistenciais	91
2.1.5.3.9.1.	Módulo: ATENDIMENTO	91
2.1.5.3.9.2.	Módulo: PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA E PEP	122
2.1.5.3.10.	Módulo: DIAGNÓSTICO E TERAPIA	134
2.1.5.3.10.1.	Laboratório de Análises Clínicas	135
2.1.5.3.10.2.	Gestão do Sangue	143
2.1.5.3.10.3.	Módulo: PROGRAMAS AUXILIARES E DE APOIO	143
2.1.5.3.11.	Gerenciamento Eletrônico de Prontuários	150
2.1.5.3.11.1.	Definições e Recomendações	151
2.1.5.3.11.2.	A aplicação do PEP na Hemorrede Pública de Goiás e as recomendações do CFM	153
2.1.5.3.11.3.	O Profissional no Gerenciamento do PEP: Habilidades e Competências	155
2.1.5.3.12.	O Sistema de PEP	157
2.1.5.3.13.	Controle de RH e Folha de Pagamento	157
2.1.5.3.14.	Integrações, Webservices e Desenvolvimento	157
2.1.5.3.15.	Unidades Externas	158
2.1.5.3.16.	Investimentos	158
2.1.5.4.	Logística de Suprimentos. Norma para realização dos procedimentos de aquisição de materiais recebimento guarda e distribuição na Unidade e Critérios para a Contratação de Terceiros	159
2.1.6.	IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS	192
2.1.6.1.	Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos	192
2.1.6.2.	Manual de Rotinas para Administração Financeira	197
2.1.6.2.1.	CON TABILIDADE	197
2.1.6.2.1.1.	OBJETIVO	197
2.1.6.2.1.2.	PROCEDIMENTOS	198
2.1.6.2.1.3.	EMISSÃO DE RELATÓRIOS MENSAIS	199
2.1.6.2.1.4.	RELATÓRIOS ANUAIS	199
2.1.6.2.1.5.	PLANO DE CONTAS	200
2.1.6.2.2.	FINANCEIRO	201
2.1.6.2.2.1.	OBJETIVO	201
2.1.6.2.2.2.	PROCEDIMENTOS	201
2.1.6.2.2.3.	LIQUIDAÇÃO E PAGAMENTO	202
2.1.6.2.2.4.	FORMAS DE PAGAMENTO	202
2.1.6.2.2.5.	ENCARGOS E TRIBUTOS	203
2.1.6.2.2.6.	FUNDO FIXO	204
2.1.6.2.2.7.	INDICADORES FINANCEIROS	204
2.1.6.2.3.	CUSTOS	205
2.1.6.2.3.1.	OBJETIVO	205



2.1.6.2.3.2. TERMINOLOGIA.....	205
2.1.6.2.3.3. APURAÇÃO DOS CUSTOS	206
2.1.6.3. Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio	206
2.1.6.4. Manual para o Transporte de Sangue, Hemocomponentes e Hemoderivados.	249
2.2. INCREMENTO DE ATIVIDADE (sem elevar custos).....	257
2.2.1. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS	257
2.2.1.1. PROJETO DE CENTRAL HUMANIZADA DE INTERNAÇÃO (CHI).....	260
2.2.1.2. Sarau do HEMOGO.....	261
2.2.1.3. Arte no HEMOGO.....	262
2.2.1.4. Dose de Letras	262
2.2.1.5. Projeto Hoje.....	262
2.2.1.6. Plateia Social	263
2.2.1.7. Comunicadores da Alegria	263
2.2.1.8. Liga do Riso	264
2.3. AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE OBJETIVA.....	264
2.3.1. MANUAL DA QUALIDADE	265
2.3.2. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	298
2.3.3. COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	318
2.3.4. COMITÊ DE ÉTICA).....	325
2.3.5. COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA POR COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	343
2.3.6. COMITÊ TRANSFUSIONAL MULTIDISCIPLINAR	355
2.3.7. COMISSÃO DE CAPTAÇÃO DE DOADORES	360
2.3.8. COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS).....	370
2.3.9. COMISSÃO DO PLANO DE CONTIGÊNCIA DA HEMORREDE DO ESTADO DE GOIÁS.....	434
2.3.9.1. FALHAS POSSÍVEIS E MEDIDAS A SEREM ADOTADAS	434
2.3.9.1.1. ENERGIA ELÉTRICA	434
2.3.9.1.2. ABASTECIMENTO DE ÁGUA.....	435
2.3.9.1.3. ABASTECIMENTO DE GÁS GLP.....	436
2.3.9.1.4. SISTEMA DE TELEFONIA.....	436
2.3.9.1.5. SISTEMA DE GERAÇÃO DE VAPOR E ÁGUA QUENTE.....	437
2.3.9.1.6. SISTEMAS DE INFORMÁTICA	437
2.3.9.1.7. SISTEMA DE AR CONDICIONADO – AR CONDICIONADO.....	438
2.3.9.1.8. CENTRAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS	438
2.3.9.1.9. ELEVADORES	439
2.3.9.1.10. CONTROLE DE ACESSOS PELAS PORTARIAS	440
2.3.9.1.11. CADEIA DE FRIO.....	441
2.3.10. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA E SESMT	445



2.3.11. COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	458
2.4. AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE SUBJETIVA	465
2.4.1. ACOLHIMENTO	465
2.4.1.1. Manual de Normas Gerais de Circulação de Pessoas	465
2.4.1.2. NORMAS PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES	473
2.4.1.3. Proposta para implantação de Serviços de Atendimento ao Usuário	474
2.4.1.4. Proposta de Pesquisa Periódica/Contínua de Satisfação dos Usuários, com definição de uso das informações.	477
2.5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	487
2.5.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE	487
2.6. ESTUTURA DIRETIVA DA HEMORREDE PÚBLICA DE GOIÁS	487
2.6.1. ORGANOGRAMAS	490
2.7. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM	492
2.7.1. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA	492
2.7.1.1. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA: Tratamento de Coagulopatias	492
2.7.1.2. ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA	502
2.7.1.2.1. PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO SEGURA	502
2.7.1.2.1.1. Introdução	503
2.7.1.2.1.2. Etiologia	504
2.7.1.2.1.3. Objetivo	505
2.7.1.2.1.4. Procedimento	505
2.7.1.2.2. PROTOCOLO DE RESERVA CIRÚRGICA	521
2.7.1.2.2.1. Introdução	521
2.7.1.2.2.2. Objetivo	523
2.7.1.2.2.3. Procedimento	523
2.7.1.2.3. Protocolo de Controle de Qualidade de Hemocomponentes	533
2.7.1.2.3.1. Introdução	534
2.7.1.2.3.2. Objetivo	535
2.7.1.2.3.3. Procedimento	535
2.7.1.2.3.3.1. Controle de qualidade de hemocomponentes	535
2.7.1.2.3.3.2. Controle de qualidade de sangue total	537
2.7.1.2.3.3.3. Controle de qualidade de concentrado de hemácias	537
2.7.1.2.3.3.4. Controle de qualidade de Plasma fresco congelado (PFC)	541
2.7.1.2.3.3.5. Crioprecipitado	543
2.7.1.2.3.3.6. Controle de qualidade de reagentes	545
2.7.1.2.3.3.7. Biossegurança	547
2.7.1.2.3.3.8. Procedimentos para equipamentos de laboratório	547



2.7.2. PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS.....	548
2.7.2.1. Rotinas nas áreas de Internação Leito/Dia	548
2.7.2.2. Rotinas do Centro de Material Esterilizado (CME)	560
2.7.2.3. Hotelaria Hospitalar	567
2.7.2.4. Rotinas do Ambulatório	593
2.8. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS FINANCEIROS E GERAIS.....	612
2.8.1. ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS MULTIDISCIPLINARES	612
2.8.2. NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL.....	617
2.8.3. NORMA PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS RECEBIMENTO GUARDA E DISTRIBUIÇÃO.....	618
2.8.4. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA.....	618
2.8.5. CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS.....	625
2.8.6. FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS LABORATORIAIS.....	625
2.8.6.1. Normas para o funcionamento do Serviço de Manutenção Predial preventiva e corretiva.....	625
2.8.6.2. Normas para o funcionamento de Equipamentos Laboratoriais - preventiva e corretiva.....	694
2.8.7. SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME r	696
2.8.8. MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR DE QUALIDADE, DE PRODUTIVIDADE E ECONÔMICO-FINANCEIROS.....	708
2.9. CIÊNCIA E TECNOLOGIA	711
2.9.1. ESTÁGIOS CURRICULARES, TREINAMENTOS E RESIDÊNCIAS	711
2.9.2. PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA HEMOTERÁPICA.....	711
2.10. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	713
2.10.1. PROCESSOS NA GESTÃO DE PESSOAS.....	715
2.10.1.1. Detalhamento dos Processos.....	717
2.10.2. PROGRAMAS UTILIZADOS NA GESTÃO DE PESSOAS.....	726
2.10.2.1. Programa de Integração Institucional	726
2.10.2.2. Programa de Readaptação Funcional.....	727
2.10.2.3. Programa de Remanejamento Interno.....	728
2.10.2.4. Programa de Capacitação Gerencial	728
2.10.2.5. Processo Seletivo e de Admissão – Colaboradores IDTECH.....	729
2.10.3. NORMATIZAÇÕES E REGULAMENTAÇÕES DE TRABALHO	733
2.10.4. CONTROLE DE FREQUÊNCIA – REGISTRO DE PONTO DE COLABORADORES	734
2.10.5. PROCESSO DE PROMOÇÃO E/OU REENQUADRAMENTO DE COLABORADORES	735
2.10.6. PROCESSO DE DESLIGAMENTO DE COLABORADORES	736
2.10.7. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREAS DE ATIVIDADE PROFISSIONAL.....	736



IDTECH
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO
idtech.org.br

PROPOSTA DE TRABALHO



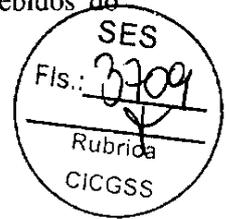
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS 747

[Handwritten signature and initials]



Hereditárias e Hemoglobinopatias Hereditárias, distribuição de medicamentos recebidos do Ministério da Saúde e formação de mão de obra especializada.



2.1.2.1. Atividades desenvolvidas pelo Hemocentro de Goiás

- Captação de Doadores
- Triagem Hematológica e Triagem Clínica
- Coleta de sangue;
- Coleta por processadora automática – Aférese;
- Coleta Externa em Unidade Móvel;
- Fracionamento: Concentrado de Hemácias e Concentrado de Hemácias lavadas, Plasma Fresco Congelado e Plasma Comum, Componentes Leucodepletados, Concentrado de Plaquetas;
- Testes Imunoematológicos do doador e do receptor;
- Tipagem ABO do doador e do receptor;
- Rh (D) do doador e do receptor;
- Pesquisa de Anticorpos irregulares do doador e do receptor;
- Fenotipagem do doador;
- Testes de Compatibilidade;
- Exames sorológicos do doador: Sífilis, Chagas, Hepatite B e C, e retrovíruses: HTLV I e II e HIV I e II (2 Testes) ;
- Irradiação de Hemácias;
- Armazenamento de Sangue e Hemocomponentes;
- Distribuição de Sangue e Hemocomponentes;
- Transporte de Sangue e Hemocomponentes;
- Transfusão de Sangue e Hemocomponentes;
- Atendimento Ambulatorial a Coagulopatas (Hemofilia) através de consultas, fisioterapia e fornecimento de fatores de coagulação sanguínea (link para listar as Coagulopatias);
- Atendimento Ambulatorial a hemoglobinopatas (Anemia Falciforme e Talassemia);
- Coleta de Amostra para Medula Óssea.

Handwritten signature and the number '6'.

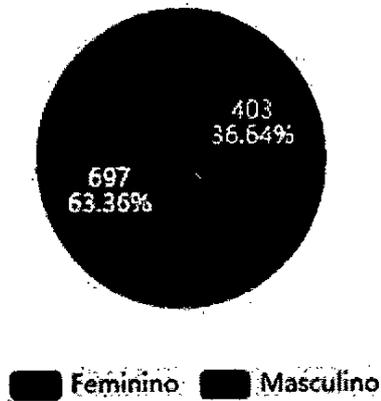
Handwritten signature and scribbles.



2.1.2.2. Clientes/Usuários

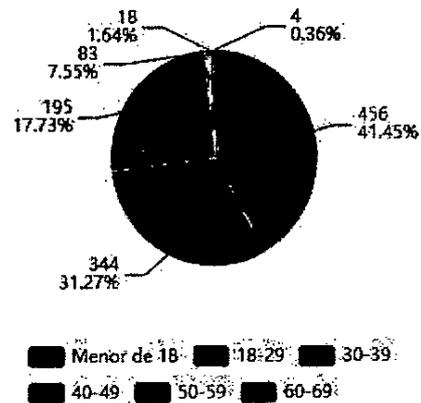
De acordo com dados divulgados no site da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (Painel Conecta SUS 2018), a maioria dos doadores é do sexo masculino e com idade entre 18 e 29 anos. Além disso, a concentração está em doadores de primeira vez e esporádico, conforme pode ser observado nos gráficos abaixo.

Perfil do doador quanto ao sexo no ano 2018



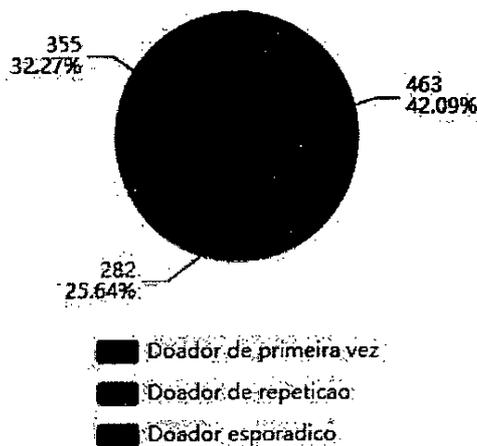
Fonte: Conecta SUS

Perfil do doador por faixa etária 2018



Fonte: Conecta SUS

Perfil do doador pela frequência de doação no ano 2018



Fonte: Conecta SUS

[Handwritten signatures and initials]



2.1.3. CARACTERIZAÇÃO DO MODELO GERENCIAL PROPOSTO

Num ambiente cada vez mais competitivo, marcado por transformações sociais e tecnológicas, torna-se necessário rever de gestão das unidades de saúde.

O Ministério da Saúde (MS) aponta que os estabelecimentos da saúde pública são gerenciados de maneira ineficientes e ineficazes, acarretando problemas administrativos e financeiros de toda ordem e que interferem na qualidade dos serviços prestados à população.

A ausência de planejamento das ações e do seu adequado gerenciamento acarreta, entre outras distorções, o desperdício dos recursos técnicos, humanos, físicos e financeiros das unidades, levando à deterioração paulatina e crescente da rede de atendimento.

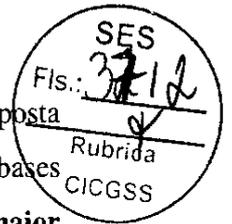
Assim sendo, verificou-se ser necessária uma mudança na gestão pública, tendo início então em 1995 a Reforma Gerencial da Administração Pública visando a modernização, de forma a atender de modo eficiente e democrático às demandas da sociedade, sobretudo na área social. O principal documento da reforma gerencial é o **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado** que estabelece diretrizes para implantação de uma administração pública gerencial.

Nesse contexto, foram considerados fundamentais todos os conceitos e ferramentas institucionais da **Gestão pela Qualidade** com a finalidade de internalizar os princípios da administração para cidadão, orientada para resultados.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado buscou inovar no modelo de Administração Pública, com o argumento de que a velha burocracia é, em essência, um dos maiores problemas do Estado brasileiro. Desta forma a necessidade de um novo modelo de gestão para o setor público, bem como a mudança na forma de tratamento da crise do Estado, da maneira das posturas político-ideológico anteriores, que, em grande medida, abriram espaço para agravá-la ainda mais.

Assim, em se tratando de reforma administrativa, o principal marco de renovação seria a proposta de implementar um novo "paradigma" de organização administrativa, a saber, a Administração Pública gerencial, que vem introduzir a perspectiva do desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações estatais.

Analisando os impactos e mesmo o grau de novidades e ruptura com o modelo de



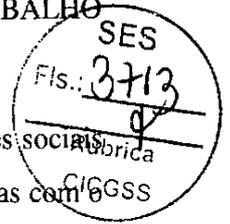
gestão burocrático até então e ainda impregnado na Administração Pública, a proposta gerencial visualizada Pedro PDRAE como alternativa reformadora é composta por duas bases essenciais: **em suma, afirma-se que a administração pública deve ser permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil e deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins).**

Quando o PDRAE considera que a reforma do Estado é tarefa para o conjunto da sociedade, tendo em vista que o papel do Estado, a partir da reforma, seria tão somente o de promover e regular o desenvolvimento econômico e social, a lógica governamental passa a discutir junto à sociedade, que os atores no processo de reforma não se restringem aos setores exclusivos do Estado, ou seja, a responsabilidade deve passar a ser compartilhada com a sociedade e com o mercado.

Segundo Paulo Modesto em seu artigo Reforma do marco legal do terceiro setor no Brasil, o objetivo econômico da Reforma Administrativa, portanto, pode-se afirmar, é diminuir o déficit público, ampliar a poupança pública e a capacidade financeira do Estado de concentrar recursos em área em que é indispensável a sua intervenção direta. O objetivo social, por sua vez, consiste em aumento a eficiência dos serviços sociais oferecidos ou financiados pelo Estado, atendendo melhor, o cidadão a um custo menor. Já o objetivo político consiste na ampliação da participação da cidadania na gestão da coisa pública, estimulando a ação social comunitária.

É, pois, no envolvimento da sociedade civil que se encontra justamente uma das propostas mais audaciosas quanto à reestruturação do Estatuto. Como consequência deste movimento, destaca-se a instituição do Programa Nacional de Publicização e os processos de criação das Organizações (OS), conforme a Lei 9.637/98, como ente da sociedade organizada sem fins lucrativos, e que se prontificam a receberem esta qualificação jurídica. Tais processos, interdependentes entre si, representam o direcionamento pratico da saída da intervenção direta estatal do setor de serviços não exclusivos de maneira a transferir para a sociedade organizada (a saber, organizações públicas não estatais e privadas sem fins lucrativos) a prestação de serviços como saúde.

O terceiro setor (sociedade), atuando ao lado do primeiro (estado) e do segundo (mercado), vem tendo um papel cada vez mais significativo no amadurecimento da sociedade brasileira.



Diante das atuais mudanças e tendências do Estado brasileiro, as organizações vêm se propagando e assumindo relevantes serviços sociais em parcerias estabelecidas com o Estado, através do contrato de gestão.

Não se pode esconder, contudo, o temor do uso indevido destas organizações do Terceiro Setor, que ainda não possuem tradição na realidade brasileira. O risco de um desvirtuamento destas organizações está previsto até mesmo no PDRAE: ou se respeitam as condições descritas em lei, como, por exemplo, a forma de composição de seus conselhos de administração ou se fica à mercê da possibilidade de “privatização ou feudalização dessas entidades”.

Contudo, o que deve estar movendo o Governo de Goiás / Secretaria de Estado da Saúde a buscar alternativas como a de incentivo ao terceiro setor é o fato de que grande parte da população brasileira nunca teve uma efetivação abrangente dos direitos sociais como educação e saúde, apesar de estarem garantidos na constituição Federal como deveres do Estado.

É notória a incapacidade do Estado em atender à demanda pelos direitos sociais, assim todas as modalidades de atuação da sociedade civil organizada são iniciativas válidas para tornar o terceiro setor mais atuante em seu papel de dar mais eficácia aos direitos sociais.

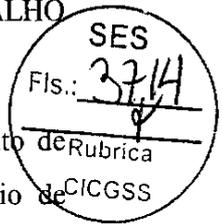
Diante do objetivo da administração atual da Secretaria de Estado da Saúde / Governo de Goiás de estimular e preparar o setor público para a melhoria da qualidade da gestão, a organização social goiana: Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano – IDTECH, entende ser importante participar desse movimento impar quando o referido órgão busca observar os princípios e diretrizes da qualidade e enfatizar a participação e o envolvimento de todos na busca da melhoria contínua, visando à satisfação dos clientes internos e externos das unidades hospitalares que integram a Rede Estadual da Saúde.

Baseado nisso e consciente da sua responsabilidade enquanto Instituição do Terceiro Setor e,

Considerando que o acesso e acolhimento são elementos essenciais para que possa incidir sobre o estado da saúde do indivíduo e da coletividade, favorecendo a reorganização dos serviços e a qualidade da assistência prestada;

Considerando que Hemorrede Pública de Goiás é referência na produção e distribuição de Hemocomponentes no Estado de Goiás, na promoção da conscientização da

A P



comunidade em relação a doação voluntária de sangue e de medula óssea, tratamento de Coagulopatias Hereditárias e Hemoglobinopatias Hereditárias, tanto para o município de Goiânia quanto para o Estado de Goiás, o **Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano - IDTECH** vem apresentar a proposta de uma atuação integrada / cooperação técnica que permita buscar uma gestão eficiente e os meios necessários para o gerenciamento de ações que visam a reestruturação e melhoria dos serviços prestados.

Além disso, o IDTECH se propõe a implementar ações de acordo com os seguintes objetivos:

- Buscar a melhoria da qualidade da gestão e o atendimento dos critérios de excelência: liderança, estratégias, foco no cliente, informação e análise, gestão de pessoas, gestão de processos e resultado da organização.
- Exercer a política de humanização do atendimento;
- Otimizar o uso da capacidade instalada;
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Valorizar os trabalhadores envolvidos no processo, fortalecendo sua motivação, o auto-desenvolvimento e o crescimento profissional, incentivando-os para a mudança das práticas e melhorias dos serviços de saúde ofertados a população;
- Promover a excelência em atendimento visando a satisfação dos clientes internos e externos;
- Liderar implementações que possam aprimorar a qualidade do serviço prestado;
- Melhorar as condições de trabalho;
- Adequar os serviços ao ambiente, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora;
- Resgatar os fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no Sistema Único de Saúde, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos das ações de saúde;
- Promover a seleção de profissionais;
- Possibilitar a readequação e o aperfeiçoamento profissional dos recursos humanos existentes e a disponibilização de profissionais para suprir os déficits existentes;
- Formar e capacitar os recursos humanos envolvidos, bem como disponibilizar novos profissionais sempre que se fizer necessário;



- Oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando a disponibilidade assistencial do momento;
- Aperfeiçoar os recursos tecnológicos existentes e implantar significativas melhorias na área;
- Implantar estratégias de avaliação dos serviços desenvolvidos visando aferir o desempenho dos profissionais envolvidos, o grau de satisfação dos usuários em relação aos prestadores de serviços, garantindo assim a qualidade de atendimento prestado;
- Implantar um sistema efetivo de metas e indicadores;
- Ser um instrumento para fortalecimento da gestão da Secretaria de Estado da Saúde / Governo de Goiás

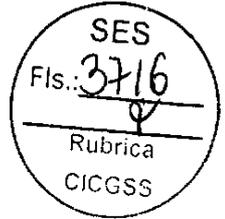
O modelo de gestão a ser implantado na Hemorrede Pública de Goiás pelo Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano procurará desenvolver uma visão estratégica de gestão, tendo como norteadores a MISSÃO, a VISÃO e os VALORES, abaixo expostos entendendo que essa concepção deve nortear estratégias e ações que deverão ser levadas à efeito na nova experiência gerencial da unidade e respeitando o trabalho e a luta da direção atual e de todos os servidores que, em situações muitas vezes não muito favoráveis, possibilitaram o seu funcionamento e afirmaram o seu papel.

Missão:

Garantir a oferta de hemocomponentes e hemoderivados a todos os usuários do SUS no Estado de Goiás, motivar a população a realizar o cadastro de doadores de medula óssea, prestar assistência especializada de qualidade aos pacientes portadores de doenças hematológicas contribuindo para o desenvolvimento científico nas áreas de Hemoterapia e Hematologia.

Visão:

Ser um Centro de Excelência em Hemoterapia e Hematologia no cenário nacional no âmbito assistencial, de ensino e pesquisa prezando pela responsabilidade socioambiental.



Valores:

- *Segurança do paciente;*
- *Humanização;*
- *Inovação;*
- *Eficiência;*
- *Equidade;*
- *Cuidado centrado no paciente;*
- *Ética;*
- *Melhoria contínua;*
- *Satisfação do usuário.*

A presente proposta de trabalho descreverá à seguir todos os aspectos sugeridos no **Roteiro de Elaboração** constante do edital do chamamento Público Nº 003/2017 – SES/GO. Porém, didaticamente, esses aspectos foram distribuídos no corpo da nossa proposta visando uma organização dos conteúdos de forma mais sistematizada e objetivando, também, facilitar a compreensão e avaliação da mesma.

2.1.4. IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

2.1.4.1. Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas.

O ciclo do sangue inclui a captação e seleção do doador, triagem clínico/epidemiológica, coletas de sangue interna externas, doação de sangue por aférese, triagem laboratorial de amostras de sangue para pesquisa de doenças infecciosas transmitidas

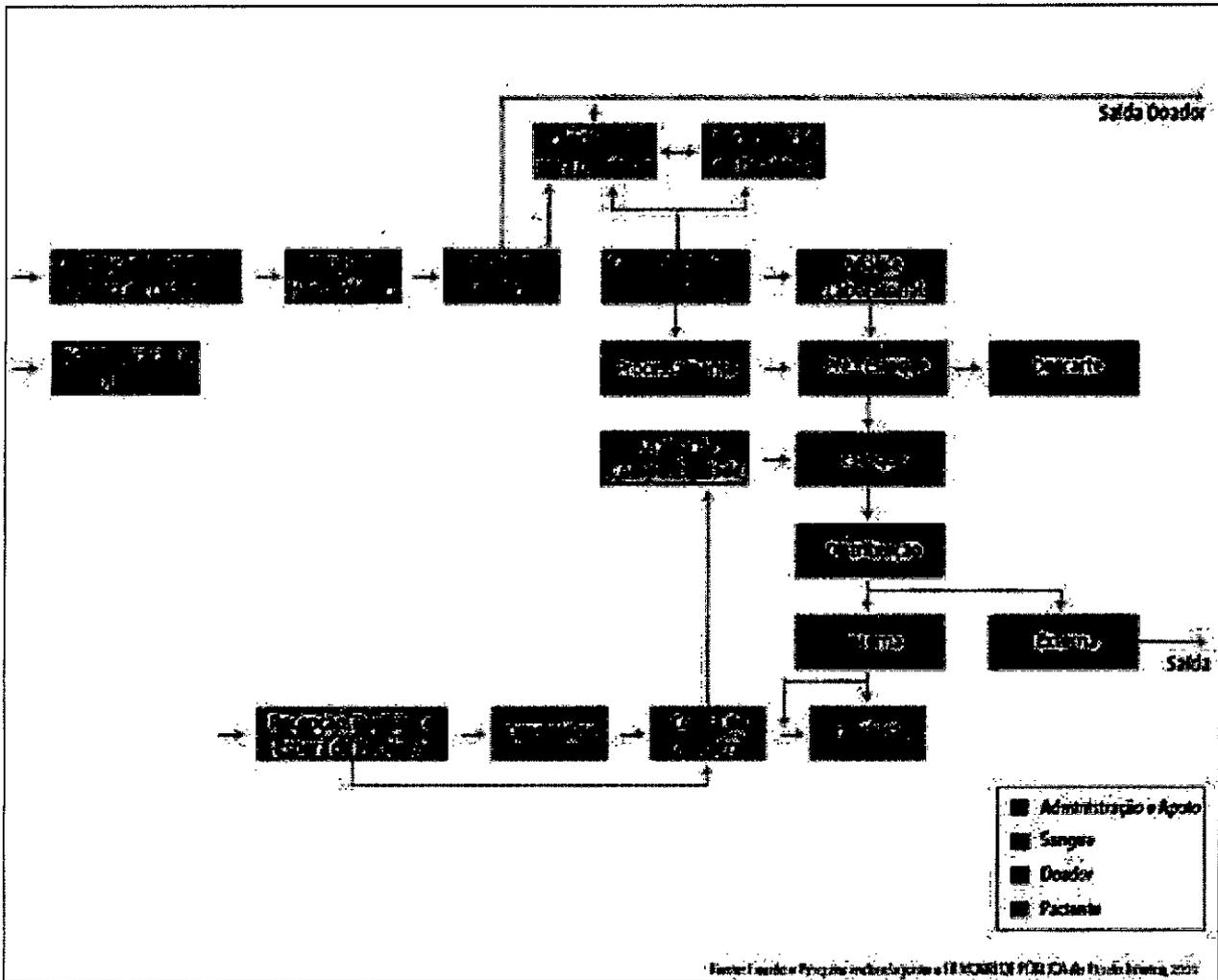


SES
 Fls.: 37/37
 Rubrica
 CIGSS

pela transfusão, imuno-hematologia de doadores e pacientes, processamento, armazenamento, transporte e distribuição de hemocomponentes, procedimentos transfusionais e hemoterápicos, além do controle de qualidade de hemocomponentes.

Seguem abaixo os fluxogramas das etapas citadas:

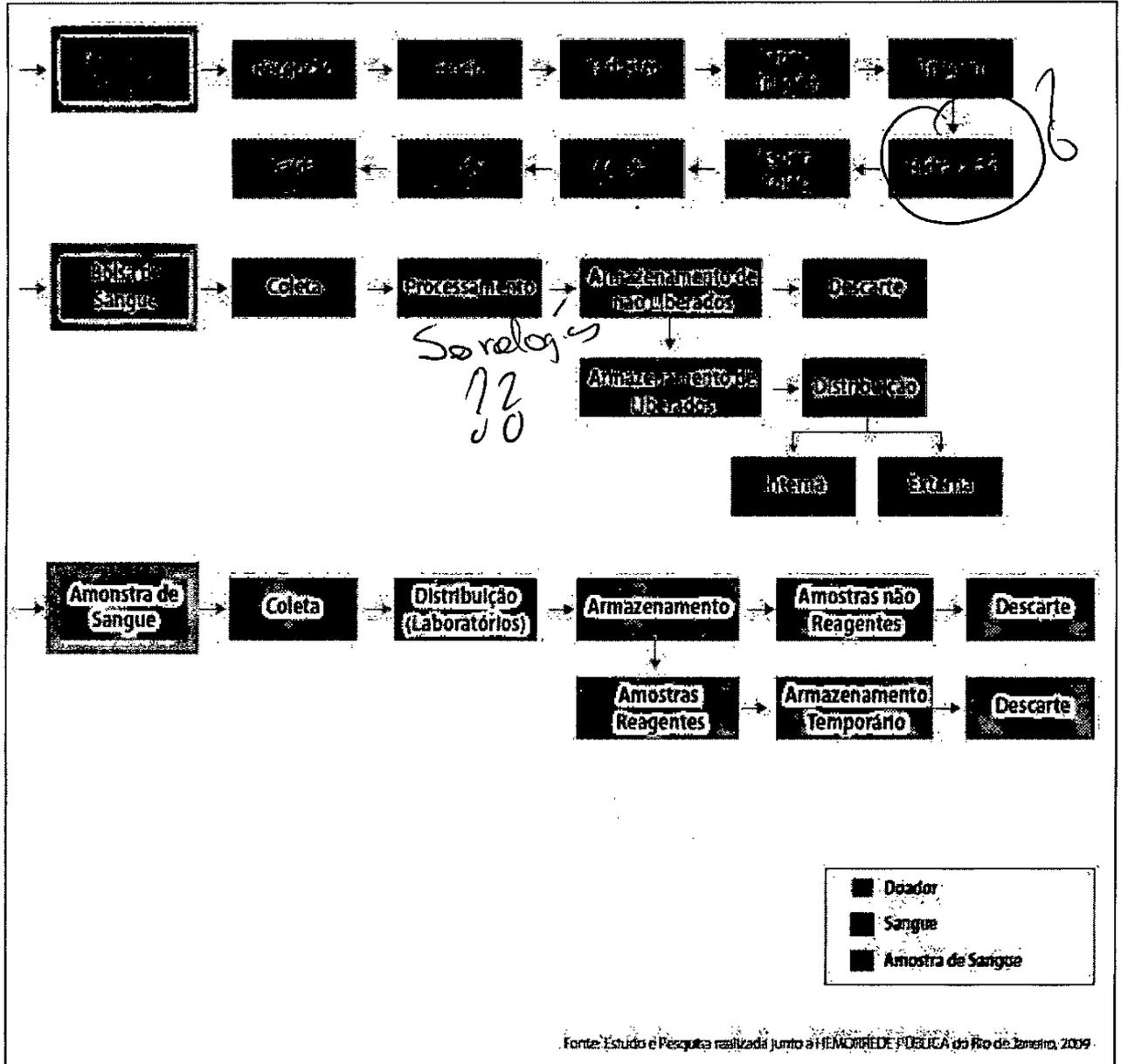
2.1.4.1.1. Fluxo Geral do Doador, Sangue e Paciente





SES
Fls.: 37 B
✓
Rubrica
CICGSS

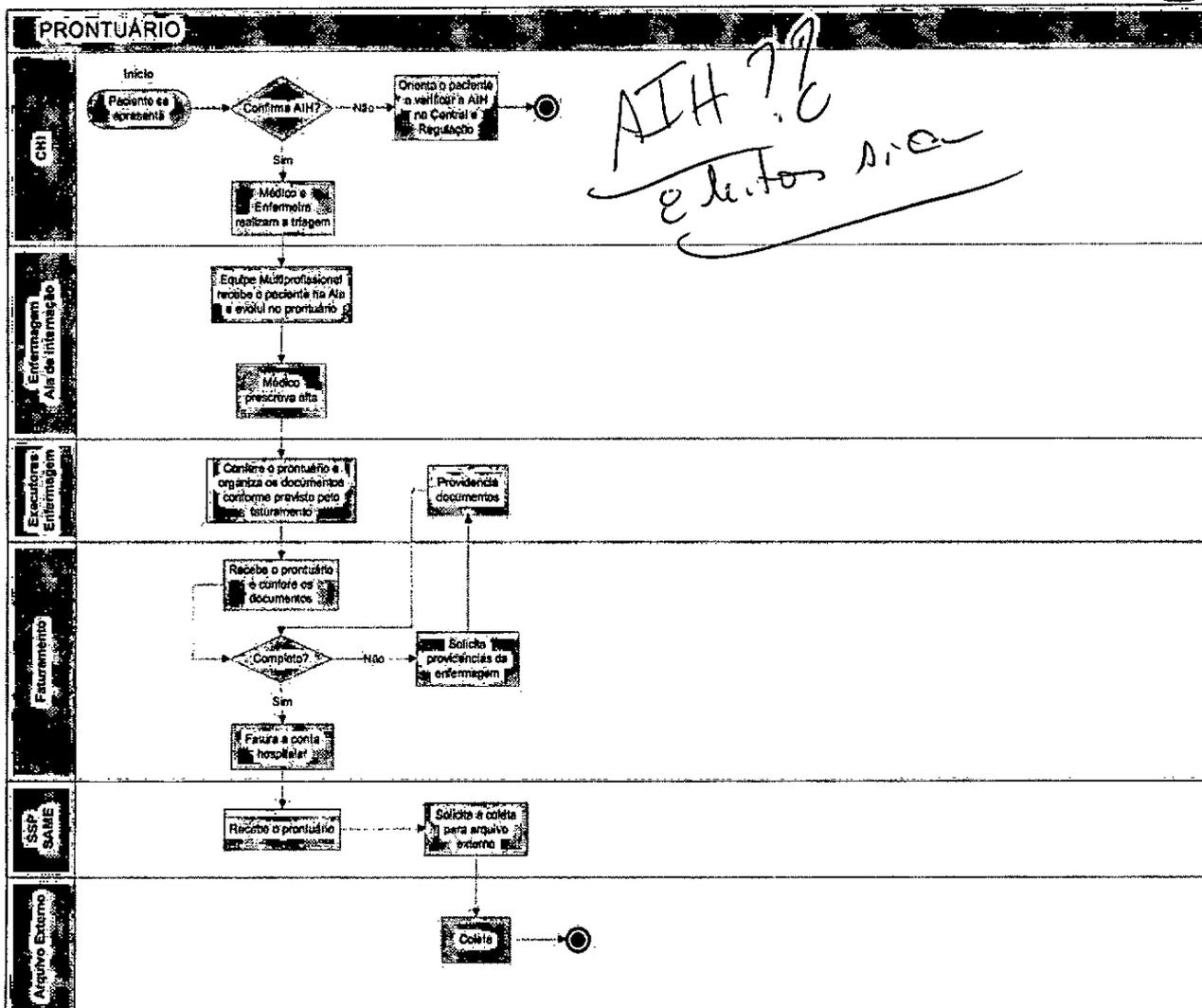
2.1.4.1.2. Fluxo Geral do Doador de Sangue, Bolsa de Sangue e Amostra de Sangue.





SES
Fls.: 3719
Rubrica
CICGSS

2.1.4.2. Fluxos para registros e documentos de usuários.



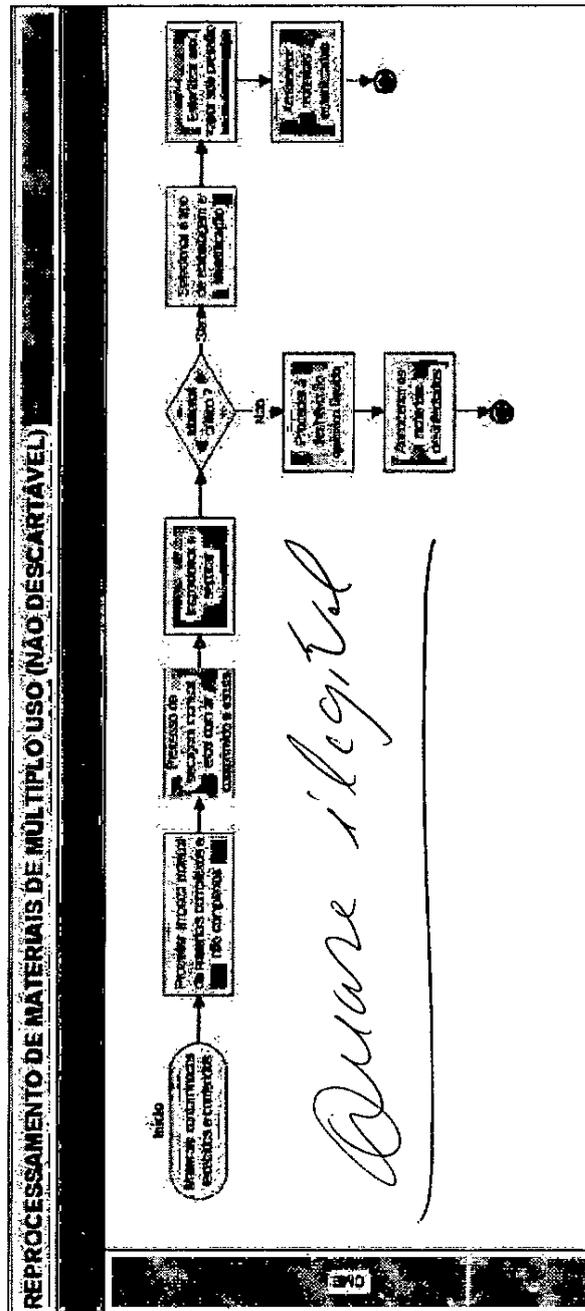


SES
Fls.: 3720
Rubrica
CICGSS

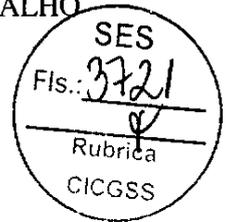
2.1.4.3. Fluxo unidirecional para materiais esterilizados.

Todo processo realizado no CME deve obedecer a Regulamentos Técnicos que estabelecem os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde.

O fluxo de um CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.



[Handwritten signatures and marks]



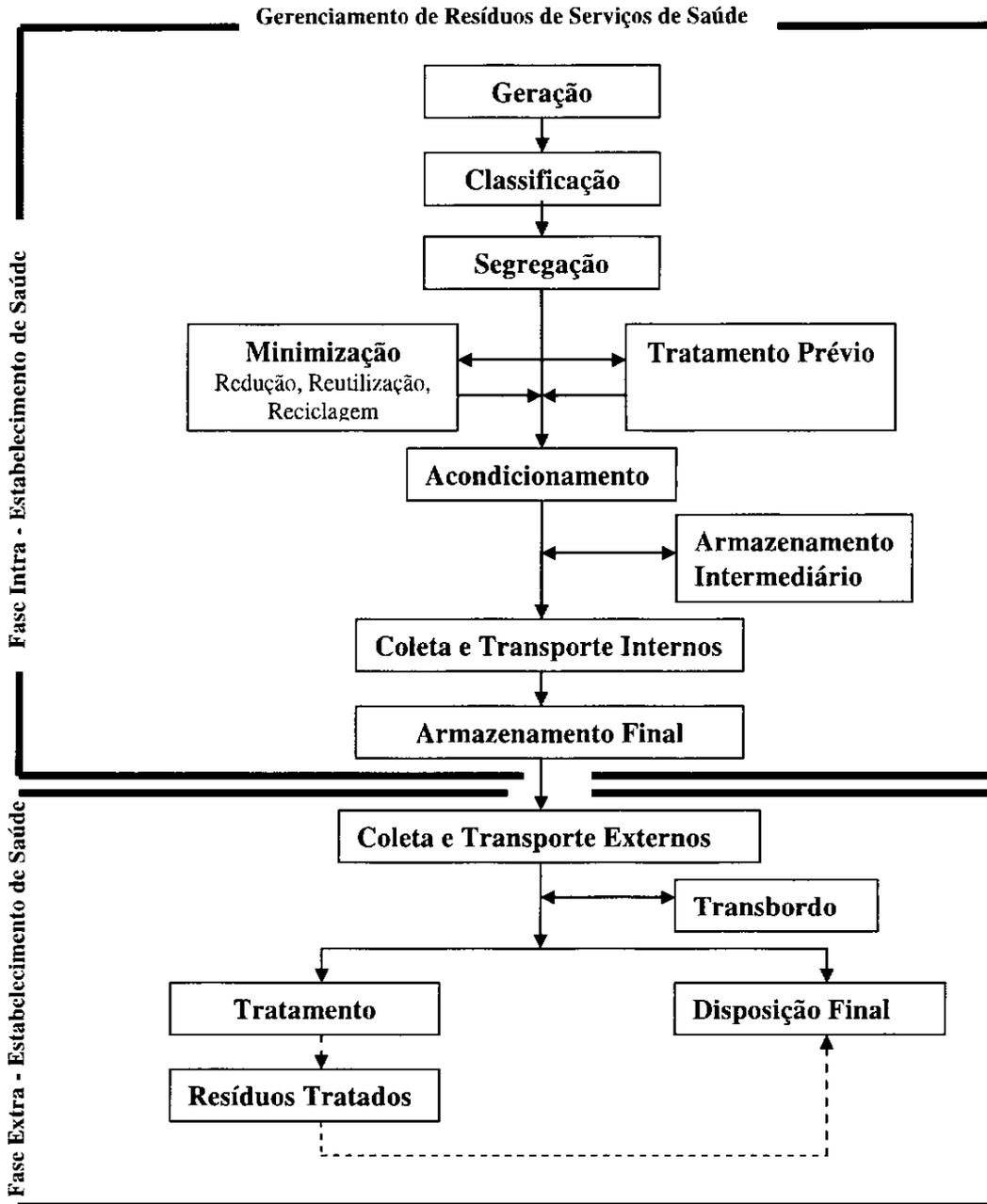
2.1.4.4. Fluxo unidirecional de resíduos de saúde.

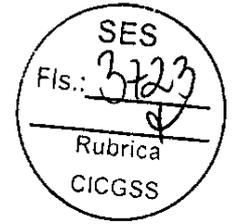
É importante que haja uma gestão logística eficaz na coleta e transporte dos resíduos dos serviços de saúde na hemorrede com capacidade de assim garantir, sempre que seja possível, o fluxo unidirecional dos resíduos, pautado com horários predefinido do maior afluxo de utentes, de distribuição dos alimentos,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

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



Fluxo unidirecional de resíduos de saúde





2.1.5. IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

2.1.5.1. Regimento Interno do Serviço de Enfermagem

CAPÍTULO I - DO OBJETO

Art. 1º As instituições ou unidades prestadoras de serviços de saúde, tanto no âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, devem contar com um quadro de pessoal de enfermagem qualificado e em quantidade que permita atender à demanda de atenção e aos requisitos definidos pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Art. 2º A Equipe de Enfermagem em Hemoterapia é formada por Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, executando estas profissionais suas atribuições em conformidade com o disposto em legislação específica a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício da Enfermagem no País.

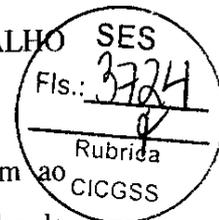
Art. 3º Por ser considerada uma terapia de alta complexidade, é vedada aos Auxiliares de Enfermagem a execução de ações relacionadas à Hemoterapia podendo, no entanto, executar cuidados de higiene e conforto ao paciente.

Art. 4º Os Técnicos de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício profissional no País, participam da atenção de enfermagem em Hemoterapia, naquilo que lhes couber, ou por delegação, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

Art. 5º De modo geral, compete ao Enfermeiro do Serviço de Hemoterapia a prestação de cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas:

Art. 6º – O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

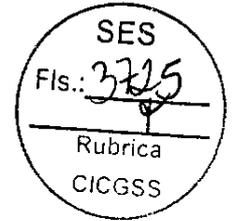
- I. Planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos hemoterápicos e de Enfermagem nas Unidades, visando assegurar a qualidade do sangue, hemocomponentes e hemoderivados, coletados e infundidos;



- II. Desenvolver e atualizar os protocolos relativos à atenção de enfermagem ao paciente em Hemoterapia, pautados nesta norma, adequadas às particularidades do serviço;
- III. Estabelecer ações de treinamento operacional e de educação permanente, de modo a garantir a capacitação e atualização dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam em Hemoterapia;
- IV. Prescrever os cuidados de enfermagem;
- V. Participar, como membro da equipe multiprofissional em Hemoterapia, do processo de seleção, padronização, parecer técnico para licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados em Hemoterapia.
- VI. Desenvolver ações a fim de garantir a obtenção de parâmetro de qualidade que visam minimizar riscos e que permitam a formação de estoques de Hemocomponentes capazes de atender à demanda transfusional.
- VII. Atentar para que o manuseio de resíduos dos serviços e a higienização da área de coleta obedeçam às normas específicas e legislação vigente.
- VIII. Participar de comissões de pesquisa, qualidade, biossegurança e ética, como membro da equipe multiprofissional.
- IX. Garantir que todas as atividades desenvolvidas pelo serviço de hemoterapia sejam registradas e documentadas de forma a garantir a rastreabilidade dos processos e produtos, desde a obtenção até o destino final, incluindo a identificação do profissional que realizou o procedimento.
- X. Elaborar previsão quantitativa e qualitativa do quadro de profissionais de enfermagem, necessários para a prestação da assistência de enfermagem de qualidade e livre de riscos e danos.

CAPÍTULO II - DA POSIÇÃO

Art. 7º – O Serviço de Enfermagem faz parte da Diretoria de Enfermagem estando diretamente subordinado a ela; será chefiado por enfermeiro com nível superior e conferido por instituição de ensino, nos termos da lei e inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região; terá administração própria e autonomia profissional.



CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Art. 8º – O Serviço de Enfermagem constitui-se das seguintes seções:

- I. Gerência de Ambulatório
- II. Gerência de Hospital Dia
- III. Seção de Triagem Técnica e Triagem Clínica
- IV. Gerência de Coleta de Sangue de Doadores
- V. Gerência de Transfusão

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9º – O pessoal do Serviço de Enfermagem se atribui pelos seguintes cargos e funções:

- I. Enfermeiro – Diretor do Serviço
- II. Enfermeiro – Gerente de Seção
- III. Enfermeiro Supervisor
- IV. Técnico de enfermagem

Art. 10 – Ao Gerente do de Enfermagem atribuem-se:

- I. Planejar, programar, coordenar e avaliar as atividades inerentes a sua área de atuação, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. Controlar a agenda de consultas de primeira vez, interconsultas e de retorno bem como realizar adequações quando necessário;
- III. Convocar e participar de reuniões multidisciplinares;
- IV. Cumprir e fazer cumprir normas e rotinas da instituição, bem como, o código de Ética e a Legislação de Enfermagem;
- V. Estabelecer cronograma de reuniões e eventos de caráter técnico e/ou administrativo, quando solicitado;
- VI. Executar e/ou supervisionar as atribuições técnicas pertinentes ao serviço;
- VII. Manter os servidores atualizados nos programas específicos do setor;



Fls.: 3726
9
Rubrica
dos
CICGSS

- VIII. Manter sistematizado e arquivado os manuais de funcionamento dos equipamentos da unidade;
- IX. Organizar e manter atualizado o quadro de pessoal de enfermagem lotado e em exercício na unidade, encaminhado ao Serviço de Enfermagem quando solicitado;
- X. Participar de comissões para estudos e definições de técnicas, normas e rotinas de enfermagem e outros assuntos relacionados com a assistência ao paciente;
- XI. Prever e requisitar material de consumo e permanente;
- XII. Promover ambiente seguro, confortável e silencioso ao paciente;
- XIII. Promover o inter-relacionamento com os membros da equipe de saúde;
- XIV. Aplicar penalidades administrativas aos profissionais de enfermagem quando necessário;
- XV. Realizar e/ou participar do programa de educação continuada;
- XVI. Garantir a aplicação dos programas do Ministério da Saúde bem como das políticas estadual e nacional de sangue e hemoderivados;
- XVII. Tomar conhecimento de todas as ocorrências referentes ao funcionamento da unidade, dos pacientes e servidores nos diversos turnos através da observação direta, do livro de ocorrências, relatório e prontuário;
- XVIII. Comunicar a CCISS, os casos de notificação compulsória;
- XIX. Elaborar escala de férias, de serviços, frequências, e avaliar os servidores, em consonância com a chefia imediata, opinando nas alterações quando solicitadas e/ou por interesse do serviço;
- XX. Promover, participar e/ou realizar pesquisas científicas e colaborar com os demais profissionais que realizam atividades dessa natureza;
- XXI. Colaborar com Instituições de Ensino que utilizam o hospital como campo de residência e estágio;
- XXII. Solicitar a chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológica;
- XXIII. Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar do trabalho, bem como, as normas vigentes emanadas dos níveis hierárquicos superiores;

A



- XXIV. Sugerir à Biblioteca a aquisição de material bibliográfico, e outros, inerentes à especialidade.
- XXV. Aplicar normas de biossegurança;
- XXVI. Executar outras atividades afins;
- XXVII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 11 Compete ao Enfermeiro Supervisor:

- I. Proceder a triagem clínica, através de entrevista com o provável doador para avaliar os antecedentes clínicos e o estado de saúde atual, em ambiente que garanta a privacidade e o sigilo das informações prestadas;
- II. Implementar ações visando preparar e orientar o doador/receptor e familiares quanto à Hemoterapia, seus riscos e benefícios, tanto em nível hospitalar como ambulatorial e residencial;
- III. Solicitar assinatura do doador no termo de consentimento livre e esclarecido, no qual declara consentir em doar o seu sangue e na realização de testes laboratoriais;
- IV. Comunicar à equipe Multiprofissional, as intercorrências relacionadas à coleta de sangue de doadores;
- V. Garantir o pronto atendimento ao doador que apresentar alguma reação adversa;
- VI. Notificar ao doador a causa motivante da rejeição, garantindo total sigilo das informações e quando necessário proceder ao encaminhamento ao serviço de saúde de referência;
- VII. Manter medicamentos e equipamentos necessários para a assistência ao doador que apresente eventos adversos, assim como ambiente privativo para o seu atendimento.
- VIII. Proceder às anotações de enfermagem.

Art. 12 Compete ao Técnico de Enfermagem:

- I. Participar de treinamento, conforme programas estabelecidos, garantindo a capacitação e atualização referente às boas práticas em hemoterapia;



- II. Promover cuidados gerais ao paciente de acordo com a prescrição enfermagem ou protocolo pré-estabelecido;
- III. Realizar os procedimentos prescritos ou de protocolo pré-estabelecido, com utilização de técnica asséptica;
- IV. Promover atenciosa identificação da bolsa e dos tubos com as amostras de sangue simultaneamente;
- V. Comunicar ao Enfermeiro qualquer intercorrência advinda dos procedimentos hemoterápicos;
- VI. Proceder ao registro das ações efetuadas, no prontuário/ficha do doador, de forma clara, precisa e pontual.

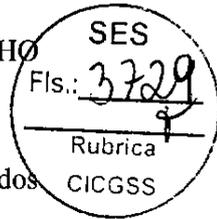
CAPÍTULO V - NORMAS GERAIS PARA ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NA HEMOTRANSFUSÃO

Art. 13 Compete ao Enfermeiro Transfusionista

- I. Atentar para os tempos de início da transfusão, após o recebimento na unidade, conforme preconizado:
 - a. Eritrócitos e Concentrados de Hemácias: O tempo de infusão de cada unidade deve ser de 60 a 120 minutos em pacientes adultos. Em pacientes pediátricos, não exceder a velocidade de infusão de 20-30ml/kg/hora.
 - b. Concentrado de Plaquetas: o tempo de infusão da dose deve ser de aproximadamente 30 minutos em pacientes adultos ou pediátricos, não excedendo a velocidade de infusão de 20-30ml/kg/hora;
 - c. Plasma Fresco Congelado: o tempo máximo de infusão deve ser de uma hora.

Art. 14 Pré-procedimento

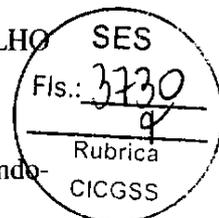
- I. Garantir, sempre que possível, a assinatura do Termo de Consentimento informado, pelo paciente ou familiar/responsável;
- II. Verificar a permeabilidade da punção, o calibre do cateter, presença de infiltração e sinais de infecção, para garantir a disponibilidade do acesso;



- III. Confirmar obrigatoriamente a identificação do receptor, do rótulo da bolsa, dos dados da etiqueta de liberação, validade do produto, realização de inspeção visual da bolsa (cor e integridade) e temperatura, através de dupla checagem (Enfermeiro e Técnico de Enfermagem) para segurança do receptor;
- IV. Garantir que os sinais vitais sejam aferidos e registrados para analisá-los;
- V. Garantir acesso venoso adequado, exclusivo e equipo com filtro sanguíneo;
- VI. Prescrever os cuidados de enfermagem relacionados ao procedimento;

Art. 15 Intra-procedimento

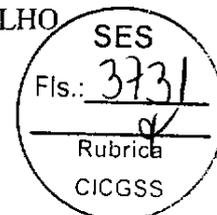
- I. Confirmar, novamente a identificação do receptor, confrontando com a identificação na pulseira, e rótulo do insumo a ser infundido;
- II. Verificar duas vezes o rótulo da bolsa do sangue ou hemoderivado para assegurar-se de que o grupo e tipo Rh concordam com o registro de compatibilidade;
- III. Verificar se o número e tipo no rótulo do sangue ou hemoderivado no prontuário do paciente estão corretos confirmando mais uma vez em voz alta, o nome completo do paciente;
- IV. Verificar o conteúdo da bolsa, quanto a bolhas de ar e qualquer alteração no aspecto e cor do sangue ou hemoderivado (as bolhas de ar podem indicar crescimento bacteriano; a coloração anormal ou turvação podem ser sinais de hemólise);
- V. Assegurar que a transfusão seja iniciada nos 30 (trinta) minutos após a remoção da bolsa do refrigerador do banco de sangue;
- VI. A transfusão deve ser monitorada durante todo seu transcurso e o tempo máximo de infusão não deve ultrapassar 4 (quatro) horas.
- VII. A transfusão deve ser acompanhada pelo profissional que a instalou durante os 10 (dez) primeiros minutos à beira do leito;
- VIII. Nos primeiros 15 (quinze) minutos, infundir lentamente, não devendo ultrapassar a 5 ml/min;
- IX. Observar rigorosamente o paciente quanto aos efeitos adversos, e na negativa, aumentar a velocidade do fluxo;



- X. Garantir o monitoramento dos sinais vitais a intervalos regulares, comparando-os;
- XI. Interromper a transfusão imediatamente e comunicar ao médico, na presença de qualquer sinal de reação adversa, tais como: inquietação, urticária, náuseas, vômitos, dor nas costas ou no tronco, falta de ar, hematúria, febre ou calafrios;
- XII. Nos casos de intercorrência com interrupção da infusão, encaminhar a bolsa para análise;
- XIII. Recomenda-se a prescrição da troca do equipo de sangue a cada duas unidades transfundidas a fim de minimizar riscos de contaminação bacteriana.

Art. 16 Pós-procedimento:

- I. Garantir que os sinais vitais sejam aferidos e compará-lo com as medições de referência;
- II. Descartar adequadamente o material utilizado e assegurar que todos os procedimentos técnicos, administrativos, de limpeza, desinfecção e do gerenciamento de resíduos, sejam executados em conformidade com os preceitos legais e critérios técnicos cientificamente comprovados, os quais devem estar descritos em procedimentos operacionais padrão (POP) e documentados nos registros dos respectivos setores de atividades.
- III. Todas as atividades desenvolvidas pelo serviço de hemoterapia devem ser registradas e documentadas de forma a garantir a rastreabilidade dos processos e produtos, desde a obtenção até o destino final, incluindo a identificação do profissional que realizou o procedimento. Devendo constar obrigatoriamente:
 - a) Data;
 - b) Horário de início e término;
 - c) Sinais vitais no início e no término;
 - d) Origem e identificação das bolsas dos hemocomponentes transfundidos;
 - e) Identificação do profissional que a realizou;
 - f) Registro de reações adversas, quando for o caso.
- IV. Monitorar o paciente quanto a resposta e a eficácia do procedimento;



Art. 17 Compete ao Técnico de Enfermagem:

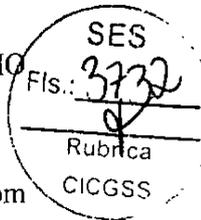
- I. Cumprir a prescrição efetuada pelo Enfermeiro;
- II. Aferir sinais vitais no pré, intra e pós – procedimento transfusional;
- III. Observar e comunicar ao Enfermeiro qualquer intercorrência;
- IV. Monitorar rigorosamente o gotejamento do sangue ou hemoderivado;
- V. Proceder ao registro das ações efetuadas, no prontuário do paciente, de forma clara, precisa e pontual;
- VI. Participar de treinamentos e programas de educação permanente.

2.1.5.2. Regimento Interno da Hemorrede de Goiás

CAPÍTULO I - DA CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º - A Hemorrede Pública de Goiás apresenta personalidade jurídica de direito público, com foco na assistência, ensino, pesquisa e extensão de serviços na área da saúde, no campo da Hemoterapia, sem fins lucrativos, vinculada à Secretaria de Estado de Goiás beneficiando uma população de aproximadamente 6.610.681 habitantes. São oferecidos serviços de hematologia e hemoterapia adulto e pediátrica de média e alta complexidade para hospitais públicos bem como para os demais hospitais com leitos conveniados do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º - A Hemorrede Pública de Goiás dispõe de um Ambulatório de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária especializado em Média e Alta Complexidade em Hematologia adulto e pediátrica sendo responsável pela coleta, processamento, qualificação e distribuição de hemocomponentes e hemoderivados para os hospitais públicos e demais hospitais com leitos do Sistema Único de Saúde-SUS conveniados.



Art. 3º - É um centro de referencia Estadual para o tratamento de coagulopatias com demanda espontânea e devidamente referenciada pelo Complexo Regulador Estadual/Municipal e atende pacientes portadores de doenças hematológicas de todo Estado de Goiás. E, também, responsável pela coordenação e implantação das políticas de sangue, hemoderivados e seus componentes e pela organização da Rede Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás - HEMORREDE.

CAPÍTULO II - DA ORGANIZAÇÃO

Seção I

Estrutura

Art. 4º - A estrutura do Hemorrede Pública de Goiás compreende:

- I – Hemocentro Coordenador;
- II – Hemocentros regionais (HR);
- III – Unidades de coleta e transfusão (UCT);
- IV – Agências transfusionais (ATs);

Art. 5º A Hemorrede é composta por 01 Hemocentro Coordenador contendo 02 Unidades de Coleta Moveis – Ônibus, 04 Hemocentros Regionais nas cidades de Rio Verde, Jataí, Catalão e Ceres e 04 Unidades de Coleta e Transfusão- UCT: Formosa, Iporá, Porangatu, e Quirinópolis. Compõem ainda a Hemorrede as agências transfusionais as quais a gestão estará sob a responsabilidade de outras Organizações Sociais ?

Art. 6º É responsabilidade do HEMOGO a formação de recursos humanos na área da Hematologia e Hemoterapia tais como: médicos, farmacêuticos e técnicos de hemoterapia, além de possibilitar especialização de enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais, dentre outros profissionais.

Seção II

Composição da Estrutura Diretiva da Hemorrede Pública



- i. Gerência de Faturamento;
 - ii. Gerência de Pessoal;
 - iii. Gerência de Farmácia;
 - iv. Gerência de Material e Patrimônio;
 - v. Gerência de Logística;
 - vi. Gerência de Engenharia Clínica;
 - vii. Gerência de Segurança e Saúde do Trabalhador;
 - viii. Gerência de Arquivo.
- d) Diretoria de Ensino e Pesquisa;
- i. Comissão de Residência Médica – COREME;
 - ii. Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU;
 - iii. Comitê de Ética e Pesquisa;
 - iv. Gerência de Educação Continuada;
 - v. Gerencia de Apoio a Internatos e Estágios;
 - vi. Núcleo de Apoio a Pesquisa – NAP.
- e) Diretoria de Enfermagem;
- i. Gerência de Triagem Técnica e Clínica;
 - ii. Gerência de Coleta de Sangue de Doadores;
 - iii. Gerência de Transfusão;
 - iv. Gerência de Hospital-Dia;
 - v. Gerência de Ambulatório.
- f) Diretoria Multidisciplinar;
- i. Gerência de Serviço Social;

Handwritten signatures and initials.



- ii. Gerência de Fisioterapia;
- iii. Gerência de Odontologia;
- iv. Gerência de Psicologia;
- v. Gerência de Nutrição.

II. Hemocentros regionais: ^R

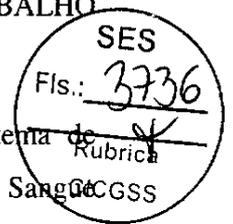
- a) Diretoria técnica; ^T
 - i. Gerência de enfermagem;
 - ii. Gerência de Análises Clínicas;
 - iii. Gerência dos Serviço de Apoio ao Diagnóstico;
 - iv. Gerência do Serviço de Arquivo Médico.

- a) Diretoria administrativo-financeira; ^{A F}
 - i. Gerência de Faturamento;
 - ii. Gerência de Engenharia Clínica;
 - iii. Gerência de Farmácia.

III. Unidades de Coleta e transfusão: ^T

- a) Diretoria técnica; ^T
 - i. Gerência de enfermagem;
 - ii. Gerência de Análises Clínicas;

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA DO HEMOCENTRO COORDENADOR
(HEMOGO)



Art. 8º Compete ao HEMOGO coordenar, normatizar e gerenciar o Sistema de Sangue, Componentes e Hemoderivados, como órgão gestor da Política Estadual de Sangue do Estado de Goiás pela organização da Rede Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás (HEMORREDE).

- I. Assessorar a Secretaria de Estado da Saúde - SES e demais autoridades do Setor, na formulação da Política Estadual de Hematologia e Hemoterapia, dos planos, programas e projetos, derivados e supervisionar sua execução;
- II. Estabelecer normas científicas, técnicas e administrativas, para a organização e funcionamento do sistema;
- III. Monitorar todo o ciclo do sangue garantindo a qualidade do sangue e seus derivados;
- IV. Identificar falhas no processo e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas técnicos, organizacionais e operacionais do sistema;
- V. Alimentar e analisar o sistema de informações na área de hemoterapia e hematologia e suas interfaces com os demais setores da área da saúde;
- VI. Realizar a coleta, armazenamento, testagem e distribuição de hemocomponentes especiais em todo o território do Estado de Goiás;
- VII. Coordenar a elaboração de programas especiais e supervisionar a sua implantação;
- VIII. Assegurar a formação de qualidade de recursos humanos para o sistema;
- IX. Coordenar a implantação dos órgãos auxiliares nas diversas regiões de saúde;
- X. Realizar visitas técnicas em 100% dos serviços atendidos pela Hemorrede Pública durante o ano, conforme cronograma de visitas divulgado à SES.
- XI. Elaborar relatórios e apresentar até o dia 10 do semestre subsequente à SES.
- XII. Armazenar e regular a distribuição e o transporte de medicamentos recebidos do Ministério da Saúde - MS ou da Secretaria de Saúde para os hospitais da rede pública do Estado de Goiás;
- XIII. Dispensar medicamentos aos pacientes cadastrados nos programas sob a coordenação do HEMOGO ou aos seus responsáveis legais, em conformidade com os protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Goiás;
- XIV. Garantir a manutenção de estoques estratégicos de sangue e hemocomponentes para atender as emergências ou situações de calamidade pública;



- XV. Realizar plasmaférese terapêutica de acordo com as solicitações dos hospitais da rede da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás;
- XVI. Coordenar e supervisionar as atividades técnicas nos Serviços de Hemoterapia – Hemocentros regionais (HR) e Unidades de Coleta e transfusão (UCT) nos serviços públicos do Estado de Goiás; e AT's.
- XVII. Normatizar e atender as demandas da Coordenação de Captação de Órgãos com os laboratórios de imunologia de transplantes e de sorologia;
- XVIII. Definir protocolos, realizar treinamentos periódicos e conscientizar profissionais de saúde quanto ao Uso Racional de Hemocomponentes e Hemoderivados;
- XIX. Elaborar protocolos sobre as Hemoglobinopatias Hereditárias e Coagulopatias Hereditárias e mantê-los atualizados;
- XX. Garantir o fornecimento dos insumos utilizados nas atividades hemoterápicas e transfusionais na Hemorrede Pública do Estado de Goiás;
- XXI. Assegurar a aquisição e gestão de equipamentos utilizados na Hemoterapia em conformidade com a legislação vigente;
- XXII. Propiciar o transporte de hemocomponentes para os Hospitais Públicos do Estado de Goiás em condições de segurança conforme as exigências dos órgãos reguladores;
- XXIII. Sustentar ações de Hemovigilância e Retrovigilância dos hemocomponentes produzidos e distribuídos nos Hospitais Públicos Estado de Goiás;
- XXIV. Normatizar o ressarcimento dos custos operacionais dos produtos hemoterápicos fornecidos na rede privada do Estado de Goiás.
- XXV. Articular-se com as unidades colegiadas integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

CAPÍTULO IV – DIRETORIA GERAL

Art. 9º Compete ao diretor geral da Hemorrede pública de Goiás:

- I. Representar a Hemorrede pública de Goiás, podendo delegar esta atribuição e constituir mandatários e procuradores em casos específicos;



- II. Prestar assessoramento direto ao Secretário de Saúde do Estado de Goiás e ao Governador do Estado de Goiás;
- III. Propor diretrizes para as políticas relativas à área de competência da Hemorrede pública de Goiás;
- IV. Dirigir as atividades da Hemorrede pública de Goiás expedindo orientações e normas, quando necessárias;
- V. Cumprir e fazer cumprir as disposições legais e estatutárias relativas à finalidade e competências da Hemorrede pública de Goiás;
- VI. Exercer a articulação política, na sua área de atuação, do Estado de Goiás com a sociedade civil, outros órgãos governamentais ou privados;

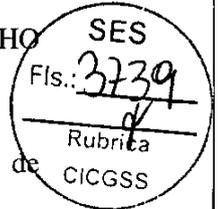
CAPÍTULO V – DIRETORIA TÉCNICA

Art. 10 Compete ao Diretor técnico do Hemocentro Coordenador:

- I. Coordenar e orientar as atividades subordinadas à Diretoria geral;
- II. Substituir o Diretor-geral nas suas ausências e impedimentos;
- III. Auxiliar diretamente o Diretor-geral na execução das suas tarefas estatutárias, regimentais, políticas e sociais;
- IV. Coordenar, supervisionar, orientar, acompanhar e avaliar a execução das atividades das áreas finalísticas, órgãos vinculados e demais unidades que integram a Hemocentro Coordenador;
- V. Exercer a responsabilidade técnica do Hemocentro Coordenador e responder por atividades técnicas e médicas que incluam o cumprimento das normas técnicas e a determinação da adequação das indicações da transfusão de sangue e hemocomponentes e a atenção à saúde de pacientes de coagulopatias e hemoglobinopatias hereditárias; e desenvolver outras atribuições que lhe forem conferidas ou delegadas.

CAPÍTULO VI – DIRETORIA ADMINISTRATIVO/FINANCEIRA

Art. 11 Compete ao Diretor administrativo-financeiro:



- I. Assessorar ao Diretor-geral em assuntos técnicos relacionados à sua área de competência;
- II. Planejar e coordenar o trabalho de sua equipe na elaboração de planos e projetos na sua área de competência;
- III. Estimular a qualidade, produtividade e racionalização de recursos no desenvolvimento dos trabalhos de sua área;
- IV. Propor diretrizes específicas relacionadas à sua área de competência;
- V. Interagir com as demais áreas da Hemorrede pública de Goiás visando à integração das ações;
- VI. Exercer outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

CAPÍTULO VII - DA COMPETÊNCIA DOS HEMOCENTROS REGIONAIS (HR)

Art. 12 Compete aos Hemocentros Regionais:

- I. Cumprir as normas científicas, técnicas e administrativas, para a organização e funcionamento do sistema;
- II. Monitorar todo o ciclo do sangue garantindo a qualidade do sangue e seus derivados;
- III. Identificar falhas no processo e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas técnicos, organizacionais e operacionais do sistema;
- IV. Alimentar e analisar o sistema de informações na área de hemoterapia e hematologia e suas interfaces com os demais setores da área da saúde;
- V. Realizar a coleta, armazenamento e distribuição de hemocomponentes na sua área de atuação;
- VI. Implementar os programas especiais definidos pelo Hemocentro Coordenador;
- VII. Assegurar a formação de qualidade de recursos humanos;
- VIII. Receber visitas técnicas conforme cronograma de visitas definido pelo Hemocentro Coordenador;
- IX. Elaborar relatórios, indicadores e mantê-los atualizados e divulgar ao Hemocentro Coordenador;



- X. Realizar plasmaférese terapêutica de acordo com as solicitações dos hospitais da rede da sua área de abrangência;
- XI. Difundir a cultura de doação de medula óssea na sua área de abrangência;
- XII. Seguir os protocolos, realizar treinamentos periódicos e conscientizar profissionais de saúde quanto ao Uso Racional de Hemocomponentes e Hemoderivados;
- XIII. Garantir o fornecimento dos insumos utilizados nas atividades hemoterápicas e transfusionais na sua área de abrangência;
- XIV. Zelar pela gestão de equipamentos utilizados na Hemoterapia em conformidade com a legislação vigente;
- XV. Propiciar o transporte de hemocomponentes para os Hospitais Públicos na sua área de abrangência em condições de segurança conforme as exigências dos órgãos reguladores;
- XVI. Sustentar ações de Hemovigilância e Retrovigilância dos hemocomponentes produzidos e distribuídos na sua área de abrangência;
- XVII. Informar ao Hemocentro Coordenador a necessidade de ressarcimento dos custos operacionais dos produtos hemoterápicos fornecidos na rede privada do Estado de Goiás.

Art. 15 Compete ao Diretor técnico das Unidades de Coleta e Transfusão:

- I. Coordenar e orientar as atividades subordinadas ao Hemocentro Coordenador;
- II. Coordenar, supervisionar, orientar, acompanhar e avaliar a execução das atividades das áreas finalísticas da Unidade de Coleta e Transfusão;
- III. Exercer a responsabilidade técnica da Unidade de Coleta e Transfusão e responder por atividades técnicas e médicas que incluam o cumprimento das normas técnicas e a determinação da adequação das indicações da transfusão de sangue e hemocomponentes e desenvolver outras atribuições que lhe forem conferidas ou delegadas.

Art. 16 Compete ao Diretor administrativo-financeiro das Unidades de Coleta e Transfusão:



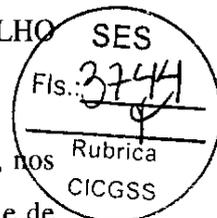
- I. Assessorar ao Diretor-técnico em assuntos técnicos relacionados à sua área de competência;
- II. Planejar e coordenar o trabalho de sua equipe na elaboração de planos e projetos na sua área de competência;
- III. Estimular a qualidade, produtividade e racionalização de recursos no desenvolvimento dos trabalhos de sua área;
- IV. Propor diretrizes específicas relacionadas à sua área de competência;
- V. Interagir com as demais áreas da Unidade de Coleta e Transfusão visando a integração das ações e exercer outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

2.1.5.3. Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário.

2.1.5.3.1. Introdução

A Tecnologia, definida como um conjunto ordenado de conhecimentos científicos, técnicos, empíricos e intuitivos, empregados no desenvolvimento, na produção, na comercialização e na utilização de bens ou serviços, normalmente inseridos numa rede de apoio de relações físicas, informacionais e organizacionais, já foi observada no fim da década de 90 pelo consagrado físico e matemático Freeman Dyson, como apenas uma das forças que impulsionam a humanidade, juntamente com as forças políticas, econômicas e a religião.

A princípio, diante dos grandes avanços tecnológicos, pode-se deduzir que tanto as pessoas quanto as organizações da área da Saúde desfrutaram de uma grande evolução e transformação. A realidade, no entanto poderá se mostrar contrária a esta dedução. A evolução e transformação esperadas estão vindo para as organizações que tiverem a capacidade de gerenciar com competência e eficiência suas tecnologias e o ciclo de vida, externos e internos das mesmas, garantindo desta forma, vantagem competitiva e conquista de mercado.



O fato é que os avanços tecnológicos em especial na Tecnologia da Informação, nos mais diversos setores, exigem um alto grau de investimento, têm um custo operacional e de manutenção altos e tornam-se obsoletos rapidamente, além de em sua grande parte causar impacto operacional no momento da implantação negativo, mesmo que a posteriori os próprios usuários entendam que o processo veio para modernizar e melhorar o fluxo laboral. É por isso que uma gestão competente, que compreenda a dinâmica deste cenário e que tome decisões assertivas alinhadas às estratégias de curto e longo prazo da organização, que saiba entender e compreender e alinhar a visão técnica com a de usuários, é fundamental.

Neste cenário a gestão da Tecnologia da Informação nas organizações, inclusive hospitalares, tem papel determinante, uma vez que a TI é hoje o foco das maiores inovações, permeia toda a organização e vai além, estabelecendo uma nova dinâmica de relacionamento com todos os participantes deste mercado, inclusive com o usuário final/paciente.

Para esse usuário final/paciente, após a implantação de todos os fluxos e serviços descritos abaixo, o mesmo poderá contar com algumas melhorias aqui resumidas:

- Identificação e segurança do paciente e acompanhantes;
- Prontuário Eletrônico;
- Serviço de informações/solicitações via internet;
- Central de Relacionamento e Ouvidoria (telefone, internet, presencial);
- Totens para emissão de senhas e pesquisas de satisfação;
- Entre outros descritos e explorados abaixo;

Juntamente com sua importância, a Gestão da Tecnologia da Informação no ambiente hospitalar, traz também suas dificuldades e complexidades. A boa notícia é que outros setores que já vivenciaram estas dificuldades compartilham com outros mercados os resultados de seus estudos, esforços, implantações e modelagens através de guias de melhores práticas. Algumas destas melhores práticas para a Gestão de TI são mostradas a seguir:

Governança de TI

A Governança de TI é um grande arcabouço de metodologias que se prezam a auxiliar na gestão das Tecnologias de Informação.



SES
Fls.: 3746
eRubrica
CICGSS

Sob a ótica do ciclo de vida pode-se realizar a perfeita fusão entre os conceitos e metodologias de Governança de TI e os objetivos estratégicos das organizações.

Segundo a ISO/IEC N21846, as fases básicas de TI normalmente são:

- Requisitos;
- Projeto;
- Construção;
- Distribuição;
- Operação e manutenção;
- Melhoria
- Descontinuidade.

Para cada uma destas fases pode-se adotar uma fonte de Governança de TI diferente para gestão.

Implementação de uma política de Segurança da Informação

A segurança é um dos assuntos mais importantes dentre as preocupações de qualquer instituição. Confidencialidade, integridade e disponibilidade da informação estão diretamente ligados à segurança da Instituição.

O presente item fará parte integrante da Cartilha de Segurança da Informação a ser implantada, distribuída e assinada por todos os colaboradores da Instituição.

2.1.5.3.2. Cartilha de Segurança da Informação

O que é informação?

A Informação é um ativo que, como qualquer outro é importante para os negócios, tem valor para a organização e conseqüentemente necessita ser adequadamente protegida.

Podemos entender como informação todo o conteúdo ou dado valioso para um indivíduo/organização, que consiste em qualquer conteúdo com capacidade de



armazenamento ou transferência, que serve a determinado propósito e que é de utilidade para ser humano.

A informação pode existir de diversas formas. Ela pode ser impressa ou escrita em papel, armazenada eletronicamente, transmitida pelo correio ou através de meios eletrônicos. Seja qual for a forma pela qual a mesma é apresentada, transmitida, armazenada ou compartilhada, é recomendado que a mesma seja protegida adequadamente.

O que é segurança da informação?

A Segurança da Informação protege a Informação de diversas ameaças para garantir a continuidade dos negócios, a integridade e a disponibilidade da mesma.

Atualmente, a informação digital é um dos principais produtos de nossa era e necessita ser convenientemente protegida. A segurança de determinadas informações podem ser afetadas por vários fatores, como os comportamentais e do usuário, pelo ambiente/infraestrutura em que ela se encontra e por pessoas que têm o objetivo de roubar, destruir ou modificar essas informações.

Confidencialidade, disponibilidade e integridade são algumas das características básicas da segurança da informação, e podem ser consideradas até mesmo atributos.

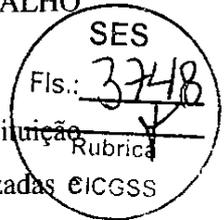
Confidencialidade – Diz respeito à inacessibilidade da informação, que não pode ser divulgada para um usuário, entidade ou processo não autorizado;

Integridade – A informação não deve ser alterada ou excluída sem autorização;

Disponibilidade – Acesso aos serviços do sistema/máquina para usuários ou entidades autorizadas.

Toda vulnerabilidade de um sistema ou computador pode representar possibilidades de ponto de ataque de terceiros.

O que é uma Política de Segurança?



Política de Segurança é uma série de normas internas padronizadas pela instituição que devem ser seguidas à risca para que todas as possíveis ameaças sejam minimizadas e combatidas eficientemente pela equipe de tecnologia.

Uma Política de Segurança da Informação tem por objetivo possibilitar o gerenciamento da segurança em uma organização, estabelecendo regras e padrões para proteção da informação. A política possibilita manter a confidencialidade, garantir que a informação não seja alterada ou perdida e permitir que a informação esteja disponível quando for necessário.

Os controles devem ser definidos levando em conta as características de cada empresa, definindo o que é permitido e o que é proibido. A implantação, para ser bem sucedida, deve ser divulgada para todos os funcionários da organização, de forma a manter a segurança das informações.

A instituição e a política de segurança

Todas as normas aqui estabelecidas serão seguidas à risca por todos os funcionários, parceiros e prestadores de serviços. **Ao receber essa cópia da Política de Segurança, o(a) Sr.(a) compromete-se a respeitar todos os tópicos aqui abordados e está ciente de que seus e-mails e sua navegação na internet/intranet podem estar sendo monitorados. A equipe de tecnologia encontra-se a total disposição para sanar dúvidas e auxiliar tecnicamente em qualquer aspecto desse documento.**

O não cumprimento dessa política

O não cumprimento dessas políticas acarretará em sanções legais contra o empregado, lembrando inclusive que a instituição está legalmente autorizada a vasculhar os computadores utilizados por seus funcionários. **Além disso, caso seja necessário, o empregador também pode usar dados arquivados na máquina, logs de computador, ou mesmo e-mail e chats como provas contra o funcionário.**

Educação e segurança



Todo funcionário deve ser treinado adequadamente para as questões de segurança. Nenhum pré-requisito técnico é necessário, visto que o treinamento abordará o contexto comportamental do usuário, e não os aspectos técnicos, os quais serão delegados a equipe especializada.

Autenticação

A autenticação nos sistemas de informática pode ser baseada nos seguintes aspectos:

Algo que você sabe: Ou seja, uma senha.

Algo que você tem: Normalmente são pequenos dispositivos conhecidos como TOKENS. Podem ser smart-cards, cartões magnéticos, java-rings, etc.

Algo que você é: Conhecido também como identificação biométrica. Podemos citar como exemplo a leitura de impressão digital ou íris.

Em mais de 90% dos casos, atualmente, a autenticação é feita por meio de **algo que você sabe**. Esse meio é muito utilizado por sua facilidade de implantação e manutenção e por seu baixíssimo custo.

Infelizmente esse meio também é o mais inseguro.

Senhas como nome do usuário, combinações simples (abc123), substantivos (casa, meia, cadeira, brasil), datas (11092001) e outros são extremamente fáceis de descobrir. As senhas citadas acima, por exemplo, podem ser quebradas em menos de 30 segundos por um potencial invasor.

Política de senhas

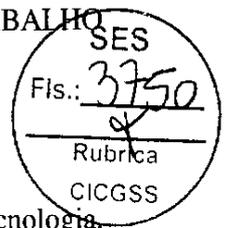
Uma senha segura deverá conter no mínimo 8 caracteres alfanuméricos (letras e números) com diferentes caixas (maiúsculas e minúsculas).

Para facilitar a memorização das senhas, utilize padrões mnemônicos.

Por exemplo:

eSus6C@8 (8 CARACTERES)

9SS#!gianc (Senhas Seguras garantem integridade a nossa corporação)



s3Nh45 (palavra senha onde o 3 substitui o E, o 4 o A e o 5 o S)

As senhas terão um tempo de vida útil pré-determinado pela equipe de tecnologia, devendo o mesmo ser respeitado, caso contrário o usuário ficará sem acesso.

Todas as senhas serão testadas pela equipe de segurança em busca de fragilidades.

LEMBRE-SE:

- Sua senha não deve ser jamais passada a ninguém, nem mesmo da equipe de segurança. Caso desconfie que sua senha não está mais segura, sinta-se à vontade para mudá-la, mesmo antes do prazo determinado de validade.

- Tudo que for executado com a sua senha será de sua inteira responsabilidade, por isso tome todas as precauções possíveis para que ela continue secreta.

E-mails

Grande parte de nossa comunicação do dia-a-dia passa através de e-mails. Mas é importante também lembrar que grande parte das pragas eletrônicas atuais chegam por esse meio.

Devemos lembrar que os vírus e ramsonwares são mandados automaticamente. Isso significa que um e-mail de um cliente, parceiro ou amigo **NÃO FOI MANDADO NECESSARIAMENTE PELO MESMO.**

Desconfie de mensagens com erros de ortografia e acentuação além de nunca clicar nos links ou abrir os arquivos que estão no e-mail. Para entrar no site do seu banco, utilize o navegador de sua preferência e digite você mesmo o endereço eletrônico da página. Nunca responda "SIM" ou "YES" a perguntas que você não entendeu.

Desconfie de todo os links que existirem em seu e-mail, anexos e até mesmo imagens que podem ser clicáveis.

Em caso de dúvidas da veracidade ou não de um e-mail, ao invés de decidir por conta própria, chame a equipe de Tecnologia da Informação.

Política de e-mail



Nossos servidores de e-mail estão sempre sendo atualizados a fim de garantir a segurança, mas algumas atitudes do usuário final são necessárias:

- Verifique sempre os anexos com seu software antivírus antes de abri-lo;
- Não abra anexos se não tiver certeza absoluta de que solicitou esse e-mail ou que o mesmo vem de fonte confiável;
- Desconfie de todos os e-mails com assuntos estranhos e/ou em inglês. Alguns dos vírus mais terríveis dos últimos anos tinham assuntos como: ILOVEYOU, Branca de neve pornô, etc;
- Não reenvie e-mails do tipo corrente, aviso de vírus, avisos da Microsoft/AOL/Symantec, criança desaparecida, criança doente, pague menos em alguma coisa, não pague alguma coisa, etc;
- Não utilize o e-mail da instituição para assuntos pessoais;
- Não mande e-mails para mais de 10 pessoas de uma única vez (to, cc, bcc);
- Evite anexos muito grandes;
- Utilize sempre sua assinatura criptográfica quando disponível para troca interna de e-mails e quando necessário para os e-mails externos também.
- Não abra links incorporados aos e-mails e/ou imagens clicáveis.
- Desconfie de todos os e-mails que contenham imagens e/ou links.

Internet / Rede

A internet / rede é indiscutivelmente nossa mais poderosa ferramenta de trabalho.

O uso recreativo da internet não deverá se dar no horário de expediente.

Política de Internet

O uso e acesso a internet será restrito aos seguintes tópicos:

- Somente navegação de sites é permitida. Casos específicos que exijam outros protocolos deverão ser solicitados diretamente a equipe de segurança com prévia autorização do supervisor do departamento local;



- Acesso a sites com conteúdo pornográfico, jogos, bate-papo, apostas e assemelhados estará bloqueado e monitorado;
- É proibido o uso de ferramentas P2P (kazaa, Morpheus, e-mule, torrent, etc);
- É proibido o uso de IM (Instant Messengers) não homologados/autorizados pela equipe de segurança; os homologados e liberados devem ser utilizados de forma produtiva e não recreativa;
- Qualquer acesso remoto de terceiros, fornecedores ou mesmo parceiros só ocorrerá em ferramentas homologadas pela equipe de Tecnologia e em horários previamente agendados;

Todos os dias novas formas de burlar a segurança são inventadas, mas não pense que com isso você estará saindo ileso. Tudo é monitorado e guardado, portanto a qualquer momento sua atitude estará sendo descoberta.

Lembrando novamente que o uso da internet estará sendo auditado constantemente e o usuário poderá vir a prestar contas de seu uso.

Estações de trabalho

Cada estação de trabalho tem códigos internos que permitem que ela seja identificada na rede. Isso significa que tudo que venha a ser executado de sua estação com seu usuário/senha acarretará em sua responsabilidade. Por isso sempre que sair da frente de sua estação, tenha certeza que efetuou logoff ou travou o computador.

Política de uso de estação de trabalho

Lembramos que sua estação é sua ferramenta de trabalho, mas também é um importante componente de segurança. Por isso observe as seguintes orientações:

- Não instale nenhum tipo de software / hardware sem autorização da equipe técnica ou de segurança;
- Não tenha MP3, filmes, fotos e softwares com direitos autorais ou qualquer outro tipo de pirataria;
- Mantenha na sua estação somente o que for supérfluo ou pessoal. Todos os dados relativos à instituição devem ser mantidos no servidor, onde existe um sistema de backup diário e confiável. Caso não saiba como fazer isso, entre em contato com a equipe técnica.



Social

Como seres humanos, temos a grande vantagem de sermos sociáveis, mas muitas vezes quando falamos com terceiros sobre segurança, isso se torna uma desvantagem. Por isso observe os seguintes tópicos:

- Não fale sobre a política de segurança da instituição com terceiros ou em locais públicos;
- Não diga sua senha para ninguém;
- Nossa equipe técnica jamais irá pedir sua senha;
- Não digite suas senhas em máquinas de terceiros, especialmente fora da instituição;
- Somente aceite ajuda técnica de um membro de nossa equipe técnica previamente apresentado e identificado;
- Relate a equipe de segurança pedidos externos ou internos que venham a discordar dos tópicos anteriores.

Vírus e códigos maliciosos

- Mantenha seu antivírus atualizado. Provavelmente nossa equipe técnica irá se encarregar disso, mas caso não tenha sido feito ou você perceba que a atualização não está funcional, entre em contato com a mesma para que a situação possa ser corrigida;
- Não traga disquetes, Pen-Drives, CDs ou DVDs de fora da instituição. Caso isso seja extremamente necessário, encaminhe o mesmo para a equipe técnica, onde o mesmo passará por uma verificação;
- Reporte atitudes suspeitas em seu sistema à equipe técnica, para que possíveis vírus possam ser identificados no menor espaço de tempo possível.

Continuidade de negócios

De nada adianta uma informação segura se a mesma estiver indisponível para quem necessita dela. Por isso nossas equipes técnicas e de segurança contam com a sua colaboração para manter nossa instituição como líder de mercado. Entre em contato conosco sempre que julgar necessário.



SES
Fls.: 3754
Rubrica
CICGSS

Declaro para todos os fins legais e de direito que tomei consciência do documento no data ____ do mês de _____ no ano de _____, na cidade de Goiânia, estado de Goiás.

Por ser ver verdade firmo o presente termo.

Implementação do Termo de Confidencialidade

Com fins de garantir não só a segurança da informação através da Cartilha anterior, será implantado, distribuído e assinado por colaboradores envolvidos em áreas de decisões estratégicas o seguinte termo:

Termo de Confidencialidade

O abaixo-assinado enquanto membro da equipe da Hemorrede Pública do Estado de Goiás terá acesso a dados, informações, tecnologias empregadas pela instituição no desenvolvimento de suas funções, incluindo acesso a Dados (gerados pelo Banco de Dados da instituição ou Banco de Dados de terceiros), Informações, Sistemas (e códigos fontes), Plano de Negócios bem como quaisquer estudos, relatórios, análises ou outros materiais. Toda essa informação será considerada Confidencial, e o abaixo-assinado não terá qualquer direito de utilização dos dados e informações obtidas durante sua permanência na instituição para fins de proveito próprio ou de terceiros.

O abaixo-assinado concorda em fazer uso de toda informação Confidencial que receber da Hemorrede Pública do Estado de Goiás de forma sigilosa e a não revelar qualquer informação Confidencial a terceiros, a menos que tenha consentimento, por escrito, do Diretor Geral da Hemorrede. São considerados ainda Confidenciais e Sigilosos quaisquer cópia de dados e informações, que estejam em poder do abaixo-assinado, ficando esse ciente que mesmo fora do espaço físico da instituição deve tratar esses dados e informações como Confidenciais e Sigilosas, e deve dar retorno do material físico que se encontra com ele no momento do seu desligamento da instituição ou a qualquer momento quando solicitado pela Hemorrede Pública do Estado de Goiás.

Sem prejuízo do previamente exposto, o abaixo-assinado poderá revelar Informação Confidencial para quaisquer de seus diretores, administradores, empregados, instituições afiliadas e seus empregados, agentes e consultores, que (i) tenham necessidade do

Handwritten signature and initials.



SES
Fls.: 3755
Rubrica
ICGSS

conhecimento de tais dados para execução de serviços relacionados ao plano de negócios da instituição e (ii) tenham sido informados e concordem em obedecer às restrições aplicadas à Informação Confidencial mencionada neste Acordo, como se fossem o abaixo-assinado. No entanto, o abaixo-assinado poderá liberar a terceiros, sem o consentimento por escrito da Hemorrede Pública do Estado de Goiás, qualquer Informação Confidencial, desde que tal informação:

- seja do conhecimento público ou assim venha a se tornar, desde que não seja em decorrência de ato ou omissão do abaixo-assinado;
- seja desenvolvida de forma independente pelo abaixo-assinado sem a utilização de qualquer Informação Confidencial;
- tenha sido adquirida, de forma independente de terceiro que não esteja, sob qualquer forma legal conhecida do abaixo-assinado, proibido de tal revelação.

Se o abaixo-assinado for solicitado a liberar alguma Informação Confidencial em razão de lei vigente, Decreto, regulamentação, norma ou ordem de qualquer autoridade competente, o abaixo-assinado deverá notificar prontamente a Hemorrede Pública do Estado de Goiás, por escrito, para que este possa tomar as medidas adequadas cabíveis para proteção da informação ou então liberar o abaixo-assinado do compromisso de confidencialidade. Se a medida de proteção acima, ou qualquer outra, não for possível, o abaixo-assinado deverá liberar somente a parcela da informação cuja liberação esteja sendo requerida, nos termos da Legislação aplicável.

Caso solicitado pela Hemorrede Pública do Estado de Goiás o abaixo-assinado deverá destruir ou devolver todas as Informações Confidenciais relativas à sua participação na instituição.

Este Termo de Confidencialidade será regido e interpretado em consonância com as leis da República Federativa do Brasil e o foro competente será o da Cidade de _____, estado de Goiás.

Declaro para todos os fins legais e de direito que tomei consciência do documento no data ____ do mês de _____ no ano de _____, na cidade de _____, estado de Goiás.

Por ser ver verdade firmo o presente termo.



2.1.5.3.3. Implantação de ITIL

Information Technology Infrastructure Library (ITIL) é um conjunto de boas práticas a serem aplicadas na infraestrutura, operação e manutenção de serviços de tecnologia da informação (TI). Foi desenvolvido no final dos anos 1980 pela CCTA (*Central Computer and Telecommunications Agency*) e atualmente está sob custódia da OGC (*Office for Government Commerce*) da Inglaterra.

A ITIL busca promover a gestão com foco no cliente e na qualidade dos serviços de tecnologia da informação (TI).

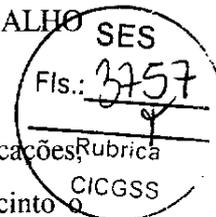
A ITIL lida com estruturas de processos para a gestão de uma organização de TI apresentando um conjunto abrangente de processos e procedimentos gerenciais, organizados em disciplinas, com os quais uma organização pode fazer sua gestão tática e operacional em vista de alcançar o alinhamento estratégico com os negócios.

ITIL dá uma descrição detalhada sobre importantes práticas de IT com checklists, tarefas e procedimentos que uma organização de Tecnologia da Informação pode customizar para suas necessidades.

Para implementação na unidade serão capacitados todos os colaboradores da área de Tecnologia da Informação e áreas correlatas na última versão do ITIL.

Serviços

Serviço é uma forma de entregar valor ao cliente facilitando o resultado almejado por eles sem a necessidade de arcar com custos específicos e riscos. O valor do serviço é medido pela sua utilidade e garantia. Utilidade é servir um propósito, melhorando o desempenho médio. Garantia é servir para uso, reduzindo variações de desempenho. Juntos, utilidade e garantia, representam o valor do serviço. O ITIL – Information Technology Infrastructure Library – é reconhecido mundialmente como um padrão para gerenciamento de serviço e tem como foco principal a operação e a gestão do conjunto de melhores práticas para gerenciamento de processos de TI. A utilização dos processos do ITIL para a implementação da Governança de TI é adotado após o estabelecimento de uma visão conjunta das áreas demandantes com a TI que descreva o objetivo de implementar um Programa de Melhoria Contínua de Serviços e que a organização possua uma resposta clara do que ocorrerá se nada



mudar. Os processos do ITIL podem ser subdivididos em: Gerenciamento de Aplicações, Gerenciamento de Serviços e Gerenciamento de Infra-estrutura de TI. De modo sucinto o Gerenciamento de Serviço por ser o que contém a maior parte dos processos do ITIL. O principal objetivo do Gerenciamento de Serviços é certificar-se que os serviços de TI estão alinhados com as necessidades do negócio da empresa e seus processos estão subdivididos em dois grupo

- Entrega de Serviço (Gerenciamento de Níveis de Serviço, Gerenciamento de Capacidade, Gerenciamento de Finanças, Gerenciamento de Disponibilidade e Continuidade do Serviço);
- Suporte de Serviços. (*Service Desk*, Gerenciamento de Incidentes, Gerenciamento de Problemas, Gerenciamento de Configuração, Gerenciamento de Mudanças e Gerenciamento de Versões);

Em razão de sua flexibilidade, a adoção do ITIL traz grandes benefícios, uma vez que não define os processos a serem implementados, mas sim demonstra as melhores práticas que podem ser utilizadas. De forma objetiva, podemos apontar alguns resultados decorrentes de sua implementação, tais como: definição dos ciclos de vida dos processos, análise e classificação dos erros, aumenta o grau de segurança do usuário, organiza métodos de trabalho, gera melhorias contínuas e referências para novos usuários, contribui como facilitador e integrador entre as áreas de trabalho, disponibiliza recursos tecnológicos em tempo integral, restaura a operação normal do serviço (incidentes), avaliação de impactos de mudança, obtenção e uso de indicadores, entre outros.

2.1.5.3.4. Ferramentas de Gestão à serem Implantadas

Toda organização que possui uma gestão que se preze, zela por suas ações de curto e longo prazo e se utilizam de mecanismos sistemáticos e estratégicos para o controle e a evolução da organização. Nestas organizações ferramentas como Plano de Ação – “PA” e *Balance Score Cards* – “BSC” são adotadas por todos os setores e garantem um alinhamento estratégico das ações. São estas ferramentas que norteiam as ações de TI na organização.



Para isso este Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano - IDTECH propõe a implantação de um Sistema de Gerenciamento Administrativo Hospitalar, distribuído em duas direções conforme expostas abaixo, que podem ou não sofrer alterações no momento de sua implantação, após o início das atividades.

Há de se levar em consideração que trata-se de um sistema complexo e completo, que atende as necessidades administrativas da instituição bem como as necessidades assistenciais da unidade ora licitada, nem todos os módulos podem ser de necessidade geral da unidade, porém estão disponíveis para funcionamento, possível adaptação e/ou integração.

Além da implantação do sistema abaixo descrito serão desenvolvidas e implementadas ferramentas e serviços de ordem tecnológica, tais como:

2.1.5.3.5. Serviço de informações/solicitações via internet

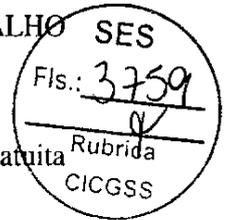
Permitir ao usuário final/paciente acompanhar a sua trajetória no hemocentro, seja ele doador ou usuário dos serviços prestados pelo órgão. O serviço permitirá a solicitação da agendamento para doação, agendamento das consultas/serviços ofertados pela unidade, solicitações de retorno, tirar as dúvidas através de formulários de contato ou mesmo chat on-line.

2.1.5.3.6. Central de Relacionamento e Ouvidoria

Implantar a Central de Relacionamento na unidade, que servirá de ponte entre a unidade e os usuários/pacientes. Através de posições de atendimento (PA) e com link de telefonia os colaboradores entrarão em contato com os usuários/pacientes, informando dia e hora de consultas e também efetuando a divulgação de campanhas.

Instituir a ouvidoria presencial e virtual, que acompanhará cada passo da reclamação, culminando no contato final com o usuário/paciente informando-o do resultado da sua demanda.

2.1.5.3.7. Implantação de Wifi gratuito na unidade



Implantar através de serviços e de equipamentos Ubiquiti a disponibilização gratuita de Wifi na unidade para os usuários e pacientes.

2.1.5.3.8. Organização da Gestão Administrativa-Financeira e Geral

2.1.5.3.8.1. Módulo: FATURAMENTO SUS E/OU INTEGRAÇÃO COM SIMILARES

O módulo de Faturamento SUS e/ou Integração com sistemas similares foi idealizado para substituir os sistemas fornecidos pelo DATASUS, facilitando e agilizando o processo de faturamento. Totalmente integrado com os outros módulos do sistema e sempre atualizado com as últimas novidades do DATASUS, permite faturamento sem perdas e glosas ajudando o aumento da receita hospitalar.

BPA e APAC

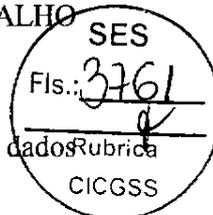
- O sistema deve permitir fazer a importação da tabela SIGTAP
- O sistema deve permitir fazer a importação do arquivo CNES;
- O sistema deve permitir fazer a importação da tabela de CEP disponibilizada pelo Datasus;
- O sistema deve permitir fazer a configuração dos prestadores e os respectivos CBO's
- Permitir registrar o caráter de atendimento;
- Permitir cadastrar o motivo de descarte;
- Cadastro do Tipo de Financiamento;
- Cadastro do motivo de glosa BPA;
- O sistema deve fazer o lançamento automático na fatura BPA dos procedimentos correspondentes e que foram realizados nos setores de diagnóstico e atendimento;
- O sistema deve fazer o lançamento automático na fatura APAC dos procedimentos de alta complexidade correspondentes e que foram realizados nos setores de diagnóstico e atendimento;



- O sistema deve fazer todas as críticas referentes as regras Datasus (sexo x procedimento, idade x procedimento, procedimento x diagnóstico, procedimento x CBO, prestador x CBO e CEP);
- O sistema deve fazer a geração dos arquivos de produção ambulatorial (BPA e APAC) no padrão DATASUS para envio da produção mensal para a secretária de saúde;
- O sistema deve fazer todas as críticas relacionadas as regras do DATASUS e imprimir o relatório de inconsistências para que os usuários possam fazer os devidos ajustes;
- O sistema deve permitir fazer o controle de faturamento pelos tetos orçamentários por subgrupo, por procedimento, por setor e por grupo de procedimento;
- O sistema deve gerar a exportação do BPA e APAC
- O sistema deve gerar o arquivo XML para o programa SISMAMA;
- O sistema deve permitir a renovação de APAC;
- O sistema deve permitir a emissão de laudo para emissão de APAC;
- O sistema deve emitir ficha de frequência de APAC;
- O sistema deve permitir a cópia de APAC;
- O sistema deve permitir o lançamento manual dos procedimentos de alta complexidade na fatura APAC;

AIH

- Controlar automaticamente as regras de validação do SUS para cada procedimento, possibilitando uma checagem automática no momento do lançamento e execução dos procedimentos e do fechamento da conta;
- Consultar o demonstrativo de AIH's por complexidade e financiamento, permitindo filtrar por uma ou mais remessas e discriminar por grupo, subgrupo e procedimentos SUS. O relatório exibe informações como: a AIH, o procedimento realizado, o período bem como o total da conta e a complexidade;



- Definir e validar critérios e normas do SUS no momento da entrada dos dados referentes aos procedimentos realizados;
- Emitir a produção e o conseqüente faturamento de cada profissional, com a opção de periodicidade diária, semanal e mensal;
- Exportar arquivo de remessa no formato/layout padrão do SISAIH01;
- Exportar as informações necessárias para o sistema SIHD2, SISAIH01 segundo o layout definido pelo Ministério da Saúde;
- Importar informações dos sistemas: SIA, SCENES, SIGTAP, SIHD2, SISAIH01, e-SUS, necessárias à emissão de relatórios gerenciais;
- Integrar com o módulo de prontuário eletrônico do cidadão onde todos os exames solicitados e realizados, procedimentos realizados e prescritos, medicamentos solicitados e dispensados cairão automaticamente na conta do paciente, assim como se realizar o cancelamento estes sairão automaticamente da conta;
- Manter rotina de atualizar o banco de dados utilizado pelo módulo, com as informações disponibilizadas pelo DATASUS/Ministério da Saúde (tabelas e arquivos);
- Manter rotina de importar as Tabelas do SIGTAP, possibilitando as atualizações;
- Realizar a digitação do Laudo AIH e impressão no formato e layout do Ministério de Saúde;
- Registrar o laudo médico para emissão de AIH, que requisita uma autorização de internação hospitalar. Nesse relatório constam informações a respeito do estabelecimento solicitante, dados do paciente, o laudo técnico, justificativa da internação, entre outros dados;
- Registrar os dados necessários para faturamento e verificar critério de críticas conforme normas do SUS.

2.1.5.3.8.2. Módulo: ESTOQUE E FARMÁCIA

O módulo de Estoque permite o controle total do estoque, iniciando com o cadastramento dos itens de forma estruturada (grupo/sub grupo farmacológico, princípio



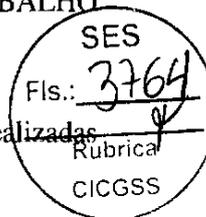
ativo, nome comercial e fração) e registrando todas as movimentações do estoque com rastreabilidade de lotes/validades através da utilização de código de barras.

Cadastros e Configuração

- Cadastro das espécies dos produtos no mínimo em 3 (três) níveis;
- Cadastro de fornecedores com as seguintes informações: Razão Social, Nome Fantasia, CNPJ, Insc. Estadual, Insc. Municipal, Endereço, Tipo (física ou jurídica), Tipo de Constituição, Insc. INSS, Ramo de Atividade, Contatos, Contrato, Tipo de Atividade, Formas de Comunicação, dados Bancários e Dados de Internet;
- Cadastro de Estoque com a definição do código, nome, tipo, se utiliza controle por código de barras, se utiliza endereçamento de produtos e setor;
- Cadastro de Produto com as seguintes informações: Código, Descrição, Descrição Resumida, Tipo de Produto, Unidade, Sexo, Código SIAF, SIAGEM, SIAFEM, Espécie, Classe, sub-classe, Controle de Curva ABC, Controle de Lote, Controle de Validade, Etiqueta de Código de Barras, Procedimento, Bloqueia, Movimenta, Caráter, Padronizado, Lista (portaria 344/98), código DCB, Atividade, Especificação, Substituições, Portaria, Fabricantes, Estoque Mínimo, Ponto de Pedido, Estoque Máximo, Tempo de Reposição e Classificação XYZ
- Solicitação de Cadastro do Produto Novo com as informações e especificações do produto;
- Dispor de tela para receber a Solicitação de Cadastro do Produto Novo com as informações e especificações do produto;
- Dispor de tela para a liberação de Cadastro do Produto Novo após a validação do setor competente;
- Cadastro de Unidade de Estocagem de Movimentação de produtos com fator de conversão para a unidade de referência;
- Cadastro de localização dos estoques endereços das prateleiras
- Cadastro dos Motivos de Baixa;



- Cadastro de Tipos de Documento
- Cadastro do Motivos de Devoluções;
- Cadastro das Cotas de Reposição de Produtos ao Estoque;
- Configuração das Etiquetas de Código de Barras;
- Cadastro dos motivos de divergência no atendimento do estoque;
- Cadastro de Motivos de Saídas para Fornecedor;
- Cadastro de Kits de Produtos
- Cadastro de Formulas para o processamento de novos produtos a partir da composição de dois ou mais produtos;
- Cadastro de Portarias da Vigilância Sanitária e seus produtos;
- Cadastro das Listagens das Portarias da Vigilância Sanitária;
- Cadastro de Ações Terapêuticas, Substância e seus produtos, Laboratório/Fabricante e seus produtos, cadastro de grupos de tratamentos e seus produtos, cadastro de palavras-chaves e cadastro de produtos e DEF;
- Utilizar a metodologia ABC x XYZ para a definição e cálculo do estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras;
- O sistema deve classificar automaticamente o produto na curva ABC, baseando-se nas movimentações da quantidade de consumo e custo;
- O sistema deve calcular automaticamente o ponto de pedido baseado nos critérios ABC x XYX e o tempo de reposição;
- O sistema deve calcular automaticamente o estoque mínimo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para a reposição;
- O sistema deve calcular automaticamente o estoque máximo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo e a sugestão de compras;
- O sistema deve calcular automaticamente a sugestão de compras do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo de compras;
- O sistema deve permitir a configuração de espécie de produto x estoque;
- O sistema deve permitir a configuração de usuários x estoque;
- O sistema deve permitir a configuração de usuários x espécie;



- O sistema deve permitir a configuração de operações que podem ser realizadas por usuário e por estoque;
- O sistema deve disponibilizar a configuração de etiquetas de códigos de barras;

Entrada de produtos

- Registro da entrada de produtos através da entrada por nota fiscal, onde o usuário, ao informar a ordem de compras, estando a mesma autorizada, o sistema carrega de forma automática na tela de registro de entrada de produtos todas as informações negociadas como fornecedor tais como: Valor da Compra, Fornecedor, Estoque de Entrada, CFOP, Frete, Produto, Valor Unitário, Qtde Entrada, Valor Unitário e Valor total. O usuário terá que somente fazer o registro do número da nota fiscal, a data de emissão e os lotes e as respectivas datas de vencimento dos mesmos;
- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por doação;
- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por vale;
- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por empréstimo;
- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por produção (reprocessamento ou manipulação);
- Registro da entrada de serviços através da entrada por nota fiscal de prestação de serviços;
- Registro da entrada de produtos consignados no estoque sem nota fiscal de consumo;
- O sistema deve permitir registrar a baixa de vales, ou seja, após uma entrada por vale, o fornecedor poderá enviar ao final de um período uma nota fiscal, nesse momento o usuário irá selecionar o fornecedor o sistema irá executar uma busca de quais vales estão em aberto. Após a busca o usuário relaciona quais vales em aberto estão relacionados a NF de consumo e fazendo nesse momento a baixa dos vales;

Saída de produtos



- O sistema deverá disponibilizar opção para criar uma solicitação eletrônica de produtos ao estoque para as seguintes opções: saída para consumo de setor, saída para consumo do paciente, transferência entre estoques, gasto de sala e saída entre empresas;
- As solicitações de produtos devem ser apresentadas em tela para o atendimento e a dispensação, pois a partir desta opção o almoxarifado irá registrar/confirmar a dispensação;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do setor e o lançamento no custo do setor;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do paciente onde o lançamento no custo será no atendimento do paciente e no setor de consumo;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do gasto de sala, onde o lançamento do custo será no aviso de cirurgia e no atendimento do paciente e no setor de consumo;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a transferência de produtos entre estoques, onde não serão lançados nenhum custo neste momento, somente ocorrerá a transferência dos valores e das quantidades dos produtos, atualizando automaticamente o saldo do produto no estoque de destino;
- O sistema deve disponibilizar de recurso para registrar a saída de empréstimo;
- O sistema deve disponibilizar de recurso para registrar a saída de produtos para fornecedor;
- O sistema deve gerar automaticamente a solicitação de produtos para o paciente a partir do fechamento da prescrição eletrônica no prontuário eletrônico do paciente;

Devolução de produtos ao estoque

- O sistema deverá disponibilizar opção para criar uma solicitação eletrônica de devolução de produtos ao estoque para as seguintes opções: devolução de



saída para consumo de setor, devolução de saída de produto para consumo do paciente; Devolução de Saída de Consumo de Gasto de Sala;

- As solicitações de devolução de produtos devem ser apresentadas em tela para o atendimento e a confirmação de devolução, pois a partir desta opção o almoxarifado irá registrar/confirmar a devolução do produto ao estoque;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do setor com o lançamento do motivo da devolução;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do paciente com o lançamento do motivo da devolução;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do gasto de sala com o lançamento do motivo da devolução;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos para fornecedor com o lançamento do motivo da devolução;

Outras movimentações

- O sistema deve permitir o registro da baixa de produtos informando o motivo da baixa;
- O sistema deve permitir o registro da transferência de produtos entre estoques;
- O sistema deve permitir o registro da confirmação da transferência de produtos entre estoques;
- O sistema deve permitir o registro da transferência de produtos entre empresas;
- O sistema deve permitir o registro do recebimento da transferência de produtos entre empresas;
- O sistema deve possuir opção para o registro da produção de kits de produtos, materiais e medicamentos;
- O sistema deve possuir opção para o registro da produção de kits de produtos em massa de materiais e medicamentos;
- O sistema deve permitir a emissão dos livros de controle de medicamentos controlados pela portaria 344/98 como também a emissão dos termos de abertura;



- O sistema deve disponibilizar de tela para registrar a confirmação de consumo dos materiais e medicamentos dispensados ao paciente;
- O sistema deve disponibilizar de tela para o registro de recebimento das solicitações de produtos ao estoque
- O sistema deve possuir de opção de liberação e bloqueio pelo farmacêutico da dispensação de materiais e medicamentos para o paciente;

Inventário

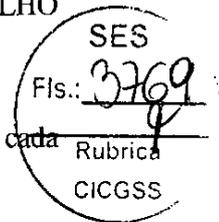
- O sistema deve permitir o usuário registrar a abertura de inventário, onde o mesmo pode escolher o almoxarifado, o item ou então a localização ou todos dos produtos de uma determinada espécie, espécie e classe ou espécie, classe e subclasse;
- O sistema deve permitir o usuário registrar as quantidades das contagens dos produtos em inventário;
- O sistema deve ter rotina de geração do inventário;
- O sistema deve ter a rotina da geração do balanço de inventário;

Cálculos e fechamentos

- O sistema deve permitir fazer o fechamento do estoque, não permitindo mais após o fechamento transações e operações dentro do período fechado;
- O sistema deve permitir a realização/execução dos cálculos da curva ABC;
- O sistema de disponibilizar a realização dos cálculos de estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras de acordo com os critérios previamente determinados na configuração;
- O sistema deve ter opção para fazer o bloqueio de movimentação de itens de estoque de um ou de todos os lotes de um determinado produto;

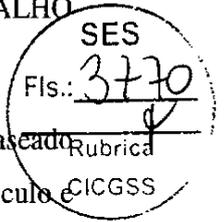
Outras transações e consultas

- O sistema deve possuir tela para consulta de saldos do estoque do produto;



- Cadastro da Condição de Pagamento com código, descrição e percentual de cada parcela;
- Cadastro de Motivos de Pedidos de Compras;
- Cadastro de Motivos de Cancelamento de Compras;
- Cadastro de Justificativas da entrada de produtos sem ordem de compra
- Cadastro de Compradores com código, nome e usuários associados ao comprador.
- Cadastro de Tipos de Empenho
- Cadastro do Tipo de Atividades
- Cadastro do Tipo de Modalidades
- Configuração de Fornecedores x Serviços
- Configuração de Fornecedores x Produtos
- Configuração de Fornecedores x Ramos de Atividades
- Cadastro de perguntas de avaliação do fornecedor
- Cadastro de respostas às perguntas de avaliação do fornecedor
- Cadastro de fórmula de avaliação do fornecedor
- Cadastro ranking de avaliação do fornecedor
- Utilizar a metodologia ABC x XYZ para a definição e cálculo do estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras;
- O sistema deve classificar automaticamente o produto na curva ABC, baseando-se nas movimentações da quantidade de consumo e custo;
- O sistema deve calcular automaticamente o ponto de pedido baseado nos critérios ABC x XYX e o tempo de reposição;
- O sistema deve calcular automaticamente o estoque mínimo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para a reposição;

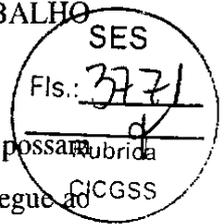
A



- O sistema deve calcular automaticamente o estoque máximo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo e a sugestão de compras;
- O sistema deve calcular automaticamente a sugestão de compras do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo de compras;
- Cadastro do nível hierárquico de autorização no mínimo em dois níveis com a definição dos valores máximos para autorização;
- Configurar usuários x privilégio de autorização;
- Configurar fornecedor x condição de pagamento;
- Configurar o critério de escolha do vencedor da cotação de preços nos seguintes critérios: menor preço, prazo de entrega, condição de pagamento, preço e prazo de entrega e preço e condição de pagamento;

Solicitações de compras

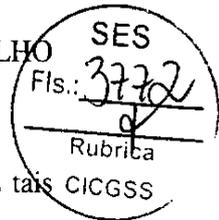
- Registrar o cadastro de solicitação de compras de produtos de maneira eletrônica com as seguintes informações:
- Data máxima, setor, comprador, motivo do pedido, estoque de referência, produto, unidade e quantidade.
- Registrar o cadastro de solicitação de compras de serviços de maneira eletrônica com as seguintes informações:
- Data máxima, setor, comprador, motivo do pedido, estoque de referência, serviço e descrição do serviço detalhada;
- O sistema também deve ter a opção de gerar automaticamente na solicitação de compras os produtos e as respectivas quantidades para os produtos de acordo com a sugestão de compra e o estoque máximo;
- O sistema deve possuir recurso que libere/entregue a solicitação para o setor de compras de maneira automática;



- O sistema deve disponibilizar de recurso para os usuários com alçada possa autorizar de maneira eletrônica uma solicitação antes de a mesma ser entregue ao setor de compras;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o cancelamento da solicitação de compras informando o motivo;
- O sistema deve disponibilizar fazer o agrupamento de duas ou mais solicitação de compras em uma única solicitação;
- O sistema deve disponibilizar de recurso para que o setor de compras faça o registro do recebimento eletrônico da solicitação de compras pelos setores e os almoxarifados;

Coleta de preços e abertura de licitação

- O sistema deve possuir recurso para o usuário fazer a abertura do processo de licitação com as seguintes informações: Nr. do Processo, Data e Hora da abertura, Tipo de Atividade, Tipo de Empenho, Modalidade, Tipo de Modalidade, Tipo, Data da Licitação, Hora da Licitação, Nr. da Licitação, Valor Estimado, Conta, Rubrica, Fonte de Recurso, Detalhes, Produtos da Licitados, Unidade e Quantidade;
- Registrar a estimativa de preços com as seguintes informações: solicitação, número do processo, setor, motivo, fornecedor, data da coleta, data da validade, condição de pagamento, Valor da coleta de preço, produto, unidade, valor unitário e valor total;
- Registrar a marcação da licitação com as seguintes: código, modalidade, data da licitação, data da abertura do processo, hora da abertura, valor estimado, tipo de empenho, tipo da licitação, e equipe do pregão;
- O sistema deve permitir que a partir do recebimento da solicitação eletrônica de compras, possa ser enviado e-mail de cotação de forma automática para todos os fornecedores cadastrados no sistema ou selecionados pelo usuário ou de acordo com o ramo de atividade do fornecedor e a atividade do produto;



- O sistema deve permitir a integração com os principais sistemas de compras tais como Bionexo e OPMNexo e Síntese;
- O sistema deve permitir que sejam registradas as coletas de preços enviadas pelos fornecedores com as seguintes informações: Nr. da Solicitação de Compra, Fornecedor, Data da Coleta, Validade da Cotação, Condição de Pagamento, Dias de Entrega, Valor da Coleta, Valor do Frete, Valor do ICMS, Valor de Desconto, Produto, Marca, Fabricante, Unidade, Qtde Cotada, Valor Unitário e Valor Total;
- O sistema deve permitir o usuário possa fazer a emissão do relatório de Mapa de Compra, Fornecedores da Cotação, Quadro Demonstrativo, Resumo das Coletas de Preço e Sugestão de Preço;

Formação de ordem de compra

- O sistema deve permitir o usuário fazer a formação da ordem de compra a partir das cotações/coletas de preços enviadas pelos fornecedores. No processo da formação da ordem de compra o sistema deve carregar/ apresentar em tela de forma automática todos os fornecedores que enviaram as cotações, os preços, as quantidades e o valor unitário e o valor total por produto da respectiva solicitação selecionada.
- O usuário poderá selecionar o critério para definir o vencedor do processo de compras, sendo que os critérios de escolha devem ser no mínimo: menor preço, prazo de entrega, condição de pagamento, preço e prazo de entrega e preço e condição de pagamento;
- O sistema deve permitir o usuário alterar o vencedor da cotação, mas caso seja diferente do vencedor selecionado pelo sistema de acordo com o critério deverá ser justificado o motivo da troca;
- O sistema irá gerar a ordem de compra automaticamente a partir da formação da ordem de compra;
- O sistema deve permitir o registro eletrônico da autorização da ordem de compra de acordo com as alçadas e limites de autorização dos usuários;
- O sistema deve permitir o cancelamento total ou parcial de uma ordem de compra onde o motivo do cancelamento deve ser informado pelo usuário;



- O sistema deve dispor de opção para que seja cadastrada uma ordem de compra diretamente sem a necessidade de a mesma ser gerada a partir de uma solicitação de compra ou de uma formação baseada em uma cotação de preços;
- O sistema deve disponibilizar de opção para registrar a adjudicação da Ordem de Fornecimento;
- O sistema deve disponibilizar de opção para registrar a homologação da Ordem de Fornecimento;
- O sistema deve disponibilizar recurso no sistema que permita o registro e o controle de contratos de fornecimento de produtos ou serviços;
- O sistema deve disponibilizar recurso de portal de compras próprio (compras web) onde os fornecedores poderão acessar ao site (página), informando seu usuário e senha, para lançarem as cotações de preços dos seus produtos nos processos de compras que estão participando;

2.1.5.3.8.4. Módulo: GERENCIAL / BI / PORTAL

O módulo Gerencial foi concebido visando a informação imediata e integrada de diversas informações alimentadas em todo sistema.

A ideia é proporcionar consultas, relatórios e gráficos com “um clique” para rápida tomada de decisão dos gestores.

A sua implantação é sempre acompanhada de uma parametrização para adequar as informações às necessidades administrativas de cada instituição.

BI

- Possuir Módulo de tratamento de informações que possibilite criar modelos de relatórios envolvendo grupos de informação, possibilitando ao usuário final selecionar na tela as informações que ele quer cruzar criando relatórios personalizados;
- Possibilitar que os relatórios sejam criados pela equipe do Hospital sem necessitar de solicitação a licitante;

[Handwritten signature and initials]



- O modulo deverá possibilitar a ordenação por qualquer dos campos existentes em qualquer momento pelo próprio usuário;
- Possibilitar a montagem de relatórios em decorrência das informações de outro relatório;
- Possibilitar ao usuário realizar somatórias de campos, conforme suas necessidades;
- Permitir a criação de gráficos personalizados dos relatórios;
- Permitir que cada usuário salve e personalize os seus próprios relatórios;
- Permitir a exportação das informações para formatos PDF, TXT e XLS;
- Permitir que se crie para cada relatório regras de validação e somatórias para os diversos campos existentes no relatório;
- O sistema deverá possuir ferramentas que permita analisar as informações do hospital e as transforme em indicadores interativos, que auxiliarão na geração de previsões e cenários futuros, controle e otimização das receitas e custos, contribuindo na tomada de decisões e expansão dos negócios;
- Deverá ser possível a criação de filtros para os indicadores, a partir de dados Assistenciais, Financeiros, de Produção e de Suprimentos dentro de um período selecionado;
- O sistema deverá possuir tela interativa que mostre de forma on-line a evolução dos indicadores;
- O sistema deverá permitir indicar parâmetros de conformidade (mínimo e máximo) para cada indicador;
- O sistema deverá permitir que a equipe técnica da unidade crie seus próprios indicadores;
- O sistema deverá possuir marcação sobre o atual estado do indicador, demonstrando se a informação contida no mesmo está dentro de padrões de normalidade, em estado de atenção ou em estado de alerta.
- O Sistema deverá permitir a geração de Informações gerenciais e estatísticas, através do acesso a diversas informações relativas ao Atendimento e à produção das unidades e dos Médicos;



- Permitir a pesquisa da situação real de ocupação do Hospital em um determinado momento, congelando este e, mostrando os Pacientes que estavam internados por unidade, Médico;
- Permite controlar a produção do Hospital fornecendo os principais indicadores em determinados períodos de tempo, fornecendo os índices de ocupação de cada unidade em relação à ocupação do Hospital e sua própria ocupação;
- O Sistema deverá informar também os índices de Atendimento de cada Médico, especialidade em relação ao período escolhido, criando assim, uma importante ferramenta para a negociação, em cima de dados reais de produção;
- Sistema deverá permitir que se tracem estratégias para aumentar, diminuir ou mudar o perfil da ocupação de acordo com os interesses da Instituição;
- Deverá ser possível acessar informações de todas as estatísticas e indicadores institucionais, fornecendo taxas de ocupação, número de Pacientes/dia, leitos/dia, média de permanência, taxas de mortalidade, rotatividade dos leitos, número de internações e saídas, morbidade, procedência. Seja por unidades, Médicos, especialidade;
- O sistema deverá permitir que sejam parametrizados relatórios sobre as diversas atividades relacionadas ao atendimento dos pacientes nas diversas unidades do Hospital;
- O sistema deverá gerar gráficos sobre os diversos indicadores e estatísticas geradas no SAME;
- O sistema deverá permitir conexões com um sistema de benchmarking para comparação dos seus indicadores com hospitais do mesmo porte;
- O sistema deverá permitir a geração de análises críticas de evolução dos indicadores;
- O sistema deverá permitir a geração de painéis atualizáveis para gestão a vista em televisores.

Gestão de Documentos

- Permitir criar uma formalização de manipulação dos documentos;



- Possibilitar ao gestor uma Criação de estrutura de armazenamento dos documentos (repositórios e pastas);
- Permitir a disponibilização de todo um controle de segurança de acesso aos repositórios e pastas;
- Permitir a criação de ciclo de vida do documento (verificação, aprovação e publicação) com pessoas responsáveis para cada fase;
- Permitir a visualização gráfica do atual status do ciclo de cada documento;
- Permitir a visualização de forma fácil do Histórico de toda vida do documento;
- Possibilitar fácil bloqueio de impressão e download dos documentos;
- Permitir um único controle de segurança para todos os sistemas para todos os sistemas;
- Permitir a integração com a norma ISO9000 criando categorias que permitem a numeração automática dos documentos;
- Permitir a associação de palavras chaves ao documento criando um sistema dinâmico de buscas;
- Permitir o controle de documentos externos (vídeos, planilhas, documentos, PDF) a central de documentos;
- Permitir a criação de documentos internos com editor próprio;
- Possibilitar a criação de um sistema de alertas;
- Permitir a geração de uma visualização das pendências (verificação, aprovação e publicação) de cada gestor dentro de uma central de responsabilidades;
- Permitir a criação de Dashboard que apresente uma visão macro para cada gestor.

Gestão de Risco

- Permitir o monitoramento gráfico de todos os riscos;
- Permitir a fácil criação de matrizes de risco;
- Possibilitar a criação de inúmeras matrizes de riscos e associá-las a categorias;
- Possibilitar a criação de classes de impacto e probabilidade as reais necessidades da instituição;
- Permitir que sejam criadas práticas de controle e fatores de risco;
- Permitir o monitoramento do risco através de práticas de controle em auditorias;



- Permitir a impressão de fichas de auditoria para os colaboradores da qualidade realizarem a checagem das práticas de controle;
- Permitir a atualização dinâmica do posicionamento do risco dentro da matriz;
- Permitir a geração de matriz de GUT dos riscos;
- Permitir a visualização dos riscos em gráfico que pondera probabilidade, impacto e urgência proveniente da matriz GUT;
- Possibilitar a fácil visualização para cada gestor das atividades de sua competência pendentes (práticas de controle, ações, indicadores);
- Permitir o monitoramento dos riscos baseado em indicadores;
- Permitir a associação de indicadores aos riscos.

Gestão de Ocorrências

- Permitir a criação de um ciclo de monitoramento de não conformidades, eventos adversos e sugestões críticas;
- Permitir a classificação dos eventos através da inserção de sua origem;
- Possibilitar o encaminhamento de cada evento para o responsável realizar a classificação e tratamento;
- Permitir a criação de sistema de alertas para os devidos responsáveis;
- Permitir a criação de gráficos diversos que permitem a visualização dos eventos por origem, tratamento, responsável, status;
- Permitir a criação dinâmica do diagrama de Pareto;
- Permitir a criação de eventos de forma anônima;
- Permitir a criação de ações corretivas;
- Permitir a visualização das pendências (classificação, abertura de ações, ações atrasadas) de cada responsável;
- Permitir a formalização do uso de análise e soluções dos eventos;
- Permitir a criação de questionários personalizados dependendo da ocorrência;
- Permitir a escolha da ferramenta de análise de causa raiz da Ocorrência;
- Permitir a geração de controle de datas e responsabilidades sobre cada atividade gerada em um plano de ação;

A P

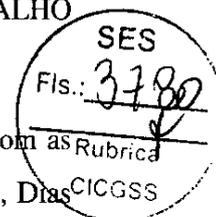


- Permitir a geração de ocorrências on-line, conforme a inclusão automática de registros nos sistemas;
- Permitir a configuração de workflow automaticamente das ocorrências, permitindo alterar em tempo de classificação.

Gestão de Usuários e Controle de Acesso

- Cadastro dos sistemas;
- Cadastro dos módulos que compõem o sistema;
- Cadastro de perfis/papel de usuários com a definição dos módulos, telas e relatórios que os mesmos terão acesso;
- O sistema deve permitir a configuração das diretivas de segurança para a criação e definição de senhas;
- Permitir a criação de usuários e a definição dos papéis de acesso dos respectivos usuários;
- Permitir a desativação de usuários do sistema;
- O usuário poderá ter um ou mais papéis definidos simultaneamente;
- Permitir a mudança de senha;
- Permitir a alteração de senha;
- Configurar os usuários por empresa;
- Configurar os usuários por setor ou unidade de interação;
- Configurar os usuários por almoxarifado;
- Configurar os usuários por SAME;
- Configurar os usuários por setores de diagnóstico;
- Configurar tabelas e as colunas que serão auditadas;
- Configurar as operações que serão auditadas junto às tabelas;
- O sistema deve disponibilizar tela para a consulta de auditoria das tabelas que sofreram alterações no conteúdo;

2.1.5.3.8.5. Módulo: FINANCEIRO



- O sistema deve disponibilizar opção para o registro de tipos de Impostos com as seguintes informações: Código, Descrição, Atividade do Imposto, Variação, Dias de Vencimento, Tipo de Vencimento, Tipo de Incidência, Valor Mínimo de Recolhimento, Faixas de Desconto e Percentual de Desconto por Faixa;
- Deve permitir registrar os tipos de descontos e acréscimos com as seguintes informações: Código, Descrição, Tipo, Cód. Conta Contábil e Cód. Conta de Custo;
- O sistema deve disponibilizar opções para o registro dos Tipos de Lançamentos de Extrato Bancário com as seguintes informações: Código, Descrição, Tipo de Operação (soma ou deduz do saldo) e se permite conciliação bancária;
- Permite registrar os tipos de documentos com as seguintes informações: Código, Descrição, Tipo do Documento (a pagar, a receber ou ambos), Tipo de Entrada (Nota Fiscal, Nota Fiscal de Serviço, Vale, Nota Fiscal de Doação, Nota Fiscal de Empréstimo, Nota Fiscal de Devolução);

Contas a pagar

- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de controle de estoques/almoxxarifados e permitir fazer a importação automática para o módulo de contas à pagar de todas as notas fiscais de produtos que tiverem a sua entrada registrada no almoxarifado/estoque, sem a necessidade de que os dados sejam lançados no módulo financeiro novamente;
- O sistema deve permitir fazer o registro de adiantamento de contas a pagar a fornecedores e não fornecedores, gerando automaticamente o registro de contas a pagar e a emissão de recibo de adiantamento;
- O sistema deve fazer o cálculo e a retenção automaticamente dos impostos das notas fiscais de serviços que foram registradas nos devidos setores e oficinas e gerando automaticamente o compromisso a pagar dos impostos nas datas previstas e que foram configuradas as regras no cadastro de impostos;
- O sistema deve fazer o compartilhamento automático nas contas contábeis das notas fiscais importadas do sistema de almoxarifado/estoque de acordo com os produtos adquiridos e que tiveram a sua entrada registrada;



- O sistema deve permitir ao usuário fazer o registro manual de um compromisso a pagar com as seguintes informações: Tipo de Documento, Data da Emissão, Data do Lançamento; Tipo de Vencimento, Fornecedor, Número do Documento, Série, Valor do Documento, Valor de Desconto, Valor de Acréscimo, Conta Contábil, Número de Parcelas, Data do Vencimento, Tipo de Quitação, Valor da Parcela/Documento, Código da Conta Contábil, Valor Compartilhamento da Conta Contábil, Código de Barras do Documento (boleto);
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro das previsões de contas a pagar, para que o mesmo a partir destes dados possa analisar o fluxo de caixa com as previsões que estão programadas para o período de análise;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de compras, pois toda a OC com status autorizado deve ser importada automaticamente para o módulo de contas à pagar com o status "previsto" e a mesma deverá ser automaticamente eliminada/baixada quando a referida OC autorizada tiver seu recebimento registrado no sistema de almoxarifado/controle de estoque;
- O sistema deve permitir ao usuário fazer o registro de lotes de pagamentos para uma data ou um período de dias. Os lotes de pagamento deverão conter as seguintes informações: Código do Lote, Descrição do Lote, Fornecedor (es), número do documento, valor do documento, valor de desconto ou acréscimo se houver, tipo de desconto ou acréscimo se houver, data do vencimento;
- O sistema deve possuir mecanismo de autorização eletrônica dos lotes de pagamento gerados pela área de contas a pagar, as autorizações devem possuir mais de um nível e cada nível deve possuir o valor de alçada para autorização;
- O sistema deve permitir registrar o pagamento dos compromissos ou dos lotes de pagamentos com as seguintes informações: Tipo de Pagamento, Banco de Pagamento, Conta Corrente (para caso de pagamentos em cheque, débito em conta corrente, Borderô DOC, Borderô Boleto), Número do Talão e Número do Cheque (para pagamentos em cheque), Código do Caixa (para pagamentos em dinheiro), Valor Pago, Valor do Desconto (caso receba desconto), Valor do Acréscimo (caso pague em atraso com incidência de juros e multa);



- O sistema deve gerar automaticamente o arquivo eletrônico de pagamento no padrão do Banco ou FEBRABAN para envio para os bancos realizarem os pagamentos;
- O sistema deve permitir fazer o cancelamento de um pagamento ou de todos os pagamentos registrados, informando o motivo do cancelamento, onde o sistema deve reabrir automaticamente (cancelar a quitação) os mesmos;
- O sistema deve permitir fazer a suspensão de um pagamento ou de todos os pagamentos registrados, informando o motivo da suspensão e deve reabrir automaticamente (cancelar a quitação) os mesmos;
- O sistema deve permitir fazer o registro da baixa de contas ou então deve dispor de mecanismo que faça automaticamente a baixa no registro de pagamento;
- O sistema deve dispor de tela para fazer o registro da retirada de cheques que sejam pagos em carteira;
- O sistema deve permitir registrar o estorno de pagamentos realizados como também registrar o motivo do estorno do pagamento;
- O sistema deve permitir registrar a suspensão de um estorno de pagamento que tenha sido registrado, informando o motivo da suspensão;
- O sistema deve dispor de tela de consulta e pesquisa de pagamentos realizados por período e fornecedor, informando a data do pagamento, número do cheque, banco, conta corrente;
- O sistema deve dispor de tela para fazer a consulta de contas a pagar por período e fornecedor;
- O sistema deve dispor de tela para a consulta de impostos retidos por fornecedor por período;
- O sistema deve dispor de tela para consulta de previsões de contas a pagar por período e fornecedor;
- O sistema deve disponibilizar emissão de relatório de contas a pagar com filtro de período e fornecedor;
- O sistema deve disponibilizar emissão de relatório de Posição de Contas à Pagar;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de contas pagas por período e fornecedor;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de contas pagas em atraso;



- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de contas pagas por setor;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de conta corrente do fornecedor;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de recibo de pagamentos realizados;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de Guia de Recolhimento, GPS, DARF e DAM;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de impostos por fornecedor;

Contas a receber

- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de faturamento SUS (internação e ambulatorial) e permitir fazer a importação automática para o módulo de contas a receber de todas as remessas que tiverem a seu registro de envio no faturamento, sem a necessidade de que os dados sejam lançados no módulo financeiro novamente;
- O sistema deve fazer o compartilhamento automático nas contas contábeis das notas fiscais emitidas pelo faturamento de acordo com os itens/grupos de faturamento tiveram a seu registro nas contas hospitalares e ambulatoriais;
- O sistema deve permitir ao usuário fazer o registro manual de um compromisso a receber com as seguintes informações: Tipo de Documento, Data da Emissão, Data do Lançamento; Tipo de Vencimento, Cliente, Número do Documento, Série, Valor do Documento, Valor de Desconto, Valor de Acréscimo, Conta Contábil, Número de Parcelas, Data do Vencimento, Tipo de Quitação, Valor da Parcela/Documento, Código da Conta Contábil e Valor Compartilhamento da Conta Contábil;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro das previsões de contas à receber, para que o mesmo a partir destes dados possa analisar o fluxo de caixa com as previsões de recebimento que estão programadas para o período de análise;
- O sistema de disponibilizar tela para realizar o registro do recebimento dos títulos de contas a receber que estejam abertos no sistema com as seguintes informações: Banco do Crédito, Conta Corrente do Crédito, Data do Crédito, Valor do Crédito,



Histórico do Recebimento, Tipo de Recebimento, Acréscimos por juros e multas e Descontos Concedidos;

- O sistema deve disponibilizar a possibilidade de emissão de Recibo Provisório de Serviços e posteriormente a conciliação do mesmo com a Nota Fiscal Eletrônica (e-nf);
- O sistema deve disponibilizar opção para registrar o cancelamento de contas a receber com motivo;
- O Sistema deve disponibilizar opção para estornar contas recebidas;
- O sistema deve disponibilizar opção para cancelar estorno de contas recebidas;
- O sistema deve disponibilizar opção de consulta e pesquisa de contas recebidas por cliente e período, informando a data do recebimento, número do movimento, banco e conta corrente;
- O sistema deve dispor de tela para fazer a consulta de contas a receber por período e fornecedor;
- O sistema deve dispor de tela para consulta de previsões de contas a receber por período e fornecedor;
- O sistema deve disponibilizar emissão de relatório de contas a receber com filtro de período e cliente;
- O sistema deve disponibilizar emissão de relatório de Posição de Contas à Receber;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de contas recebidas por período e cliente;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de contas recebidas em atraso;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de contas recebidas por setor;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de conta corrente do cliente;
- O sistema deve disponibilizar de relatório de Resumo Geral de Contas à Receber;

Controle de bancos

- O sistema deve dispor de tela para a manutenção de cheques;
- O sistema deve dispor de tela de registro de transferência entre contas correntes;



- O sistema deve dispor de tela para registrar a compensação de cheques;
- O sistema deve permitir fazer a conciliação bancária manual e automática através dos arquivos de retorno de banco;
- O sistema deve dispor de tela para fazer o registro de aplicações bancárias;
- O sistema deve possuir tela para consulta de saldos bancários;
- O sistema deve possuir tela para consulta de saldos de aplicações;
- O sistema deve dispor de relatório de cheques emitidos e cheques entregues;
- O sistema deve dispor de relatório de cheques cancelados;
- O sistema deve dispor de relatório de cheques compensados;
- O sistema deve dispor de relatório e Extrato Bancário;
- O sistema deve dispor de relatório de Transferências Bancárias;
- O sistema deve dispor de relatório de saldo bancário;
- O sistema deve dispor de relatório de Razão Bancário
- O sistema deve dispor de relatório de fluxo de caixa e fluxo de caixa gerencial;
- O sistema deve dispor de relatório de Balancete Financeiro;
- O sistema deve dispor de Gestão de Caixa Analítica;
- O sistema deve dispor de relatório de DIRF assim como a geração do arquivo dentro dos padrões Receita Federal;
- O sistema deve emitir Nota Fiscal;

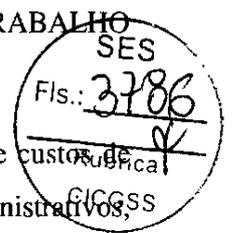
2.1.5.3.8.6. Módulo: CUSTOS

O módulo de Custos permite a avaliação dos custos por centro de custo, permitindo análise de rentabilidade de cada um deles e gerando informações para visualização dos custos por paciente, procedimento, convênio, médico, especialidade, etc.

Toda a parametrização é feita pelo usuário que têm liberdade de utilizar os critérios de acordo com as decisões da administração.

Principais características:

- O sistema deve possuir módulo de controle de custos integrado aos processos para obtenção e controle on-line dos mesmos;



- O sistema deverá possuir possibilidade de classificação dos centros de custos de acordo com sua atuação determinando se são centros de custos administrativos, produtivos ou de apoio;
- O sistema deverá permitir classificar os custos diretos e indiretos;
- O sistema deverá alocar as despesas indiretas para cada centro de custos de acordo com critérios de rateio a serem definidos para cada área, tais como: metragem, pontos de luz, pontos de telefone, etc;
- O sistema deverá permitir a definição de pesos para cada atividade relacionada ao centro de custo para obtenção das despesas indiretas;
- O sistema deverá alocar as despesas diretas para cada centro de custo de acordo com os processos de atendimento aos pacientes;
- O sistema deverá ratear automaticamente os custos dos centros de custos de apoio e administrativos aos centros de custos produtivos de acordo com critérios a serem definidos;
- O sistema deverá fornecer informação sobre custo de cada centro de custo, e custo de procedimentos, especialidades, recursos de atendimento, etc.
- O sistema deverá disponibilizar a possibilidade de ter o custo do atendimento;
- O sistema deverá dispor de extrato da receita e dos custos por setor, apresentando a lucratividade por setor e total do atendimento;
- O sistema deve disponibilizar o custo dos itens de produção com o custo primário, genérico, específico e o custo total;
- O sistema deve disponibilizar o custo dos direcionadores e unidades de produção com o custo primário, genérico, específico e o custo total por competência e de forma gráfica;
- O sistema deve disponibilizar o custo das contas de custo com o custo primário, genérico, específico e o custo total por competência e de forma gráfica;
- O sistema deve disponibilizar o custo dos centros de custo com o custo primário, genérico, específico e o custo total por competência e de forma gráfica;
- O sistema deve disponibilizar o resultado dos centros de custo apresentando as receitas e os custos de maneira detalhada e estratificando o resultado em valor e percentual, por competência e de forma gráfica;

←



- O sistema deve disponibilizar o custo dos procedimentos por centro de custo e competência;
- O sistema deve disponibilizar o resultado dos atendimentos do paciente, apresentando o custo as receitas e o resultado;

2.1.5.3.8.7. Módulo: MANUTENÇÃO

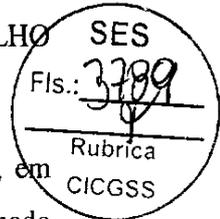
O módulo de Manutenção permite controlar as ações realizadas pelo Departamento de Manutenção Hospitalar, seja através de alertas sobre manutenções preventivas (integrado com o módulo de Patrimônio) seja pelo acompanhamento das ordens de serviço (internas e externas) da manutenção.

Principais características:

- Gerenciar as manutenções corretivas e preventivas relativas à estrutura física da instituição (Engenharia Hospitalar) e equipamentos clínicos (Engenharia Clínica);
- Cadastro de serviços com código, descrição, peso, unidade, hora máxima, hora mínima, categoria do serviço e oficina responsável pela realização do serviço;
- Cadastro de especialidade de serviços de manutenção;
- Cadastro de funcionários da manutenção e as especialidades de serviços dos mesmos, as escalas de trabalho e o valor da hora/homem;
- Cadastro das escalas de trabalho dos colaboradores da manutenção;
- Cadastro dos tipos de OS;
- Cadastro dos Motivos de Serviços;
- Cadastro de Oficinas;
- Cadastro de Check-List de manutenção com a programação de todos os serviços a serem executados;
- Permitir registrar as solicitações de manutenção corretiva com informações tais como, nome do solicitante, data que o solicitante deseja que seja realizada a manutenção, escolha do padrão de manutenção (Unidade, equipamento/item, local, problema e grupo profissional);
- Permite programar a data de realização da manutenção e visualizar a agenda dos profissionais que poderão realizar a mesma;



- Realização das requisições de itens necessários para manutenção no estoque de forma integrada com o módulo de Requisição de Estoque e Almoxarifado;
- Permite fazer uma solicitação para compra de um item que não tem no almoxarifado, sendo que a solicitação está ligada à ordem de serviço que necessitou da compra;
- Realização dos cadastros referentes a um item/equipamento, tais como: grupo de manutenção que atende este item, unidade e local que pertence, número de patrimônio, grupo de manutenção que atende este item, check-list (EPIs, procedimentos, peças, ferramentas, etc.) necessários para manutenção do item/manutenção, cadastro dos problemas que ocorrem e permitir anexar documentos como, por exemplo, manual;
- Permitir cadastrar o dicionário de avaliação possibilitando a flexibilidade no Check-list para avaliação dos equipamentos/itens;
- Relacionar fornecedores homologados para cada equipamento, sendo realizada para serviços de manutenção terceirizados;
- Permitir o controle do fundo fixo de caixa, através da emissão de vale e permitir também registrar quanto, quando e para quem foi entregue, registrar saídas e entradas e cadastrar notas fiscais;
- Possibilitar a realização de pesquisas das manutenções efetuadas durante determinado período, em que status a manutenção se encontra (solicitada, programada ou concluída) e detalhes da manutenção como grupo, nome solicitante, local, problema etc.;
- Permitir a visualização da relação de patrimônios e a periodicidade da realização da manutenção preventiva de cada um, para que se possa programar as manutenções;
- Possibilidade de consultar a relação de equipamentos por diversas formas de filtro (descrição, garantia, fornecedor, marca, número de patrimônio, etc.);
- Permitir cadastrar as peças pertencentes ao equipamento, fazer transferências para outras unidades, visualizar informações tais como número da Nota Fiscal, valor, garantia, fornecedor, entre outras informações;



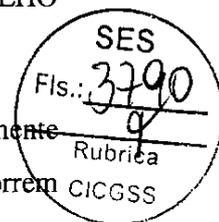
- Possibilitar a realização de consulta às manutenções preventivas pendentes, em processo de realização ou realizadas de um equipamento em um determinado período. Além da consulta, é possível programar manutenções já existentes.

2.1.5.3.8.8. Módulo: PATRIMÔNIO

O módulo de Patrimônio auxilia no controle de cadastramento, localização, inventário e depreciação patrimonial. Além disso, intergrado com o módulo de Manutenção, permite o controle dos gastos, manutenções preventivas e corretivas realizadas no bem.

Principais características:

- Cadastro de classificação dos bens patrimoniais em 2 níveis, com o código, descrição e a taxa (%) de depreciação anual;
- Cadastro de Localizações com código e descrição associada ao setor;
- Cadastro de Motivos de Baixa dos Bens;
- Cadastro de Tipo de Aquisição;
- Permitir a configuração da forma de depreciação dos bens patrimoniais (agrupada ou detalhada);
- Permitir configurar a forma de cálculo da depreciação (gradativa ou linear);
- Configurar a classificação contábil dos bens, relacionando-os aos ativos e as depreciações;
- Permite realizar o tombamento dos bens a partir da entrada da NF no estoque;
- Cadastro dos bens no momento do tombamento com as seguintes informações: descrição da plaqueta, descrição do bem, número de série, marca, modelo, especificações técnicas, acessórios, tipo de aquisição, espécie, classe, subclasse, classificação, subclassificação, permanente, localização do bem, forma de depreciação, dados da compra, anexar documentos do bem como manuais e outros e tempo de vida útil a partir da taxa de depreciação;
- O registro do bem patrimonial será pelo setor e a localização física, debitando o custo da depreciação no setor correspondente;



- A partir do tombamento do bem patrimonial, o sistema irá gerar automaticamente ao setor de manutenção, todas as manutenções preventivas que devem ocorrer dentro do tempo de vida útil do bem tombado;
- Cadastro de apólices de seguros e os bens segurados nas apólices;
- Registro de Baixa dos Bens Patrimoniais e os motivos da baixa;
- Permite agregar um ou mais bens patrimoniais a um bem;
- Reavaliar um bem patrimonial, informando o novo tempo de vida útil e recalculando automaticamente a taxa de depreciação anual;
- O sistema deve permitir a importação dos bens patrimoniais a partir de uma planilha previamente estruturada;
- O sistema deve calcular a projeção de depreciação do bem patrimonial a partir das taxas previamente estabelecidas no seu tombamento/cadastro;
- O sistema deve realizar a depreciação do bem patrimonial a partir das taxas previamente estabelecidas no seu tombamento/cadastro;
- Registro da movimentação dos bens patrimoniais entre setores e localidades, armazenando todo o histórico das movimentações.
- Geração e emissão de planilha de conferência dos bens por setor e localidade para realização do inventário físico dos bens patrimoniais;
- Emissão de relatórios do balanço patrimonial, de depreciações realizadas, de inventário de bens por setor, baixas de bens por motivo;

2.1.5.3.9. Organização dos Serviços Assistenciais

2.1.5.3.9.1. Módulo: ATENDIMENTO

O módulo de Pronto Atendimento permite registro rápido dos pacientes que utilizam este setor, gerando fichas de internação e a conta hospitalar para o faturamento de taxas, procedimentos e materiais/medicamentos em tempo real.

Gestão do Fluxo



Totem de Emissão de Senha

- O sistema deverá disponibilizar solução para a emissão de senhas de atendimentos normais e atendimentos prioritários para a gestão das filas de espera e atendimentos;
- O sistema deverá permitir fazer a configuração da impressora do totem de emissão de senhas;
- O sistema deverá permitir fazer a configuração do tipo de impressão do totem de emissão de senhas;
- O sistema deverá permitir fazer a configuração das filas que terão suas senhas emitidas pelo totem
- Na emissão da senha o sistema além de imprimir o número, deverá apresentar qual etapa inicial do atendimento o usuário deverá esperar;
- O sistema deverá estar integrado com os painéis de atendimento e para a chamada dos pacientes;

Painel de Atendimento e Chamada

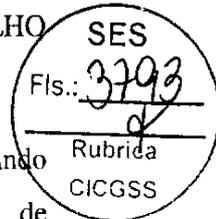
- O sistema deverá disponibilizar solução para a chamada eletrônica dos pacientes em atendimento nos setores de atenção ao paciente na instituição;
- O sistema deverá permitir fazer a configuração da fila que o painel irá fazer a gestão do atendimento e as respectivas chamadas no processo de atendimento;
- O sistema deverá permitir fazer a configuração/habilitação de quais campos serão apresentados na tela/painel de atendimento para a chamada dos pacientes. Ex: Senha, Nome, Hora de Chegada, Hora Prevista Atendimento, Status do Paciente, Nome do Paciente;
- O sistema deverá permitir fazer a configuração de quais processos de atendimento serão utilizados pelo painel de atendimento e chamada, assim como os campos que serão visualizados na tela;
- O sistema deverá permitir configurar a chamada do paciente em tela cheia;
- O sistema deverá permitir configurar chamada com som;
- O sistema deverá permitir configurar/habilitar o painel de chamada e atendimento com a leitura da senha ou do nome do paciente;



- O sistema deverá permitir a configurar/habilitar a na tela do painel de atendimento a direção que o paciente deve se dirigir para receber o atendimento (a esquerda, a direita, em frente);
- O sistema deverá permitir configurar o painel de chamada para apresentar a foto do paciente;
- O sistema deverá apresentar o local que o paciente deverá se dirigir (Sala, Consultório, Box, Guichê);
- O sistema deverá permitir configurar quais especialidades de atendimento que serão chamadas através do painel;
- O sistema deverá permitir fazer a configuração/habilitação dos campos de apresentação do painel por etapa do atendimento;
- O sistema deverá permitir configurar o tipo de direcionamento por voz: masculina, feminina ou uma específica;
- O sistema deverá permitir configurar/habilitar as últimas senhas chamadas;
- O sistema deverá permitir configurar/habilitar multimídia nos painéis de atendimento do paciente como programação de televisão, vídeos, apresentações ou outros tipos;
- O sistema deverá permitir configurar/habilitar a apresentação dos pacientes em espera para atendimento por listagem;
- O sistema deverá permitir configurar/habilitar informação com a quantidade de pacientes em atendimento e o tempo estimado de espera para atendimento (TEE) na fila que o painel está configurado para fazer a gestão;
- O sistema deve permitir configurar/habilitar informação com o resumo da quantidade de pacientes em espera de atendimento por cor de classificação (prioridade) por especialidade no Pronto Socorro;

Controle de Salas

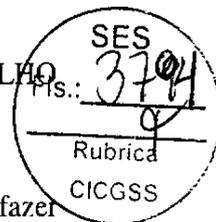
- O sistema deverá disponibilizar solução para a chamada eletrônica dos pacientes para o atendimento nas áreas assistenciais da instituição (sala de medicação, sala de coleta de exames, sala de procedimentos, sala de nebulização, sala de imobilização, sala de exames de imagens);



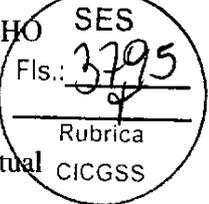
- O sistema deverá permitir o usuário visualizar os pacientes que estão esperando serem chamados para atendimento na sala, organizado por prioridade de atendimento;
- O sistema deverá disponibilizar recurso para o usuário selecionar o paciente e acionar a chamada para atendimento;
- O sistema deverá estar integrado aos painéis de atendimento e chamada eletrônica do paciente;
- O sistema deverá permitir registrar que o paciente se encontra em atendimento na sala;
- O sistema deve emitir mensagem de alerta ao usuário quando um paciente se encontrar em atendimento em uma outra sala ao ser chamado;
- O sistema deve permitir registrar eletronicamente a conclusão do atendimento do paciente na sala;
- Ao concluir o atendimento do paciente na sala, ele deve ser removido automaticamente da fila de espera e chamada de atendimento;
- Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o registro da checagem dos procedimentos realizados nos pacientes;
- Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o aprazamento dos horários de realização dos procedimentos e medicações dos pacientes;
- Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o registro do cancelamento dos procedimentos e medicações não realizadas nos pacientes com o respectivo motivo;
- O sistema deve atualizar automaticamente o status do paciente no painel de atendimento e chamada a cada registro realizado no sistema;

Gestão do Fluxo de Atendimentos

- O sistema deve disponibilizar de solução que permita fazer análise em tempo real (on-line) da quantidade de senhas distribuídas, quantidade de pacientes classificados, quantidade de pacientes com classificações em aberto, quantidade de classificações finalizadas, quantidade de pacientes cadastrados e a quantidade de pacientes em atendimento médico;



- O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e on-line de indicador para fazer análise do tempo de espera para cadastro indicando a senha com maior tempo de espera no momento, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;
- O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e on-line de indicador para fazer análise do tempo de espera para triagem e classificação, indicando a senha com maior tempo de espera, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;
- O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e on-line, indicador para fazer análise em tempo real por prioridade do tempo médio de espera para classificação de risco, para cadastro do paciente e para o atendimento médico, indicando as senhas com maior tempo médio de espera da etapa de atendimento;
- O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica, podendo selecionar o período, indicador para fazer análise do tempo médio de espera para atendimento médico, cadastro, classificação de risco, atendimento social, indicando a senha com maior tempo médio de espera, o tempo de espera alvo e o tempo de espera para atendimento com tolerância;
- O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica, podendo selecionar o período, indicador para fazer análise do tempo médio de espera entre processos do atendimento;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de senhas normal e senhas preferenciais distribuídas;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por especialidade e por prioridade;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes com atendimento médico por especialidade e por prioridade;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por prioridade;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de mortes de pacientes por especialidade e por prioridade;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de internações por prioridade;



- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por faixa etária;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes com classificação em aberto e finalizadas;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes reclassificados;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes atendidos por médico e tempo médio de atendimento por especialidade;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes cadastrados por usuário e tempo médio para cadastro;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por cidade e bairro;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes atendidos com alta por cidade e bairro;

Classificação de Riscos

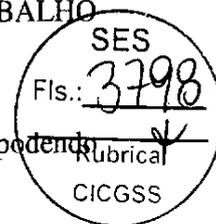
- O sistema deve permitir registrar todo o processo de triagem e classificação de risco do paciente no serviço de pronto atendimento do hospital;
- O sistema deve permitir que seja configurado qual protocolo de classificação de risco é utilizado pela instituição;
- O sistema deve possuir carregado em sua base o Protocolo Humaniza SUS e Protocolo de Manchester;
- O sistema deve permitir que seja configurado qual processo será utilizado no fluxo de atendimento do paciente no Pronto Socorro;
- O sistema deve permitir configurar quais sinais vitais serão registrados no processo de triagem e classificação de risco;
- O sistema deve dispor de configuração de qual faixa de horário do dia será realizado a triagem e a classificação de risco do paciente no Pronto Socorro;
- O sistema deverá estar integrado aos totens de emissão de senha e aos painéis eletrônicos de atendimento e chamada;



- O sistema deve disponibilizar a opção de fazer a impressão da ficha de triagem e classificação de risco;
- O sistema deve estar integrado com a solução de distribuição de senhas e dos painéis de chamada;

Pronto Atendimento

- O sistema deverá ser totalmente integrado aos sistemas de emissão de senha, painel de atendimento, acolhimento e classificação de risco, controle de salas e gestão de fluxo do paciente;
- O sistema deve possuir dispositivo que permita que a recepcionista selecione uma senha em uma lista de senhas disponíveis para atendimento e faça a chamada do paciente de forma eletrônica, para que seja realizado o registro do atendimento do mesmo;
- Ao acionar o dispositivo eletrônico de chamadas, o painel de chamadas deverá apresentar aos pacientes em espera, qual guichê de atendimento administrativo os mesmos deverão se encaminhar;
- Ao iniciar o atendimento do paciente, a recepcionista deverá executar uma pesquisa na base de dados de pacientes do hospital para verificar se o mesmo já possui cadastro na instituição.
- A pesquisa poderá ter no mínimo as seguintes opções:
 - Prontuário (matrícula)
 - Nome;
 - Sobrenome;
 - Data de Nascimento;
 - CPF;
 - Nome da Mãe;
- A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca;
- O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;



- O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados o usuário irá iniciar o preenchimento de um novo cadastro.
- O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.
- O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos:
 - Nome;
 - Nome Social;
 - Nome da Mãe;
 - Nome do Pai;
 - Data de Nascimento;
 - Sexo;
 - Cor;
 - Tipo Sanguíneo;
 - Nome do Cônjuge;
 - Identidade;
 - Órgão Emissor;
 - Data de Emissão;
 - CPF;
 - Cartão Nacional de Saúde;
 - Estado Civil;
 - Endereço;
 - Número e Complemento;



- Bairro;
- Cidade;
- CEP;
- Telefone Residencial,
- Telefone Comercial;
- Telefone Celular;
- E-Mail;
- Local de Trabalho;
- Profissão;
- Classe Econômica;
- Grau de Instrução;
- Religião;
- Etnia;
- Naturalidade;
- Nacionalidade;
- Fotografia do Paciente;
- Captura da biometria do paciente;
- O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde;
- O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- O sistema deverá permitir ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento com as seguintes informações:
 - Data;
 - Hora;
 - Médico;

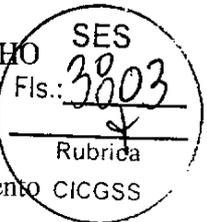


- Convênio;
 - Plano;
 - Tipo de Atendimento;
 - Procedimento
 - CBO
 - Serviço;
 - Tipo de Paciente;
 - Local de Procedência;
 - Destino;
 - Especialidade;
 - Responsável pelo Paciente;
- Deverá existir a possibilidade de ser configurado/habilitado quais campos terão o preenchimento automático na tela do registro de atendimento, evitando assim que os usuários tenham que preencher alguns campos;
 - Após o registro do atendimento o sistema deverá permitir ao usuário fazer a emissão dos seguintes documentos:
 - Etiqueta de Identificação com Código de Barras;
 - Termo de Responsabilidade;
 - Ficha de Atendimento Emergência;
 - O sistema deve abrir automaticamente no faturamento a conta do paciente e fazer o lançamento dos procedimentos (consulta médica) no BPA, identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e também o setor executante;
 - O sistema deverá permitir executar o registro de encaminhamento dos pacientes aos leitos de observação;
 - O sistema deverá permitir registrar a transferência de leitos do paciente na observação;

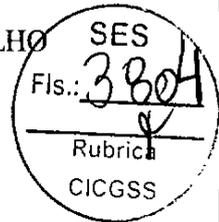


SES
Fls.: 3802
Rubrica
CICGSS

- O sistema deverá permitir configurar/cadastrar todos os Itens de agendamento com as seguintes informações: Código, Descrição do Item, Tipo do Item (Ambulatorial, Imagem, Laboratório ou de Composição), Ativo (Sim ou Não), Tempo Padrão de Execução, Prestadores Habilitados para a Execução dos Procedimentos, Relacionamento do Item de Agendamento com o Procedimento correspondente na tabela SIGTAP, deve possuir configuração se em caso de anestesia na execução do procedimento o sistema deve sugerir alteração do tempo de realização, se é obrigatório o cadastro do paciente para o agendamento do respectivo item de agendamento, tempo de preparo em necessário em dias para a realização do procedimento agendado, tempo de repetência para o agendamento do procedimento novamente, recursos e equipamentos necessários para a realização do item de agendamento, tempo de execução do item de agendamento por prestador e proibições de itens de agendamento simultâneo com intervalo entre um agendamento e outro;
- O sistema deverá possuir opção de cadastrar/configurar distintas Unidades de Atendimento (Ambulatório, Centro de Imagens ou Centro Clínico), esta opção será utilizada quando a instituição possuir Ambulatórios, Centro de Imagens ou Centros Clínicos distribuídos em rede e com localização física distinta, com os seguintes campos:
 - Código;
 - Nome;
 - Sigla;
 - Situação;
 - Endereço;
- O sistema deverá possuir tela para o cadastro de feriados nacionais e regionais. Nas datas cadastradas como feriados o sistema não deverá disponibilizar e permitir realizar agendamento de procedimentos;
- O sistema deve permitir fazer o registro dos recursos que serão utilizados na realização dos agendamentos e na realização dos procedimentos como os campos código, descrição, tipo, situação;



- O sistema deverá permitir o usuário registrar/configurar as escalas de atendimento dos profissionais que prestam atendimento ambulatorial por Unidade de Atendimento;
- O sistema deverá permitir o usuário registrar/configurar as escalas dos profissionais, que prestam atendimento ambulatorial na instituição no mínimo com as seguintes informações:
 - Dia da Semana;
 - Tipo de Escala;
 - Hora Inicial;
 - Hora Final;
 - Tipo de Horário do Atendimento;
 - Qtde. Horários disponibilizados;
 - Qtde. Encaixes;
 - Permissão para realização de encaixes extras;
 - Profissional;
 - Setor;
 - Unidade de Atendimento;
 - Consultório;
 - Recurso;
 - Itens de Agendamento do Dia;
 - Qtde. Máxima de atendimentos por Convênio;
 - Qtde. Máxima de atendimentos por Tipo de Atendimento x Especialidade/Serviço;
 - Usuários Autorizados a realizarem agendamentos na escala;
 - Peso Máximo/
 - Altura Máxima;



- Faixa Etária;

- O sistema deverá possuir opção para serem registradas/configuradas as mensagens de alerta aos usuários do setor de agendamento referentes ao prestador. Estas mensagens e alertas serão exibidas posteriormente na tela de agendamento para que os usuários que executam este processo possam visualizar e repassar as mesmas aos pacientes;
- O sistema deve permitir configurar as mensagens que serão enviadas aos pacientes que fizeram os agendamentos, estas mensagens deverão ser configuradas para envio de e-mail ou por sms;
- O sistema deve ter a opção de configuração dos horários e a quantidade de horas que serão enviados os e-mails e os sms para os pacientes;
- O sistema deve ter a opção de configurar e fazer a leitura do sms de retorno, nesta mensagem respondida pelo paciente, de acordo com o código respondido pode confirmar ou cancelar o comparecimento em relação aos procedimentos agendados;
- O sistema deverá possuir opção para a liberação da agenda médica baseando-se nas escalas configuradas. A liberação da agenda médica irá disponibilizar para o setor responsável pelo agendamento os horários de acordo com as parametrizações realizadas nas escalas de atendimento. O sistema deve possuir os seguintes parâmetros para a liberação da escala de atendimento:

- Código da Escala (opcional);

- Data de Liberação;

- Período de Liberação da Escala;

- Tipo da Escala;

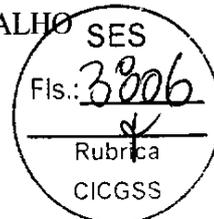
- Prestador;

- Especialidade;

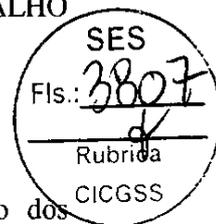
- Se deseja sobrepor as agendas já disponibilizadas que estejam vagas;



- O sistema deve disponibilizar recurso para fazer a configuração dos perfis de usuário para a central de marcação de consultas e exames;
- O sistema deverá permitir agendar em tela única consultas, exames, procedimentos, sessões e tratamentos;
- O sistema deverá permitir ao usuário fazer a busca por vagas de consultas, exames e procedimentos na tela de agendamento indicando no mínimo os seguintes parâmetros:
 - Paciente;
 - Convênio;
 - Plano;
 - Item de Agendamento;
 - Prestador;
 - Especialidade;
 - Tipo de Atendimento;
 - Unidade de Atendimento;
- Caso o usuário não informe o prestador e informe somente a especialidade desejada pelo paciente, o sistema irá buscar a primeira agenda disponível de um ou mais profissionais da mesma especialidade;
- Na tela da Central de Agendamento, de acordo com os parâmetros lançados, o sistema deve executar automaticamente a busca de datas e horários mais próximos que estão disponíveis para o atender à solicitação de agendamento;
- O sistema deverá permitir ao usuário fazer a busca por vagas para agendamento de tratamentos/sessões na tela de agendamento indicando os seguintes parâmetros:
 - Paciente;
 - Convênio;
 - Plano;
 - Item de Agendamento;



- Prestador;
- Especialidade;
- Tipo de Atendimento;
- Unidade de Atendimento;
- Tratamento (Sim ou Não)
- Qtde. de Sessões;
- O sistema deverá trazer na tela de forma automática a quantidade de dias que possuem vagas disponíveis de acordo com a quantidade de sessões informadas na tela anterior;
- O sistema não deve permitir o usuário agendar um segundo item com um intervalo entre os procedimentos inferior ao tempo de execução do primeiro procedimento agendado;
- O sistema deverá bloquear a faixa de horário reservado para o paciente e não disponibilizar mais o mesmo na tela de agendamento;
- O sistema deverá alertar ao usuário quando existirem conflitos de agendamentos de procedimentos que necessitem de um intervalo mínimo de tempo para a sua execução;
- O sistema deve apresentar ao usuário todas as orientações relativas ao convênio/plano do paciente para que o mesmo possa repassar ou então orientar-se por ela;
- O sistema deve possuir campo para registrar observações relativas ao paciente ou ao agendamento;
- O sistema deve possuir campo para informar o modo como os procedimentos foram agendados:
 - Telefone;
 - Pessoalmente;
 - Solicitação
 - Fax;



- E-mail;

- O sistema deve apresentar ao usuário todas as orientações de preparo dos procedimentos agendados para que as mesmas sejam repassadas ao paciente;
- O sistema deve possibilitar inserir o paciente agendado em uma fila de espera, caso o intervalo entre a data do agendamento e a data disponível não estejam atendendo as necessidades do paciente;
- O sistema deve permitir fazer a emissão do comprovante de agendamento ou então fazer o envio do mesmo por correio eletrônico ou SMS;
- O sistema deve permitir registrar os contatos com os pacientes agendados para a confirmação da presença na data agendada;
- O sistema deve permitir registrar a transferência de agenda de consultas e exames de um profissional para outro, ou para o mesmo profissional em nova data ou na mesma data em horário diferente;
- O sistema deve permitir fazer o cancelamento de uma consulta previamente agendada informando o motivo do cancelamento;
- O sistema deve permitir o usuário bloquear uma agenda de um determinado profissional em um intervalo de horas dentro de um mesmo dia ou intervalo de dias, informando o motivo do bloqueio;
- O sistema deve permitir o usuário registrar os encaixes na agenda de consultas e exames;
- O sistema deve permitir o sistema fazer a gestão da fila de espera. O sistema deve alertar o usuário que existem agendamentos com as mesmas características na fila de espera para a vaga que foi disponibilizada ao ser cancelado o agendamento de um procedimento.
- O sistema deve permitir o usuário registrar/configurar a turma e a escala da turma com as seguintes informações:

- Dias da semana;

- Horário de início e fim por dia da semana;

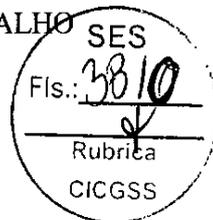


- Serviço;
- Tipo de Atendimento;
- Prestador;
- O sistema deve permitir o registro de agendamentos em grupos de pacientes que fazem uma atividade em um mesmo horário (fisioterapia, hemodiálise, quimioterapia e etc..) Informando a turma e os pacientes por turma;
- O sistema deve estar integrado com a prescrição médica eletrônica, pois todos os exames de pacientes internados ou ambulatoriais poderão ser agendados através de uma solicitação de agendamento de exames ou procedimentos que são prescritos pelo médico assistente e serão visualizados na fila de solicitações de agendamentos;
- O sistema deve permitir ao usuário fazer a remissão dos comprovantes de agendamento como também o reenvio de e-mail para os mesmos;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a exclusão de agendas que foram previamente liberadas informando o motivo da exclusão;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a reserva de uma faixa de horários que esteja livre na agenda, o usuário deverá informar a data inicial e final, horário inicial e final e o tipo da reserva;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a pesquisa de agendamentos para um determinado médico, uma determinada data ou para um paciente específico;
- O sistema deve possuir tela de consultas onde o usuário poderá pesquisar todo o histórico de agendamentos do paciente;
- O sistema deverá disponibilizar relatório de agendamentos cancelados, agendamentos excluídos, Produção por Prestador/Recurso e Posição de Fila de Espera;
- O sistema deve possuir relatório com a agenda diária do médico;

Ambulatório



- O sistema deverá ser totalmente integrado ao sistema de central de agendamento de consultas, pois os pacientes agendados pela central devem estar disponíveis na tela de recepção de pacientes ambulatoriais;
- O sistema deve possuir mecanismo para que o paciente faça a retirada da senha de atendimento ambulatorial;
- O sistema deve dispor de painéis de atendimento que informem os seguintes dados:
 - Senha;
 - Hora Chegada;
 - Previsão de Atendimento (cadastro);
 - Status do Atendimento;
- O sistema deve possuir dispositivo que permita a recepcionista selecionar a senha em uma lista de atendimento e fazer a chamada do paciente de forma eletrônica, para que seja realizado o atendimento do mesmo;
- O sistema deve permitir a recepcionista associar a senha de atendimento emitida pelo paciente com a agenda médica;
- Ao associar a senha a agenda do paciente, a recepcionista deverá iniciar o registro do atendimento do paciente, executando uma pesquisa na base de dados do ambulatório para verificar se o paciente já possui cadastro na instituição.
- A pesquisa terá que ser no mínimo com as seguintes opções:
 - Prontuário (matrícula)
 - Nome;
 - Sobrenome;
 - Data de Nascimento;
 - CPF;
 - Nome da Mãe;
- A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca;



- O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;
- O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados o usuário irá iniciar o preenchimento do registro do paciente.
- O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.
- O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos:
 - Nome;
 - Nome Social;
 - Nome da Mãe;
 - Nome do Pai;
 - Data de Nascimento;
 - Sexo;
 - Cor;
 - Tipo Sanguíneo;
 - Nome do Cônjuge;
 - Identidade;
 - Órgão Emissor;
 - Data de Emissão;
 - CPF;
 - Cartão Nacional de Saúde;
 - Estado Civil;
 - Endereço;



- Número e Complemento;
- Bairro;
- Cidade;
- CEP;
- Telefone Residencial,
- Telefone Comercial;
- Telefone Celular;
- E-Mail;
- Local de Trabalho;
- Profissão;
- Classe Econômica;
- Grau de Instrução;
- Religião;
- Etnia;
- Naturalidade;
- Nacionalidade;
- Fotografia do Paciente;
- Captura da biometria do paciente;
- O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde;
- O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- O sistema deverá permitir ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento com no mínimo as seguintes informações:
 - Data;



- Hora;
- Médico;
- Convênio;
- Plano;
- Tipo de Atendimento;
- Serviço;
- Tipo de Paciente;
- Local de Procedência;
- Destino;
- Procedimento
- CBO
- Especialidade;
- Responsável pelo Paciente;
- Caso o atendimento tenha sido agendado os campos devem ser preenchidos automaticamente com as informações fornecidas no momento do agendamento;
- Após o registro do atendimento o sistema deverá permitir ao usuário fazer a emissão dos seguintes documentos:
 - Etiqueta de Identificação com Código de Barras;
 - Termo de Responsabilidade;
 - Ficha de Atendimento Ambulatorial;
- O sistema deve abrir automaticamente no faturamento e fazer o lançamento na fatura BPA o procedimento correspondente ao atendimento do paciente;
- O sistema deve permitir o registro de atendimentos ambulatoriais de pacientes que não estão agendados, sem a necessidade de registrar como encaixe;
- O sistema deve permitir o registro de atendimento de pacientes em turmas de atendimento, ou seja, mais de um paciente para um mesmo horário como ocorre na fisioterapia ou outros tratamentos em grupos;



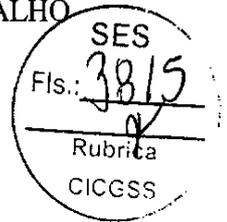
- O sistema deve estar totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;
- O sistema deve disponibilizar mecanismo para que o usuário identifique e registre no sistema quais pacientes não compareceram a consulta médica;
- O sistema deve dispor de tela para consulta de atendimentos anteriores do paciente;
- O sistema deve dispor de tela de gerenciamento que informe a quantidade de atendimentos ambulatoriais por hora;
- O sistema deve disponibilizar os seguintes relatórios:
 - Atendimentos por Período;
 - Atendimentos por Empresa;
 - Atendimentos por Médico;
 - Atendimentos por Cidade;
 - Atendimentos por Bairro;
 - Atendimentos por Especialidade;
 - Atendimentos por Serviço;
 - Atendimentos por Usuário;
 - Consultas Atendidas x Faturadas;
- O sistema deve emitir relatório de tempo de espera por período, por médico e por faixa de tempo;
- O sistema deve atualizar automaticamente o status do atendimento de acordo com a etapa do atendimento executada;

Internação

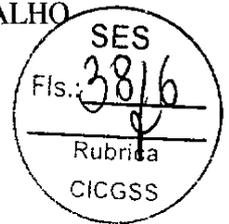
- O sistema deve permitir o registro de admissão de internações eletivas e de urgência.



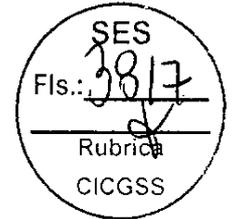
- O sistema deve gerar automaticamente a pré-internação do paciente a partir do agendamento de uma cirurgia como também da solicitação de internação de pacientes da urgência e emergência com no mínimo as seguintes informações:
 - Paciente;
 - Telefone;
 - Código do Aviso de Cirurgia;
 - Data da Previsão de Internação;
 - Cidade;
 - Data da Previsão de Alta;
 - Origem;
 - Médico;
 - Especialidade;
 - Convênio;
 - Plano;
 - Procedimento;
 - CID;
 - Tipo de Acomodação;
 - Tipo de Internação;
 - Leito;
 - Serviço;
 - Observações;
- O sistema deve permitir registrar o cadastro da pré-internação do paciente clinico eletivo, ou seja, dos pacientes que não possuem nenhum agendamento de cirurgia previsto como também oriundos da emergência, com no mínimo as seguintes informações:
 - Paciente;
 - Telefone;
 - Código do Aviso de Cirurgia;
 - Previsão de Internação;
 - Cidade;
 - Previsão de Alta;
 - Origem;



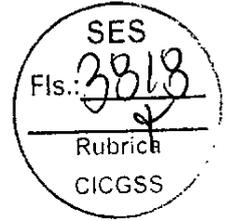
- Médico;
 - Especialidade;
 - Convênio;
 - Plano;
 - Procedimento;
 - CID;
 - Tipo de Acomodação;
 - Tipo de Internação;
 - Leito;
 - Serviço;
 - Observações;
- O sistema deve estar totalmente integrado a agenda de cirurgias eletivas do centro cirúrgico e com as pré-internações clínicas. O sistema deve disponibilizar tela que apresente lista de todos os pacientes com previsão de internação para a data selecionada, o sistema deve apresentar indicação em tela se o paciente possui pendências que podem impedir seu atendimento ou que sirvam de alerta para o setor de internação;
 - A partir da tela de previsões de internações o sistema deve apresentar uma lista com todos os pacientes que estão previstos para internação na data selecionada, usuário poderá selecionar um dos pacientes que está disponível na lista para registrar e efetivar a internação do mesmo.
 - O sistema deve dispor também de recurso para registro de internações de pacientes que não estão programados para hospitalização e conseqüentemente não estão disponibilizados na tela de previsão de internação;
 - A recepcionista deverá dispor de funcionalidade para realizar busca do cadastro de pacientes, executando uma pesquisa na base de dados para verificar se o paciente já possui registro na instituição.
 - A pesquisa terá que ser no mínimo com as seguintes opções:
 - Prontuário (matrícula)
 - Nome;
 - Sobrenome;
 - Data de Nascimento;



- CPF;
- Nome da Mãe;
- Biometria
- A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca;
- O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;
- O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;
- O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- No processo de internação o usuário poderá acessar a tela de cadastro/registro do paciente para atualização de informações ou então a abertura de um novo prontuário.
- O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.
- O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos:
 - Nome;
 - Nome Social;
 - Nome da Mãe;
 - Nome do Pai;
 - Data de Nascimento;
 - Sexo;
 - Cor;
 - Tipo Sanguíneo;
 - Nome do Cônjuge;
 - Identidade;
 - Órgão Emissor;
 - CPF;
 - Cartão Nacional de Saúde;
 - Estado Civil;



- Endereço;
- Número e Complemento;
- Bairro;
- Cidade;
- CEP;
- Telefone Residencial;
- Telefone Celular;
- E-Mail;
- Local de Trabalho;
- Profissão;
- Classe Econômica;
- Grau de Instrução;
- Religião;
- Naturalidade;
- Nacionalidade;
- Fotografia do Paciente;
- Registro da Biometria do Paciente;
- O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde
- O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- O sistema deverá possuir tela que permita o usuário realizar, após o cadastro ou a atualização do dos dados demográficos do paciente o registro do atendimento de internação com no mínimo as seguintes informações:
 - Origem;
 - Data;
 - Hora;
 - Médico;
 - Convênio;
 - Plano;
 - Procedimento;
 - CID;



- Serviço;
- Tipo de Internação;
- Caráter de Internação;
- Tipo de Paciente;
- Enfermaria;
- Leito;
- Tipo de Acomodação;
- Serviço
- Especialidade;
- Responsável pelo Paciente;
- Caso o atendimento tenha sido eletivo, e o mesmo está relacionado a uma pré-internação os campos da tela de internação devem ser preenchidos automaticamente com as informações fornecidas pelo processo de pré-internação;
- O sistema deve permitir fazer a emissão dos seguintes documentos:
 - Etiqueta de Identificação com Código de Barras;
 - Termo de Responsabilidade;
 - Anamnese de Internação;
- Ao registrar o atendimento do paciente o sistema deverá abrir automaticamente a conta do atendimento no sistema de faturamento de AIH;
- O sistema deve permitir ao usuário fazer o registro durante a internação das alergias do paciente a determinadas substâncias, informando além da substância a reação alérgica do paciente em contato com a mesma;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a transferência do paciente entre leitos de uma mesma enfermaria ou de outra enfermaria, informando motivo da transferência;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a transferência do paciente para o Centro Cirúrgico e RPA;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a alta médica do paciente informando o motivo de alta, data, hora, diagnóstico (CID10), observação e Procedimento CIH. Caso o motivo da alta seja óbito o sistema deve conter campos para informar número da declaração de óbito, setor do óbito;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a alta hospitalar do paciente;





SES
Fls.: 3819
Rubrica
CICGSS

- O sistema deve permitir ao usuário registrar a alta administrativa do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar o cancelamento da alta hospitalar do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar o cancelamento da alta médica do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar e fazer a gestão da programação de alta dos pacientes;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar o acompanhante do paciente internado;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a transferência do médico assistente do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a liberação e interdição de leitos;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a exclusão de atendimentos;
- O sistema deve disponibilizar a opção para que o sistema opere com a gestão centralizada e descentralizada de leitos;
- O sistema deve gerar automaticamente uma solicitação de leitos ao setor competente quando for agendada uma cirurgia, solicitado uma internação na urgência ou quando for cadastrada uma pré-internação;
- O sistema não deve permitir registrar uma transferência de leitos direta quando o sistema estiver configurado para gestão centralizada, neste caso o sistema deve disponibilizar a opção de solicitação de transferência de leitos;
- Quando for registrada uma solicitação de transferência de leitos, a mesma deverá ser visualizada na tela de gestão de leitos, para que o usuário responsável pela gestão de leitos possa verificar a disponibilidade dos leitos, baseado no mapa de leitos e dessa forma possa reservar um leito com as características solicitadas pelo usuário;
- Ao ser atendido a solicitação pela central de leitos o status da solicitação deve ser alterado automaticamente de “solicitado” para “atendido”;
- O sistema deve permitir que o usuário somente efetive a transferência de leito após o atendimento da solicitação pela área de gestão de leitos e para o leito que foi reservado;



- O sistema deve permitir ao usuário registrar as pendências do paciente. As pendências registradas uma vez devem emitir alertas aos usuários quando for ser registrado qualquer tipo de atendimento para o paciente dentro da instituição;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar as baixas de pendências do atendimento do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar e acompanhar a evolução de todos os contatos realizados durante o atendimento de um paciente realizados, sejam eles com o próprio paciente, com o médico, com secretária de saúde, com o fornecedor de OPME ou com o acompanhante;
- O sistema deve disponibilizar a opção para a emissão do laudo de AIH do paciente hospitalizado;
- O sistema deve disponibilizar a opção para o registro do diagnóstico do paciente baseado na tabela CID 10;
- O sistema deve disponibilizar a opção para o registro de controle de visitas do paciente;
- O sistema deve disponibilizar painel de leitos operacional que apresente a ocupação em tempo real das unidades de internação e de toda a instituição, taxa de disponibilidade, taxa de indisponibilidade. O sistema deve ter uma apresentação gráfica intuitiva das informações dos leitos, indicando o paciente, o médico assistente, o convênio, o diagnóstico e a Qtde. de dias que o paciente se encontra hospitalizado ao passarmos o cursor sobre o leito ocupado;
- O sistema deve disponibilizar painel de leitos gerencial que apresente as taxas de ocupação da instituição em tempo real das unidades de internação e seus respectivos leitos. Nesta tela deve ser apresentado a taxa de disponibilidade, taxa de ocupação e taxa de indisponibilidade. O sistema deve ter uma apresentação gráfica intuitiva das informações dos leitos tais como:
 - Ocupação por Unidade de Internação;
 - Ocupação por Tipo de Acomodação;
 - Ocupação por Tempo de Permanência;
 - Ocupação por Convênio;
 - Ocupação por Especialidade/Serviço;
 - Ocupação por Médico;

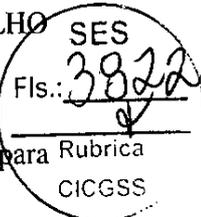


- Ocupação por Faturamento;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta de altas do dia;
 - O sistema deve disponibilizar tela de consulta de estatísticas de produção e estatística de atendimentos;
 - O sistema deve disponibilizar tela de consulta pacientes internados;
 - O sistema deve disponibilizar tela de consulta previsões de internações;
 - O sistema deve disponibilizar tela de consulta da agenda do centro cirúrgico;
 - O sistema deve disponibilizar tela de consulta de disponibilidade dos leitos;
 - O sistema deve disponibilizar tela de consulta pacientes internados;
 - O sistema deve emitir relatórios de pré-internações por período;
 - O sistema deve emitir relatório de internações por convênio, médico, por serviço, por cidade e por Unidade de Internação;
 - O sistema deve emitir relatório de altas por convênio, médico, por dia, por especialidade e relatório de previsão de altas;
 - O sistema deve emitir relatório de atendimentos por período, por empresa e por origem;
 - O sistema deve emitir relatório de pacientes com pendência, em duplicidade e aniversariantes;
 - O sistema deve emitir relatório de censo ocupacional;
 - O sistema deve emitir relatório estatístico de quantitativo de pacientes por CID, estatístico de internações por convênio, por médico, por serviço e por unidade de internação;
 - O sistema deve emitir relatório estatístico de procedimentos por convênio;
 - O sistema deve emitir declaração de paciente internado, declaração de internação e Termo e Alta a pedido;

2.1.5.3.9.2. Módulo: PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA E PEP

O módulo de prescrição eletrônica e prontuário eletrônico do paciente foi desenvolvido com o objetivo de agilizar o atendimento médico e diminuir a utilização de papel. Com ele é possível fazer todos os pedidos de procedimentos e prescrição, registrar as





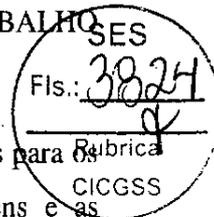
evoluções dos pacientes, visualizar laudos, e várias outras atividades necessárias para melhorar a qualidade no atendimento ao paciente.

As interfaces foram desenvolvidas a partir de diversas experiências de implantações bem sucedidas em diversas instituições, levando em conta as diferenças culturais existentes mas também provendo uma padronização de conceitos que além de agilizar o registro médico, permite maior clareza nas informações, redução de glosas e rapidez na tramitação de documentos o que gera diminuição do tempo de resposta dos setores de apoio.

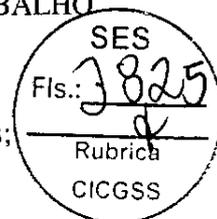
Principais características:

- O acesso ao PEP deve disponibilizado para todos os membros da equipe multidisciplinar que dispensem atenção ao paciente respeitando as regras de acesso, como também a limitação do conteúdo do mesmo por perfil de usuário;
- O sistema deve possuir tela para registrar as formas de aplicação das medicações que serão prescritas;
- O sistema deve possuir tela para registrar as frequências de aplicação das medicações que serão prescritas para os pacientes. A frequência pode ser configurada por setor de assistência ou para toda a instituição;
- O sistema deve possuir tela para configurar quais itens de aferição serão registrados no prontuário do paciente, como também os valores limites para cada um dos itens de aferição;
- O sistema deve possuir tela para fazer o registro dos esquemas de prescrição, baseado na configuração dos esquemas os itens prescritos para o paciente serão apresentados e disponibilizados nas telas de prescrição e no formulário de prescrição médica e de enfermagem na sequencia configurada;
- O sistema deve permitir habilitar e configurar quais campos terão o preenchimento obrigatório por esquema de prescrição;
- O sistema deve permitir configurar quais itens são de prescrição, e associa-los aos esquemas de prescrição;
- O sistema deve habilitar e exigir o preenchimento dos campos que foram configurados para o esquema de prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário desativar um item de prescrição;

[Handwritten signature]



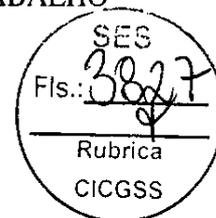
- O sistema deve permitir o usuário configurar as informações padronizadas para os itens de prescrição faixas etárias e a faixa de peso das superdosagens e as subdosagens;
- O sistema deve dispor de ferramenta que permita configurar os perfis de acesso e usabilidade do prontuário eletrônico do paciente por tipo de prestador, por tipo de convênio, por convênio, por setor, por especialidade, por prestador, por tipo de atendimento, sexo e faixa etária do paciente;
- O sistema deve dispor de dispositivo que permita ao usuário fazer a construção de documentos (formulários) eletrônicos, definindo o nome do formulário, os grupos de campos do formulário, permita associar as perguntas aos grupos de campos do formulário, as perguntas do formulário, o tipo do campo (Check-box, combo box, descritivo, lista de valores e etc..) e o layout do documento. Os documentos construídos nessa opção poderão ser associados ao perfil de acesso do prestador que serão carregados automaticamente de acordo com o perfil do usuário;
- O PEP deve estar integrado com o cadastro único de pacientes do Hospital, seja pelo atendimento ambulatorial, de urgência, internação ou atendimentos externos;
- Nos casos de atendimentos de pacientes em Pronto Atendimento, o PEP deverá ser integrado com o módulo de Acolhimento e Classificação de Riscos, ordenando a lista de pacientes a serem atendidos por Prioridade Clínica atribuída na Classificação, possibilitando ainda o médico consultar/visualizar de forma automática todas as informações coletadas durante o processo de classificação;
- Permitir consulta dos dados do PEP inseridos nos diversos locais de atendimento das unidades de saúde onde está implantado o sistema com as seguintes informações:
 - Dados Demográficos do Paciente;
 - Diagnósticos do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
 - Histórico de todos atendimentos do paciente na instituição, informando data, hora, tipo de atendimento, diagnóstico do atendimento, serviço e médico assistente;
 - Alergias do Paciente;
 - Sinais Vitais (valores e gráfico) do atendimento atual ou de atendimento anterior, permitindo selecionar o período de avaliação;



- Avaliações do paciente do atendimento atual e de atendimentos anteriores;
- Vacinas do paciente;
- Balanço Hídrico (valores e gráficos) do atendimento atual ou de atendimentos anteriores, permitindo selecionar o período de avaliação;
- Exames de Laboratório (valores e laudo);
- Exames de Imagem (laudos e imagem);
- Medicamentos em Uso;
- Prescrições Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Evoluções Médicas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Evoluções de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Anotações de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Histórico de Cirurgias do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Curva de Crescimento (gráfico);
- Documentos de Admissões Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Atestados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Receitas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Parecer Médico do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Documentos Anexados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- O sistema deve permitir ao médico registrar eletronicamente o formulário de admissão médica do paciente no mínimo com as seguintes informações:
 - Queixa Principal;
 - HDA (História da Doença Atual);
 - HPP;
 - Alergias;
 - Antecedentes Pessoais;
 - Antecedentes Familiares;
 - Medicamentos em Uso;
 - Hábitos e Costumes;
 - Exame Físico;
 - Nível de Consciência



- Sinais Vitais (PAS, PAD, Temperatura, FC e FR)
- Avaliação de Cabeça e Pescoço;
- Avaliação do Aparelho Cardiovascular;
- Avaliação do Aparelho Respiratório;
- Avaliação Abdome;
- Avaliação Genitália;
- Avaliação Membros;
- Exame Neurológico;
- Hipótese Diagnóstica;
- Causa da Internação ou Atendimento;
- Plano Terapêutico com as seguintes informações:
- Tratamento Proposto;
- Plano de Cuidados;
- O sistema deve permitir a criação/configuração de protocolos clínicos de atendimentos, e de acordo com o protocolo selecionado o sistema apresenta as perguntas, onde o médico vai informando as respostas e ao final o sistema irá sugerir a prescrição de acordo com as respostas inseridas no caminho percorrido pelo médico ao preencher o protocolo selecionado;
- O sistema deve, baseado em sinais vitais anotados para o paciente, informar que o mesmo se encontra com características de adesão a um determinado protocolo clínico;
- O sistema deve permitir ao médico fazer o registro do diagnóstico médico do paciente baseado na tabela CID-10 possibilitando informar o diagnóstico principal e o (s) diagnóstico (s) secundários, o tipo da doença (crônico, agudo) como também o tempo da doença (dia, mês e ano);
- De acordo com o diagnóstico informado o sistema deve emitir alerta ao profissional informando que o diagnóstico informado é de notificação compulsória/obrigatória ou de agravo;
- O sistema deve permitir ao médico fazer o registro dos medicamentos em uso contínuo pelo paciente (reconciliação medicamentosa);
- O sistema deve permitir fazer o registro das avaliações realizadas pelo médico ou pelo enfermeiro no paciente tais como:



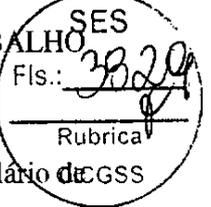
- Glasgow;
 - Apache II;
 - Euroscore;
 - Time Risc;
 - Régua de Dor;
 - Superfície Corpórea;
 - Braden;
 - Fugulin;
- O sistema deve permitir ao médico fazer o registro da evolução médica em formulário eletrônico carregando o layout do documento de forma automática de acordo com o local de atendimento (setor) e a especialidade do médico assistente;
 - Inserir informações sobre alergias do paciente, tais como substância, reações e demais observações;
 - Registrar indicadores de sinais vitais (Temperatura, Capnografia, PV, Glicemia, Pressão Intracraniana, Saturação, FC, FR, PAS, PAD) e dados antropométricos (Peso e Altura) como também deve permitir parametrização de outros indicadores a critério da instituição e a configuração dos sinais vitais a serem coletados pelo setor de atendimento;
 - Permitir o Médico registrar eletronicamente a prescrição de Medicamentos, Solicitações de Exames de Laboratório, Exames de Imagem, Cuidados Médicos, Dietas, Procedimentos, Hemoderivados, Fisioterapia, Cuidados e Orientações em tela única;
 - O sistema deve carregar de forma automática os materiais descartáveis (componentes) ao fazer a prescrição de um item que tenha necessidade dos mesmos para a sua aplicação/infusão;
 - O sistema deve gerar alertas ao médico prescrever medicamentos com substâncias aos quais o paciente tenha alergia registrada, tendo o profissional que justificar a manutenção da conduta ou alterar por outra medicação;
 - O sistema deve gerar alertas de interação medicamentosa nas seguintes condições: Droga x Droga, Droga x CID, Droga Alimento, Droga x Resultado de Exame e Droga x Nutriente;

Handwritten signature and initials.



SES
Fls.: 3828
Rubrica
CICGSS

- O sistema deve gerar alertas ao médico quando o mesmo prescrever medicamentos com interação medicamentosa nas condições acima mencionadas, assim como deve gerar de forma automática mensagem de alerta da interação, tendo o profissional que justificar a manutenção da conduta ou alterar a mesma para poder finalizar o processo de prescrição;
- O sistema deve possibilitar a integração do sistema de prescrição médica eletrônica com plataformas de informações e conteúdo farmacêutico para a emissão de alertas de interações medicamentosa e superdosagens;
- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de antimicrobianos (ficha de antimicrobiano) ao prescrever um medicamento deste grupo de fármacos;
- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de procedimentos de alto custo (laudo de procedimentos de alto custo/complexidade) ao prescrever um medicamento, exame ou procedimentos de alto custo;
- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o receituário especial ao prescrever um medicamento de controle especial de acordo com a portaria 344/98;
- O sistema deve permitir o médico prescrever medicamentos do grupo de soroterapia com a velocidade infusão desejada, de acordo com a velocidade, o sistema deve calcular automaticamente a frequência dos medicamentos;
- O sistema deve gerar automaticamente alertas ao médico quando um item for prescrito em duplicidade;
- O sistema deve gerar alerta para a prescrição de medicamentos que estejam com superdosagem, exigindo do mesmo uma justificativa para a manutenção da conduta e a finalização do processo de prescrição;
- O sistema deve permitir ao médico fazer a configuração de seus itens de prescrição favoritos;
- O sistema deve permitir ao médico fazer a pesquisa de itens de prescrição por nome comercial, princípio ativo, laboratório, grupo de tratamento, diagnóstico e sintomas;



- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de medicamentos não padronizados ao prescrever um medicamento com esta característica;
- O sistema deve permitir o médico alterar o horário sugerido pelo sistema de acordo com os horários configurados na frequência padronizada pelo sistema;
- O sistema deve disponibilizar de mecanismo para a prescrição de tratamentos de quimioterapia em ciclos e sessões;
- Na prescrição de quimioterapia o sistema de acordo com o peso e a altura deve sugerir automaticamente a dose do quimioterápico de acordo com a superfície corpórea do paciente que será calculada também de forma automática;
- O sistema deve permitir a criação de protocolos de tratamento de quimioterapia com a configuração de intervalo de dias entre os tratamentos e a quantidade de ciclos;
- O sistema deve carregar automaticamente na tela de prescrição de quimioterapia os medicamentos configurados para o tratamento assim como a geração do tratamento dentro do intervalo de dias configurados para o protocolo selecionado;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação dos medicamentos e materiais descartáveis na farmácia;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de dieta no serviço de nutrição;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de exames de imagem no serviço/setor de imagem;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de coleta de amostras no serviço de análises clínicas (laboratório);
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de hemoderivados no serviço de Hemoterapia;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de fisioterapia no serviço de Fisioterapia;
- O sistema deve permitir ao médico fazer a solicitação eletrônica de parecer médico para um determinado profissional ou uma determinada especialidade (interconsulta);

[Handwritten signature and initials]



SES
Fls.: 3830
Rubrica
CICSS

- Ao fazer a finalização da prescrição o sistema deve permitir que embora a prescrição seja válida para 24 horas o sistema possa gerar as solicitações de materiais e medicamentos de forma automática por turnos de atendimento pela farmácia até o limite de 24 horas;
- O sistema deve permitir realizar a suspensão de um item prescrito ao paciente;
- O sistema deve permitir realizar cópia de prescrição de uma determinada data ou fazendo a mescla de mais de uma data;
- O sistema deve permitir que o próprio médico crie prescrições padronizadas baseadas nas prescrições realizadas e as disponibilize na área de prescrições padronizadas;
- O sistema deve permitir o médico fazer a emissão de atestados médicos, emissão de receitas, receituário especial e comprovantes de comparecimento;
- O sistema deve disponibilizar formulário eletrônico específico para o médico fazer o registro da descrição do ato cirúrgico;
- O sistema deve disponibilizar formulário para o médico anestesista fazer o registro da ficha de anestesia, informando os dados graficamente na ficha;
- O sistema deve disponibilizar formulário eletrônico para registro do partograma;
- O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o registro da anamnese ou entrevista de enfermagem;
- O sistema deve permitir ao enfermeiro ou qualquer membro da equipe multidisciplinar fazer o registro da evolução em formulário eletrônico, carregando o layout do documento de forma automática de acordo com o local de atendimento (setor) e a especialidade do profissional assistente;
- O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o registro do balanço hídrico, informando os ganhos e perdas do balanço. O recurso deve também permitir fazer o fechamento total ou parcial do balanço e gerando automaticamente o gráfico com os ganhos, perdas e o saldo do balanço;
- O sistema deve permitir o Enfermeiro registre eletronicamente a prescrição de Cuidados de Enfermagem, Procedimentos e Orientações em tela única;

*
[Handwritten signature]

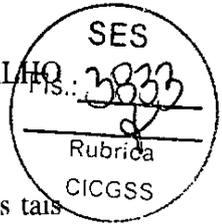


- O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o aprazamento ou reaprazamento dos horários dos itens e das medicações prescritas pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar;
- O sistema deve permitir o registro eletrônico da checagem das medicações e procedimentos prescritos pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar;
- O sistema deve permitir o registro eletrônico da suspensão das medicações e procedimentos prescritos pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar que não foram executadas e informando o motivo da suspensão ou cancelamento;
- O sistema deve apontar em painel de maneira clara e gráfica quais medicações estão em atraso;
- O sistema deve dispor de tela para que a enfermagem possa pesquisar as informações clínicas do paciente tais como:
 - Dados Demográficos do Paciente;
 - Diagnósticos do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
 - Histórico de todos atendimentos do paciente na instituição, informando data, hora, tipo de atendimento, diagnóstico do atendimento, serviço e médico assistente;
 - Alergias do Paciente;
 - Sinais Vitais (valores e gráfico) do atendimento atual ou de atendimento anterior, permitindo selecionar o período de avaliação;
 - Avaliações do paciente do atendimento atual e de atendimentos anteriores;
 - Vacinas do paciente;
 - Balanço Hídrico (valores e gráficos) do atendimento atual ou de atendimentos anteriores, permitindo selecionar o período de avaliação;
 - Exames de Laboratório (valores e laudo);
 - Exames de Imagem (laudos e imagem);

✗



- Medicamentos em Uso;
- Prescrições Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Evoluções Médicas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Evoluções de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Anotações de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Histórico de Cirurgias do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Curva de Crescimento (gráfico);
- Documentos de Admissões Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Atestados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Receitas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Parecer Médico do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Documentos Anexados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- O sistema deverá possuir recurso para que a enfermagem possa construir os planos de cuidados ao paciente, bem como as prescrições de padrões de enfermagem;
- O sistema deve dispor de tela para que a enfermagem possa registrar a entrevista da enfermagem (Avaliação Inicial);
- De acordo com as respostas da entrevista de enfermagem o sistema deve sugerir automaticamente quais diagnósticos de enfermagem o paciente se enquadra para a definição do plano de cuidados;
- O sistema deve dispor da tabela de diagnósticos de enfermagem NANDA para a definição do diagnóstico de enfermagem;
- De acordo com o diagnóstico selecionado pelo enfermeiro, o sistema deverá sugerir os itens de prescrição de maneira automática;
- O sistema deverá possuir tela para o profissional registrar as vacinas dos pacientes;



- O sistema deverá ter tela para finalizar o atendimento inserindo informações tais como:
 - Diagnóstico;
 - Procedimento;
 - Data;
 - Hora;
 - Motivo de alta;
- O sistema deve permitir fazer a emissão do sumário de alta do paciente e carregar automaticamente as principais informações do atendimento tais como medicamentos, resultados de exames de laboratório, imagem e orientações
- O sistema deve possibilitar a integração com conteúdo de bases médicas externas que auxiliem e apoiem o médico na tomada de decisão como exemplo podemos citar UpToDate, Clinical Key ou outro do mesmo gênero;
- O sistema deve sinalizar de maneira gráfica todas as pendências do médico em relação ao atendimento tais como fechamento de documentos eletrônicos, assinaturas eletrônicas e demais pendências;
- O sistema deve permitir a integração com equipamentos de monitoração;
- O sistema deve estar homologado para suportar certificação digital e assinatura eletrônica dentro dos padrões CFM/SBIS;
- O sistema deve disponibilizar de opção para registrar o encaminhamento do paciente para outras especialidades;

2.1.5.3.10. Módulo: DIAGNÓSTICO E TERAPIA

O módulo de Laboratório permite gerenciamento total do setor, desde o registro do pedido até a entrega do laudo, passando por coleta, digitação dos laudos e controle de impressão. Além disso, com o interfaceamento dos equipamentos para obtenção dos resultados (que são transferidos diretamente para os laudos), ajuda a reduzir o tempo de resposta dos exames sensivelmente. Outra vantagem é que os exames confirmados são automaticamente lançados na conta do paciente.

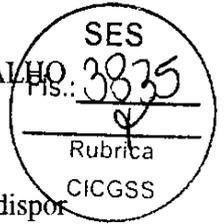
Handwritten signature and initials



2.1.5.3.10.1. Laboratório de Análises Clínicas

- O sistema deve permitir fazer o cadastro e a configuração dos exames de análises clínicas com os seguintes critérios: Código, Nome, Mnemônico, Código SIGTAP, período de entrega para exames de rotina e de urgência, calculo automático da data de entrega baseado na configuração dos dias de entrega, considerando para efeitos de cálculo somente os dias úteis, restrição por sexo, número de solicitações no período, impressão em página única, amostra, volume da amostra, orientações de preparo, laboratório, permite consulta do resultado, custo, dias da semana que o exame é coletado/executado, perguntas relacionadas aos exames, espelho do laudo, Qtde. de etiquetas para emissão e orientações de coleta das amostras.
- O sistema deve permitir configurar os locais de coleta;
- O sistema deve permitir configurar as amostras
- O Sistema deve permitir configurar os tubos e os volume em ml da amostra e tubo;
- O sistema deve permitir configurar os campos do laudo do exame com as seguintes informações: código, descrição, tamanho, alinhamento, tipo do campo, máscara do campo.
- O sistema deve permitir configurar os valores de normalidade, pânico e absurdo dos campos do laudo por sexo e idade;
- O sistema deve prover de recurso que permita o usuário fazer o desenho/configuração do laudo;
- O sistema deve permitir que seja criado mais de uma versão do laudo por exame;
- O sistema deve permitir que sejam configurados os perfis de acesso e restrições dos usuários do laboratório;
- O sistema deve possuir recurso para configurar a publicação do laudo na internet;
- O sistema deve permitir a configuração das perguntas e as possíveis respostas;
- O sistema deve possuir opção para cadastrar os locais de coleta;
- O sistema deve possuir recurso para cadastrar os motivos de recoleta de exames;
- O sistema deve permitir o usuário configurar as etiquetas de códigos de barras das amostras com as seguintes informações: código da amostra, código do pedido, código do atendimento, data, nome do paciente;

[Handwritten signature and initials]



- Ao iniciar o atendimento do paciente, a recepcionista do laboratório deverá dispor de opção no sistema para realizar a pesquisa na base de dados de pacientes do hospital para verificar se o mesmo já possui cadastro na instituição.
- A pesquisa poderá ter no mínimo as seguintes opções:
 - Prontuário (matrícula)
 - Nome;
 - Sobrenome;
 - Data de Nascimento;
 - CPF;
 - Nome da Mãe;
- A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca;
- O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;
- O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados, o usuário irá iniciar o preenchimento de um novo cadastro.
- O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.
- O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos:
 - Nome;
 - Nome Social;
 - Nome da Mãe;
 - Nome do Pai;
 - Data de Nascimento;
 - Sexo;
 - Cor;
 - Tipo Sanguíneo;
 - Nome do Cônjuge;
 - Identidade;
 - Órgão Emissor;

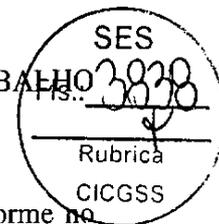




- Data de Emissão;
- CPF;
- Cartão Nacional de Saúde;
- Estado Civil;
- Endereço;
- Número e Complemento;
- Bairro;
- Cidade;
- CEP;
- Telefone Residencial,
- Telefone Comercial;
- Telefone Celular;
- E-Mail;
- Local de Trabalho;
- Profissão;
- Classe Econômica;
- Grau de Instrução;
- Religião;
- Etnia;
- Naturalidade;
- Nacionalidade;
- Fotografia do Paciente;
- Captura da biometria do paciente;
- O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde;
- O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- O sistema deverá permitir ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento externo com as seguintes informações:
 - Data;
 - Hora;



- Médico;
 - Convênio;
 - Plano;
 - Tipo de Atendimento;
 - Procedimento
 - CBO
 - Serviço;
 - Tipo de Paciente;
 - Local de Procedência;
 - Destino;
 - Especialidade;
 - Responsável pelo Paciente;
- Deverá existir a possibilidade de ser configurado/habilitado quais campos terão o preenchimento automático na tela do registro de atendimento, evitando assim que os usuários tenham que preencher alguns campos;
 - Após o registro do atendimento o sistema deve permitir o usuário registrar o pedido de exames de análises clínicas associado ao atendimento com as seguintes informações:
 - Medico solicitante, local de coleta, data da coleta, setor solicitante, tipo de solicitação e exame;
 - O sistema deverá no momento do pedido gerar automaticamente a data de previsão de entrega do exame de acordo com a quantidade de dias configurada no cadastro do exame.
 - O sistema deverá emitir o comprovante de exames;
 - O sistema deverá gerar automaticamente a solicitação de coleta a partir do registro do pedido de exame;
 - O sistema deverá apresentar em tela a lista de paciente em espera para coleta das amostras
 - O sistema deverá permitir que o responsável pela coleta faz amostras faça a emissão das etiquetas para fixar nos tubos de coleta das amostras;
 - O sistema deve permitir que a responsável pela coleta confirme a coleta das amostras do paciente efetuando a leitura do código de barras fixado no tubo;



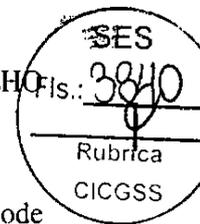
- O sistema deve permitir que a responsável pela coleta das amostras informe no registro de coleta que existem amostras pendentes de entrega;
- O Sistema deverá permitir o usuário executar o registro da entrada das amostras coletadas no setor de triagem do laboratório;
- O sistema deverá permitir o usuário registrar na entrada da amostra no laboratório a necessidade de recoleta justificando/informando o motivo que gerou a necessidade de recoleta;
- O sistema deve permitir o usuário realizar o registro da passagem das amostras para as respectivas bancadas e ao final emitir o mapa de trabalho de bancada;
- O sistema deve disponibilizar de tela para que o usuário possa efetuar consulta da rastreabilidade de com todas as movimentações da amostra no laboratório;
- O sistema deverá possuir recurso para interfaceamento do sistema com equipamentos de análises clínicas;
- O sistema deve disponibilizar de uma tela que o gestor do serviço possa ter uma visão do geral da quantidade de exames com pendências de coletas, de confirmação de coletas nos setores,
- O sistema deve dispor de tela que permita o usuário fazer o registro da triagem das amostras externas;
- O sistema deve dispor de recurso que permita o usuário emitir etiquetas para amostras externas;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de prescrição eletrônica, pois de acordo com os itens (exames solicitados) a partir da prescrição e o fechamento da mesma, o sistema deve gerar automaticamente a solicitação/pedido do exame no laboratório e a solicitação de coleta, sem necessidade de que seja feito qualquer cadastro pelo usuário;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de agendamento, pois ao registrar um agendamento, o sistema deve apresentar na tela de recepção de pacientes agendados do laboratório os respectivos pacientes agendados.
- A partir da lista de pacientes agendados no módulo do agendamento, o usuário deverá possuir opção para selecionar o paciente, registrar as devidas atualizações das informações cadastrais e na sequencia gerar o atendimento externo do paciente.

P
P



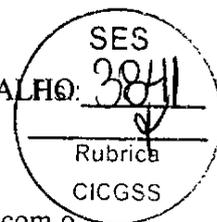
- O sistema deve permitir registrar o pedido de exames, associado ao atendimento externo criado para o atendimento do paciente agendado.
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro dos resultados dos exames de análises clínicas de forma manual ou automática através do interfaceamento entre o sistema e os equipamentos de análises clínicas;
- O sistema deve permitir ao usuário fazer a revisão dos exames realizados;
- O sistema deve ter a opção de o usuário registrar eletronicamente a assinatura do laudo exames realizados e revisados;
- O sistema deve ter a possibilidade de imprimir um ou todos os laudos assinados eletronicamente;
- O sistema deve disponibilizar a opção do usuário fazer a retificação dos laudos;
- O sistema deve ter a opção do bioquímico no momento de registrar o laudo visualizar os resultados anteriores de maneira analítica e gráfica;
- O sistema deve ter a opção do bioquímico no momento de registrar o laudo visualizar as respostas das perguntas associadas ao exame e que foram respondidas no momento da coleta do exame;
- O sistema deve ter tela que permita filtrar somente os exames que estejam na faixa normal, fora da faixa de normal, exames fora do limite e que estejam com valores pânico;
- O sistema deve dispor de tela para que o usuário possa consultar os log's de interfaceamento dos exames que estejam fora da faixa normal de valores;
- O sistema deve atualizar o status do exame de forma automática;
- O sistema deve disponibilizar tela para o registro da liberação dos exames para que os mesmos possam ter seus resultados consultados;
- O sistema deve dispor de tela para o registro da entrega dos exames para os pacientes ou responsáveis pelo paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a exclusão do pedido de exame registrado;
- O sistema deve dispor de tela que permita o gestor ter de maneira clara os exames que passaram do período de entrega, que os exames estão dentro do período crítico de entrega ou que está fora do período crítico de entrega;

A



- O sistema deve permitir e disponibilizar funcionalidade onde o usuário pode registrar as pendencia de coleta de amostra por pedido;
- O sistema deve disponibilizar registrar os resultados dos exames de cultura e os dados do antibiograma;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de faturamento, pois ao solicitar um exame em um atendimento ambulatorial o sistema deve ser lançar de forma automática na BPA os respectivos procedimentos;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de faturamento de AIH, pois ao solicitar um exame em um atendimento de paciente internado, o sistema deve ser lançar de forma automática na AIH os respectivos procedimentos;
- O sistema deve dispor de recurso para pesquisar a rastreabilidade da amostra desde o momento da geração da solicitação da coleta até a passagem da amostra para a bancada que irá analisar a amostra;
- O sistema deve dispor de recurso para pesquisar informações de data e hora da realização do exame, data e hora da revisão, data e hora da assinatura, data e hora da impressão e data e hora da entrega do exame.
- O sistema deve possibilitar a publicação dos exames dos pacientes através de uma página personalizável na internet, com perfil de acesso para paciente e perfil de acesso para médico;
- O sistema deve disponibilizar recurso para que o usuário possa consultar em tela a relação de exames faltosos por setor e por período;
- O sistema deve disponibilizar recurso para registrar o descarte de amostras;
- O sistema deve disponibilizar relatório de exames solicitados por médico, solicitados por setor, realizados por laboratório, exames solicitados por cidade, exames não realizados, planilha mensal de exames realizados, média de tempo de realização de exames, pedidos com retificação de laudos e tempo médio de entrega de laudos, quantidade de recoletas e exames solicitados e sem coleta realizada;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;

Agência Transfusional



- O sistema deve permitir o cadastro dos componentes de sangue e derivados com o código, descrição, código SIGTAP;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de agendamento do centro cirúrgico, pois ao agendar uma cirurgia eletiva que possua reserva de hemoderivados, o sistema deve gerar de forma automática a solicitação eletrônica dos mesmos no sistema de banco de sangue;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de prescrição eletrônica, pois ao prescrever um item de hemoderivados, o sistema deve gerar de forma automática a solicitação eletrônica dos mesmos no sistema de banco de sangue;
- O sistema deve disponibilizar opção para a confirmação dos pedidos de solicitação de derivados de sangue que tenham sido solicitados de forma eletrônica via agendamento cirúrgico ou prescrição;
- O sistema deve possuir opção que permita fazer o cancelamento dos pedidos de solicitação de derivados de sangue que tenham sido solicitados de forma eletrônica via agendamento cirúrgico ou prescrição;
- O sistema deve lançar automaticamente os procedimentos na fatura BPA, identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e setor executante;
- O sistema deve lançar automaticamente os procedimentos na conta do paciente (AIH), identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e setor executante;
- O sistema deve permitir a geração de arquivo de interligação, contendo todos os atendimentos que possuíram solicitações de hemoderivados ao banco de sangue em um determinado período;
- O sistema deve disponibilizar de tela para a consulta de solicitações de hemoderivados ao banco de sangue;
- O sistema deve disponibilizar de tela para a consulta da agenda de cirurgias do bloco cirúrgico;



2.1.5.3.10.2. Gestão do Sangue

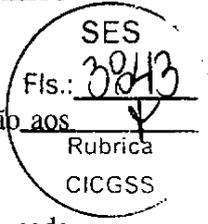
Além do módulo de agência transfusional será verificado a continuidade da utilização do Sistema Hemovida, seus aprimoramentos e mesmo a correta implantação da versão Web. Verificando se o mesmo atende a necessidade da Gestão de Sangue da Unidade, em caso negativo, será orçado no mercado sistema similar que atenda a todas as necessidades dessa gestão.

2.1.5.3.10.3. Módulo: PROGRAMAS AUXILIARES E DE APOIO

2.1.5.4.10.3.1 Higienização e Limpeza

- Cadastro do tipo de limpeza;
- Cadastro dos funcionários do setor de limpeza;
- O sistema deve gerar automaticamente a solicitação eletrônica de limpeza do leito quando for registrada a alta hospitalar do paciente ou a transferência do paciente entre leitos;
- O sistema deverá permitir o registro manual da solicitação de higienização dos leitos;
- O sistema deve apresentar em tela todas as solicitações de higienização de leitos, e o status de cada uma para facilitar a atividade do gerenciamento de limpeza dos leitos;
- O sistema deve permitir o usuário alterar as fases de higienização dos leitos a medida que as mesmas forem ocorrendo nos setores;
- O sistema deve disponibilizar de recurso para registrar a confirmação de limpeza do leito, informando o funcionário, data, hora e o tipo de limpeza realizado;
- O sistema deve permitir o registro do cancelamento de uma solicitação de limpeza;
- O sistema deverá permitir a visualização gráfica dos leitos existentes no hospital a o status de ocupação de cada um;
- O sistema deverá permitir controlar e visualizar o mapa de leitos, identificando de maneira gráfica os leitos disponíveis, leitos ocupados, leitos em manutenção, leitos

P
A
[Handwritten signature]

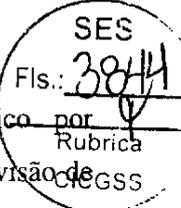


reservados e leitos em higienização e os percentuais dos mesmos em relação aos leitos existentes;

- O sistema deverá permitir o usuário consultar o histórico de ocupação de cada leito, indicando os pacientes e o período da ocupação;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta de solicitação de limpeza dos leitos;
- O sistema deve disponibilizar tela para consulta de ocupação de leitos em dias;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta para visualizar as limpezas realizadas no período;

2.1.5.4.10.3.2 SAME

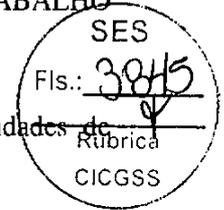
- Módulo que possibilite o controle dos prontuários físicos existentes na unidade, controlando as saídas dos prontuários do arquivo físico;
- Módulo que permita controlar os diversos setores de arquivos existentes no hospital, identificando os prontuários existentes em cada arquivo;
- Possibilitar a localização dos prontuários físicos dos pacientes, bem como registrar as movimentações físicas dos mesmos, gerando um efetivo controle sobre os Prontuários ausentes do arquivo médico, possibilitando controlar informações referentes a data de retirada, quem retirou, o motivo, data de retorno, criando um histórico sobre a movimentação de cada Prontuário;
- O sistema deve possuir integração automática e on-line com o setor de internação, avisando o arquivo no momento da internação do paciente para que o mesmo separe o referido prontuário e encaminhe para a unidade de internação do paciente, ou abra um prontuário para um novo paciente;
- O sistema deverá possuir integração on-line com o agendamento de consultas, possibilitando ao arquivo separar e encaminhar os prontuários dos pacientes que tem consulta agendada para o dia seguinte, controlando os processos de envio e retorno deste prontuário para cada setor ambulatória;
- O sistema deve permitir controlar os diversos volumes que compõe um prontuário físico dos pacientes, gerando etiquetas independentes para cada volume;
- O sistema deverá permitir realizar a movimentação dos prontuários via código de barras;



- O sistema deverá permitir gerar movimentação de prontuário físico por empréstimo, controlando para quem foi emprestado, a data de saída e previsão de retorno do prontuário ao arquivo;
- O sistema deverá permitir visualizar e controlar rapidamente todos os prontuários que se encontram fora do arquivo e os locais ou funcionários que estão responsáveis pelos mesmos;
- O sistema deverá permitir indicar a transferência dos prontuários físicos dentro das unidades e setores do hospital;
- O sistema deverá controlar a entrada de documentos diversos nos prontuários dos pacientes.
- O sistema deverá fornecer rapidamente informações sobre a localização dos Pacientes internados, sobre os Pacientes que foram atendidos nas unidades ambulatoriais, SADT e de Pronto Socorro,
- O sistema deverá permitir fornecer rapidamente informações referentes aos pacientes que foram dispensados nas unidades de atendimento, demonstrando as datas de atendimento e dispensa dos mesmos;
- O sistema deverá permitir controlar o processo de visitas aos pacientes internados, emitindo crachás e registrando informações sobre o visitante e indicando horário de entrada e saída do mesmo;
- O sistema deverá controlar o número Máximo de visitas permitido para cada paciente;
- O sistema deverá emitir listagem dos pacientes internados de cada medico, contendo a localização do paciente no Hospital, visando facilitar o processo de visita medica.

2.1.5.4.10.3.3 Lavanderia e Rouparia

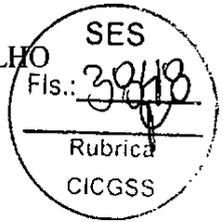
- Cadastro de peças do enxoval com o código, descrição, tamanho e peso;
- Cadastro de tipos de kits de enxoval com o código, descrição;
- Cadastro de composição dos kits com o código, descrição, peças e quantidade de peças;
- Cadastro dos tipos de entradas do enxoval no estoque da rouparia;
- Cadastro dos motivos de baixa das peças da rouparia;



- Cadastro de cotas de peças e kits para serem enviadas para as unidades de internação;
- Cadastro de cotas de peças e kits para serem enviadas para os setores;
- Registro das saídas de roupas dos setores e unidades de internação para a lavanderia, seja ela externa ou interna, com o registro separado do peso da sujidade leve e da sujidade pesada das roupas que serão enviadas pelo setor;
- Registro das entradas de roupas na rouparia, oriundas da lavanderia, seja externa ou interna, onde o usuário informa as peças, as quantidades e de acordo com as peças e as quantidades o sistema calcula o peso;
- Registro das saídas de roupas da rouparia para os setores e as unidades de internação, nesta operação devem ser informados o setor, a unidade de internação, as peças, os kits e as respectivas quantidades, de acordo com as peças e as quantidades o sistema calcula automaticamente o peso enviado para o setor ou unidade de internação;
- Registro das entradas das peças de roupas na rouparia por compra ou outro tipo de composição;
- Registro das baixas das roupas da rouparia;
- O sistema deve permitir a consulta das saídas para a lavanderia;
- O sistema deve permitir a consulta das pendências da lavanderia;
- O sistema deve permitir a consulta dos saldos de peças da rouparia

2.1.5.4.10.3.3 Central de Material Esterilizado

- Cadastro dos tipos de embalagens com código e descrição;
- Cadastro das máquinas esterilizadoras;
- Cadastro dos tipos de instrumentais com código, descrição, tempo de esterilização e temperatura;
- Cadastro dos tipos de caixas cirúrgicas com código, descrição, tempo médio de esterilização, tempo de volume de produção e qtde. de componentes;
- Cadastro dos tipos de esterilização;
- Cadastro das localidades do arsenal com código, corredor, prateleira, armário e box;



- Registro do Status de acompanhante com horário de fechamento;
- Registrar o planejamento do cardápio;
- O sistema deve gerar automaticamente a solicitação de dieta a partir da prescrição médica eletrônica e lançar no mapa com o leito, observações, diagnóstico e orientações da nutrição;
- O sistema deve lançar automaticamente no mapa de produção, todas as dietas prescritas pelos médicos;
- O sistema deve possibilitar a emissão do mapa de produção de dietas por unidade de internação e tipo de refeição;
- O sistema deve possibilitar a emissão de etiquetas das dietas para serem fixadas nas bandejas;

2.1.5.4.10.3.6 **Movimentação de Documentos**

- Cadastro do Grupo de Documentos;
- Cadastro de Documentos;
- Cadastro de Documentos por Setor;
- Cadastro de Documentos por Procedimento;
- Cadastro de Documentos Requisitados;
- Configuração do Fluxo de Documentos;
- Registrar o protocolo de movimentação de envio de documentos entre as áreas do hospital com as seguintes informações: setor de origem, setor de destino, observação, código do documento, descrição do documento e os dados do atendimento que originaram os documentos;
- Registrar a baixa de documento com os seguintes dados: protocolo, data de envio, observação, código do documento, descrição do documento e os dados do atendimento que originaram os documentos;
- Disponibilizar a tela de consulta de documentos por atendimento;
- Consulta de movimentações de documentos por atendimento;

2.1.5.4.10.3.7 **Banco de Sangue – Pedidos**

- Solicitação de Bolsa de Sangue



- Recebimento de Bolsa de Sangue
- Dispensação de Bolsas de Sangue
- Devolução de Bolsas de Sangue Paciente
- Devolução de Bolsas de Sangue Hemonúcleo

Além do módulo de Banco de Sangue nativo do sistema será verificado a continuidade da utilização do Sistema Hemovida, seus aprimoramentos e mesmo a correta implantação da versão Web. Verificando se o mesmo atende a necessidade da Gestão de Sangue da Unidade, em caso negativo, será orçado no mercado sistema similar que atenda a todas as necessidades dessa gestão.

2.1.5.4.10.3.8 Serviço Social

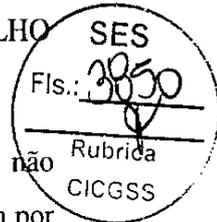
- Registro de entrevistas com os paciente
- Registro de doações realizadas
- Questionários pré-definidos pelo usuário
- Relatórios por Patologia / Paciente / Fichas

2.1.5.3.11. Gerenciamento Eletrônico de Prontuários

O uso de tecnologias está cada vez mais fazendo parte da vida das pessoas e instituições, gerando assim transformações nos processos de comunicação, armazenamento, organização e disseminação de informações. Assim, diversos são os setores que vivenciam este processo acelerado de desenvolvimento e inclusão tecnológica, que prometem trazer “soluções” para a vida das pessoas e das empresas, promovendo uma verdadeira enxurrada de aparatos tecnológicos inundando a chamada “sociedade da informação”. Dentre os diversos setores que mais têm sido afetados pelos avanços tecnológicos destacam-se aqueles cuja ênfase recai sobre a criação, processamento e disseminação da informação.

Na área da saúde não é diferente, pois ao inserir equipamentos tecnológicos e tecnologias, procuramos dentre outros objetivos, suprir nossas necessidades de administração do grande número de informações médicas.

Contudo, apesar de algumas instituições brasileiras vivenciarem experiências com o PEP, ainda são muitas as pessoas que encontram resistência frente ao uso e implantação desta



ferramenta, seja no sentido de não dominarem tais aparatos tecnológicos, seja por não confiarem no armazenamento destas informações. Por outro, lado tais resistências acabam por suscitar iniciativas por parte das instituições, cujo objetivo é tornar mais prático o gerenciamento das informações.

A quantidade exagerada de prontuários médicos, e a escassez de espaços físicos, bem como a falta de um acondicionamento adequado, configura-se hoje em intensos problemas que precisam de análises e ações urgentes.

Ao serem implantadas tecnologias de informação em unidades de saúde, os profissionais envolvidos nesta área em parceria com Bibliotecários tendem a desenvolver modelos de sistemas que promovam a guarda e o armazenamento desses documentos, como também possibilitar a comunicação entre diversos sistemas articulando assim à área administrativa com a assistência médica.

2.1.5.3.11.1. Definições e Recomendações

O prontuário tradicional vem sendo utilizado ao longo do tempo pelas unidades de saúde, no sentido de fazer o registro das informações sobre o estado de saúde do paciente. De acordo com Roger e Gaunt (1994, p.194), apud Pinto (2006, p. 36), “o prontuário do paciente individual e coletiva, é uma memória escrita das informações clínicas, biológicas, diagnósticos e terapêuticas de uma pessoa, às vezes individual e coletiva, constantemente atualizado”:

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração do hospital e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico- hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, p.11, 2006)

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Legislação Arquivística Brasileira, no uso de suas atribuições criaram resoluções que definem o prontuário médico e normaliza a criação do prontuário eletrônico. Neste âmbito o CFM, define o prontuário do paciente como sendo um:

Documento único constituído por informações, sinais e imagens registradas, geradas a



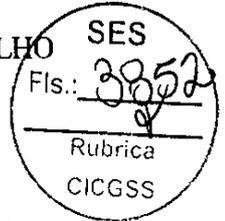
partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, utilizados para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (BRASIL, CFM, 2002).

Neste sentido fica claro que a responsabilidade pelo prontuário do paciente inclui o envolvimento e a participação de uma variedade de profissionais: médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas e outros. Por ser um tipo de documento corrente, estes profissionais compartilham de informações diferentes, dentro de suas respectivas áreas e é por essa multidisciplinaridade de profissionais que surge uma variedade de informações. É neste cenário que o Bibliotecário atua no sentido de organizar as informações, realizando processos de recuperação com o uso de metadados, atuar nos processos de classificação e indexação dos termos utilizados nos PEP'S.

Vale ressaltar que o conceito de prontuário médico permanece, a novidade é que passa a ser visto não somente como documento em papel, passando, porém a ser registrado também em suporte eletrônico. Neste sentido, com a proliferação das Tecnologias de informação e comunicação (TICs) no âmbito da saúde, observa-se que o prontuário tradicional passa por transformações no que tange ao formato, tratamento, organização e gerenciamento das informações.

Diante destas definições compreende-se que Prontuário eletrônico é um meio físico de repositório das informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo. Observa-se também que o mesmo pela sua característica, traz consigo inúmeros benefícios obtidos deste formato de armazenamento. Dentre os quais podem ser destacados: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; acesso a conhecimento científico atualizado com conseqüente melhoria do processo de tomada de decisão e de acordo com Gremy (1987) apud Pinto (2006, p. 38), funciona como fonte de informação para pesquisas clínicas, epidemiológicas; fonte de informação para identificar grupos de pacientes específicos, além de funcionar como mecanismo para a preservação documental.

No entanto algumas considerações devem ser feitas, pois ao mesmo tempo em que o PEP apresenta algumas vantagens em relação ao prontuário em papel, encontra-se de acordo com estudos feito por Sabatini (1999), Van Ginneken; Moorman (1997), algumas desvantagens, dais quais pode-se destacar: a necessidade de grande investimento em hardware, software e treinamento; resistência a mudanças; demora na sua implantação e falha



na tecnologia.

Diante desta problemática das vantagens e desvantagens da implantação e uso do PEP, observa-se de acordo com estudos recentes sobre prontuários eletrônicos as instituições de saúde, principalmente quando olhada para organizações particulares estão investindo nesta nova ferramenta de armazenamento de informações, visto que esta funciona como ferramenta que facilita a qualidade, no que tange á recuperação das informações em pouco tempo.

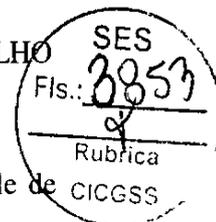
2.1.5.3.11.2. A aplicação do PEP na Hemorrede Pública de Goiás e as recomendações do CFM

Até aqui nosso olhar voltou-se para a discussão do PEP, no qual fizemos um levantamento de literatura quanto às definições da referida ferramenta. Nesta seção abordaremos os requisitos necessários para o uso de sistemas informatizados em unidades de saúde. Tomemos como base a resolução CFM nº 1.639/ 2002, revogada pela Resolução CFM n. 1821/ 2007, que aprova as “*Normas Técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico*”, dispondo sobre tempo de guarda dos prontuários e estabelecendo critérios para certificação dos sistemas de informação.

Os modernos sistemas de gerenciamento e armazenamento de informações em saúde devem ser elaborados de forma que apoiem o processo local de atendimento, fornecendo portanto comunicação dentro e fora da instituição, tendo uma estrutura comum.

Com os avanços da tecnologia da informação, que vem oferecendo novos métodos de armazenamento e de transformações de dados, as instituições de saúde vêm paulatinamente inserindo estes “equipamentos” em seu ambiente de trabalho. É, pois, através da introdução das TIC’S que o CFM em parceria com a Legislação arquivista brasileira, atendendo as necessidades destas instituições estabelece normas para a criação do PEP, com o objetivo de uniformizar a estrutura, acesso e confiabilidade.

Obedecendo a resolução do conselho federal de Medicina nº 1.639/2002, onde dispõe sobre “normas técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário Médico”; e da legislação arquivista brasileira (a Resolução CONARQ nº 7/97, a NBR nº 10.519/88, da ABNT e o decreto nº 4.073/2002, que regulamenta a lei de arquivos nº 8.159/91), a criação de um prontuário eletrônico deve-se acima de tudo manter a integridade das informações; bem como a privacidade e confidencialidade. Neste sentido o sistema de



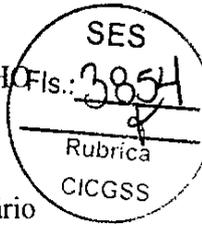
informação o fará tais controles, através de métodos fortes de autenticação, do controle de acesso e métodos de processamento dos sistemas operacionais conforme consta na norma ISO/IEC 15.408, para segurança dos processos de sistema.

Com a criação de um prontuário eletrônico, as informações médicas têm a garantia de se manter permanente a guarda destas informações; por meios magnéticos ou ópticos e microfilmados e no caso da digitalização dos prontuários, o CFM e a Sociedade de Informática em Saúde (SBIS), autoriza a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça à norma específica de digitalização contida no anexo da resolução proposta pelo CFM e após ser analisados pela comissão permanente de avaliação de documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Neste sentido com o uso suporte das tecnologias da informação e com a implantação de sistemas informatizados na área da saúde, ocorrerá a inserção de profissionais da saúde que ainda sentem-se parcialmente ou totalmente excluídos dessas tecnologias, vindo então possibilitar agilidade e qualidade no atendimento ao paciente. Os profissionais da informação não ficam fora deste contexto, uma vez que podem exercer atividades relacionadas com o uso e disponibilidade de informações, dentre as quais pode-se citar a organização, sintetização, representação e disseminação da informação. Segundo Davidoff, apud Leite e Galvão (p. 02).

[...] podem também ter um papel crucial na recuperação da informação, na criação de sistemas de recuperação da informação, avaliando quais informações são importantes tanto para clínicos, como para pacientes e suas famílias, selecionando a informação adequada a cada um deles.

Para o desenvolvimento de sistemas para a implantação do PEP, o mesmo deverá manter a integridade das informações através do controle de vulnerabilidades, controle de acesso e métodos fortes de autenticação; bem como utilizar mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, processos de back-up, sistemas de auditoria, compartilhamento dos dados, criação de senhas individuais e digitalização dos prontuários. Quanto a certificação dos sistemas informatizados, o mesmo será reconhecido pelo AC (autoridade certificadora) credenciada pelo ITI (Instituto Nacional de Tecnologia da Informação) que é responsável pela AC, afim de garantir a identidade do sistema. Após a identificação do software o CFM e a SBIS emitiram um selo digital de qualidade que poderá ser incorporado na tela de abertura do sistema.



Deve-se ressaltar que além da criação de um arquivamento eletrônico, o prontuário tradicional deverá permanecer no prazo mínimo de 20 anos, a partir do último registro.

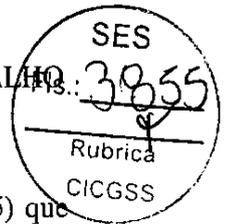
É, pois, a partir das recomendações supracitadas que as entidades criadoras podem distribuir os sistemas para as unidades de saúde, qualquer falta de um desses processos o sistema não poderá ser utilizado. Neste sentido as organizações de saúde devem verificar se os mesmos estão de acordo com as normas do CFM/ e certificado pela SBIS.

2.1.5.3.11.3. O Profissional no Gerenciamento do PEP: Habilidades e Competências

Muito se têm discutido sobre as competências e habilidades dos profissionais da informação e suas áreas de atuação. A presente seção retoma a estas questões, porém buscando compreender o perfil deste profissional na área da saúde. A princípio, partimos da hipótese de que a área da saúde possui particularidades necessitando, porém de profissionais com formação específica, para que possa atuar na organização, representação e disseminação da informação. Neste contexto vale destacar o enumerado de situações no qual o bibliotecário precisa gerenciar segundo Leite e Galvão (2006) em seu artigo "*Os profissionais da informação em saúde: perfis e campos de atuação*":

- 1) Número crescente de informações geradas diariamente e alta probabilidade de dispersão;
- 2) Abrangência e características das tipologias de informação requeridas pelos diferentes profissionais que atuam no campo da saúde;
- 3) Precisão, relevância e confiabilidade das informações a serem usadas no campo da saúde;
- 4) Tempo limitado para acesso, leitura e compreensão das informações, seja por parte do profissional da informação, seja por parte dos usuários da informação no campo da saúde. (LEITE, GALVÃO, 2006, p. 02)

A partir dessas colocações, faz-se necessário pensar em um profissional que além da sua formação, tenha habilidade diante das tecnologias. O processo acelerado da inclusão digital cria a necessidade de adaptações dessas tecnologias para atender as demandas de cada área específica. A área de saúde entra nessa nova globalização, procurando suprir suas necessidades de administração do crescente número de informações médicas.



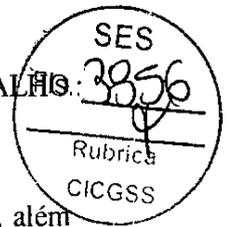
A literatura da área biblioteconômica resgata trabalhos como os de Silva (2005) que discute o bibliotecário médico, um profissional que trabalha diretamente com os profissionais da área de saúde para a realização de pesquisas. *“A sua parceria com outros profissionais qualifica o atendimento aos pacientes e agrega muito valor na obtenção de resultados mais eficazes para os atendimentos clínicos, estudos acadêmicos e desenvolvimento científico”*.

O bibliotecário que atua junto à organização do PEP, não se difere muito desse perfil, já que cabe a ele também a organização das informações, em muito relevantes para a pesquisa científica e manutenção do histórico de saúde dos pacientes. Neste sentido, a Ciência da Informação possui uma visão ampla das questões e problemas relacionados ao fluxo de informação e gerenciamento desses sistemas, que pode contribuir consideravelmente para o bom andamento das atividades na área médica. A parceria do profissional médico com o profissional da informação tende a desenvolver modelos de sistemas de informação que otimizem a demanda, a guarda e o armazenamento desses documentos, onde prevaleçam os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o estudo, pesquisa e prática médica.

Muitas bases de dados na área de saúde são desenvolvidas a partir de avançados sistemas de informação. Com a implantação de prontuários eletrônicos inicialmente por sistemas internos e futuramente interligados em rede, ocorreu a inclusão de uma notável parcela de profissionais de saúde que ainda sente-se excluídos dessas novas tecnologias, possibilitando assim, qualidade e agilidade no atendimento ao paciente.

A criação desse ecossistema de informação permitirá avanços em escala para a cidadania, a gestão pública e governabilidade estatal, com ganhos sociais para todos. Principalmente para os profissionais de saúde que terão a possibilidade de ampliar o número de ferramentas de trabalho e recursos disponíveis, em uma rede de cooperação que desonera o fluxo de informação, permitindo assim que o profissional se atenha ao processo de tomadas de decisão e avaliação atendendo as demandas de suas práticas diárias. Para isso a informação deve ser colocada em um ambiente colaborativo de comunicação, seguro, em rede integrada, aberta e modular, que atenda as condições de veracidade, confiabilidade e usabilidade. (MOTA; BABETTO, 2004, p. 5).

Nesse ínterim, é possível identificar que o profissional deve estar preparado para gerenciar eletronicamente as informações implantadas; avaliar as informações acompanhando os procedimentos; participar diretamente na implantação do programa garantindo qualidade



no arquivamento, eficiência e agilidade na organização e recuperação das informações, além de obedecer à legislação vigente e criar mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com sua função no processo assistencial.

2.1.5.3.12. O Sistema de PEP

Prontuário Eletrônico, o sistema a ser instalado deverá seguir as recomendações de arquivamento, segurança e aplicabilidade do Conselho Federal de Medicina.

Seguirá ainda as boas práticas de Segurança da Informação (Confidencialidade, Integridade e Disponibilidade) praticando para isso a redundância de Bases de Dados e distribuição de Sistemas na unidade de saúde. Backups e replicação de dados deverão fazer parte integrante de todo o sistema, e não apenas do PEP, de forma a garantir que em casos de catástrofe tecnológica o tempo de paralisação seja o menor possível para os usuários de sistema.

Ainda seguindo as recomendações do Conselho Federal de Medicina, apesar de não mandatário, após implantação poderá ser estudado a viabilidade de uma possível certificação para a estrutura e sistemas instalados.

2.1.5.3.13. Controle de RH e Folha de Pagamento

Para o Controle de RH e Folha de Pagamento será utilizado sistema previamente contratado pelo Idtech e de amplitude nacional, Totvs, que faz o gerenciamento de todos os colaboradores, desde ponto eletrônico, gestão de pessoas, folha de pagamento e até recrutamento.

2.1.5.3.14. Integrações, Webservices e Desenvolvimento

O sistema a ser utilizado permitirá a comunicação com outros sistemas pré-definidos através de webservices nativos da ferramenta e/ou desenvolvidos pela equipe do Idtech.

Por se tratar de um sistema que tem o seu banco de dados aberto à instituição, e por ser o Idtech um outsourcing de desenvolvimento de sistemas, será também possível a integração



com outros sistemas legados, desde que parametrizados as metodologias de comunicação e requisitos funcionais e de dados necessários.

2.1.5.3.15. Unidades Externas

Nas unidades dos Hemocentros Regionais e Unidades de Coleta e Transfusão serão aplicadas as mesmas metodologias acima descritas, observadas as dificuldades de operação e necessidades de investimentos de ordem tecnológica.

A comunicação com essas unidades deverá se dar através de links de comunicação cedidos pela SES, já existentes, ou através de links contratados pelo Idtech, que permitam inclusiva a capacidade de utilização do mesmo sistema administrativo/assistencial.

2.1.5.3.16. Investimentos

Não se pode falar de Tecnologia da Informação sem se falar em investimentos, sejam eles de hardware, software ou mesmo a nível de estrutura física da unidade para o seu correto funcionamento.

Para atender a todas as demandas apresentadas e garantir a correta implantação de uma forte política de governança em TI, utilização dos sistemas ora apresentados, segurança e demais áreas envolvidas pela TI se farão necessários investimentos nas seguintes áreas:

- Estruturação física da unidade (cabearamento lógico, telefônico e elétrico);
- Garantia de funcionamento da unidade em casos de falta de energia;
- Aquisição de servidores e sistemas operacionais para acomodar as aplicações necessárias ao atendimento Assistencial e Administrativo da unidade;
- Aquisição de estações de trabalho que permitam a total integração tecnológica da unidade, desde o chamamento de senha até o preenchimento do Prontuário Eletrônico do Paciente;
- Links de dados para comunicação redundantes;
- Licenciamento de softwares e sistemas;
- Mão de obra especializada;
- Implantação da Central de Relacionamento;



Para a implantação da Central de Relacionamento será necessário a contratação de pelo menos 1 (um) link de telefonia DDR/ISDN, com pelo menos 30 ramais, que permita a configuração de um serviço de telefonia (Central Telefônica ou Plataforma de Contact Center). Será divulgado um número de contato, para que a população possa ligar para esclarecimentos de dúvidas e/ou quaisquer outros tipos de contato.

As ligações recebidas e efetuadas pela Central de Relacionamento serão totalmente gravadas, permitindo acesso à esse acervo para consultas.

A Central de Relacionamento terá como principais funções:

- Divulgar campanhas de doação de sangue;
- Efetuar contato com pacientes alertando-os de suas consultas/retornos;
- Contatar doadores de sangue que estão sem doar há algum tempo;
- Receber ligações, registrar reclamações, observações, propostas de melhorias;
- Dar feedback aos usuários que registraram algum tipo de contato;
- E quaisquer outros serviços que se façam necessários e que envolvam telefonia e relacionamento com os usuários;

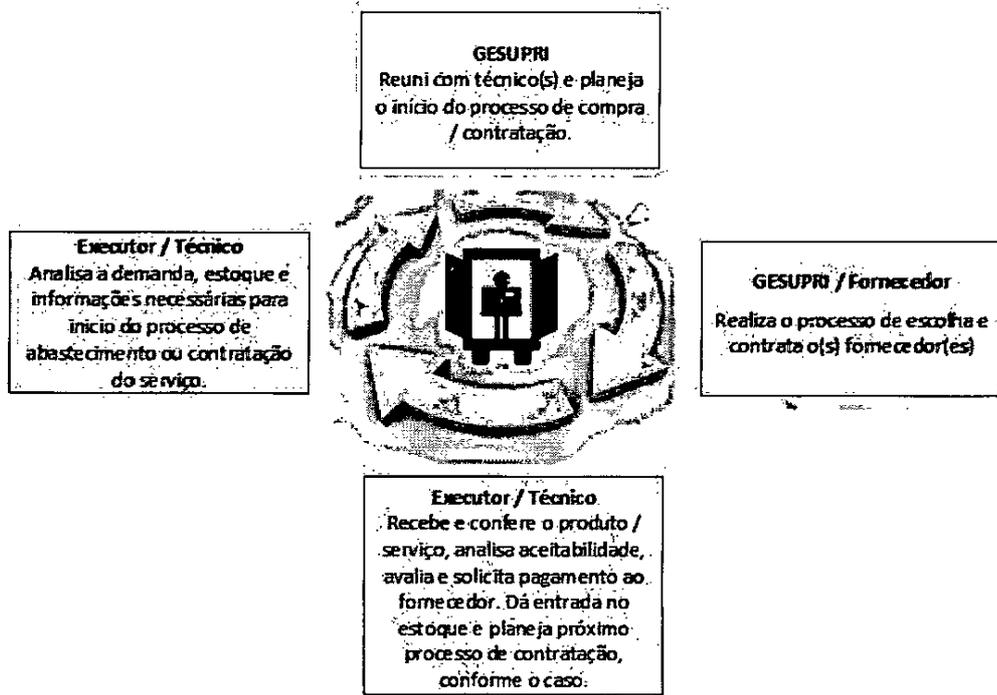
2.1.5.4. Logística de Suprimentos. Norma para realização dos procedimentos de aquisição de materiais recebimento guarda e distribuição na Unidade e Critérios para a Contratação de Terceiros

Assim como já é adotado pelo IDTECH em suas outras unidades gerenciadas, para toda a aquisição de bens, insumos e contratação de serviços é utilizado um Regulamento de Compras e Contratações para a Gestão de Unidades Públicas Estaduais, que foi submetido a análise e aprovação da Controladoria Geral do Estado – CGE e publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 22.487 no dia 13 de fevereiro de 2017, além de adotar uma Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores e Prestadores de Serviços, que tem a finalidade de informar os procedimentos adotados para avaliar e monitorar a performance dos fornecedores



e prestadores de serviços, colaborando com o desenvolvimento dos fornecedores e redução dos problemas relacionados na cadeia de suprimentos.

Desta forma e, assim como detalhado no referido regulamento, logo abaixo transcrito, a Gerência de Suprimentos visa proporcionar em uma única grande cadeia, todas as ações das compras e aquisições de materiais, insumos, equipamentos e contratação de serviços, contemplando desde os processos formais de escolha dos fornecedores, até o acompanhamento e controle das entregas dos materiais e serviços, que poderão ser assessorados pelas áreas técnicas competentes, ganhando com isso o melhoramento dos tempos de ciclos da cadeia de fornecimento, obtendo o produto certo, no lugar certo, na quantidade certa, com a maior qualidade e com o menor custo, assim como pretendendo a manutenção do menor estoque possível, sem, contudo comprometer o atendimento da demanda, devidamente controlada.



[Handwritten signature and scribbles]



REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES PARA A GESTÃO DE UNIDADES PÚBLICAS ESTADUAIS.

CAPITULO I DOS PRINCÍPIOS

Art. 1º - O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas, rotinas e critérios para compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, obras e alienações, quando na gestão de recursos publicizados, do INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO – IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social pelo Estado de Goiás através do Decreto nº 7.146 / 2010, declarada de Utilidade Pública pela Lei Estadual nº 16.218/2008.

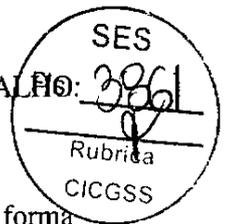
Art. 2º - As compras e contratações realizadas pelo IDTECH, deverão ser processadas e julgadas em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da boa-fé, da isonomia, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, eficiência e economicidade e dos que lhe são correlatos, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo, bem como o estrito obediência às disposições contidas na Instrução Normativa nº 007 / 2011 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

Art. 3º - As compras e contratações não serão sigilosas, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento, salvo quanto ao conteúdo das propostas até a data de sua respectiva abertura, sendo garantida a ampla divulgação e a participação do maior número possível de interessados.

CAPITULO II DAS DEFINIÇÕES

Art. 4º - Para os fins deste Regulamento, considera-se:

I – Compras – toda aquisição remunerada de materiais de consumo e/ou bens permanentes para fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir a instituição com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades;



II – Contratações – contratação de todo e qualquer serviço, para execuções de forma imediata ou parceladamente, não compreendidas em obras e serviço de engenharia;

III – Reformas, Serviços Comuns de Engenharia e Arquitetura e Obras – toda construção, reforma, recuperação, ampliação e demais atividades que envolvam as atribuições privativas dos profissionais e empresas das áreas de engenharia, arquitetura e outras afins;

IV – Alienação – todo e qualquer procedimento de doação, cessão, venda, transferência da posse ou propriedade de bens patrimoniais;

CAPITULO III

DAS MODALIDADES, LIMITES E PROCEDIMENTOS

Art. 5º - São modalidades de compras e contratações em geral:

I – Compras Diretas ou Contratações Diretas – terão início com o recebimento da solicitação de compra ou contratação, elaborado em formulário próprio ou via Sistema, devendo ser assinado pelo responsável do setor requisitante, contendo a descrição pormenorizada do material, ou seja, do bem a ser adquirido ou serviço a ser contratado, especificação técnica, qualidade desejada, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, prazo e local de entrega ou execução, bem como, demais condições que forem necessário para atender a demanda;

- a) Os procedimentos de compras ou contratações deverão ser definidos em sendo de **ROTINA** ou **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**, cada qual elaborado em seu respectivo formulário próprio de solicitação;
- b) Considera-se de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA** as aquisições de bens ou serviços de usos esporádicos ou excepcionais, com imediata necessidade de utilização, ou seja, aquelas que sejam imperiosas às atividades desenvolvidas, impondo a demora nas aquisições em dano às pessoas / usuários ou ao patrimônio, não podendo caracterizar falta de planejamento, bem como ser precedida de pesquisa mercadológica com orçamentos que demonstrem a compatibilidade com preço de mercado;

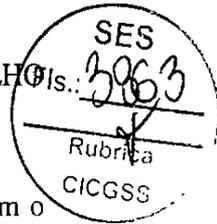


- c) O setor solicitante deverá justificar a necessidade de se contratar serviços e adquirir materiais ou bens em regime de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**;
- d) O Setor de Compras, após consultas técnicas, poderá dar aos procedimentos de compras ou contratações o regime de **ROTINA**, caso conclua não estar caracterizada a situação de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**, devendo informar o requisitante dessa decisão;

II – Pedido de Cotação Presencial - é a modalidade de compras e contratações entre quaisquer interessados que comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para execução de seu objeto, podendo disputar lances com demais concorrentes. Os Pedidos de Cotação Presencial terão seus avisos de Edital publicados no Site do IDTECH, em jornais de grande circulação nos casos de aquisições/contratações com valores estimados acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou Diário Oficial do Estado.

- a) A modalidade de Pedido de Cotação Presencial poderá ser utilizada para qualquer valor estimado, e será realizada por Comissão Especial, composta de pelo menos 3 (três) integrantes formalmente designados, com a função, dentre outras, de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às compras e/ou contratações.
- b) A publicação de que trata o inciso II se dará com antecedência mínima de 03 dias úteis para a apresentação das propostas, sendo que na contagem do prazo considerar-se-á como dia inicial o da publicação.
- c) Após realizada a compra/contratação por meio de pedido de cotação presencial, deverá ser, ainda, publicado no site do IDTECH o resultado contendo o objeto, o fornecedor, as quantidades, vigência e o valor unitário contratado.

III – Alienações – procedimento de doação, cessão, venda, transferência da posse ou propriedade de bens móveis, cujos recursos advindos serão obrigatoriamente investidos no



desenvolvimento de atividades do Contrato de Gestão, que serão definidos de acordo com o artigo 32 deste regulamento, na forma abaixo:

- a) Solicitação de alienação devidamente justificada pelo setor requisitante;
- b) Aprovação, por 2/3 (dois terço) dos membros do Conselho de Administração, acerca do pedido de alienação;
- c) Avaliação de mercado do bem móvel a ser alienado, com 3 (três) diferentes cotações;
- d) Anuência do Poder Público Estadual;
- e) Elaboração de Edital de Alienação;
- f) Publicação do Aviso do Edital de Alienação com, no mínimo, 3 (três) dias de antecedência da abertura do certame, no sitio eletrônico do IDTECH, , em jornais de grande circulação nos casos de valores estimados acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou Diário Oficial do Estado;
- g) Recebimento de Propostas;
- h) Ata de realização do procedimento e escolha da melhor proposta;
- i) Publicação do resultado;
- j) Homologação do certame;
- k) Assinatura do contrato.

§ 1º – Todas as modalidades de compras, contratações e alienações terão os seus respectivos avisos contendo os resumos dos instrumentos convocatórios e indicação do local onde os interessados poderão ler e obter os textos integrais, atendendo ao principio da publicidade e demais correlatos neste regulamento, ficando a critério do Instituto estender este prazo quando a complexidade do objeto assim o exigir, devendo estes serem publicados, no sitio eletrônico do IDTECH, em jornais de grande circulação nos casos de valores estimados acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou Diário Oficial do Estado, da seguinte forma:

- a) As compras ou contratações previstas no Art. 6º, Inciso I deste regulamento, terão seus avisos publicados no sitio eletrônico e, quando julgado necessário também no Placard do IDTECH, com antecedência mínima de 03 dias úteis, do recebimento das propostas;



- b) As compras ou contratações previstas no Art. 6º, Inciso II deste regulamento, além de terem seus avisos publicados no sitio eletrônico, em jornais de grande circulação e, quando julgado necessário, também no Placard e/ou no Diário Oficial do Estado;
- c) Caso haja necessidade de uma maior divulgação com vistas a buscar um numero maior de fornecedores, independente do valor, os Avisos poderão ser publicados em jornais de grande circulação regionais e/ou nacionais.

§ 2º - Será publicada, no sitio eletrônico do IDTECH, a relação de todas as compras ou contratações realizadas, contendo os fornecedores contratados, respectivos objetos, vigência e valores unitários, devendo ser mantida permanentemente no site e atualizada mensalmente.

Art. 6º - Os procedimentos de compras ou contratações, na forma estabelecida neste regulamento, obedecerão as seguintes condições e limites:

I - Compras ou Contratações Diretas com valor estimado de até R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), deverão ser precedidas de justificativa do setor solicitante, e processadas com pesquisa de mercado, com no mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, que poderão ser obtidas preferencialmente por meio de plataforma eletrônica ou propostas protocoladas no setor de compras, encaminhadas via fax ou e-mail, onde em qualquer das hipóteses deverão ser registradas em mapa de cotação, desde que respeitadas as regras de publicidade prévia, com divulgação no site e, quando julgado necessário também no Placard do IDTECH;

II - Compras ou Contratações, deverão ser precedidas de valor estimado devidamente apresentado pelo setor solicitante;

III - Compras e contratações com valores acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) deverão ser precedidas de publicação no site, além de jornais de grande circulação e, quando julgado necessário, também, no Placard e/ou Diário Oficial do Estado;

IV - Em casos de urgência/emergência, quando não for possível realizar no mínimo 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, a autoridade superior poderá autorizar as compras ou contratações com o número de cotações que houver, mediante justificativa escrita devidamente fundamentada por técnico responsável e/ou chefe do Setor e com o aval da Coordenação Administrativa Financeira, conforme o caso.

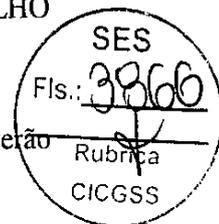


Parágrafo Único - Entende-se como casos de urgência/emergência: quando a entrega do produto ou serviço não puder aguardar ou repetir o procedimento sem causar prejuízo ao paciente ou ao Contrato de Gestão ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, exceto simples falta de material no estoque e/ou falta de planejamento, desde que haja a efetiva comprovação de que o preço proposto é o praticado no mercado a partir de notas fiscais, publicações ou por valores estabelecidos nas diversas câmaras de regulação oficiais.

- a) Em caso do uso do dispositivo anterior para burlar as normas e rotinas deste regulamento, bem como para facilitar os procedimentos de compra ou contratação com vistas a favorecer algum fornecedor, ensejará na abertura imediata de procedimento de sindicância para apuração dos fatos e atribuição de responsabilidades, podendo, após comprovada a infração e obedecido o princípio do contraditório e da ampla defesa, ensejar a demissão por justa causa do colaborador celetista. Se o envolvido se tratar de servidor público, será obedecida as disposições contidas no Estatuto do Servidor Público do Estado de Goiás (Lei Estadual nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, e, alterações posteriores).

V – Compras ou Contratações de pequeno vulto, por meio de concessão de adiantamento a ser concedido pela autoridade superior por Portaria ou ato próprio, assim consideradas aquelas cujo valor total não ultrapasse R\$ 4.000,00 (quatro mil reais), sendo vedada a aplicação dessa hipótese para fracionamento de aquisições ou contratações, nas condições abaixo:

- a) Será concedido prazo de execução para utilização do mesmo, podendo ser prorrogado – o seu prazo e valor residual – por igual período, contudo, a apresentação da prestação de contas dos gastos deverão ser feitas à Coordenação Administrativa-Financeira até o 5º dia do mês subsequente à sua utilização;
- b) As despesas deverão ser comprovadas por meio de Nota Fiscal, ou documento fiscal equivalente, em nome e/ou CNPJ/MF do IDTECH, devidamente atestado, inclusive, pelo solicitante do produto / serviço, devendo, ainda, apresentar no campo “informações adicionais” o número do Contrato de Gestão a que se refere, juntamente com a justificativa da compra / contratação, além de outros meios de



comprovação. A utilização e prestação de contas dos adiantamentos deverão seguir o estudo realizado através dos Autos 2070000018;

- c) As aquisições / contratações deverão ser precedidas de consulta ao mercado, com a indicação de 3 (três) orçamentos de preço, apresentadas na prestação de contas por meio de relatório/planilha;
- d) Fica vedada a aquisição de qualquer bem de caráter permanente por meio de processo de concessão de adiantamento;
- e) Eventuais saldos remanescentes e não utilizados deverão ser devolvidos ao final do período de concessão;
- f) Fica vedada a concessão de 2 (dois) adiantamentos de uma mesma fonte de recursos, para um mesmo colaborador simultaneamente, ou caso persistam pendências em prestações de contas anteriores.
- g) Deverá ser realizada, no sítio eletrônico do IDTECH, a publicação posterior das compras e/ou contratações deste inciso, contendo no mínimo o nome do fornecedor contratado, valor, vigência (se for o caso) e objeto.

Art. 7º - Os procedimentos de compras e contratações, de urgência/emergência ou de rotina, compreendem o cumprimento das seguintes etapas:

I - Pedidos de compras e/ou contratações de serviços elaborados em formulário e/ou via Sistema próprio,

II - Autorização dos procedimentos de compras ou contratações pela autoridade superior ou a quem for delegado.

- a) Não sendo autorizado, será noticiado o fato ao setor solicitante via respectiva Coordenação, podendo, posteriormente, os processos serem arquivados ou reabertos em data oportuna, conforme realidade financeira do Contrato de Gestão e/ou demanda do projeto em execução;
- b) Sendo autorizados os procedimentos de compras e/ou contratações, serão emitidas pelo Setor de Compras as respectivas autorizações, ordem de compra ou instrumentos contratuais, conforme o caso;
- c) As autorizações de fornecimento deverão ser assinadas pelo setor de compras em conjunto com a Coordenação Administrativa Financeira e pela autoridade superior,



porém, os instrumentos contratuais que regularão a entrega de produtos ou serviços, de forma parcelada ou de objeto específico, deverão ser assinados pela autoridade superior, em conjunto com a Assessoria Jurídica;

III – Solicitações de orçamentos elaboradas pelo setor de compras, conforme especificações e condições contidas no termo de referência que, para os casos de rotina, deverão ser publicadas previamente nos termos deste regulamento, podendo, ainda, ser disponibilizados em plataforma eletrônica de compras, garantindo a divulgação prévia a todos os interessados e a obtenção de orçamentos de empresas com observância de critérios impessoais definidos neste regulamento, cuja abertura de prazo será de, no mínimo, 3 (três) dias úteis de antecedência para aquisições e/ou contratações de rotina;

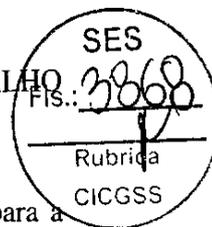
IV – Apuração da proposta mais vantajosa, verificando o atendimento às condições explicitadas no termo de referência e documentações solicitadas, contendo, no mínimo: CNPJ, nome comercial, endereço, especificação técnica, valor expresso, prazo de entrega, condições de pagamento, prazo de validade ou de garantia, bem como comprovação de regularidade fiscal (CND junto ao INSS, FGTS, fazendas públicas Federal e do Estado de Goiás) e trabalhista (Justiça do Trabalho), etc;

V – Apresentação pelo setor de compras, do mapa ou relatório eletrônico de cotação contendo as razões da escolha do(s) fornecedor(es), demonstrando os participantes do procedimento adotado e os valores ofertados, bem como a declaração do vencedor que apresentar a proposta mais vantajosa, levando-se em consideração, além dos valores, os fatores / critérios estabelecidos neste regulamento;

VI – Publicação do resultado no site, contendo: os fornecedores contratados, respectivos objetos, vigência (se for o caso) e valores unitários contratados.

Art. 8º - O Setor de Compras deverá selecionar criteriosamente as propostas apresentadas pelos fornecedores participantes da seleção, considerando a idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

§1º - Para fins do disposto no “caput” deste artigo, considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o



menor preço avaliado, que além dos termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos:

- a) Qualidade do produto / serviço;
- b) Durabilidade do produto / serviço;
- c) Custos para operação do produto / serviço, eficiência e compatibilidade;
- d) Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
- e) Custo de transporte e seguro até o local da entrega;
- f) Prazo de entrega;
- g) Forma de pagamento;
- h) Disponibilidade de produtos / serviços;
- i) Eventual necessidade de treinamento de pessoas;
- j) Assistência técnica;
- k) Garantia dos produtos / serviço;
- l) Análise Técnica.

§2º – Fornecedores com histórico de má prestação de serviços e/ou fornecimento de produtos em desacordo com o solicitado poderão perder o direito de contratar com o IDTECH, mediante fundamentações e respectivo registro no Formulário de Avaliação de Fornecedores;

Art. 9º – As autorizações de fornecimento ou ordens de compra, correspondem aos contratos formais efetuados com os fornecedores, que após executarem / entregarem o objeto, quitação e contabilização das despesas, encerrarão os procedimentos de compras ou contratações, devendo representar fielmente todas as condições em que foram realizadas.

Art. 10 – Para fins de controle e gestão de bens móveis e materiais de consumo no âmbito do IDTECH, os recebimentos dos bens e materiais serão realizados na forma de regulamentação própria, ressaltando que para os bens móveis adquiridos com recursos provenientes do contrato de gestão com o Poder Público, além dos mesmos destinar-se exclusivamente à execução do respectivo ajuste, a organização social oficializará sua aquisição ao órgão supervisor com o fito de atender o disposto no artigo 9º da Lei Estadual nº 15.503/2005.



Art. 11 – No caso de aquisições e contratações cujos produtos ou serviços tenham caráter exclusivo, ficam dispensados os procedimentos previstos no Art. 6º do presente regulamento.

§1º – O Setor de Compras deverá realizar as consultas necessárias para comprovar a exclusividade do fornecedor, mediante apresentação de documentação comprobatória, tais como pesquisas, cartas, declarações e atestados emitidos pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria a contratação / aquisição, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes que deverá apresentar documento original ou cópia autenticada, ou autenticação do Setor de Compras mediante o original, do órgão próprio, devendo, ainda, demonstrar que o preço pago é o praticado no mercado através da apresentação de Notas Fiscais de contratações com outros clientes, com objeto idêntico, considerando, ainda, a qualidade e quantidade, sendo vedada, para a declaração de exclusividade do fornecedor, a indicação de preferência de marca do produto.

§2º – Nos casos em que não for possível demonstrar fielmente o mesmo tipo de contratação / aquisição, deverá se comprovar a impossibilidade, podendo-se fundamentar o preço com contratações similares, considerando a qualidade e quantidade, em cumprimento aos princípios da boa fé, da probidade e da economicidade.

Art. 12 – Para efeitos do presente regulamento, considera-se inviabilidade de competição, devidamente comprovada, nos seguintes casos:

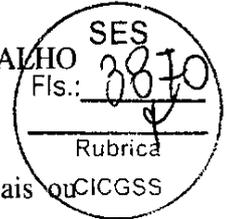
I - nas contratações de serviços com empresa ou profissional de notória especialização, assim entendido aqueles cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado;

II - na contratação de profissional de qualquer setor artístico;

III - para participação do IDTECH em feiras, exposições, congressos, seminários e eventos em geral, relacionados com o Contrato de Gestão;

IV – Na aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros diretamente de produtor ou fornecedor exclusivo.

Parágrafo Único – Para os casos acima, ficarão também dispensados os procedimentos previstos Art. 6º do presente regulamento, sendo necessária comprovação de



compatibilidade dos preços com os praticados no mercado, por meio de notas fiscais ou equivalentes de outras contratações, bem como publicação posterior do resultado no sítio eletrônico do IDTECH, contendo: fornecedor, objeto, vigência (se for o caso), quantidades e valores unitários contratados.

CAPITULO IV DOS SERVIÇOS TÉCNICO PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS

Art. 13 – Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

- I - estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
- II - pareceres, perícias e avaliações em geral;
- III - assessorias ou consultorias técnicas e auditorias financeiras ou tributárias;
- IV - fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- V - patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
- VI - treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- VII - restauração de obras de arte e bens de valor histórico.

Art. 14 – O Setor de compras deverá selecionar criteriosamente o(s) prestador(es) de serviços técnico-profissionais especializados, que poderá ser pessoa física ou jurídica, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

Parágrafo Único – Para as contratações previstas neste capítulo, poderá a autoridade superior nomear comissões para a realização de análise da documentação apresentada em que fique comprovada a inviabilidade de competição, bem como a justificativa de preço de acordo com o previsto no parágrafo 1º, do artigo 11, deste regulamento.

CAPÍTULO V DA DOCUMENTAÇÃO DE REGULARIDADE

Art. 15 – Para comprovação de habilitação nos procedimentos de compras ou contratações deverá ser exigida dos interessados, no que couber, através da emissão das



certidões negativas de débitos, atualizadas e válidas dentro do período, os seguintes documentos:

I – Pessoa Física:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);	Sim
b) Prova de regularidade com a Fazenda Estadual, mediante apresentação de Certidão Negativa de Débito da Fazenda Pública do Estado de Goiás;	Sim
c) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e Dívida Ativa da União;	Sim
d) Prova de regularidade, referente a Dívidas Trabalhistas, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT.	Sim

II – Pessoa Jurídica:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no Cadastro de Pessoas Jurídicas (Cartão CNPJ/MF)	Sim
b) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante apresentação de Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e Dívida Ativa da União;	Sim
c) Prova de regularidade para com o Estado de Goiás, mediante apresentação de Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais	Sim
d) Prova de regularidade mediante apresentação da Certidão Negativa de Débitos relativos ao FGTS	Sim
e) Prova de regularidade mediante apresentação da Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Previdenciários, emitida pelo INSS	Sim
f) Prova de regularidade, referente a Dívidas Trabalhistas, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT	Sim
g) Contrato Social ou Estatuto com suas respectivas alterações	Sim (quando aplicável)
h) Licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária	Sim (quando aplicável)
i) Certificado de Boas Práticas de Produção, Armazenamento ou Transporte, conforme o caso	Sim (quando aplicável)
Atestado(s) de Capacidade Técnica	Sim (quando aplicável)
Registro Profissional na Entidade Competente da Empresa e/ou de seu Responsável Técnico de acordo com a especificidade do objeto	Sim (quando aplicável)



Visita Técnica na Sede ou Posto(s) de Trabalho da Empresa Participante	Sim (quando aplicável)
Documento que comprove o atendimento de cumprimento de normas (RDCs, dentre outras) e legislações, de acordo com a especificidade do objeto licitado	Sim (quando aplicável)

III - Ainda para contratação de prestadores(as) de serviços, além da documentação acima indicadas, deverão ser apresentados:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
a) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Municipais	Sim (quando aplicável)
b) Prova de regularidade mediante apresentação da Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Municipais	Sim

§2º - A indisponibilidade de qualquer um dos documentos citados com obrigatoriedade poderá ser considerado critério para desclassificação do fornecedor ou da proposta;

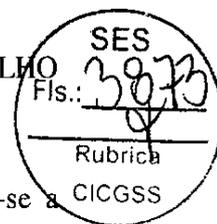
CAPÍTULO VI DOS CONTRATOS

Art. 16 – Os instrumentos contratuais são obrigatórios, salvo quando se tratar de bens ou serviços para entrega ou execução imediata, caso em que poderão ser substituídos pelas autorizações de fornecimento ou outros documentos equivalentes;

Art. 17 – Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão necessariamente o seu objeto, com a especificação das compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, preço ajustado, fonte de recursos no qual se suportará a despesa, prazo de execução, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas nos instrumentos convocatórios;

§ 1º - Os contratos terão prazo determinado, podendo ser prorrogados mediante justificativa prévia, até o limite de 60 (sessenta meses), desde que comprovada a vantajosidade na manutenção da avença;

§ 2º - Os contratos poderão sofrer eventuais alterações, previamente justificadas, alterações estas que ocorrerão na forma de termos aditivos, não podendo, todavia, haver descaracterização do objeto e do valor inicialmente contratado, devendo ser observado o



indicador oficial de correção monetária para aplicação, se for o caso, considerando-se a periodicidade mínima de 12 meses para reajuste;

§ 3º – Nas compras por meio eletrônico, incluindo OPME, deverão ser utilizados o contrato padrão da plataforma, devendo fazer opção pelos documentos estabelecidos por este Instituto.

Art. 18 – A critério da autoridade superior, em cada caso e desde que previsto no instrumento convocatório, poderá ser exigida a prestação de garantia nas compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, cabendo ao contratado optar por uma das seguintes modalidades de garantia:

- I - Caução em dinheiro;
- II - Fiança bancária;
- III - Seguro-garantia.

§ 1º - A garantia a que se refere o *caput* deste artigo não excederá a 5% (cinco) por cento do valor do contrato e terá seu valor atualizado nas mesmas condições daquele;

§ 2º - A garantia prestada pelo contratado será liberada ou restituída após a execução do contrato e, quando em dinheiro, atualizada monetariamente, conforme índices praticados em poupança bancária;

§ 3º - Nos casos de reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, o instrumento convocatório poderá fixar a modalidade de garantia dentre os elencados anteriormente.

Art. 19 – O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no instrumento convocatório (que estipulará os limites, bem como vedação à possibilidade de subcontratação total do objeto), no respectivo contrato e mediante prévia autorização do IDTECH, observando-se que, quando concedida autorização para subcontratação a terceiros, o subcontratado deverá ter inteira obediência aos termos do contrato original e sob a inteira e exclusiva responsabilidade da contratada, sendo vedada a subcontratação com fornecedor que tenha participado do mesmo procedimento de compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras;



Art. 20 – As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, constarão de termos aditivos e/ou apostilamento, na forma da legislação vigente;

Art. 21 – A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, ou mesmo recusar-se a executar o que já havia sido contratado / autorizado, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao fornecedor as seguintes penalidades:

I - perda do direito à contratação;

II - perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantias de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório;

III - suspensão do direito de fornecer / contratar com o IDTECH, por prazo não superior a 02 (dois) anos;

Art. 22 – O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas, ou oferecimento de vantagens pessoais a qualquer colaborador do IDTECH, ou corrupção de qualquer natureza, dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório da compra / contratação, inclusive a de aplicar pena de suspensão do direito de contratar com o IDTECH, por prazo de até 02 (dois) anos, sem prejuízo da adoção de demais instâncias judiciais.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23 – Para as contratações de Soluções de Tecnologia da Informação e aquisição de objetos e equipamentos de informática, no âmbito dos contratos de gestão, também deverão seguir as normas e procedimentos previstos neste regulamento.

Art. 24 - O IDTECH poderá realizar, bem como aderir às Atas de Registro de Preços realizadas pela administração pública e pelas entidades públicas ou privadas do terceiro setor, com vistas a buscar propostas mais vantajosas, desde que precedidas de valor estimado



devidamente apresentado pelo setor solicitante, processados com pesquisa de mercado e, deverá ser autorizada pela autoridade superior;

Art. 25 – As compras e contratações previstas nos Incisos I e II, do Art. 6º, terão os avisos contendo os resumos dos instrumentos convocatórios publicados nos termos do §1º do art. 5º deste Regulamento, ficando a critério do setor de compras ou por determinação da autoridade superior estender este prazo quando a complexidade do objeto assim o exigir.

Parágrafo Único- As compras e contratações de urgência/emergência devidamente justificadas ficam dispensadas do cumprimento de prazo para publicação do Aviso contendo o resumo dos instrumentos convocatórios.

Art. 26 – Além das vedações previstas no art. 8º C da Lei Estadual nº 15.503/2005, o IDTECH não manterá nenhum tipo de relacionamento comercial ou profissional com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

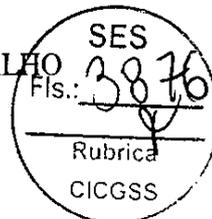
Parágrafo Único - Não será permitido o conflito de interesse ou recebimento de vantagens de qualquer natureza, por qualquer colaborador da Instituição, em qualquer das fases do processo de compras e contratações;

Art. 27 – Os instrumentos convocatórios deverão assegurar ao IDTECH o direito de cancelar a compra ou contratação, antes de assinado o contrato ou instrumento equivalente, desde que justificado;

Art. 28 – Na contagem dos prazos estabelecidos no presente regulamento, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, exceto quando for explicitamente disposto em contrário.

Parágrafo único - Só se iniciam e vencem os prazos referidos neste Regulamento em dia de funcionamento da Sede Administrativa do IDTECH.

Art. 29 – As disposições deste Regulamento poderão ser modificadas pelo Conselho de Administração mediante proposta fundamentada, obedecendo o estabelecido no Art. 2º, da Lei Estadual nº. 18.843/2015, para sua efetiva aprovação junto a Controladoria Geral do Estado - CGE.



Art. 30 – Para fins do presente regulamento considera-se autoridade superior a Coordenação Executiva desta Instituição, ou a quem a mesma delegar oficialmente tais poderes.

Art. 31 – A destinação dos bens móveis e imóveis adquiridos pelo IDTECH com recursos públicos, será vinculada exclusivamente, a execução do(s) contrato(s) de gestão firmado(s).

- a) São inalienáveis os bens imóveis adquiridos com recursos públicos;
- b) Quanto à alienação dos bens móveis, ficam estas condicionadas à anuência do poder público estadual;
- c) Quanto à aquisição dos bens imóveis, ficam estes condicionados à autorização do órgão ou da entidade estatal parceira, com a ratificação do Chefe do Poder Executivo;
- d) Todos os recursos advindos das alienações deverão ser investidos no desenvolvimento das atividades do contrato de gestão;

Art. 32 – No caso de extinção ou desqualificação do IDTECH como organização social, as doações e legados que lhes forem destinados pelo Poder Público Estadual, através de Contratos de Gestão firmados com o mesmo, bem como os excedentes financeiros decorrentes das atividades destes e as doações realizadas por terceiros em decorrência dos mesmos, serão incorporados ao patrimônio público ou a outra organização social no âmbito do Estado;

Art. 33 – Todos os documentos fiscais resultantes das contratações e aquisições realizadas pelo IDTECH deverão ser identificados com as referências do Contrato de Gestão e da unidade hospitalar atendida, solicitando ao fornecedor incluí-las no campo “informações adicionais” da nota fiscal;

Art. 34 – Os casos omissos serão resolvidos pela autoridade superior, sob assistência da assessoria jurídica, com base nos princípios gerais da administração;



Art. 35 – Os valores estabelecidos no presente Regulamento, se necessário, serão revistos e atualizados pela autoridade superior mediante deliberação do Conselho de Administração, obedecendo o estabelecido no Art. 2º, da Lei Estadual nº. 18.843/2015, para sua efetiva aprovação junto a Controladoria Geral do Estado - CGE;

Art. 36 – O presente Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação na imprensa oficial, revogadas as disposições em contrário.

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM REUNIÃO REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2016.

Esta regulamentação foi publicada no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 22.487 no dia 13 de Fevereiro de 2017.

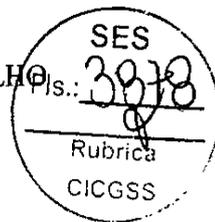
EXEMPLO DA POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES E PRESTADORES DE SERVIÇOS INSTITUCIONALIZADA PELO IDTECH E PASSÍVEL DE APLICAÇÃO NA HEMORREDE:

INTRODUÇÃO

Esta Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores tem a finalidade de informar os procedimentos a serem adotados para avaliar e monitorar a performance dos fornecedores e prestadores de serviços, bem como, as regras gerais de fornecimento.

Dentro da sua política de acompanhamento dos fornecedores e prestadores de serviços, designa-se a estabelecer condições comerciais adequadas e fornecer informações necessárias nos pedidos de compras de produtos e contratação de serviços.

O “Regulamento de Compras e Contratações para a Gestão de Unidades Públicas Estaduais”, publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 22.487 no dia 13 de fevereiro de 2017 e também disponível no sitio eletrônico do IDTECH (www.idtech.org.br , opção “Transparência” / “Regulamentação de Contratação de Bens e Serviços” ou www.hospitalalbertorassi.org.br) faz parte indissociável desta Política.



GESTÃO DA QUALIDADE

Em busca da excelência na qualidade, a unidade possui um Comitê da Qualidade que monitora os indicadores da instituição, bem como os processos e as eventuais não conformidades apresentadas.

A Gestão da Qualidade baseia-se na legislação aplicável ao setor, bem como nas normas da Organização Nacional de Acreditação Hospitalar - ONA.

Como todo o hospital, está envolvido no controle de qualidade os setores que gerenciam estoques de produtos, recebem serviços e realizam avaliações constantes.

Registramos, ainda, que o Sistema de Gerenciamento de Riscos possui uma equipe multidisciplinar que compõe a Subcomissão de Fármaco Vigilância e Saneantes, Subcomissão de Hemovigilância, Subcomissão de Tecnovigilância e o Núcleo de Segurança do Paciente, que investigam todas as notificações de eventos adversos e registram os casos no sistema NOTIVISA – Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária.

NOSSA POLÍTICA DE RELACIONAMENTO COM OS FORNECEDORES

Nosso principal objetivo é o de prestar a assistência aos usuários/pacientes respeitando as normas técnica, qualidade e humanização.

Para atendimento desta condição, necessitamos contar com a participação de fornecedores que apresentem as melhores tecnologias, processos de produção e prestação de serviços.

SOBRE O CADASTRO DE FORNECEDORES

Através dos sites www.idtech.org.br e www.hospitalalbertorassi.org.br, os fornecedores e prestadores de serviços interessados podem ter acesso ao Regulamento de Compras, acessando o link “Transparência”; bem como se cadastrando poderão ter acesso aos instrumentos convocatórios (Edital ou Solicitação de Orçamento), acessando o link “Compras e Contratações” (“Em andamento” e/ou “Concluídas”).

Não obstante aos cadastros de fornecedores e prestadores de serviços, o IDTECH solicita informações complementares necessárias para a correta identificação destes nas Ordens de Compra e Contratos emitidos, haja vista a utilização de recursos públicos.



A inclusão dos fornecedores e prestadores de serviços no cadastro não implica vínculo de aquisição ou contratação, ou consultas para o fornecimento e/ou serviços.

CLASSIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

O IDTECH/HGG classifica os fornecedores e prestadores de serviços como:

“Críticos” – fornecedores de produtos e/ou serviços cujo volume financeiro comprometa os maiores investimentos;

“Não-Críticos” - demais fornecedores de produtos e/ou serviços.

Não obstante à classificação de fornecedores, não existe nenhum tipo de prioridade ou vantagens a quaisquer fornecedores ou prestadores de serviços.

POLÍTICA DE PRESERVAÇÃO DO MEIO AMBIENTE

Definiu-se, dentre outros, como um de seus valores institucionais a consciência ecológica. Desta forma, a instituição busca sempre atender à legislação ambiental, com investimentos voltados a novas tecnologias que mitiguem as causas de danos ao meio ambiente.

Destaca-se a obtenção do Certificado “Green IT”, representando a destinação correta dos cabos elétricos e da rede lógica que foram substituídos.

ÉTICA PARA COM OS FORNECEDORES

Todo o processo ético visa a inspirar confiança na manutenção de uma relação transparente, sólida, duradoura e de elevado nível entre as partes, por isso buscamos oferecer um cuidado ético e humanizado, orientado por valores como respeito, comprometimento e responsabilidade individual e coletiva para a prestação de serviços e/ou fornecimento de bens / produtos com qualidade.



Parceiros e Fornecedores: Agir eticamente nas relações comerciais e de parceria, orientando-se pela qualidade, transparência, idoneidade e o respeito nas relações profissionais. Não poderão participar das compras ou contratações com o IDTECH, dirigente ou empregado da entidade, cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo ou afim, até o 3º grau.

Não será permitido o recebimento de vantagens de qualquer natureza, por qualquer colaborador da Instituição, em qualquer das fases do processo de compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, obras e alienações, sob pena da exclusão do fornecedor/prestador de serviços e punição aos colaboradores envolvidos.

MODALIDADES DE COMPRAS

As modalidades de compra e contratação utilizadas pelo IDTECH são previstas no respectivo Regulamento de Compras e Contratações, disponível em www.idtech.org.br opção "Transparência" / "Regulamentação de Compras".

DOCUMENTOS DE COMPRAS/CONTRATAÇÃO

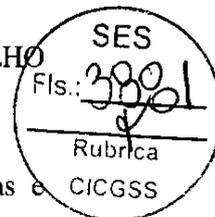
Ordem de Fornecimento/Compra:

Ordem de Fornecimento/Compra é o documento que rege as disposições gerais de garantia de fornecimento, condições comerciais, requisitos da qualidade, regras de atendimento aos prazos de fornecimento e outros, autorizando aos setores competentes ao recebimento do produto ou serviço.

Contrato de Prestação de Serviço/Fornecimento Parcelado de Produtos:

Para contratação de serviços de mão de obra ou fornecimento parcelado de produtos, o IDTECH poderá utilizar-se, conforme a complexidade do objeto, das normas e procedimentos amparados por contratos específicos e estabelecidos em comum acordo com seus fornecedores/prestadores de serviços. Esses contratos visam à garantia de todos os

181
R



fornecimentos de serviços ou entrega de bens dentro das especificações estabelecidas e atendimento a todos os requisitos legais pertinentes.

ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO

Os Setores que estão autorizados a enviar documentações aos fornecedores e prestadores de serviços são:

Gerência de Compras – GECOM / Gerência de Contratos e Licitações – GECOL:
Solicitação de Compras, Contratos, Especificações Técnicas e Desenhos;

Coordenação Executiva – COEX / Coordenação Administrativa-Financeira – COAF: Relatórios de Performance de fornecedores, ofícios, notificações, autorização de compras de urgência e, ou qualquer outro tipo de documento;

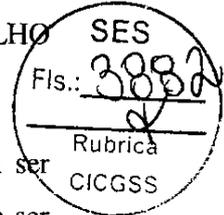
Gerência de Material e Patrimônio – GEMAP / Farmácia / Almoarifado e Executores de Contrato: Programações de Entrega de Materiais e Notificações de Não-Conformidades.

Não serão reconhecidos quaisquer outros documentos que eventualmente autorizem a aquisição de materiais ou serviços emitidos por outras áreas, ficando sob responsabilidade do fornecedor/prestador de serviços qualquer entrega de bens ou prestação de serviços sem a devida aprovação.

SISTEMA DA QUALIDADE

É de inteira responsabilidade do fornecedor o atendimento aos requisitos dos produtos/serviços fornecidos. Neste, reservamo-nos no direito de inspecioná-los sempre que julgar necessário.

Nos processos de inspeção, poderão ser utilizados métodos amostrais para certificar a conformidade do produto, e outros que se julgarem pertinentes ao caso in concreto; o que não exige o fornecedor de prover um produto livre de defeitos e em conformidade com os requisitos especificados (desenhos, narrativas, especificações técnicas, etc.).



Produtos ou serviços que apresentarem características críticas, que não possam ser detectadas nos processos de manufatura ou que necessitem de inspeção contínua, podem ser auditados nas instalações do fornecedor/prestador de serviços, com ou sem aviso prévio, conforme requisitos especificados.

Visitas à Gerência de Compras – GECOM / Gerência de Contratos e Licitações – GECOL:

A visita de fornecedores e prestadores de serviços para apresentação de produtos ou serviços ocorrerá em dias e horários previamente agendados, com o responsável pelo Setor.

GARANTIA DA QUALIDADE DE PRODUTOS E / OU MATERIAIS FORNECIDOS

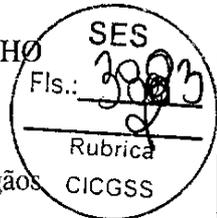
Considera-se que os fornecedores e prestadores de serviços devem garantir seus produtos e serviços desde a entrega em perfeitas condições, sem quaisquer vícios ou defeitos, assim como a manutenção durante o prazo de garantia.

Se o produto ou serviço apresentar defeito ou estiver em desconformidade com as especificações acordadas, os seguintes procedimentos serão adotados:

1) Se a ocorrência for constatada antes da sua concretização ou utilização, esta o rejeitará e efetuará a sua devolução por conta e risco do fornecedor/prestador de serviço, devendo este ressarcir ao Contrato de Gestão pelo valor correspondente ao preço vigente do produto/serviço e demais custos logísticos ou, poderá o IDTECH, alternativamente, a seu critério, em consenso com o fornecedor/prestador de serviço, promover a sua recuperação, arcando o contratado com os custos correspondentes;

2) Se a ocorrência for constatada posteriormente à instalação ou utilização, o fornecedor/ prestador de serviços, além das obrigações referidas no item 1, responderá pelos custos decorrentes da troca e/ou reparo do produto ou serviço defeituoso, bem como pelos custos agregados inerentes;

Independentemente do momento em que for detectada a ocorrência (produtos, equipamentos e/ou serviços), se esta representar risco ao paciente ou a quem vier a manusear,



deverá ser notificada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e a outros órgãos competentes.

AVALIAÇÃO DOS FORNECEDORES NA ENTREGA DE PRODUTOS E SERVIÇOS

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

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

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores de produtos em geral:

- Cumprimento dos prazos de entrega/contrato;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos para pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Produtos entregues dentro do prazo de validade;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores de insumos de Nutrição:

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento / Contrato;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;



- Cumprimento dos prazos de pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Relacionamento entre cliente-fornecedor;
- Cumprimento de normativas legais de produtos específicos.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores insumos Almojarifado Geral:

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos acordados para pagamento (vencimento da fatura);
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Os materiais e produtos estão devidamente registrados nos órgãos e ou autarquias competentes (ANVISA, MS, INMETRO);
- Relacionamento cliente-fornecedor.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores insumos da Farmácia

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento / Contrato;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos de pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;



- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Temperatura dos insumos termolábeis.
- Produtos entregues dentro do prazo de validade
- Relacionamento cliente-fornecedor.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores serviço em geral

- Número de colaboradores conforme contratado;
- Substituição de colaboradores em caso de faltas, período de férias e atestados;
- Cumprimento do cronograma de treinamento;
- Fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (validade do C.A);
- Fornecimento de uniformes e crachás;
- Apresentação ao SESMT de documentos, referentes à segurança do trabalhador;
- Apresentação de documentação fiscal (Certificados, alvarás, licenças dentre outros);
- Cumprimento dos prazos acordados para pagamento (vencimento da fatura);
- Cumprimento do prazo de recolhimento e entrega do enxoval na rouparia e clínicas;
- Cumprimento do horário para servir as refeições;
- Prazo de atendimento para avaliação (laudo técnico);
- Prazo para apresentação dos orçamentos;
- Cumprimento dos prazos de conclusão dos serviços;
- Integridade física dos bens patrimoniais;
- Bens patrimoniais higienizado na devolução;
- Qualidade dos serviços fornecidos;
- Cumprimento das garantias dos serviços.

A avaliação de fornecedores e prestadores de serviços será definida como:

- **SATISFATÓRIO para Produtos:** Quando o resultado da avaliação atingir no mínimo 77% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;
- **INSATISFATÓRIO para Produtos:** Quando o resultado da avaliação for inferior a 77% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;



- **SATISFATÓRIO para Serviços:** Quando o resultado da avaliação atingir no mínimo 85% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;
- **INSATISFATÓRIO para Serviços:** Quando o resultado da avaliação for inferior a 85% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho.

Quanto à avaliação de critérios subjetivos que dependem de julgamento da Gerência de Compras e/ou dos gerentes (de almoxarifado, farmácia e nutrição) ou executores dos contratos, esta se dará através da apresentação escrita (e-mail ou ofício) dos questionamentos e da respectiva resposta do fornecedor/prestador de serviços.

Quando da ocorrência de não conformidades, o fornecedor/prestador de serviço será prontamente comunicado pelo executor do contrato, através de e-mail, para tomar ciência e providências no sentido de solucionar as falhas apontadas.

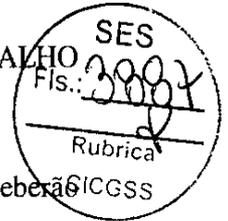
Quando a avaliação de insatisfatório se mantiver por mais de duas entregas, o fornecedor será oficiado e/ou notificado extrajudicialmente para apresentação de ações de correção da não conformidade, sendo que caso não sejam corrigidas, poderá ser suspenso do processo de compras pelo período de até 12 meses.

Em se tratando de prestação de serviços, a comunicação feita via e-mail pelo executor do contrato sobre eventuais não conformidades, será para ciência e providências imediatas, podendo ser suspensa execução das atividades até a correção das falhas. Caso o problema persista e conforme os riscos envolvidos aos pacientes e colaboradores, o prestador do serviço deverá ser oficiado e/ou notificado extrajudicialmente, devendo apresentar as ações de correção das não conformidades, sendo que caso não sejam corrigidas, poderá ser suspenso do processo de compras pelo período de até 12 meses, além das demais penalidades contratuais. Os ofícios, notificações extrajudiciais e as comunicações de eventuais punições aos fornecedores/prestadores de serviços serão expedidas pela Coordenação Executiva – COEX.

QUALIFICAÇÃO DOS FORNECEDORES

Visitas Técnicas para Qualificação da Capacidade Técnica:

[Handwritten signature and initials]



Quando da contratação e, a cada 02 (dois) anos, os fornecedores críticos receberão visitas *in loco* para avaliação da capacidade técnica para cumprimento das obrigações assumidas no contrato de compra e venda de produtos e/ou de prestação de serviços. Os fornecedores críticos são definidos pelos gerentes, executores de contratos e gerência de compras. As visitas técnicas serão realizadas pelo executor do contrato e um profissional técnico, de acordo com a especificidade de cada setor.

No caso de fornecedores de fora do estado que forem acreditados, a visita técnica poderá ser dispensada, utilizando-se, apenas, avaliação documental.

Método de Qualificação da Capacidade Técnica

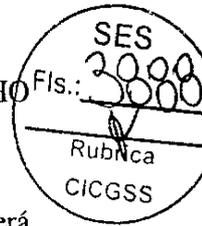
A avaliação será realizada *in loco* a partir da coleta de informações através de um check list elaborado pela gerência de cada setor. As notas variam de 0 (zero) a 10 (dez) pontos sendo:

- Qualificado - entre 08 (oito) a 10 (dez) pontos ou entre 80% a 100%;
- Necessita melhorias - entre 06 (seis) a 7,9 (sete inteiros e nove décimos) pontos ou entre 60% a 79%;
- Não qualificado - abaixo de 06 (seis) pontos ou < 60%.

DESENVOLVIMENTO DE FORNECEDORES

O fornecedor que alcançar entre 06 (seis) e 7,9 (*sete inteiros e nove décimos*) pontos ou entre 60% e 79% será notificado, via e-mail, indicando as não conformidades e deverá apresentar plano de ação de melhorias para o cumprimento das exigências apontadas no relatório de visita técnica em até 15 (quinze) dias. O desenvolvimento das ações propostas será acompanhado pelos gerentes dos setores e validado de acordo a metodologia de qualificação.

Ressalta-se que nos casos de fornecedores/prestadores de serviços críticos/estratégicos; ou seja, aqueles relacionados a fornecedor único (exclusividade de representação/assistência), importação e ausência de produto similar, bem como aqueles cuja ausência dos produtos ou serviços representem riscos para os pacientes e/ou colaboradores e que tiverem avaliação abaixo de 6 (seis) pontos ou 60%, serão igualmente notificados e instados a apresentarem em até 15 (quinze) dias, plano de ação de melhorias para correção das



não conformidades; sendo que a continuidade do fornecimento de produtos/serviços deverá ser acompanhada pelos gerentes/executores, visando a garantia da segurança dos pacientes e colaboradores.

Objetivando desenvolver qualitativamente os fornecedores/prestadores de serviços que forem avaliados com pontuação inferior a 8 (oito) pontos ou 80% e fortalecer a cadeia de suprimentos, os gerentes/executores deverão:

- Dar suporte indicando a legislação aplicável a cada caso;
- Orientar sobre os critérios de avaliação utilizados;
- Apresentar as empresas com melhores desempenhos como referência para o aperfeiçoamento dos processos (benchmarking);
- Buscar novos fornecedores.

CRITÉRIOS DE DESQUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS

As empresas contratadas poderão ser desqualificadas e impedidas de fornecer produtos e/ou serviços ao IDTECH sempre que ocorrer:

- Ausência de registro de materiais, equipamentos e medicamentos nos órgãos competentes;
- Ausência de registro da empresa nos órgãos competentes;
- Ausência de registro do responsável técnico da empresa no órgão de classe;
- Dificuldade ou impedimento de acesso às instalações do fornecedor para fins de Vistorias Técnicas;
- Pontuação abaixo de 6 (seis) na visita técnica (exceto fornecedores críticos/estratégicos);
- O não cumprimento do Plano de Ação de Melhoria apresentado;
- Descumprimento das garantias dos produtos e/ou serviços.



Nos casos de pareceres negativos emitidos pela equipe técnica do Hospital sobre produtos e serviços, a aquisição / contratação destes será suspensa, podendo as contratadas fornecerem os demais itens de seu portfólio. O mesmo se aplica às suspensões definidas pela ANVISA.

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE ENTREGAS DE MATERIAIS

O IDTECH poderá planejar o manejo do estoque, conforme a demanda e disponibilidade de espaço. Para isso, poderá programar com os fornecedores prazos para entregas de grandes volumes, bem como para compras urgentes.

Esta programação será enviada aos fornecedores por meio de e-mail, com a devida antecedência.

Ao fornecedor cabe a responsabilidade de analisar criticamente o Edital – Termo de Referência – onde constará a Programação de Entregas. A não manifestação por parte do fornecedor indica a aceitação das condições estipuladas neste documento.

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

GARANTIA DE ENTREGA DOS PRODUTOS E OU SERVIÇOS

A mora do fornecedor na entrega dos produtos em conformidade com as especificações exigidas ou acordadas autorizará ao IDTECH/HGG, de pleno direito e independentemente de qualquer formalidade extrajudicial ou judicial, a decidir-se por promover a devolução dos produtos / reexecução dos serviços, suportando o fornecedor, com exclusividade, todas as despesas, notadamente as de transporte e as fiscais, ou, postergar o pagamento dos produtos/serviços na proporção da mora incorrida pelo fornecedor na sua entrega.

Se o fornecedor, contrariando a previsão da Solicitação de Compra, antecipar a entrega dos produtos/serviços, poderá o IDTECH/HGG, a seu critério, de pleno direito e



independentemente de qualquer formalidade extrajudicial ou judicial, optar por promover a devolução dos produtos / reexecução dos serviços, suportando o fornecedor, com exclusividade, todas as despesas, notadamente as de transporte e as fiscais, ou efetuar o pagamento dos produtos de acordo com as condições previstas na Ordem de Compras.

A entrega de produtos / realização de serviços deverão ser efetuados no endereço estipulado, em local específico e horário previamente / estipulado na Ordem de Compra;

Caso o fornecedor não promova a entrega/realização do produto/serviço, no prazo ora acordado, poderá ser penalizado de acordo com o previsto no Regulamento de Compras e Contratações.

SEGURANÇA E HIGIENE DO TRABALHO

São requisitos obrigatórios e indispensáveis a todos os fornecedores os cumprimentos à legislação pertinente à Segurança do Trabalho.

Quando se tratar de produtos que necessitem de transporte especial deve-se atender à legislação vigente.

Em face disso, o IDTECH adotará rígida disciplina, coibindo atividades ou ações que exponham a riscos as pessoas ou ambientes da Unidade.

CIÊNCIA – FORNECEDORES

Os fornecedores interessados em cotar seus produtos e serviços para o IDTECH devem ter ciência e estarem de acordo com o **“REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES PARA A GESTÃO DE UNIDADES PÚBLICAS ESTADUAIS”**, publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 22.487 no dia 13 de fevereiro de 2017, bem como desta **POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES**.

Ambas as regulamentações acima mencionadas encontram-se disponíveis no sítio eletrônico do IDTECH (www.idtech.org.br , opção “Transparência” / “Regulamentação de Contratação de Bens e Serviços” ou ainda em www.hospitalalbortorassi.org.br).



2.1.6. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

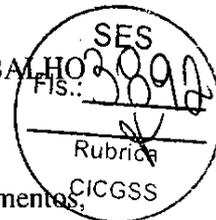
2.1.6.1. Manual de Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimentos

Manual para Faturamento Hemocentro

O presente manual é uma ferramenta norteadora da relação de prestação de serviços do hemocentro aos estabelecimentos de saúde atendidos pela Hemorrede, tem como finalidade definir o fluxo operacional para o fornecimento de hemocomponentes, apresentar mecanismos de operacionalização e funcionamento das Agências Transfusionais (AT) e Unidades Associadas (UA), outro objetivo é implementar ações estratégicas para com as metas de produção saídas hospitalares, consultas médicas e não médicas e atendimento de produção ambulatoriais, destinadas a fortalecer o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - SUS mediante o reconhecimento físico e tecnológico das ATs, garantindo o acesso da população a serviços de hemoterapia responsáveis e de qualidade.

O Hemocentro atende os usuários dos SUS através das instituições públicas (leito/SUS); os procedimentos hemoterápicos podem ser realizados nas modalidades ambulatorial e hospitalar, os mesmos são informados respectivamente no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, por meio do instrumento de registro denominado Boletim de Produção Ambulatorial - BPA e no Sistema de informação Hospitalar - SIH, cujo instrumento de registro é a Autorização de Internação Hospitalar - AIH. Manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e serviço de classificação das unidades associadas atualizados.

Os documentos dos registros transfusionais (RT) deverão ser preenchidos corretos e completos; pois é de suma importância para o faturamento hospitalar. Se há erros, em geral os procedimentos são glosados e precisa ser reapresentados, resultando em retrabalho para a equipe responsável, não o pagamento da fatura por parte do MS e falha nas informações do faturamento que embasarão decisões gerenciais.



A cobrança dos serviços hemoterápicos é realizada através dos procedimentos, códigos e valores de ressarcimento constantes na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais - Tabela do SUS, disponível no SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

Os procedimentos hemoterápicos estão divididos em quatro grupos no Manual de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES:

1. Procedimentos destinados a obtenção de sangue;
2. Diagnóstico em hemoterapia;
3. Procedimentos especiais em hemoterapia;
4. Medicina transfusional;

Para cada ato transfusional, seja qual for o tipo de hemocomponente a ser transfundido e independente de transfusões anteriores, é realizada a coleta da amostra de sangue do paciente (receptor) para a realização dos exames pré-transfusionais I, que consistem na determinação dos grupos ABO, do antígeno D do sistema RH e pesquisa de anticorpos irregulares. Na transfusão de Concentrado de Hemácias, além dos exames pré-transfusionais I, também são realizados os exames pré-transfusionais II, que consistem na prova de compatibilidade. O procedimento de transfusão é realizado para qualquer hemocomponente.

Portanto, os exames pré-transfusionais I e II e a transfusão devem ser informadas pela unidade no SIA/BPA-I ou no SIH/AIH nas categorias ambulatorial ou hospitalar, respectivamente, conforme o nível de atendimento do paciente e de acordo com os códigos da Tabela SUS especificados.

Procedimentos Hemoterápicos e códigos disponíveis no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP

PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENÇÃO DE SANGUE	DIAGNÓSTICO EM HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL
Coleta de sangue para transfusão	Exames imunohematológicos em doador de sangue	Deleucocitação de concentrado de hemácias	Aférese terapêutica



SES
 Fls.: _____
 Rubrica
 CIGSS

	Exames pré-transfusionais I *	Deleucocitação de concentrado de plaquetas	Aplicação de fator IX de coagulação
Coleta de sangue para transfusão com processadora automática	Exame pré-transfusionais II *	Irradiação de sangue	Aplicação de fator VIII de coagulação
	Fenotipagem	Preparo de componentes aliquotados	Sangria Terapêutica
Triagem clínica do doador	Sorologia do doador de sangue	Preparo de componentes lavados	Transfusão *
		Processamento do sangue	

* Apenas os exames pré-transfusionais I e II e o procedimento de transfusão podem ser realizados e registrados nas modalidades ambulatorial (BPA) e hospitalar (SISAH). Os demais procedimentos são realizados e registrados somente na modalidade ambulatorial no BPA.

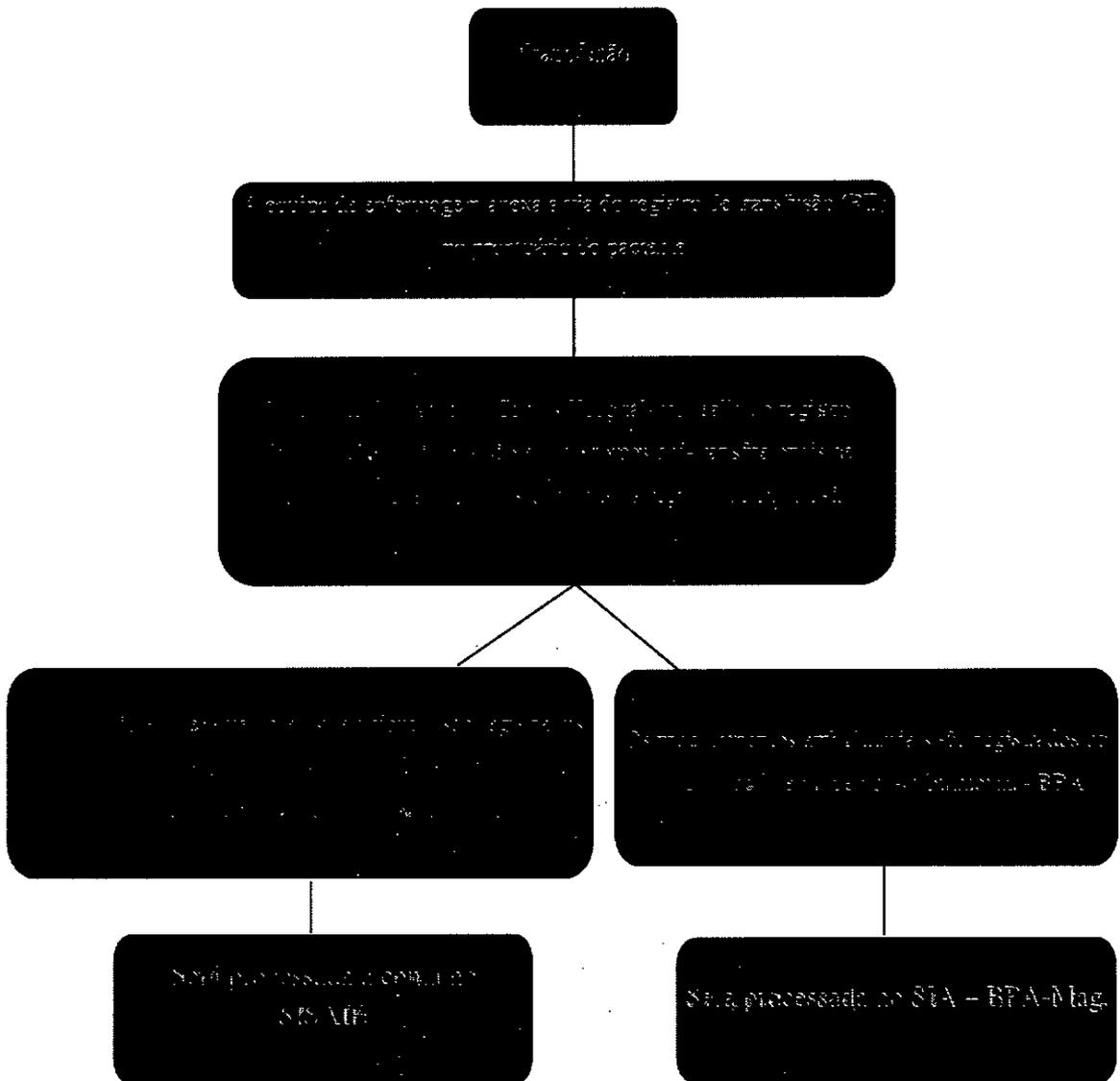
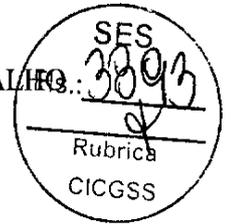
Distribuição dos códigos SIGTAP por componente.

HEMOCOMPONENTE	SIGLA	CÓDIGO		CÓDIGO TRANFUSÃO
		PRÉ-TRANSFUSIONAL I	PRÉ-TRANSFUSIONAL II	
Concentrado de Hemácias	CH, CHF, CHL, CHBC, CHA	02.12.01.002-6	02.12.01.003-4	03.06.02.006-8
Concentrado de Plaquetas	CP, CPF, PPBC, CPBC	02.12.01.002-6	-	03.06.02.007-6
Concentrado de Crioprecipitado	CRIO	02.12.01.002-6	-	03.06.02.008-4
Concentrado de Plaquetas por Aférese	CPA	02.12.01.002-6	-	03.06.02.009-2
Concentrado de Plasma Fresco Congelado	PFC	02.12.01.002-6	-	03.06.02.010-6
Unidade de Sangue Total	ST	02.12.01.002-6	02.12.01.003-4	03.06.02.014-9

Legenda: Concentrado de Hemácias (CH), Concentrado de Hemácias com Filtro (CHF), Concentrado de Hemácias Lavada (CHL), Concentrado de Hemácias de Buffy-coat, (CHBC). Concentrado de Hemácias Aliquotado (CHA). Concentrado de Plaquetas (CP), Concentrado de Plaquetas com Filtro (CPF), Concentrado de Plaquetas de Buffy-coat (CPBC), Pool de Plaquetas de Buffy-coat (PPBC). Crioprecipitado (CRIO), Concentrado de plaquetas por aférese (CPA), Plasma Fresco Congelado (PFC), unidade de sangue total(ST).

Fluxo da cobrança das transfusões e exames pré-transfusionais para pacientes SUS de acordo com o atendimento transfusional da UA

[Handwritten signature]

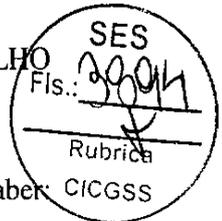


OBS:

SIA/BPA (Sistema de Informação Ambulatorial): é um banco de dados que visa o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, ou seja, em pacientes não internados. No SIA, os procedimentos hemoterápicos são registrados por meio do Boletim de Produção Ambulatorial – BPA de forma consolidada (BPA-C) ou individualizada (BPA-I), de acordo com o tipo de procedimento. b) SIH/AIH (Sistema de Informação Hospitalar): é um banco de dados que visa o registro dos atendimentos realizados no âmbito hospitalar, ou seja, em pacientes internados. No SIH, os procedimentos hemoterápicos são registrados por meio da Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

O faturamento hospitalar é o processamento para cobrança de todos os procedimentos realizados na instituição, seja ele em caráter ambulatorial ou hospitalar (em internação) dentro dos prazos pré-estabelecidos e dos parâmetros legais e vigentes.

[Handwritten signature and initials]



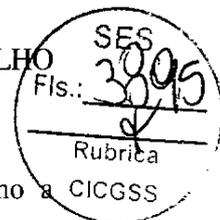
O processo do faturamento hospitalar envolve três registros básicos, a saber: Autorização de Internação Hospitalar – AIH (para procedimentos que geram internação hospitalar); Boletim de Produção Ambulatorial - BPA (para procedimentos realizados em caráter ambulatorial); e Autorização de Procedimentos de Alto Custos/Complexidades – APAC (para procedimentos realizados em caráter ambulatorial que envolve alto custo ou alta complexidade).

Conforme as normas legais e orientações do Manual do Faturamento Hospitalar do Ministério da Saúde, depois de encerrada a AIH a validade da mesma é de no máximo três competências anteriores à competência de apresentação.

O SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) é o sistema que permite aos gestores municipais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial das unidades hospitalares sendo assim registradas mensalmente e tem que estar de acordo com a Ficha de Programação Orçamentária Magnética (FPO-Mag): é o aplicativo que possibilita ao gestor local registrar a programação física orçamentária ambulatorial, de cada estabelecimento de saúde, que presta atendimento ao SUS. A programação orçamentária deve estar coerente com a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde e baseada em contrato/convênio com o SUS. Esse aplicativo tem como principais funcionalidades:

- 1) Permitir o registro da programação físico orçamentária por grupo, subgrupo, forma de organização e/ou procedimento;
- 2) Possibilitar ao gestor local informar o limite financeiro por tipo de financiamento (MAC e FAEC);
- 3) Possibilitar ao gestor local informar valores a maior para os procedimentos, tendo como base a tabela de referencia do SUS;
- 4) Permitir a importação e exportação de dados.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial. O processamento de todo o faturamento tem que ser de acordo com o Sistema que gerencia a Tabela de Procedimentos (SITAP), Medicamentos e OPM do SUS e que contém todos os procedimentos, atributos e regras que



possibilitam o processamento da produção ambulatorial, através do SIA, assim como a captação do atendimento ambulatorial, através dos aplicativos BPA-Mag. Essa tabela é inserida no processamento da produção ambulatorial, por meio da publicação mensal do pacote de tabelas Banco de Dados do Sistema de Informação Ambulatorial - BDSIA que tem que ser atualizada mensalmente nos sistemas e aplicativos.

As unidades do Hemocentro além de manter atualizado seu CNES deve também alimentar sistematicamente o Sistema de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da Saúde, informar as transfusões realizadas, incluindo o número do CNES de sua instituição e do hemocentro. Dessa forma, todos serão remunerados pelas transfusões realizadas, via Ministério da Saúde.

Pretende-se que estas informações sejam adotadas como estratégia para minimização das glosas e melhoria no fluxo informacional e aumento do recurso de custeio.

2.1.6.2. Manual de Rotinas para Administração Financeira

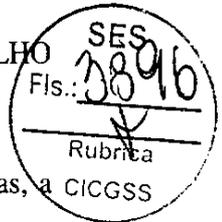
Abaixo apresentamos o Manual de Rotinas para Administração Financeira, contemplando as áreas de contabilidade, custos e contas a pagar. As rotinas para estes departamentos serão praticadas na execução do Contrato de Gestão de Serviços de Saúde da Hemorrede publica estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás, conforme descrito:

MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

2.1.6.2.1. CONTABILIDADE

2.1.6.2.1.1. OBJETIVO

Handwritten signature and initials



Estabelecer as ações e padronizar os procedimentos contábeis, o Plano de Contas, a função e funcionamento das contas e as demais ações da área contábil a serem adotadas em âmbito do Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano - IDTECH.

A escrituração dos atos e fatos administrativos do Instituto será feita de acordo com os procedimentos estabelecidos neste manual, nas formas analítica e sintética, com elaboração dos livros Diário e Razão, com base no Plano de Contas aprovado pela Coordenação Executiva e estruturado em grupos, subgrupos, contas e subcontas, em ordem cronológica de dia, mês e ano, à vista dos documentos hábeis (vias originais e legais) e tem a finalidade de:

- a) Registrar e controlar a execução orçamentária da receita e da despesa
- b) Registrar os atos e fatos de natureza financeira e patrimonial
- c) Emitir relatórios e peças contábeis - Diário, Razão, Balancetes e Demonstrações mensais e balanços e demonstrações anuais
- d) Demonstrar os resultados econômico-financeiros do Instituto para serem analisados e interpretados
- e) Fornecer os elementos para a elaboração da prestação de contas anual.

2.1.6.2.1.2. PROCEDIMENTOS

Visando à segurança, ao controle da documentação e à facilidade de obtenção de informações, a contabilização dos atos e fatos administrativos será, preferencialmente, feita nas dependências do Instituto e obrigatoriamente por Contabilista inscrito no Conselho Regional de Contabilidade.

O Coordenador Administrativo-Financeiro é o responsável pela supervisão e coordenação dos serviços administrativos, financeiros e contábeis do IDTECH e pelo fornecimento de informações gerenciais ao Coordenador Executivo e demais membros dos Conselhos de Administração e Fiscal.

A Contabilidade é a fase final do controle interno que registra todas as operações relacionadas com a execução orçamentária da receita e da despesa, outros ingressos e saídas de recursos, os créditos a receber e obrigações a pagar, a movimentação de bens patrimoniais e demais atos e fatos administrativos.



Compete ao Contabilista:

- a) Adotar o sistema contábil informatizado utilizado pelo IDTECH, e a legislação aplicável ao processamento dos dados e relatórios relativos aos registros dos atos e fatos administrativos do Instituto;
- b) Classificar os documentos contábeis de forma que indiquem os códigos das contas debitadas e creditadas e outros dados necessários e esclarecedores do registro efetuado;
- c) Organizar a documentação por ordem cronológica/sequencial de lançamentos.

2.1.6.2.1.3. EMISSÃO DE RELATÓRIOS MENSAIS

As operações econômicas e financeiras do Instituto serão demonstradas após o encerramento de cada mês, de forma analítica e sintética, mediante a elaboração das seguintes peças contábeis:

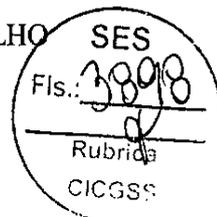
- a) Balancete Analítico de Verificação
- b) Balanço Financeiro
- c) Balanço Patrimonial
- d) Balanço da Receita Orçada x Arrecadada
- e) Balanço da Despesa Fixada x Realizada
- f) Conciliações bancárias acompanhadas dos respectivos extratos bancários

Os demonstrativos contábeis mensais deverão ser disponibilizados às Coordenações até o dia 20 do mês subsequente ao de referência.

2.1.6.2.1.4. RELATÓRIOS ANUAIS

Por ocasião do encerramento do exercício, serão emitidos, além dos relatórios referentes ao mês de dezembro, os relatórios que demonstram os saldos acumulados, no exercício, das contas de resultado e a posição patrimonial e financeira em 31 de dezembro. São peças componentes das demonstrações contábeis

- a) Balancete Analítico de Verificação - com o movimento do período de 1º de Janeiro a 31 de dezembro do exercício encerrado;



- b) Balanço Financeiro;
- c) Balanço Patrimonial Comparado;
- d) Demonstração das Variações Patrimoniais;
- e) Conciliações bancárias, acompanhadas dos respectivos extratos bancários;
- f) Análises das contas de Ativo e Passivo (notas explicativas).

O Contabilista deverá encerrar os balanços e apresentar os demonstrativos contábeis anuais até o dia 31 de janeiro do ano seguinte ao de referência.

2.1.6.2.1.5. PLANO DE CONTAS

Estrutura – O Plano de Contas é estruturado de forma hierárquica e é padrão do IDTECH, observadas a legislação aplicável e as características específicas do Instituto.

Ativo - Compreende todas as contas correspondentes aos bens e direitos do Instituto, demonstrando a aplicação dos recursos.

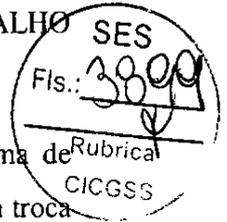
- Ativo Financeiro. Compreende a disponibilidade em Caixa e Bancos e os direitos pendentes ou em circulação, realizáveis até o término do exercício seguinte;
- Ativo Permanente. Representa as imobilizações em bens móveis e imóveis, os créditos e valores diversos de caráter permanente.

Passivo - Corresponde às obrigações, evidenciando a origem dos recursos aplicados.

Patrimônio Social - Representa o Ativo Real Líquido.

Receita - São contas representativas dos recursos auferidos no exercício, a serem computadas na apuração do resultado do Instituto, desdobradas nas seguintes categorias econômicas:

- a) Receitas Correntes – de natureza contínua, resultantes da arrecadação de serviços e patrimoniais;



b) Receitas com Subvenções – assistência governamental geralmente na forma de contribuição de natureza pecuniária, mas não só restrita a ela, concedida ao Instituto em troca do cumprimento condições relacionadas às atividades operacionais do contrato assinado pela entidade;

c) Receitas Financeiras – juros recebidos, descontos obtidos, o lucro na operação de reporte e os rendimentos nominais relativos a aplicações financeiras de renda fixa;

d) Receitas com Doações – constituem-se em transferência de dinheiro ou outros ativos para o Instituto, ou um cancelamento de um passivo, sem a necessidade de uma contrapartida.

Despesa - Compreende as contas representativas dos recursos despendidos no exercício financeiro, a serem computadas na apuração do resultado do Instituto, subdivididas por projeto e/ou contrato de gestão executado.

2.1.6.2.2. FINANCEIRO

2.1.6.2.2.1. OBJETIVO

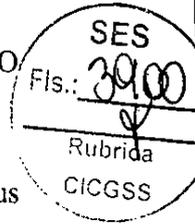
Padronizar e racionalizar o processamento da despesa em âmbito do Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano - IDTECH.

2.1.6.2.2.2. PROCEDIMENTOS

As compras e contratações de serviços são realizadas para garantir o suprimento de bens e de serviços imprescindíveis ao cumprimento dos objetivos institucionais do IDTECH.

Todas as despesas de compra de material ou de contratação de serviços deverão ser feitas mediante processo constituído de acordo com o Regulamento de Compras e Contratações vigente, devendo ser observados os procedimentos legais estabelecidos.

Como os recursos são repassados pelo órgão contratante e também estão sujeitos às crises econômicas, bem como a problemas referentes a atrasos nos repasses de recursos, a gestão financeira definiu um plano de contingência que consiste nas seguintes premissas:



- a) Priorizar o pagamento de obrigações assumidas com seus colaboradores/empregados e com fornecedores de materiais e insumos que impactam diretamente na segurança da assistência aos pacientes / gerenciamento de riscos;
- b) Suspender obras e reformas de ampliação realizadas com eventuais sobras de recursos para custeio, bem como aquelas que não impactam negativamente nas metas contratuais de produção;
- c) Rescindir ou suspender contratos de serviços assessoriais;
- d) Negociar com fornecedores e prestadores de serviço sobre o parcelamento de valores pendentes de pagamento;
- e) Revisar com os prestadores de serviços de suporte à assistência, fluxos e rotinas que resulte na redução de custos, mantendo a segurança de pacientes e colaboradores.

2.1.6.2.2.3. LIQUIDAÇÃO E PAGAMENTO

O material ou o serviço deverá guardar conformidade com as especificações e as quantidades contratadas, devendo ser exigido do fornecedor as garantias relativas à compra ou ao serviço contratado.

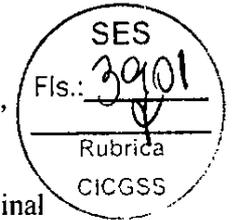
Entre o recebimento do material ou do serviço e o pagamento da despesa deverá ser observado um intervalo mínimo para o processamento das providências necessárias ao controle financeiro.

O pagamento da obrigação somente é autorizado após ser atestado pelo setor requisitante, que além de conferir o material, deverá verificar os documentos do fornecedor, como a legalidade da nota fiscal, a incidência e retenção de tributos e encargos.

Só poderão ser pagas despesas dentro do exercício vigente, salvo se o gasto houver sido registrado contabilmente (empenhado) para o exercício futuro.

2.1.6.2.2.4. FORMAS DE PAGAMENTO

Os pagamentos de despesas dar-se-ão pela emissão de cheque nominal ao fornecedor, devidamente cruzado, ou pelo Sistema Eletrônico de Pagamentos disponíveis na rede bancária.



O cheque será entregue ao fornecedor mediante recibo de quitação da despesa, revestido das formalidades legais.

Se solicitado pelo fornecedor, poderá haver o depósito em conta corrente nominal a ele, permanecendo o demonstrativo de depósito em poder da unidade do Instituto como comprovante do pagamento.

No caso dos pagamentos efetuados via Sistema Eletrônico de Pagamentos, o relatório de pagamentos efetuados, devidamente conciliado com o extrato bancário, é o comprovante da quitação da despesa.

2.1.6.2.2.5. ENCARGOS E TRIBUTOS

Para as despesas de prestação de serviço, mediante emissão de Nota Fiscal, deverão ser observadas as regras de retenção de impostos:

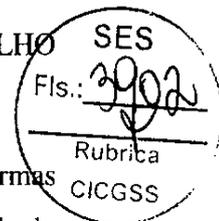
- IR, PIS, Cofins e CSLL – Lei nº 9.430/96, conjugada com as Instruções Normativas das Secretaria da Receita Federal nº 480 e 539;
- INSS – Instrução Normativa nº 3, da Secretaria de Receita Previdenciária do Ministério da Previdência Social;
- IRPF – Tabela Progressiva;
- ISS – Regras definidas por cada município.

Para serviços de profissionais autônomos, deverá haver retenção do Imposto de Renda (quando ultrapassar o limite de isenção), de INSS e o recolhimento do ISS (conforme regra definida pelo município sede do prestador do serviço).

Todos os pagamentos que tiverem a incidência de retenção de tributos deverão ser previamente submetidos ao Setor Contábil para cálculo do Imposto, da retenção do valor devido e emissão da Guia de Recolhimento correspondente. O Contador responde pelas incoerências e falta de recolhimento de tributos exigidos por Lei.

Quesitos para a execução da Despesa

- a) Disponibilidade Financeira – existência de recursos financeiros para suportá-la
- b) Legitimidade – toda a despesa deve ser prevista em Orçamento do exercício a que se refere o gasto, com enquadramento perfeito e claro de dispêndio



c) Legalidade – toda a despesa deve se revestir das formalidades legais e das normas internas. Verificar principalmente as certidões negativas da Receita Federal do Brasil, do FGTS e do Município

d) Competência – a despesa relativa a contratos e serão apropriadas/compromissadas em cada exercício financeiro, pela parte a ser nele executada.

2.1.6.2.2.6. FUNDO FIXO

Será autorizada a concessão de suprimento de fundos fixos para funcionários alocados na sede, sempre a serviço do Instituto, para pagamento de despesas de pronto pagamento.

Os valores concedidos ao funcionário responsável e os seu respectivo substituto, no caso de eventual afastamento, serão definidos e nomeados por meio de portaria da Coordenação Executiva. O setor responsável procederá à solicitação da concessão do suprimento de fundo fixo para o funcionário designado, apresentando posteriormente o documento fiscal que comprove tal despesa. Este documento deverá ser emitido com o CNPJ e razão social do IDTECH para o contrato de gestão específico.

2.1.6.2.2.7. INDICADORES FINANCEIROS

Mensalmente também serão demonstrados a partir dos indicadores financeiros abaixo relacionados ao desempenho e evolução mensal financeira do Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano - IDTECH.

- Índice de Liquidez Corrente
- Índice de Liquidez Imediata
- Índice de Participação de Capital de Terceiros
- Garantia do Patrimônio Social ao Capital de Terceiros
- Composição dos Exigíveis (tipo de obrigação)
- Composição dos Exigíveis (por vencimento)
- Índice de Gastos Administrativos
- Índice de Acumulação de Superávit



2.1.6.2.3. CUSTOS

2.1.6.2.3.1. OBJETIVO

Apurar os custos utilizando o sistema de custeio por absorção pleno, ou seja, a extensão dos insumos utilizados para o custeio dos serviços não fica restrita aos custos de produção; mas também agrega as despesas operacionais.

No conceito de Gestão Gerencial de Custos as informações na forma de relatórios de custos serão disseminadas a todos os níveis da organização com o envolvimento e participação das chefias, gerências e diretorias, para a avaliação de desempenho do setor e adequação dos custos de acordo com parâmetros e perfis adequados para o setor; e com o objetivo de que cada nível hierárquico tenha condições de planejar, controlar e decidir com eficiência e eficácia.

2.1.6.2.3.2. TERMINOLOGIA

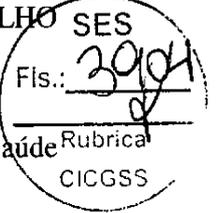
- **Centros de Custos Produtivos** – são aqueles que atendem diretamente ao paciente desenvolvendo as atividades principais da Instituição. Os Centros de Custos Produtivos, por serem finalísticos, não tem seus custos rateados, ou seja, repassados para outros. Pelo contrário eles recebem ou arcam com os custos dos Centros de Custos Administrativos e Auxiliares.

- **Centros de Custos não Operacionais** - são aqueles que não estão diretamente relacionados às atividades principais do hospital, porém não são rateados, assim como acontece com os Centros de Custos Produtivos.

- **Centro de Custos Auxiliares** - São os Centros de Custos de apoio que produzem bens ou serviços que auxiliam na assistência ao paciente e terão seus custos rateados as demais Centros de Custos.

- **Centros de Custos Administrativos** - São os relacionados com as atividades

[Handwritten signature and initials]



administrativas e trabalham como suporte para funcionamento completo da Unidade de Saúde e terão seus custos rateados aos demais Centros de Custos.

2.1.6.2.3.3. APURAÇÃO DOS CUSTOS

Os custos devem ser monitorados mensalmente a fim de se atingir a meta estabelecida para controle. Anualmente, nas revisões e atualizações do planejamento estratégico a meta de diminuição de custos deve ser avaliada e ajustada conforme critérios internos e externos.

2.1.6.3. Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almojarifado e Patrimônio

Assim como também já é adotado pelo IDTECH em suas outras unidades gerenciadas, é utilizada uma Política de Regulamentação Patrimonial (descrito abaixo), contendo as normas de controle e gestão de bens móveis e materiais de consumo, institucionalizada pelo Idtech e passível de aplicação na Hemorrede, conforme:

REGULAMENTAÇÃO PATRIMONIAL

Normas de Controle e Gestão de Bens Móveis e Materiais de Consumo

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art.1º. O controle e a gestão de bens móveis e materiais de consumo no âmbito do IDTECH obedecerão ao disposto nesta normatização.

Art.2º. Para fins desta Normatização considera-se:



I – Material: equipamentos, componentes sobressalentes, acessórios, veículos, matérias-primas, outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades administrativas e de execução do IDTECH, inclusive bens de consumo;

II – Material ou bem permanente: aquele que, pela própria natureza, possuir durabilidade superior a 02 (dois) anos, cujo valor intrega o patrimônio do IDTECH;

III – Unidade administrativa: unidades da estrutura organizacional (organograma) do IDTECH ou postos de trabalho constantes dos contratos de gestão celebrados com órgãos públicos.

DA AQUISIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Art.3º. A aquisição de materiais no âmbito do IDTECH compreende os seguintes tipos:

I – Compra: operação de aquisição remunerada de bens, mediante preço previamente ajustado;

II – Cessão: modalidade de movimentação de material do acervo, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade;

III – Doação: ato de liberalidade pelo qual os contraentes trocam entre si coisas de sua propriedade e, só se dará mediante as condições previstas no Estatuto Social;

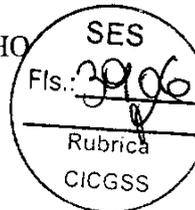
IV – Transferência: modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra;

V – Comodato: designa o contrato, a título gratuito, em virtude do qual uma das partes cede por empréstimo a outra determinada coisa para que a use pelo tempo e nas condições pré-estabelecidas.

Art.4º. A aquisição de material na modalidade compra será efetuada pela Gerência de Contratos e Licitações e, quando necessário, via Comissão Permanente de Licitação, de forma planejada, visando alcançar a economicidade, eficiência e eficácia na gestão de recursos orçamentários, financeiros e materiais.

Art.5º. As compras terão por princípio, respeitada a legislação em vigor, a padronização do material em uso, de forma a reduzir o número de itens, visando a simplificação dos processos de obtenção, controle de estoque e levantamento de inventários.

2070
A



Art.6º. Os materiais deverão ser catalogados e, quando possível, codificados, com base na nota fiscal, devendo ser catalogadas todas as informações à identificação do material e do processo de compra.

Art.7º. Os pedidos de compra de materiais não catalogados deverão conter todos os elementos essenciais à sua caracterização, acompanhados, se necessário, de modelos gráficos, projetos, amostras e outros elementos que se fizerem necessários.

Art.8º. As compras realizadas fora da programação da Gerência de Material e Patrimônio serão efetuados somente depois de atingido o nível mínimo de estoque no almoxarifado;

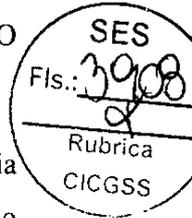
§ 1º. As solicitações de itens que não fizerem parte do catálogo normal de materiais mantidos pela Gerência de Material e Patrimônio serão efetuados diretamente ao coordenador administrativo-financeiro, a quem caberá a análise da oportunidade e conveniência da aquisição;

§ 2º. Na hipótese do parágrafo anterior, caso a solicitação seja deferida pela Coordenação Administrativa-Financeira, poderá ser modificado o catálogo de materiais, por iniciativa da Gerência de Material e Patrimônio, para inclusão daquele item, desde que verificada a necessidade de aquisição para as demais unidades administrativas.

Art.9º. A quantidade de material a ser adquirida fica limitada à existência de espaço físico para seu armazenamento em condições adequadas de segurança e conservação.

Parágrafo Único – Fica proibida a aquisição de material permanente em quantidade superior à da pronta destinação e utilização por parte das unidades requisitantes, ressalvadas aquelas destinadas à reserva técnica para substituição imediata em caso de manutenção, para acomodação de novos colaboradores ou implantação de novas unidades e/ou projetos / contratos de gestão.

Art.10º. Os materiais sujeitos à deterioração ou ao risco de se tornarem obsoletos deverão ser adquiridos em quantidades suficientes para a plena utilização, adotando-se, para



Art.14. As Notas Fiscais de materiais deverão ser entregues diretamente na Gerência de Material e Patrimônio, para serem conferidas e depois repassadas à Coordenação Administrativa-Financeira ou por quem este delegar esta atribuição.

Parágrafo Único – As Notas Fiscais de materiais adquiridos com recursos do Fundo Rotativo / Suprimento de Fundos também serão conferidas pela Gerência de Material e Patrimônio e depois repassadas ao gestor/suprido do fundo.

Art.15. O recebimento de materiais oriundos de compra, cessão, doação, permuta ou transferência e comodato será provisório quando da entrega e definitivo após a aceitação / inserção no patrimônio do IDTECH.

§ 1º. O recebimento provisório não caracteriza sua aceitação;

§ 2º. A aceitação é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais, que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade da Nota Fiscal que, por sua vez, deverá estar em conformidade com o Pedido / Solicitação de Compras;

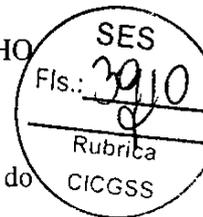
§ 3º. Nas operações de cessão, doação, permuta ou transferência, a verificação da descrição, qualidade e quantidade deverá ser realizada tomando-se por base as informações constantes dos respectivos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência.

Art.16. Nas operações de compra a aceitação deverá ser atestada na respectiva Nota Fiscal ou na Nota Fiscal/Fatura e, nos demais casos, nos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência, devendo o atestado ser assinado pela Gerência de Material e Patrimônio, em carimbo próprio.

§1º. Quando para aceitação for necessário conhecimento técnico específico, a Nota Fiscal/Fatura também deverá ser atestada por pessoa habilitada para esse fim;

§2º. Nos casos em que o material não esteja relacionado no Catálogo de Materiais será necessário o atesto/assinatura, também, do responsável pelo setor solicitante.

Art.17. Os documentos relativos à aquisição, recebimento e atestados de material e patrimônio deverão ser assinados por extenso ou conter o carimbo de identificação do assinante.



Art.25. A Gerência de Material e Patrimônio manterá o registro do patrimônio do IDTECH, por meio de sistema próprio, com vistas ao controle e gestão de equipamentos e materiais permanentes de forma a:

- I – registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes;
- II – registrar e informar a localização dos bens;
- III – registrar os agentes responsáveis;
- IV – emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade;
- V – controlar a movimentação de material;
- VI – identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;
- VII – permitir a obtenção de informações gerenciais.

Art.26. Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pela Gerência de Material e Patrimônio, sendo vedada a sua saída sem o devido registro, etiquetamento e Termo de Responsabilidade.

Parágrafo Único - O tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por meio de numeração específica do sistema patrimonial do IDTECH, com a finalidade de identificá-lo e individualizá-lo.

Art.27. Para fins de tombamento será realizado o registro patrimonial de todos os materiais permanentes, o qual deverá conter:

- I – número de tombamento;
- II – descrição do material;
- III – modelo, número de série de fabricação, se for o caso;
- IV – valor de aquisição;
- V – data de aquisição e número de autos;
- VI – número do documento fiscal;
- VII – estado de conservação do material;
- VIII – outras observações consideradas indispensáveis.

Parágrafo Único – Para fins de registro patrimonial, o bem cujo valor de aquisição for desconhecido, será avaliado tomando como referência o valor de outro bem, semelhante ou sucedâneo, no mesmo estado de conservação e a preço de mercado.



- I – furto;
- II – extravio;
- III – dano irreversível que impossibilite sua utilização ou alienação;
- IV – cessão;
- V – alienação.

Parágrafo Único – Nos casos de furtos e extravio, o coordenador executivo determinará as ações necessárias para apuração de responsabilidades, visando indenizar o IDTECH e aplicar penalidades administrativas, observada a legislação em vigor.

Art.34. Toda incorporação ou baixa no patrimônio será objeto de registro no sistema próprio concomitantemente à sua ocorrência.

Art.35. A devolução de qualquer bem ou material à Gerência de Material e Patrimônio deverá ser precedida de comunicação formal devidamente fundamentada.

Parágrafo Único – Sempre que a quantidade de material a ser devolvido depender de conferência por parte da Gerência de Material e Patrimônio, em razão da quantidade ou da natureza, deverá ser previamente agendada a data da efetivação da devolução.

DAS REQUISIÇÕES E DISTRIBUIÇÃO DOS BENS

Art.36. A requisição de qualquer material, realizada em formulário próprio ou, efetivamente, por meio de sistema eletrônico de processamento de dados, deverá ser feita observando-se os códigos e padrões a serem adotados.

§ 1º- Toda requisição de material de consumo ou bem permanente deverá ser registrada no sistema de controle do almoxarifado e patrimonial da Gerência de Material e Patrimônio, respectivamente;

§ 2º - As unidades administrativas deverão encaminhar as solicitações de material com antecedência à Gerência de Material e Patrimônio, a fim de possibilitar a separação e organização do material a ser entregue.

Art.37. Os dirigentes das unidades administrativas e titulares das Coordenações, Gerências, Setores e Serviços poderão indicar, por meio de comunicação formal,



colaboradores a serem cadastrados pela Gerência de Material e Patrimônio (almoxarifado), para requisição de material de consumo.

Art.38. A Gerência de Material e Patrimônio tem competência para atender ou não, no todo ou em parte, os pedidos que, em razão da quantidade superior ao consumo da unidade requisitante em períodos pré-determinados, se mostrem supérfluos, desnecessários ou incompatíveis com o interesse da administração ou necessidade do serviço, observados os critérios definidos pela Coordenação Administrativa-Financeira.

Art.39. O atendimento à requisição fica também sujeito às seguintes condições:

I – quantidade existente;

II – análise do consumo da unidade em períodos pré-determinados;

III – prioridade de atendimento a determinadas áreas definidas pela administração;

IV – vinculação do material catalogado às áreas específicas, requerendo, quando de sua solicitação por áreas diversas, a necessária autorização da Coordenação Administrativa-Financeira;

§ 1º - Será sempre necessária a justificativa da unidade requisitante se a quantidade requisitada de determinado material for maior que a média de consumo obtida por meio da análise de consumo de que trata o inciso II;

§ 2º - As unidades que possuem prerrogativa de solicitação de material de uso exclusivo deverão manter controles que possibilitem a identificação de sua destinação;

§ 3º - As unidades que demandam materiais em grande quantidade, ou cujo consumo, dependendo das atividades programadas, sofram grandes variações, deverão apresentar previsão, com código e quantidade de material, ao longo do exercício, para fins de programação das unidades envolvidas.

Art.40. A Gerência de Material e Patrimônio (almoxarifado) deve distribuir às unidades requisitantes os materiais estocados fisicamente a mais tempo ou, se for o caso, cujo prazo de validade esteja mais próximo de expirar, utilizando o critério PEPS – Primeiro que Entra, Primeiro Sai.



SES
Fls.: 3914
Rubrica
CICGSS

Art.41. Não havendo disponibilidade do material solicitado em estoque, deverá a Gerência de Material e Patrimônio verificar se há processo em andamento para a aquisição do mesmo e a fase em que se encontra e, se não houver, tomar as providências necessárias para iniciá-lo.

Art.42. A Gerência de Material e Patrimônio permanecerá fechada para atendimento nos últimos 02 (dois) dias úteis de cada mês, oportunidade na qual serão realizadas as averiguações e contagens de estoque (balanços).

Parágrafo Único - As solicitações encaminhadas durante o período supracitado serão atendidas a partir do primeiro dia útil subsequente, observada a ordem cronológica de recebimento.

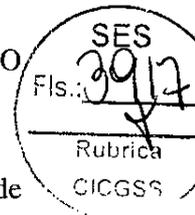
DA ALIENAÇÃO, CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE BENS PATRIMONIAIS

ART.43. A alienação de bens, subordinada à existência de interesse do IDTECH, devidamente justificada, consiste na operação que transfere o direito de propriedade e compreende as seguintes formas:

- I – venda;
- II – permuta;
- III – doação.

Art.44. A alienação de material e bens móveis fica condicionada à avaliação, classificação, formação prévia de lotes, realizadas por comissão composta por pessoas habilitadas, e licitação, dispensada esta nos seguintes casos:

- I – permuta, permitida exclusivamente entre unidades do IDTECH;
- II – doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência sócio-econômica, relativamente à escolha de outra forma de alienação e sempre mediante aprovação em Assembléia Geral e de conformidade com as disposições estatutárias;
- III – venda, de bens produzidos ou comercializados pelas unidades do IDTECH, em virtude de suas finalidades.



Art.55. Os recursos provenientes das alienações de material, obtidos através de processo licitatório, deverão ser recolhidos em conta própria segundo a origem dos recursos quando da aquisição dos mesmos.

Parágrafo Único -A alienação de bens ou materiais, mediante dispensa prévia de licitação, somente poderá ser autorizada quando se revestir de justificado interesse público ou, em casos de doação, quando para atender ao interesse social.

Art.56. Os símbolos nacionais, armas, munições, materiais pirotécnicos ou outros que possam ocasionar perigo ou transtorno serão inutilizados de acordo com a legislação e normas específicas.

DOS INVENTÁRIOS

Art.57. O inventário é o arrolamento de todos os bens e materiais de consumo existentes em estoque, que tem por finalidade:

- I – verificar a existência física dos bens e materiais;
- II – informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- III – confirmar os agentes responsáveis pelos bens;
- IV – manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;
- V – apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;

VI – subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes em 31 de dezembro de cada ano.

Art.58. O inventário físico no âmbito do IDTECH, para verificação dos saldos de estoque nos almoxarifados, equipamentos e materiais permanentes em uso nas unidades administrativas, será:

I – ANUAL: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais e materiais de consumo existentes em estoque, do acervo de cada unidade gestora, em 31 de dezembro de cada exercício;

II – TRIMESTRAL;



III – EVENTUAL: realizado em qualquer época por iniciativa dos coordenadores executivos, administrativo-financeiro ou pela própria Gerência de Material e Patrimônio.

Art.59. Com a finalidade de realizar os inventários de que trata o artigo anterior, bem como manter atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis e subsidiar as tomadas de contas, poderá ser instituída uma Comissão Permanente de Inventário, a qual será composta por no mínimo 03 (três) membros, designados pelo coordenador executivo.

Parágrafo Único – Os membros das comissões de que se trata o caput serão designados até o dia 31 de março de cada ano, por um período de 01(um) ano.

Art.60.O inventário analítico é a verificação dos saldos, estado de conservação e localização dos bens e materiais existentes nas diversas unidades administrativas, bem como dos agentes por eles responsáveis, devendo ser todos elencados no artigo 27 desta Normatização.

Parágrafo Único – O inventário de que se trata o caput será realizado pela(s) Comissão(ões) Permanente(s) de Inventário, obedecendo os mesmos prazos fixados para realização do inventário físico anual, em conformidade com os §§ 1º e 2º do art.63, deste ato.

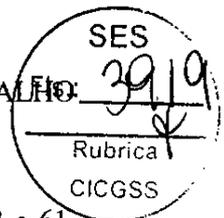
Art.61. A Gerência de Material e Patrimônio, sem prejuízo de outras normas de controle dos sistemas competentes, poderá também utilizar como instrumento gerencial os seguintes inventários:

I – ROTATIVO: que se consiste na conferência diária dos itens estocados, em parcelas, de modo que no período de um mês todo o estoque tenha sido conferido, com vista a manter efetivo controle dos estoques;

II – POR AMOSTRAGEM: que consiste no levantamento em bases mensais de amostras de itens de material de um determinado grupo ou classe, e inferir os resultados para os demais itens do mesmo grupo de classe.

III – INICIAL, DE EXTINÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO: quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas no âmbito do IDTECH, para identificação e registro de bens.

9
A
[Signature]



Art.62. As pendências decorrentes dos inventários de que tratam os artigos 58 e 61, deverão ser sanadas no prazo de 180 dias, a contar da verificação da ocorrência.

Art.63. A(s) Comissão(ões) Permanente(s) de Inventário deverá(ão), obrigatoriamente, realizar o inventário físico anual, mediante formalização de procedimento administrativo, no qual conterà também a verificação do estado de conservação dos bens e materiais, de forma a avaliar a gestão dos mesmos pelos agentes responsáveis, assim como evitar a permanência de material inservível ou ocioso nas unidades administrativas do IDTECH.

§ 1º. O prazo para conclusão processo do inventário físico anual, para fins de encerramento de exercício, será até o dia 15 de janeiro de cada ano, enquanto os demais seguirão os prazos fixados nos seus respectivos termos de autorização;

§ 2º. O inventário físico anual será encaminhado à Gerência de Apoio Contábil, a qual, após aprovação, encaminhará cópia do mesmo às Coordenações Administrativa-Financeira e Executiva, que, por sua vez, o encaminharão aos Conselhos de Administração e Fiscal do IDTECH.

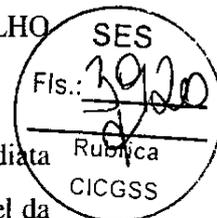
DA RESPONSABILIDADE DOS COLABORADORES

Art.64. Todos os colaboradores são responsáveis pelos bens que lhes são confiados, devendo observar, no seu manuseio, dentre outros cuidados necessários à guarda, localização, segurança e preservação, no que couber, aqueles constantes do anexo II desta Normatização;

§ 1º. Todas as unidades administrativas deverão arquivar, em pasta própria, os termos de responsabilidade e de ocorrência, com a finalidade de manter o controle dos bens permanentes sob sua guarda e uso;

§ 2º. Todas as unidades administrativas deverão manter um controle de estoque dos materiais de consumo que lhes forem disponibilizados.

Art.65. Os colaboradores serão chamados à responsabilidade pelo desaparecimento de bem ou material de consumo que lhes forem confiados para guarda e uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causarem, estejam ou não sob sua guarda.



Art.66. Qualquer irregularidade ocorrida com bem ou material será objeto de imediata comunicação formal, de maneira circunstanciada, por parte do colaborador ou responsável da unidade administrativa ou por iniciativa da própria Gerência de Material e Patrimônio.

§ 1º. Além da hipótese prevista no caput, imediatamente após a conclusão do inventário físico anual de que trata o artigo 58, inciso I, desta normatização, caso seja detectada a qualquer irregularidade, deverá ser procedida, em processo distinto, a apuração de responsabilidade objetivando a localização do bem desaparecido ou ressarcimento do valor correspondente;

§ 2º. Para efeito do disposto neste artigo considera-se irregularidade toda ocorrência que resulte em prejuízo ao IDTECH, relativamente a bens e materiais de sua propriedade ou sob sua guarda.

Art.67. Independentemente das sanções administrativas e penais cabíveis, o colaborador responsabilizado pela avaria ou desaparecimento de bem ou material deverá arcar com as despesas de recuperação, substituí-lo por outro com as mesmas características ou indenizar em dinheiro, pelo preço da avaliação, apurado pela Comissão Especial de Avaliação, o valor correspondente.

Parágrafo Único – As empresas prestadoras de serviço ao IDTECH deverão indenizar o mesmo, em virtude de dano, furto ou extravio causados por seus empregados, direta ou indiretamente, com culpa ou dolo, mediante pagamento em parcela única.

Art.68. Para fins de apuração das irregularidades previstas nesta normatização, considera-se:

I – colaborador responsável: o colaborador que se responsabiliza perante o IDTECH, assinando o respectivo termo e que, de forma direta ou indireta, pode propiciar ou facilitar a ocorrência da irregularidade;

II – autor: o agente, inclusive o definido no inciso anterior, que praticou a irregularidade.

Art.69. O processo de responsabilidade deverá ter caráter sigiloso.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS



Art.70. Aos processos administrativos de alienação de materiais no âmbito do IDTECH aplicam-se, no que couber, as disposições da legislação pertinente em vigor.

Art.71. Fica vedada a utilização de qualquer recursomaterial, humano ou financeiro do IDTECH namanutenção de bens particulares, exceto aquele que se incluamnas hipóteses de cessão ou comodato.

Art.72. Todas as atividades inerentes ao registro e controle de bens patrimoniais de que trata este ato, serão transferidos automaticamente para a Gerência de Material e Patrimônio.

Art.73.Os casos omissos serão resolvidos pela Coordenação Executiva.

Art.74. Esta normatização entrará em vigor após aprovação pelo Conselho de Administração e publicação no órgão oficial de imprensa do Município de Goiânia-GO, revogando-se as disposições em contrário.

FÓRMULAS PARA RENOVAÇÃO E REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

O acompanhamento dos níveis de estoque e as decisões de quando e quanto comprar deverão ocorrer em função da aplicação das fórmulas deste anexo.

Os fatores de requerimento são definidos:

Consumo Médio Mensal (C). Média aritmética do consumo nos últimos 12 meses;

Tempo de Aquisição (T). Período decorrido entre a emissão do pedido de compra e o recebimento do material no almoxarifado (sempre relativo à unidade mês);



Intervalo de Aquisição (I). Período compreendido entre duas aquisições normais e sucessivas;

Estoque Mínimo ou de Segurança (Em). É a menor quantidade de material a ser mantida em estoque, capaz de atender a um consumo superior ao estimado para um certo período ou para atender à demanda normal em caso de atraso da entrega da nova aquisição. É aplicável tão somente aos itens indisponíveis aos serviços da unidade administrativa do IDTECH. Obtém-se multiplicando o consumo médio mensal por uma fração do tempo (f) de aquisição que deve, em princípio, variar de 0,25 de T a 0,50 de T;

Estoque Máximo (EM). A maior quantidade de material admissível em estoque, suficiente para o consumo em certo período, devendo-se considerar a área de armazenagem, disponibilidade financeira, imobilização de recursos, intervalo e tempo de aquisição, perecimento, obsolescimento, etc.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição;

Ponto de Partida. (Pp). Nível de Estoque que, ao ser atingido, determina imediata emissão de um pedido de compra, visando a recompletar o Estoque Máximo.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Tempo de Aquisição;

Quantidade a Ressuprir (Q). Número de unidades a adquirir para recompor o

Estoque Máximo, obtém-se multiplicando o Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição.

As fórmulas aplicáveis à gerência de Estoque são:

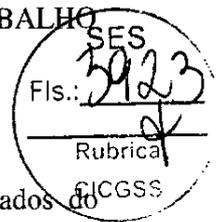
Consumo Médio Mensal. $C = \text{Consumo Anual} / 12$

Estoque Mínimo. $Em = C \times f$

Estoque Máximo. $EM = Em + C \times I$

Ponto de Partida. $Pp = Em + C \times T$

Quantidade a Ressuprir. $Q = C \times I$



Os parâmetros de revisão poderão ser redimensionados à vista dos resultados do controle e corrigidas as distorções porventura existentes nos estoques.

NORMAS DE SEGURANÇA PARA ARMAZENAGEM DE MATERIAL NO ALMOXARIFADO

I – Os princípios básicos para a organização do almoxarifado são os seguintes:

- a. um lugar para cada material e cada material em seu lugar;
- b. maximização da utilização do espaço; e
- c. garantia do maior nível de segurança.

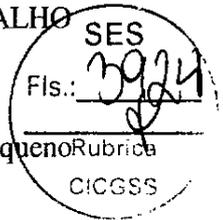
II – O almoxarifado deverá observar as seguintes normas:

quanto ao armazenamento:

- a. os materiais devem ficar agrupados por classe, de forma a viabilizar sua rápida conferência, adotando-se um sistema de endereçamento físico, possibilitando sua localização;
- b. os materiais não devem ser armazenados em contato direto com o piso;
- c. as etiquetas na face da embalagem devem ficar voltadas para o lado avesso;
- d. os materiais de menor peso nas prateleiras de cima, os de maior nas Estoque Máximo, obtém-se multiplicando o Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição.

quanto à segurança:

- a. existência de extintores de incêndio, mangueira etc, nos tipos e quantidades necessárias, com fácil acesso e manutenção periódica;
- b. portas e janelas com instalações de segurança necessárias (grade, alarmes, trinco, cadeados, fechaduras etc);
- c. proibição de entrada de pessoas estranhas ao local de guarda de materiais, a não ser em objeto de serviços;
- d. portas permanentemente trancadas e atendimento realizado por meio de balcão;



- e. existência de armários trancados para a guarda de materiais de pequeno volume e grande valor;
- f. instalações elétricas em perfeito estado de funcionamento;
- g. proibição de estoque de explosivos e inflamáveis (álcool, gasolina, gás, querosene etc) no almoxarifado, junto a outros materiais, devendo ser observadas as normas de segurança expedidas pelos órgãos técnicos;
- h. arrumação do almoxarifado deve permitir a fácil circulação dentro de sua área, bem como acesso aos extintores e mangueiras de incêndio, por parte do pessoal especializado no combate a incêndios;
- i. colocação de placas indicativas de proibição de fumar no almoxarifado;
- j. proteção contra insetos e roedores; e
- k. reciclagem periódica dos servidores do setor em treinamento na área de medicina e segurança do trabalho e brigada de combate a incêndio.

quanto à movimentação:

- l. existência de meios de locomoção seguros para os materiais. Deve-se evitar a utilização de empregados de firmas prestadoras de serviço nos trabalhos específicos da Gerência de Material e Patrimônio.

Além da referida Política, também são adotados diversos Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), bem como fluxos que poderão nortear os suprimentos dentro da unidade, conforme exemplos relacionados abaixo, que poderão ser adequados conforme a realidade de cada unidade da Hemorrede:

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO – POP'S

Procedimento	
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	
Objetivo	
Estabelecer rotinas de recebimento, conferência, guarda e armazenamento, conservação e controle de materiais e medicamentos, de modo a facilitar e agilizar a dispensação dos mesmos e contribuir para o atendimento com qualidade.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Central de Abastecimento Farmacêutico -CAF	Farmacêuticos e Auxiliar de Almoxarifado

[Handwritten signature and initials]

**Recursos Necessários**

- Ordem de fornecimento;
- Calculadora;
- Lápis ou caneta;
- Bloco de anotações, se necessário.
- Check-list de recebimento.

Cuidados Especiais

- Realizar o procedimento com calma e concentração, sem ceder a pressão do funcionário responsável pela entrega;
- Não rasurar a 1° via do Documento de entrada (Nota fiscal, vale ou nota fiscal doação);
- Toda observação necessária deve ser escrita na Ordem de fornecimento, que deverá ser assinada pelo funcionário;
- Não receber item com prazo de validade inferior a 6 meses. Exceção deve ser verificada junto a chefia da Farmácia;
- Não receber documento de entrada (Nota fiscal, vale ou nota fiscal doação) rasuradas ou ilegíveis.

Sequência do Procedimento

Utilizando o check list de recebimento deve-se adotar as seguintes ações:

- Verificar se a entrega é destinada ao IDTECH, ao setor de Farmácia ou a outro setor do Hospital;
- Verificar a existência de Ordem de Fornecimento. Em caso de negativa, procurar o executor administrativo ou o farmacêutico (que providenciará a ordem ou entrará em contato com o setor de compras do IDTECH para que a mesma seja providenciada);
- Ao receber a entrega de medicamentos e/ou materiais, observar inicialmente o aspecto externo: integridade do produto e, se termolábeis, se estão com temperatura adequada. Em caso de negativa, rejeitar o recebimento;
- Conferir Documento de entrada (Nota fiscal, vale ou nota fiscal doação) com a Ordem de fornecimento: dados do fornecedor; dados do receptor (Hospital); especificações de cada item; quantidade; lote; validade; impressão de ID no documento de entrada; registro da ANVISA;
- Após conferência, assinar na Ordem de fornecimento: o lote, a validade e a quantidade. No check list deve-se anotar: o nome do funcionário da Farmácia que recebeu a entrega; a data em que ocorreu a entrega, número da nota fiscal, número da ordem de fornecimento, assim como todas as observações pertinentes. Carimbar, datar e assinar o canhoto do Documento de entrada e o conhecimento da transportadora que serve para comprovar o recebimento da mercadoria.
- Tirar xerox do Documento de entrada e da Ordem de fornecimento:
 - Tirar uma xerox do Documento de entrada e colocá-los na pasta de entrada;
 - Se a entrega for de medicamentos controlados: a guarda destas medicações deve ser realizada por um Farmacêutico do Setor no armário de controlados.

Ações Corretivas

- Em caso de suspeita de irregularidades (falsificação, violação, adulteração ou impróprios para o consumo) segregar o(s) item(ns) em local distinto e separado dos demais e notificar o Farmacêutico e demais colegas do setor;
- Em caso de qualquer divergência entre a Ordem de fornecimento e o Documento de entrada, procurar o farmacêutico e/ou o setor de compras do IDTECH para providenciar as devidas correções ou providenciar a recusa da entrega;

DIVERGÊNCIA ENTRE DESCRIÇÕES (Ordem de Fornecimento x Insumo)

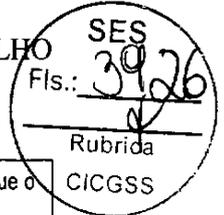
- Notifique o Farmacêutico, imediatamente.

DIVERGÊNCIA ENTRE MARCA COTADA E RECEBIDA

- Notifique o Farmacêutico, imediatamente, e solicite carta de correção de marca.

DIVERGÊNCIA ENTRE QUANTIDADES

- Se vier quantidade menor no Documento de entrada do que na Ordem de Fornecimento, anote o correto, date e assine.
- Se vier quantidade maior no Documento de Entrada do que na Ordem de Fornecimento, separe e encaminhe para devolução.
- Se vier quantidade física real menor do que no Documento de Entrada, notifique o Farmacêutico.



<ul style="list-style-type: none"> Se vier material e/ou medicamento discriminado no Documento de Entrada, porém sem entrega real, notifique o Farmacêutico. <p>DIVERGÊNCIA ENTRE VALORES UNITÁRIO E TOTAL DO ITEM</p> <ul style="list-style-type: none"> Notifique o Farmacêutico, imediatamente. <p>DIVERGÊNCIA ENTRE O CNPJ (BIONEXO X NF)</p> <ul style="list-style-type: none"> Notifique imediatamente a chefia / Farmacêutico
<p>Referências</p> <ul style="list-style-type: none"> Resolução nº 357 de 2 de Abril de 2001 – Conselho Federal de Farmácia. RDC: nº 134 de 29 de Maio de 2003. Dispõe sobre adequação dos medicamentos já registrados. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1988. Aprova o regulamento técnico sobre substância de medicamentos sujeitos a controle especial. Resolução nº 214, de 12 de dezembro de 2006. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos para Uso Humano em farmácias.

Procedimento	
REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS DOS ESTOQUES RESERVAS DAS CLÍNICAS	
Objetivo	
Manter o estoque de controlados da reserva dos setores com quantitativo suficiente para o atendimento das necessidades do setor.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia – Digitação	Farmacêuticos e técnicos de enfermagem
Sala da Supervisão de Enfermagem	
Recursos Necessários	
Formulários de acréscimo;	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> Enfermeira do setor: providenciar os atendimentos de medicamentos controlados, conforme solicitação médica, retirando o que for necessário do estoque de reserva. Providenciar junto ao médico, após o atendimento, a confecção do acréscimo, contendo os itens efetivamente utilizados. Deixar o formulário de acréscimo junto à caixa de reserva de medicamentos controlados, no local previamente estabelecido, com acesso restrito. A reposição deste estoque não deverá ser realizada pelo setor de Dispensação da Farmácia (DOSE). Funcionário da Farmácia do controle de psicotrópicos: ir periodicamente às clínicas e realizar a conferência dos estoques, bem como dos acréscimos. Realizar na Farmácia a saída dos medicamentos conforme os acréscimos por paciente e a transferência dos itens movimentados para reposição, no sistema de controle de estoques (MV). Funcionário da Farmácia: providenciar a reposição dos itens utilizados, para completar os estoques conforme quantitativos estabelecidos, e solicitar a conferência por parte da enfermagem para os itens que estão sendo repostos. As requisições atendidas serão arquivadas. 	
Ações Corretivas	
<ul style="list-style-type: none"> Caso seja observada a falta de acréscimos para medicamentos que tenham sido retirados da reserva, a enfermeira do serviço deverá ser notificada para que providencie os mesmos juntos ao médico. Não serão repostos medicamentos sem os respectivos acréscimos. Caso tenha havido reposição inadvertida por atendimento realizado pela Dispensação da Farmácia (DOSE), o serviço de controlados deverá fazer o rastreamento do ocorrido, e realizar as devidas correções no sistema. O fato deverá ser 	

[Handwritten signature and scribbles]



SES
 Fls.: 3927
 Rubrica
 CIGSS

notificado aos enfermeiros do setor e aos farmacêuticos, a fim de evitar novas ocorrências.

Procedimento	
RECOLHIMENTO DE PRODUTOS COM PROBLEMAS	
Objetivo	
Garantir que os produtos farmacêuticos que estejam suspeitos de causar problemas à saúde ou com irregularidades na comercialização sejam retirados de circulação.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia - Dose	Farmacêuticos e técnicos enfermagem
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> Ficha de identificação de produto interditado; Formulário de notificação de suspeita de reação adversa Queixa técnica a medicamento. 	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none"> Observar sempre as embalagens antes de abrir; O destino a ser dado ao produto com problemas dependerá da recomendação da ANVISA. (Devolução, destruição, etc.) 	
Sequência do Procedimento	
<ol style="list-style-type: none"> Farmácia: proceder ao recolhimento do produto, sempre que chegar ao conhecimento do profissional Farmacêutico que um determinado produto farmacêutico (medicamento ou material) está apresentando alguma irregularidade em sua comercialização e /ou esteja causando danos à saúde; Recolher todas as unidades do produto pertencente ao lote suspeito que estejam nas dependências da farmácia e as que já tenham sido dispensadas para outros setores do Hospital; Recolher as unidades destes itens em desconformidade que forem rastreadas e colocar em local próprio (separado dos demais), no almoxarifado da farmácia, devendo ser identificadas com os dizeres "Produto Interditado"; Manter o registro da conduta que foi tomada para referência e comprovação perante os órgãos responsáveis, de que o produto foi retirado de circulação; Proceder à retirada do produto do sistema de controle de estoque (Sistema MV). 	

Procedimento	
ENTRADA, PROCESSAMENTO E CONTROLE DE NOTAS FISCAIS	
Objetivo	
Estabelecer rotinas de fluxo de processo, lançamento e controle de notas fiscais de materiais e medicamentos, de forma a garantir adequada organização para o arquivamento, rastreamento e pagamento ao fornecedor, com eficiência e qualidade.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF	Executor Administrativo; Auxiliar administrativo; Agente de processamento; Farmacêutico.
Recursos Necessários	

(Handwritten signatures and initials)



SES
Fls.: 3928
Rubrica
CICGSS

- Computador com acesso ao sistema;
- Grampeador;
- Acesso ao programa de controle de protocolo de notas fiscais;
- Carimbo específico;
- Calculadora;
- Impressora.

Cuidados Especiais

- Realizar o procedimento com calma e concentração, para minimizar a possibilidade de erros.

Sequência do Procedimento

FLUXO DE PROCESSO - ENTRADA NO SISTEMA

- Após finalizar procedimento de recebimento e conferência de materiais e medicamentos (POP CAF 006), encaminhar o documento para o lançamento dos produtos no sistema;
- Gerar o relatório de entrada assinar e anotar o código de lançamento gerado pelo sistema;

PROCESSAMENTO

Grampear documentações de processamento na seguinte ordem: **1ª Via que será encaminhada ao IDTECH – nota fiscal original + relatório de entrada gerado e assinado + cópia da ordem de fornecimento + boleto bancário; 2ª Via da CAF – cópia da nota fiscal + cópia da ordem de fornecimento + relatório de entrada gerado e assinado + laudo de qualidade (quando disponível), (Colocar na pasta “Documentos a Conferir”).**

ATESTES DE DOCUMENTOS

- Verificar no Documento de Entrada:

- N° do documento de entrada;
- Natureza da operação;
- Nome e Razão social do destinatário;
- Data de emissão do documento de entrada;
- Data da entrega;
- Data da duplicata (N° de parcelas, vencimento e valor);
- Valor do frete;
- Valor total do documento de entrada;
- Verificar o boleto bancário (Dados do Emitente, Dados do Destinatário, data de vencimento, valor do boleto);
- Conferir material e/ou medicamento confrontando a descrição do item com a ordem de fornecimento e o Documento de Entrada, verificando: se descrição completa da ordem de fornecimento está em acordo com a descrição do Documento de Entrada, se a marca do item entregue é igual ao cotado, informações adicionais, valor unitário, quantidade entregue e valor total do item.

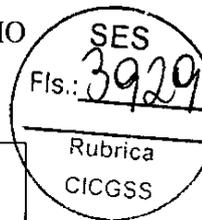
- No Relatório de Entrada verificar:

- Nome do fornecedor;
- Tipo;
- Série;
- Responsável pelo lançamento do documento de entrada no sistema;
- Duplicata (Parcela, vencimento e valor);
- Produtos lançados (Descrição, unidade, quantidade, valor unitário, valor total do item, valor total dos produtos, lote e validade);
- Carimbo e assine.

PROTOCOLO

O Documento de entrada, 1° via - IDTECH é colocado na pasta: **PRIMEIRA VIA IDTECH**. O mesmo será protocolado em programa específico (programa de protocolo de notas). Serão impressos dois relatórios, encaminhados à Diretoria Administrativa para ciência e enviados ao IDTECH para pagamento ao fornecedor.

O Documento de Entrada, 2° via – CAF fica disponível em pasta própria para coleta de dados dos indicadores, onde



posteriormente é arquivada.

Ações Corretivas

- Qualquer informação divergente entre todos os dados avaliados e conferidos, tanto no Documento de Entrada, Ordem de Fornecimento quanto no Relatório de Entrada devem ser listados e resolvidos pelo Farmacêutico, antes de finalizar o ateste de nota fiscal;
- Dúvidas em relação ao recebimento de produto, consulte o Farmacêutico;
- Ao receber algum Documento de Entrada com discriminação de frete, ligar no Departamento de compras para as devidas orientações.

Procedimento

PENDÊNCIA DE NOTAS FISCAIS, DEVOLUÇÃO DE MERCADORIA E COBRANÇA JUNTO AO FORNECEDOR

Objetivo

Solucionar pendências de notas fiscais (entrega, descrição e quantidade erradas) e otimizar o processo de devolução de mercadorias, bem como fortalecer o procedimento de cobrança de resolução junto ao fornecedor.

Local de Execução

Responsável pela Execução

Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF

Farmacêutico

Auxiliar Administrativo

Recursos Necessários

- Caneta;
- Linha telefônica liberada para interurbanos;
- Acesso ao e-mail.

Cuidados Especiais

- Criar um histórico do fornecedor para resguardar a Divisão de Farmácia em caso de protesto de notas fiscais;
- Padronizar as informações do corpo do e-mail:
 - E-mail do fornecedor;
 - Cópia: Gerência de Farmácia; Divisão de Farmácia, Setor de Compras, Fornecedor;
 - Assunto: PROBLEMA, N° DA NOTA FISCAL, FORNECEDOR (CAPS LOOK);
 - Corpo do e-mail: Saudação (Bom dia, boa tarde, boa noite); nome do fornecedor; dados na nota fiscal, descrição sucinta do problema/pendência, solução, obrigado, atentiosamente e a assinatura do responsável.

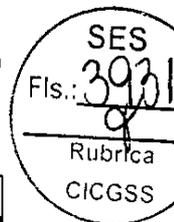
Sequência do Procedimento

- Descobrir alguma pendência, separar, segregar em pasta específica -pendências de notas fiscais- e notificar o Auxiliar Administrativo, no ato do recebimento de materiais e medicamentos;
- Afixar na nota fiscal descritivo da pendência (qual o tipo de pendência);
- Entrar em contato com o fornecedor via telefone;
- Formalizar a queixa via e-mail;
- Imprimir e anexar o e-mail junto à nota fiscal original;
- Aguardar resposta do fornecedor (o tempo de espera para resposta, após o primeiro contato com o fornecedor será de 48 horas// Para os demais contatos o tempo de cobrança será de 24 horas);
- Acompanhar a resolução das pendências.



Procedimento	
PEDIDO MENSAL DE INSUMOS FARMACÊUTICOS	
Objetivo	
Abastecer o Hospital com todos os insumos farmacêuticos necessários, mantendo o controle entre oferta e demanda.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Gerência de Farmácia	Gerente da Farmácia
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none">• Computador com acesso ao Sistema de Controle de Estoque;• Planilha de itens da farmácia com Meta Mensal de consumo de cada item;• Relatório de Estoque disponibilizado pelo sistema INFORMATIZADO.	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none">• Análise cuidadosa do estoque físico e virtual atual, principalmente dos itens que ocupam grande volume para solicitar agendamento parcelado.	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none">• O pedido deve ser entregue no primeiro dia útil do mês após aprovação da compra e de acordo com cronograma do setor de compras;• Na semana que antecede a entrega do pedido mensal, inicia-se a elaboração do mesmo;• De posse do relatório impresso, com estoque atual dos itens no sistema INFORMATIZADO, é realizada conferência entre a quantidade constante no relatório e a quantidade constante nos estoques físicos de cada item da CAF, (Central de Abastecimento Farmacêutico) e possíveis anexos existentes no Hospital;• Elabora-se o Pedido Mensal na planilha estipulando o quantitativo para cada item com base no estoque atual e a meta de consumo;• É realizada a "limpeza" da planilha, deixando somente os itens com quantitativos a serem adquiridos;• Faz-se a conferência do pedido realizado na planilha e depois lança-o no sistema INFORMATIZADO;• Após feito o pedido pelo sistema, gera-se os números dos pedidos e faz -se nova conferência de digitação de cada item;• Depois de elaborado o pedido na planilha; gerado o número no sistema INFORMATIZADO,• Por fim encaminha o Pedido Mensal por e-mail, às Diretorias com cópias para o setor de compras e Farmácia.	
Ações Corretivas	
<ul style="list-style-type: none">• Caso houver alguma retificação, informar imediatamente ao setor de compras e também à Diretoria.	
Referências	
<ul style="list-style-type: none">• Inventário de Estoque atual e pedido anterior.	

Procedimento	
PEDIDO DE COMPRA EMERGENCIAL	
Objetivo	
Realizar pedido de compra extraordinária de item não padronizado e item padronizado, mas que apresentou consumo inesperado.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Gerência de Farmácia	Gerente da Farmácia e Executor
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none">• Relatório Médico;• Computador com acesso no sistema informatizado;• Scanner;	



<ul style="list-style-type: none"> Internet.
Cuidados Especiais
<ul style="list-style-type: none"> O relatório médico deve obrigatoriamente conter os dados do paciente internado no Hospital, data do dia em que foi realizado o relatório, patologia do paciente, tempo estimado de tratamento, quantidade do item a ser adquirido, carimbo e assinatura do médico e também do staff.
Sequência do Procedimento
<ul style="list-style-type: none"> Ao receber prescrição contendo item não padronizado ou ao ser detectado item padronizado, mas que apresentou consumo inesperado inicia-se o processo de compra emergencial; <p>Item não for Padronizado:</p> <p>A chefia da Farmácia recebe o relatório médico com as informações necessárias, scanea o relatório e solicita, por e-mail, avaliação técnica prévia para a diretoria-geral e/ou diretoria técnica; Se parecer favorável, a chefia da Farmácia realiza pedido via MV, e remete o pedido ao setor de compras do IDTECH; Se parecer desfavorável, a diretoria responsável pelo parecer deve avisar ao médico solicitante os motivos da negativa. Após realizar o pedido emergencial, o relatório original deve ser arquivado na pasta destinada para este fim;</p> <p>Item padronizado, mas que apresentou consumo inesperado:</p> <p>O farmacêutico da Dispensação/Dose da CAF ou do controle de psicotrópicos deve avisar imediatamente a chefia da farmácia para que seja realizado o pedido de compra emergencial via sistema MV acompanhado de justificativa da chefia da Farmácia.</p>
Referências
<ul style="list-style-type: none"> Lista de itens padronizados.

Procedimento	
LIMPEZA E ORGANIZAÇÃO DO MOBILIÁRIO DA SALA DE DISPENSAÇÃO	
Objetivo	
Determinar a forma como cada mobiliário da sala de dispensação deve ser limpo, de forma a manter o local adequadamente organizado.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia e Farmácias Satélites	Serviços Gerais
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> Panos de limpeza; Álcool 70%. 	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none"> Iniciar somente o quantitativo de trabalho que possa ser finalizado no mesmo dia, para não deixar materiais fora do lugar; Não utilizar detergente; Ser cuidadoso com os bens para que as etiquetas não sejam arrancadas. 	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> Geladeira: <ul style="list-style-type: none"> Farmacêutico e Auxiliares: Desligar (quando necessário) no final do expediente à tarde e ser limpa na manhã seguinte; Retirar todos os medicamentos da geladeira e colocá-los em caixas de isopor com gelo; Religar a geladeira após a limpeza, com a temperatura estabilizada guardar os medicamentos. Verificar se existem medicamentos vencidos, ao repor os medicamentos; Observar a posição do termômetro, que não deve ficar em contato com as paredes da geladeira, e nem encoberto por medicamentos; Armário de medicamentos, medicamentos controlados e materiais: 	



- Limpar os bins e prateleiras com álcool 70%;
 - Verificar se existem medicamentos vencidos, ou que precisam de troca de embalagem e/ou etiqueta.
 - 2.3. Dispor todos os itens de forma que o consumo seja em ordem cronológica de validade, ou seja, os itens que irão vencer primeiro devem estar na frente e assim sucessivamente.
- Ações Corretivas**
- Se a temperatura da geladeira não estabilizar, avisar o fato para a chefia da Farmácia para que sejam tomadas as providências cabíveis.

Procedimento	
AUDITORIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS COM PRAZO DE VALIDADE PRÓXIMO, BAIXA DE ESTOQUE E INCINERAÇÃO	
Objetivo	
Observar a existência em estoque de materiais e medicamentos que estejam com o prazo de validade próximo do vencimento para segregação, baixa de estoque e encaminhamento à empresa de incineração.	
Local de Execução:	Responsável pela Execução
Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF e Dispensação e Farmácias Satélites	Farmacêutico Auxiliar Administrativo
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Relatório de produtos com prazos de validade expirada (Informatizado) • Relatório de baixa de produtos (Informatizado) • Relatório de identificação de produtos vencidos p/ incineração (planilha XLS). 	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar mensalmente a validade de todos os materiais e medicamentos, evitando assim, a dispensação de produtos vencidos. • Verificar na Dispensação e Farmácias Satélites quais as medicações estão com o vencimento próximo, pois em alguns casos podem ser tomara ações no intuito de se evitar este vencimento. 	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Farmacêutico/Auxiliar Administrativo: gerar e imprimir todo dia 25 de cada mês, o relatório de produtos com prazos de validade, referente ao mês corrente; de posse deste relatório o Farmacêutico verifica se há no estoque físico medicamento e/ou material vencido; recolhe e segrega os itens (verificando a descrição, lote, validade e quantidade); • Farmacêutico/Auxiliar Administrativo: efetuar a baixa destes produtos no estoque virtual (sistema) e gerar o relatório baixa de produtos, justificar, assinar, carimbar este relatório e arquivar em pasta específica, após segregação em local específico e identificado (armário de vencidos); • Preencher relatório de identificação de produtos vencidos para incineração (planilha XLS); Imprimir 3(três) vias; Assinar e carimbar. • Encaminhar à Diretoria Administrativa uma CI com os medicamentos a serem incinerados e o relatório emitido pelo sistema Informatizado – Relatório Baixa de Produtos do Estoque com as devidas justificativas. • Aguardar recolhimento da empresa; encaminhar 1°. Via – arquivo; 2°. Via – empresa; 3°. Via – CCIH; • Farmacêutico/Auxiliar Administrativo: gerar e imprimir todo dia 1°. de cada mês o relatório produto com prazo de validade, referente aos próximos noventa dias. • Farmacêutico: verificar de posse do relatório, quais medicamentos e materiais vencerão neste período e se há carta de comprometimento por parte do fornecedor ou a possibilidade de alguma ação visando evitar este vencimento. • Se positivo, retirar e segregar a mercadoria e notificar o fornecedor via e-mail e telefone para busca e recolhimento; • Se negativo, e se possível encaminhar aos vários setores do hospital para consumo. 	

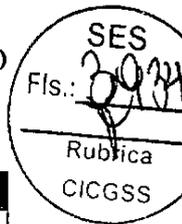
**IDTECH**INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO
idtech.org.br

PROPOSTA DE TRABALHO



Ações Corretivas
Detectado algum medicamento e/ou material cujo prazo de validade tenha expirado ou esteja próximo do vencimento, retirar, segregar, identificar e encaminhar ao Farmacêutico para as devidas providências e baixas.
Referências
<ul style="list-style-type: none"> Resolução RDC n°. 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Procedimento	
REPOSIÇÃO E CONFERÊNCIA DE VALIDADE DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS DOS CARRINHOS DE EMERGÊNCIA	
Objetivo	
Conferir a validade e manter abastecidos os carrinhos de emergência, de forma que materiais e medicamentos estejam disponíveis no momento em que se fizerem necessários.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Carrinhos de emergência	Colaboradores da Farmácia
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos; Materiais; Relação de materiais e medicamentos dos carrinhos em formulário próprio 	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none"> Atenção ao fazer; Cada carrinho de emergência é montado com um quantitativo de materiais e medicamentos estabelecidos pela farmácia e enfermagem. 	
Seqüência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> Verificar o prazo de validade de todos os medicamentos e materiais padronizados nos carrinhos de emergência, onde o insumos com prazo de validade menor do que 90 dias serão retirados e repostos pela farmácia; A farmácia faz apenas a conferência das datas de validade; A reposição dos insumos após consumo é de responsabilidade da enfermagem; Após, lacra-se os carrinhos anotando o referido número em formulário próprio. 	
Ações Corretivas	
No caso de emergência, são retiradas pela enfermagem, materiais e medicamentos necessários para o atendimento do paciente.	



Procedimento	
DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES E MEDICAMENTOS	
DE USO COLETIVO	
Objetivo	
Fornecer materiais médico-hospitalares e medicamentos necessários ao abastecimento das unidades	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia – Dispensação e CAF	Colaboradores da Farmácia
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none">Solicitação realizada no Informatizado;Materiais médico-hospitalares;Medicamentos de uso coletivos.	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none">Não dispensar em requisição de materiais, medicamentos e materiais que só podem ser solicitados em prescrição médica ou solicitação em nome do paciente.Não atender solicitações de unidades que tenham Farmácia Satélite.	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none">Clinicas/Setores: Executar a requisição de materiais e notificar à Farmácia no início de cada plantão;Funcionário da Farmácia: separar os itens da requisição colocando-os nos carrinhos de reposição. Anotar à medida que for feito o atendimento, as quantidades atendidas e informar o que estiver em falta;Funcionário da Clínica: conferir o material que está recebendo e assinar a requisição;Funcionários das Clínicas: trazer os frascos vazios para efetuar a troca apenas do item "TIRA TESTE".	
Ações Corretivas	
<ul style="list-style-type: none">Poderão ser atendidos, eventualmente, alguns itens urgentes e que estiverem em falta em uma das Clínicas, ficando o restante para ser separado depois.	

Procedimento	
ABASTECIMENTO DO SETOR DE DISPENSAÇÃO	
Objetivo	
Abastecer os bins do setor de dispensação de forma que os materiais e medicamentos sejam suficientes para o atendimento das prescrições e solicitações.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia – Dispensação e Farmácias Satélites	Farmacêuticos, técnicos e auxiliares
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none">Formulários de requisição de medicamentos e correlatos e sistema Informatizado.	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none">Não se aplica.	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none">Diariamente, no período matutino (até as 09:00) , o farmacêutico deverá fazer o levantamento dos quantitativos de medicamentos e materiais necessários para o abastecimento dos bins.Utilizar formulário com média de consumo como roteiro para solicitação dos insumos;Solicitar os itens a CAF através do Informatizado;Ao receber os medicamentos e materiais enviados pelo almoxarifado, os mesmos deverão ser conferidos, etiquetados e guardados em seus respectivos locais.	
Ações Corretivas	
Comunicar a Gerência de Farmácia sobre a falta de quaisquer insumo.	



SES
Fls.: 3935
Rubrica
CICGSS

Procedimento	
REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS DO ESTOQUE DE RESERVA DO APOIO E DIAGNÓSTICO	
Objetivo	
Manter o estoque de controlados da reserva do apoio e diagnóstico com quantitativo suficiente para o atendimento das necessidades do setor.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia – Digitação Sala da Supervisão de Enfermagem do apoio e diagnóstico	Farmacêuticos e técnicos de enfermagem
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none">Notificações de receita.	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none">Enfermeira do setor: providenciar os atendimentos de medicamentos controlados, conforme solicitação médica, retirando o que for necessário do estoque de reserva;Providenciar junto ao médico, após o atendimento, a confecção das notificações de receita, contendo os itens efetivamente utilizados;Enfermeira após conferência do quantitativo remanescente, entra em contato com a Farmácia informando o estoque atual e trazendo as notificações para a reposição.Um funcionário da Farmácia e do controle de psicotrópicos: Confere as notificações e faz as respectivas saídas para o setor, pelo sistema Informatizado.Funcionário da Farmácia: providenciar a reposição dos itens utilizados através do sistema Informatizado, para completar os estoques conforme quantitativos estabelecidos, e solicitar a conferência por parte da enfermagem para os itens que estão sendo repostos;Arquivar as requisições atendidas.	
Ações Corretivas	
<ul style="list-style-type: none">Caso seja observada a falta de notificações para medicamentos que tenham sido retirados da reserva, a enfermeira do serviço deverá ser notificada para que providencie os mesmos junto ao médico. Não serão repostos medicamentos sem os respectivos acréscimos.	

Procedimento	
SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS	
Objetivo	
Atender às necessidades dos setores, bem como dos pacientes internados no Hospital.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Sala da Gerência de Farmácia	Gerente da Farmácia
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none">Formulário de Solicitação de Padronização de medicamento;Formulário de padronização de insumos Farmacêuticos.	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none">Não direcionar marca de produto.	
Sequência do Procedimento	

237
P
t
J



1. Solicitante interessado: entrar em contato com a gerência da Farmácia e solicitar formulário de padronização de medicamento e insumos farmacêuticos. O formulário deverá ser assinado pela chefia do setor ou chefe da especialidade;
2. Farmácia: receber e remeter à presidente da comissão de farmácia e terapêutica para que seja protocolado e analisado pela comissão;
3. Farmácia: receber e solicitar avaliação e assinatura da diretoria técnica do Hospital para que o item seja padronizado e para que a Farmácia possa incluir o item na planilha de itens padronizados do Hospital;
4. Arquivar o formulário de padronização de insumos farmacêuticos no setor de Farmácia.

Ações Corretivas

- O formulário que não estiver devidamente preenchido deverá ser devolvido.

Procedimento	
GUARDA E ESTOCAGEM DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	
Objetivo	
Estabelecer rotinas de guarda, armazenamento, conservação e controle de materiais e medicamentos.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF	Farmacêutico/Auxiliar de almoxarifado
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Papel; • Pincel atômico; • Fita crepe; • Fita adesiva; • Porta-pallets. 	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o procedimento com calma e concentração; • Cuidado com a ergonomia no manuseio de caixas pesadas; • Verificar se não há rasgo, furo, vazamento da embalagem do item antes de guardar; • Nenhum item pode ser movimentado, guardado, dispensado, jogado fora, antes da liberação oficial da CAF ou antes da movimentação no sistema (qualquer dúvida procurar o farmacêutico); • Qualquer discrepância entre o estoque físico e o virtual deve ser informada imediatamente; • A estocagem nunca deve ser feita diretamente em contato com o solo/chão e sem contato com a luz solar direta; • A área de estocagem deve ser livre de sujidades, pó, lixo, roedores, aves e insetos e quaisquer animais; • Manter as prateleiras, porta-pallets, estantes, armários e geladeiras sempre limpos, livres de sujidades, bem como livres de caixas e/ou embalagens vazias; • A distância mínima entre os porta-pallets, paredes, inclusive o teto é de 0,6 metros; • Embalagens parcialmente abertas devem ser deixadas na frente para serem usadas primeiro; • Itens que vencerão primeiro devem ser deixadas a frente; • Uma vez por mês, deverá ser impresso no sistema o relatório de vencidos; • Se for um item novo, (1ª aquisição), antes de guardar identificar o local de guarda com especificação correta cadastrada no sistema; • Se a quantidade a ser guardada não couber no espaço reservado para este item (afixar informação de onde o restante do item será guardado) e guardar o restante em outro local do almoxarifado, sempre identificando o restante do item com nome, lote, validade, volume guardado. 	
Sequência do Procedimento	
1. Verificar o local correto de guarda de cada item: comprimidos, injetáveis, materiais, grandes volumes (soros, solução para	

[Handwritten signature and initials]



hemodiálise, água para injeção, compressas, equipamentos, fraldas, etc) ,termolâbeis; se for um item novo, antes de guardar identificar o local de guarda com especificação correta cadastrada no sistema.

Ações Corretivas

- Retirar o item que está estocado em local desaproprado e estocá-lo no local correto de guarda.
- Os refrigeradores devem ser aproveitados também para a produção de gelo, a ser utilizado na remessa dos produtos e para a segurança do próprio equipamento e dos produtos que ele contém, numa eventual falha do seu sistema interno de resfriamento ou queda do fornecimento de energia.

Referências

- Valery, Pedro Paulo Trigo. Boas práticas para estocagem de medicamentos: -Brasilia: Central de Medicamentos, 1989,p.22;
- Farm. Bras. Ved. Capítulo IV – Generalidade;

Procedimento

**LEITURA DA TEMPERATURA DO REFRIGERADOR,
 AMBIENTE E UMIDADE RELATIVA DO AR**

Objetivo

Aferir a temperatura da geladeira, ambiente e umidade relativa do ar para conservação adequada dos materiais e medicamentos.

Local de Execução

Todos os setores

Responsável pela Execução

Colaboradores

Recursos Necessários

- Termo-higrômetro;
- Tabela/formulário específico de anotação de temperatura (°C) e umidade (%).

Cuidados Especiais

INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

- As temperaturas do ambiente devem estar no intervalo de 15 a 30 °C. Caso ocorram valores fora dos intervalos recomendados, comunicar ao Farmacêutico para tomada de providências.
- As temperaturas da geladeira devem estar no intervalo de 2 a 8 °C. Caso ocorram valores fora dos intervalos recomendados, comunicar ao Farmacêutico para tomada de providências.
- Manter a UR do ar abaixo ou igual ao limite máximo de 65% e acima ou igual ao mínimo de 35%.

Sequência do Procedimento

- Fixar o termo-higrômetro na parede em local que represente condições médias de circulação de ar e temperatura.
- Fazer três leituras diárias conforme padronização de horário: 7:00-13:00-19:00 horas.
- Anotar os valores da temperatura e umidade relativa em formulário próprio conforme modelo.

Ações Corretivas

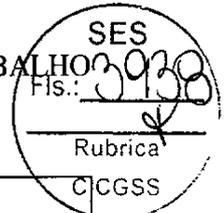
Controle da Temperatura

Caso a temperatura esteja acima da especificação sugerida, adotar a ação corretiva de abaixar a temperatura local através do ajuste do termostato do sistema de ar condicionado, ou ajustar o termostato da geladeira. Se a temperatura estiver abaixo da especificação, a ação corretiva a ser adotada deverá ser de aumentar a temperatura ambiente ou aumentar o termostato da geladeira.

Controle da Umidade Relativa

Caso a UR esteja acima da especificação sugerida, adotar uma ação corretiva de ajustar a posição do termostato do ar condicionado para a posição mais fria. Se a UR estiver abaixo da especificação, a ação corretiva a ser adotada deverá ser de ajustar a posição do termostato do ar condicionado para a posição mais quente. A UR no ambiente pode ser

239



eficientemente reduzida através da utilização de um aparelho desumidificador.

Referências

- ANVISA. Resolução RDC nº. 214, de 12 de dezembro de 2006. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos para Uso Humano em Farmácias.
- EV, LIVIANE DA SILVEIRA. Estabilidade de Medicamentos. In: Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar/Maria José Vasconcelos de Magalhães Gomes, Adriano Max Moreira Reis. – 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

Procedimento

**ATENDIMENTO DE PROFISSIONAL
ACIDENTADO COM MATERIAL BIOLÓGICO**

Objetivo

Definir os requisitos para a liberação do kit de medicamentos para a profilaxia de infecção.

Local de Execução

Responsável pela Execução

Farmácia - Dispensação

Colaboradores da Farmácia

Recursos Necessários

- Kit HIV (Lamivudina 150mg + zidovudina 300mg, Lopinavir 200mg + Ritonavir 50mg);
- Prescrição Médica em formulário específico.

Cuidados Especiais

- Orientar o paciente para não ingerir toda medicação de uma só vez.

Sequência do Procedimento

- No caso da ocorrência de acidente profissional com material biológico, onde o teste rápido para HIV tenha tido resultado positivo, ou onde o médico considere necessário, mesmo com um resultado negativo, a Farmácia disponibilizará o kit de medicamentos para a profilaxia da infecção por HIV;
- Para a dispensação do kit é necessária a apresentação da prescrição médica em receituário de controle especial, devidamente preenchida com os dados do funcionário que se acidentou, do medicamento, quantidade, assinada e carimbada pelo médico;
- O funcionário da Farmácia deverá conferir a prescrição médica e estando de acordo, atenderá à solicitação fornecendo um kit de medicamentos para profilaxia para ser utilizado por três dias, de acordo com a prescrição médica.
- Os kits de medicamentos ficam armazenados no armário de medicamentos controlados, e são repostos e abastecidos.

Procedimento

**DISPENSÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR DOSE INDIVIDUALIZADA**

Objetivo

Fornecer a medicação para os pacientes, na forma de kit contendo toda a medicação prescrita, suficiente para um período de 24 horas.

Local de Execução

Responsável pela Execução

Farmácia Dispensação

Colaboradores da Farmácia

Recursos Necessários

2400
[Handwritten signature]



SES
 Fls.: 3939
 Rubrica
 CIGCSS

<ul style="list-style-type: none"> • Prescrições médicas; • Bobina plástica; • Seladoras; • Etiquetas de identificação; • Medicamentos.
Cuidados Especiais
<ul style="list-style-type: none"> • Conferir medicação e quantidade da prescrição, mesmo se triada pelo Farmacêutico; • Realizar o procedimento com calma e concentração; • Sempre quando o Farmacêutico que estiver triando as prescrições médicas e verificar o disparo de consumo de algum item, avisar a chefia da Farmácia para que sejam tomadas as devidas providências; • Ter cuidado ao manusear ampolas. • Nenhum medicamento será dispensado sem a devida prescrição, ou quando não atender o disposto nesta portaria (Port. 282/09).
Sequência do Procedimento
<ul style="list-style-type: none"> • Farmacêuticos: triar as prescrições médicas colocando a quantidade de medicamentos e materiais necessários para atendê-las por um período de 24h; • Técnicas de enfermagem e auxiliares: separar a medicação triada para cada prescrição; • Registrar eletronicamente as saídas dos medicamentos, utilizando o sistema Informatizado; • Confeccionar os kits individualizados, distribuindo cada medicação por horário apazado. Identificar com etiqueta de dose individualizada; separando os medicamentos de alto risco e psicotrópicos dos demais; • Colocar os kits nos carrinhos respectivos de cada clínica e ala; • Técnicos da Farmácia: levar o carrinho de medicação para as respectivas Alas; • Técnicos das clínicas: conferir os kits acompanhados dos técnicos da farmácia. • Encaminhar as prescrições atendidas à digitação para o controle de estoque posteriormente arquivadas.
Ações Corretivas
<ul style="list-style-type: none"> • Na fase da triagem, caso seja verificado pelo farmacêutico algum problema relacionado ao medicamento, o mesmo deverá intervir junto a equipe assistente e evoluir em prontuário; • Na clínica, caso falte algum medicamento, o técnico volta à Farmácia com o kit completo e não violado para correção.

Procedimento	
ALIMENTAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS NO INFORMATIZADO	
Objetivo	
Promover a segurança do paciente no uso racional de medicamentos, buscando mecanismos de alertar à equipe de saúde, sobretudo o prescritor, do risco na utilização combinada de medicamentos.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
<ul style="list-style-type: none"> • Farmácia / Almoarifado 	<ul style="list-style-type: none"> • Comissão de Farmácia e Terapêutica • Gerência de Farmácia
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Computador com acesso ao Informatizado e internet; • Lista de medicamentos padronizados na instituição. 	
Cuidados Especiais	

241



1. Utilização de fontes seguras como subsídio técnico-científico para alimentar o banco de dados.
2. Interpretação clínica da interação a ser registrada, avaliando impacto na saúde da prescrição combinada dos medicamentos.
3. O registro das interações medicamentosas tem a finalidade de informar o médico dos riscos da utilização combinada de determinados medicamentos, no momento da prescrição eletrônica, emitindo alertas no sistema.

Sequência do Procedimento

Cadastro de Interações Medicamentosas no Informatizado

- O farmacêutico deve realizar pesquisa das interações potenciais dos medicamentos a serem utilizados. Livros de farmacologia, bases de dados especializadas como Epocrates®, Lexicomp®, Medscape® e Micromedex® pode ser utilizadas (Anexo 1). Considerar interações de itens padronizados na instituição.
- As interações identificadas devem ser cadastradas na seção "Interação Medicamentosa" do Sistema informatizado. (Anexo 2)

2.1 Clicar no ícone "+" para inserir novo registro e em seguida no ícone "..." do quadro Substância A. Escolher a Substância A como o medicamento que está sendo realizada a pesquisa.

2.2 Clicar no ícone "..." do quadro Substância B, escolhendo como Substância B aquela que interage com o alvo da pesquisa e em seguida escolher a gravidade da combinação dos fármacos.

2.3 No quadro inferior Aviso, inserir descrição breve da interação e a conduta clínica sugerida.

Por fim, clicar em salvar registro.

O cadastro de interações deve ser realizado sempre que um novo medicamento for padronizado no hospital, na implantação do serviço, ou nas atualizações periódicas.

Atualização periódicas das Interações Medicamentosas no Sistema informatizado

A cada atualização da lista de medicamentos padronizados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (bienalmente), devem ser também revisadas as interações cadastradas no Sistema informatizado. Utilizando a mesma seção para o cadastro, as interações das substâncias A e B poderão ser editadas, em caso de eventual alteração na conduta clínica ou manejo da interação, ou em caso de cadastro de nova interação detectada.

Ações Corretivas

A cada revisão das interações cadastradas, caso sejam identificadas interações descritas em literatura mas não alimentadas no banco de dados, as mesmas devem ser incluídas no Sistema informatizado.

Procedimento	
FRACIONAMENTO DE BLISTER	
Objetivo	
Disponibilizar comprimidos em doses unitárias, a partir do fracionamento de um blister inicial, a fim de atender as necessidades dos pacientes internos.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Setor de Dispensação da Farmácia	Técnicos de enfermagem e auxiliares.
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Embalagem plástica; • Etiquetas; • Tesoura; • Planilha própria. 	

[Handwritten signature and initials]



Cuidados Especiais
<ul style="list-style-type: none"> • Atenção em conferir as informações do blister ao se etiquetar os comprimidos. • Fazer a dupla checagem em todo o procedimento.
Sequência do Procedimento
<ul style="list-style-type: none"> • Conferir as etiquetas já confeccionadas pela CAF, referente aos comprimidos que serão fracionados. • Separar os comprimidos a serem fracionados. Manusear somente um medicamento por vez para evitar mistura. • Fracionar os blisters. • Acondioná-los em embalagem própria, etiquetando todos os comprimidos; • Guardar os comprimidos etiquetados nos respectivos bins, respeitando sempre o Lote e Validade; • Anotar as informações sobre o medicamento no livro de fracionamento.
Ações Corretivas
<ul style="list-style-type: none"> • Caso haja abertura acidental do blister, o mesmo deve ser descartado imediatamente.

Procedimento	
AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES	
Objetivo	
Acompanhar o desempenho dos fornecedores que fazem entregas de insumos a Central de Abastecimento Farmacêutica, visando a melhoria deste serviço através da análise de alguns critérios essenciais desta rotina.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia, Almoxarifado e Executores de Contrato	Colaboradores e Executores de Contrato
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Check list de recebimento; • Política de Qualificação do fornecedor; • Sistema informatizado; • Ordem e Compra; • Relatório de compra. 	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Observar atentamente os critérios descritos no check-list no momento exato do recebimento dos insumos; • Para cada Nota Fiscal deve-se preencher o Check-list. 	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Preencher o Check-list no momento do recebimento dos itens, de acordo com o cumprimento ou não dos critérios estabelecidos; • Na conclusão da entrada da Nota Fiscal no sistema, abre-se uma tela de avaliação de fornecedor que deve ser preenchida de acordo com as observações existentes no Check-list; • Ao final de cada processo de compra analisa-se o desempenho de cada fornecedor, para eventuais notificações ao mesmo ou algum outro setor responsável quando assim se fizer necessário. 	



SES
Fls.: 3942
Rubrica
CICGSS

Procedimento	
INVENTÁRIO	
Objetivo	
Realizar contagens trimestrais de todos os insumos alocados, com o intuito de se analisar possíveis divergências e estruturar melhorias na rotina para mitigá-los.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia e Almoxarifado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaboradores • Colaboradores da Comissão de Inventário
Recursos Necessários	
<ul style="list-style-type: none"> • Relatório Sistema informatizado; • Caneta /Lápis; • Calculadora. 	
Cuidados Especiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Observar se há produtos segregados; • Verificar se existem Notas Fiscais aguardando dar entrada; • Verificar os diversos locais de armazenagem (estoques flutuantes). 	
Sequência do Procedimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Emissão do relatório de contagem através do Sistema informatizado (Conferência de Lote) por Classe de produtos; • Execução da 1ª contagem (observando-se os diversos lote/validade fazendo as anotações de quantidade para cada um deles respectivamente); • Execução da 2ª contagem (observando-se os diversos lote/validade fazendo as anotações de quantidade para cada um deles respectivamente); • Se houverem divergências entre a 1ª e 2ª contagens, é realizada a 3ª contagem para a checagem, pelo supervisor do inventário; • São realizadas as análises e feito o lançamento no Sistema informatizado <p>Para se processar o lançamento devemos:</p> <p>1º Realizar a "Abertura do Inventário", no Sistema informatizado, digitando os itens contados e salvar</p> <p>2º Abrir a "Contagem de Produtos" através do número gerado na abertura. Digitar cada produto com seus respectivos lotes/validade e quantidades.</p> <p>3º Fechar o inventário através da "Geração de Inventário"</p> <p>6. Imprimir o relatório de "Divergência de Contagem" para as análises finais.</p>	
Ações Corretivas	
Após análise criar meios para mitigar os erros de movimentação.	

Procedimento	
PERCENTUAL DE KITS ATENDIDOS NA SUA TOTALIDADE	
Objetivo	
Mensurar os kits com medicação em falta na farmácia.	
Local de Execução	Responsável pela Execução
Farmácia de dispensação	Auxiliares, técnicos e farmacêutico
Recursos Necessários	

244
*

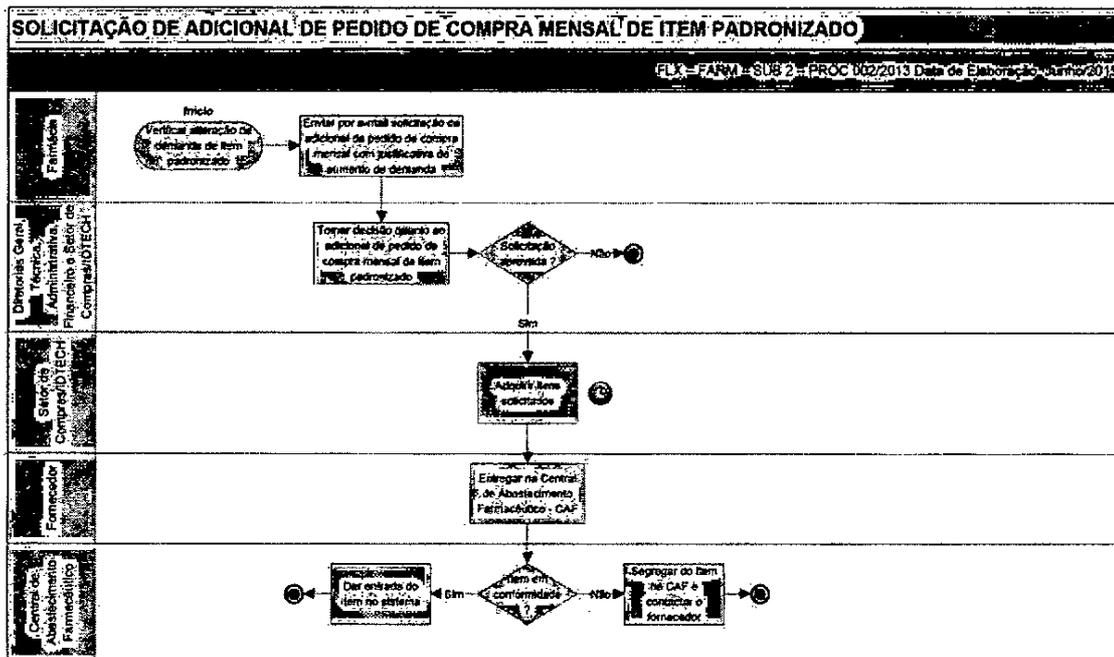


SES
Fls.: 3943
Rubrica
CICGSS

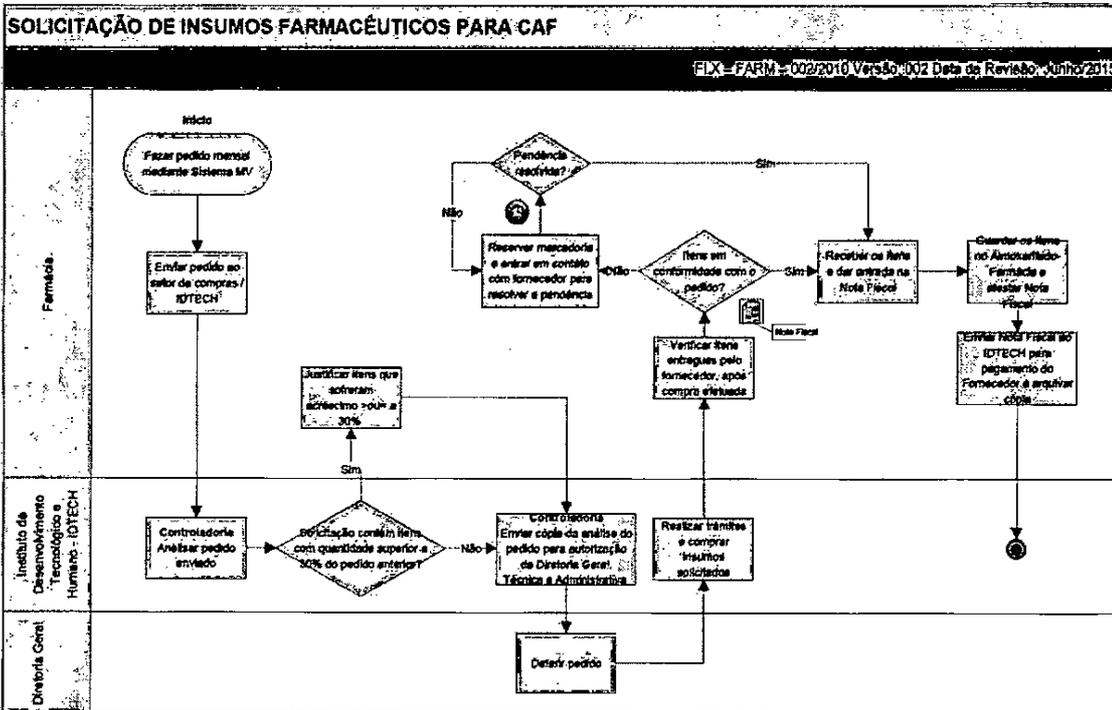
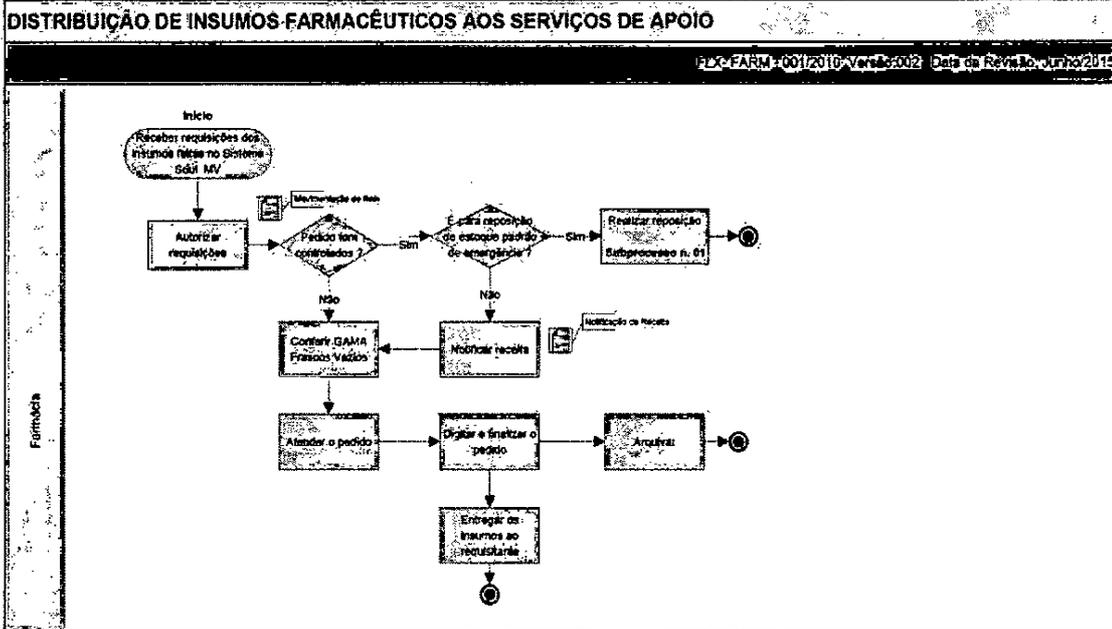
<ul style="list-style-type: none"> • Prescrição médica; • Planilha de qualidade; • Ficha de estoque.
Cuidados Especiais
<ul style="list-style-type: none"> • Na falta, conferir primeiramente a ficha de estoque da CAF pelo sistema e, se constar zerado, conferir pessoalmente com o responsável do setor. • Ter cuidado ao anotar as faltas. É somente uma falta por prescrição, mesmo se houver mais de um item faltante, pois contabilizamos por kit e não por item.
Sequência do Procedimento
<ul style="list-style-type: none"> • Triagem das prescrições médicas; • Separar as medicações já triadas pelo farmacêutico. Se estiver em falta no bin, fazer a pesquisa em ficha de estoque no sistema informatizado. Se confirmado o estoque zerado, procurar o responsável da CAF para averiguar se o produto realmente está em falta ou está aguardando liberação. • Se houver a medicação, solicitar manualmente para a CAF e prosseguir normalmente com a confecção do kit. • Se a medicação estiver em falta, anotar na prescrição e na planilha de qualidade a falta. • No fim de cada mês, o farmacêutico recolhe as planilhas de qualidade e mensura o percentual de faltas X atendidos concluindo o indicador.

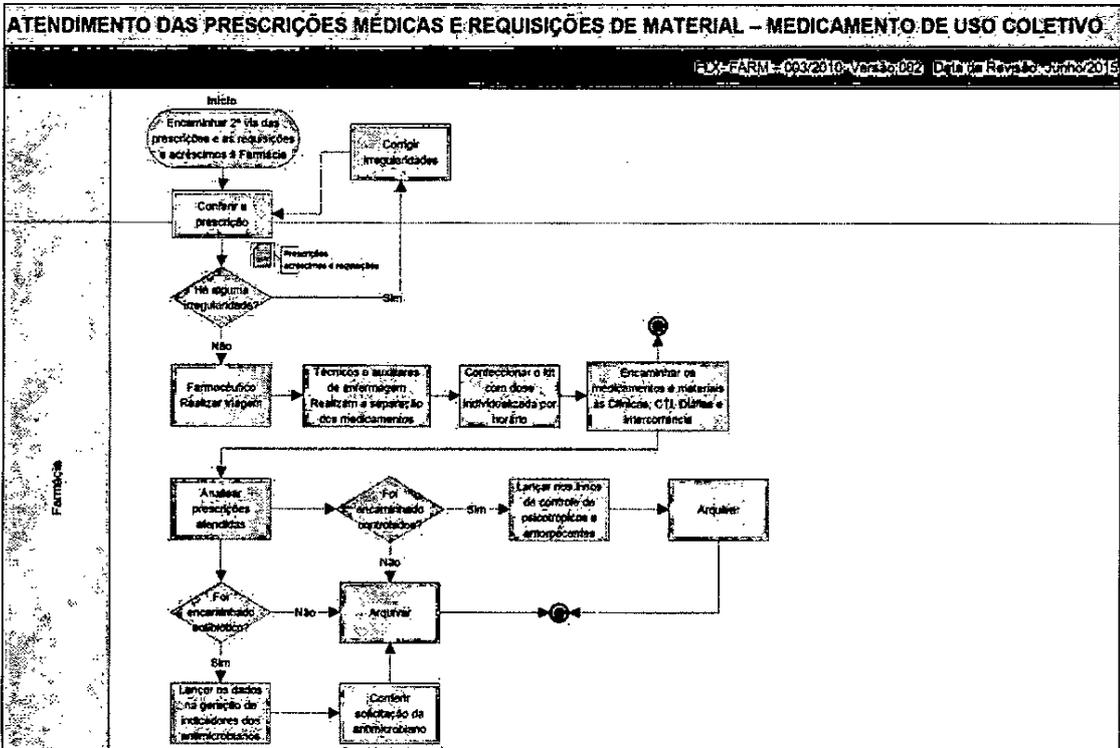
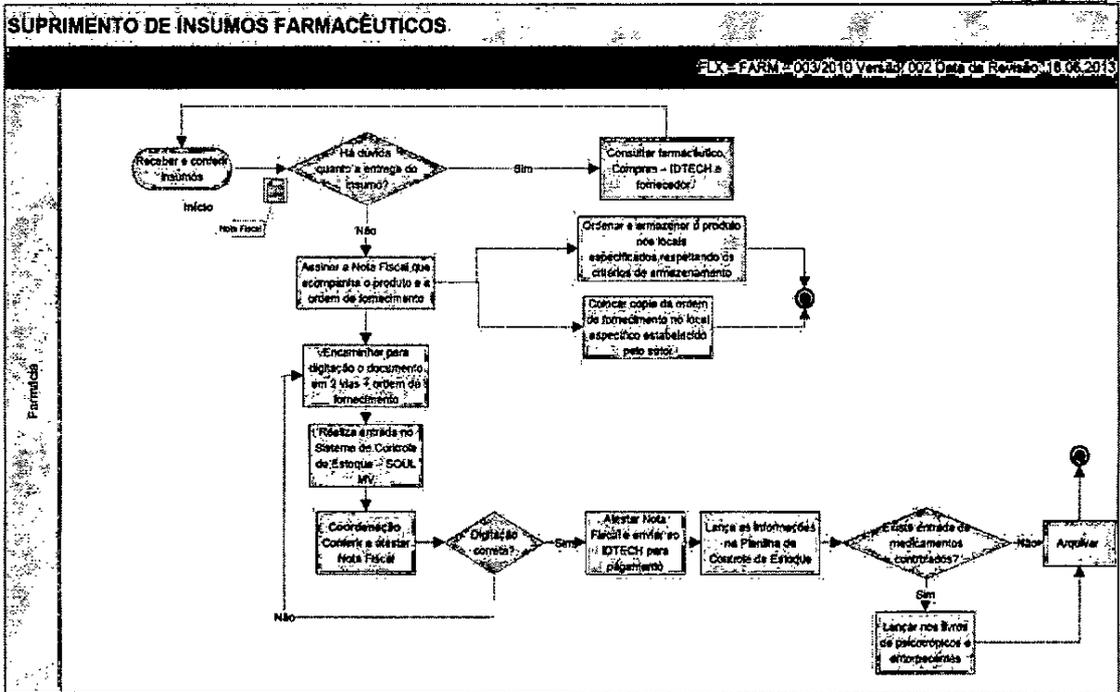
Obs.: Acima são alguns exemplos de POPS adotados pela farmácia em casos de abastecimento de unidades, passíveis de serem adaptados e personalizados, bem como criados diversos outros, conforme particularidade de cada unidade da Hemorrede.

FLUXOS

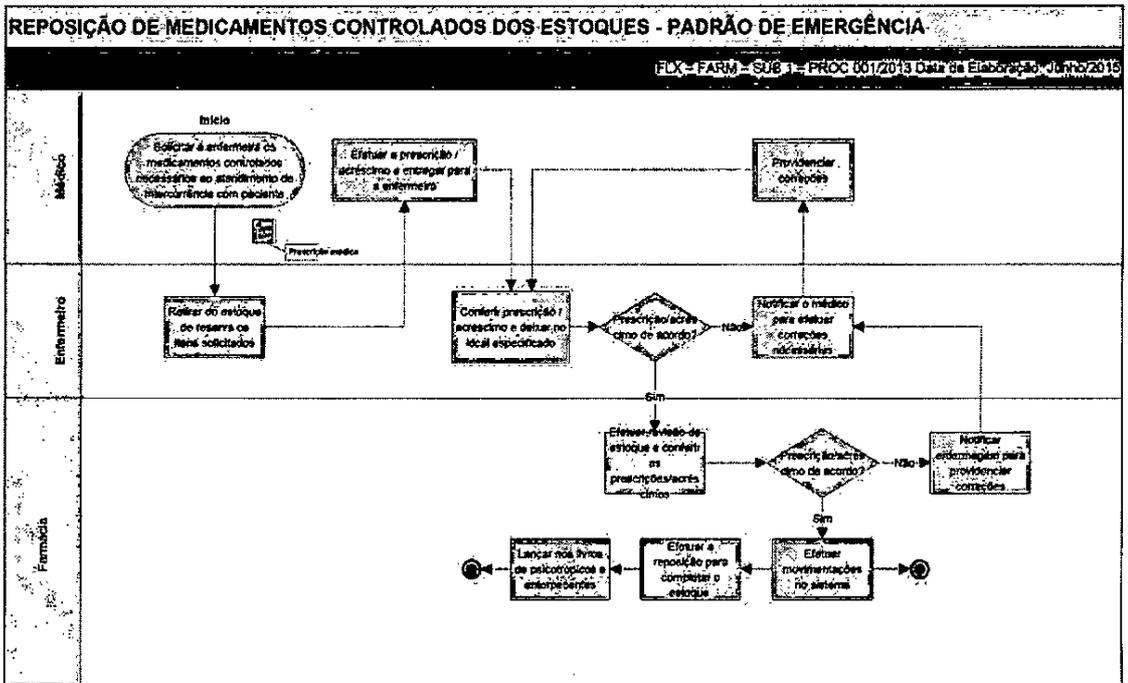
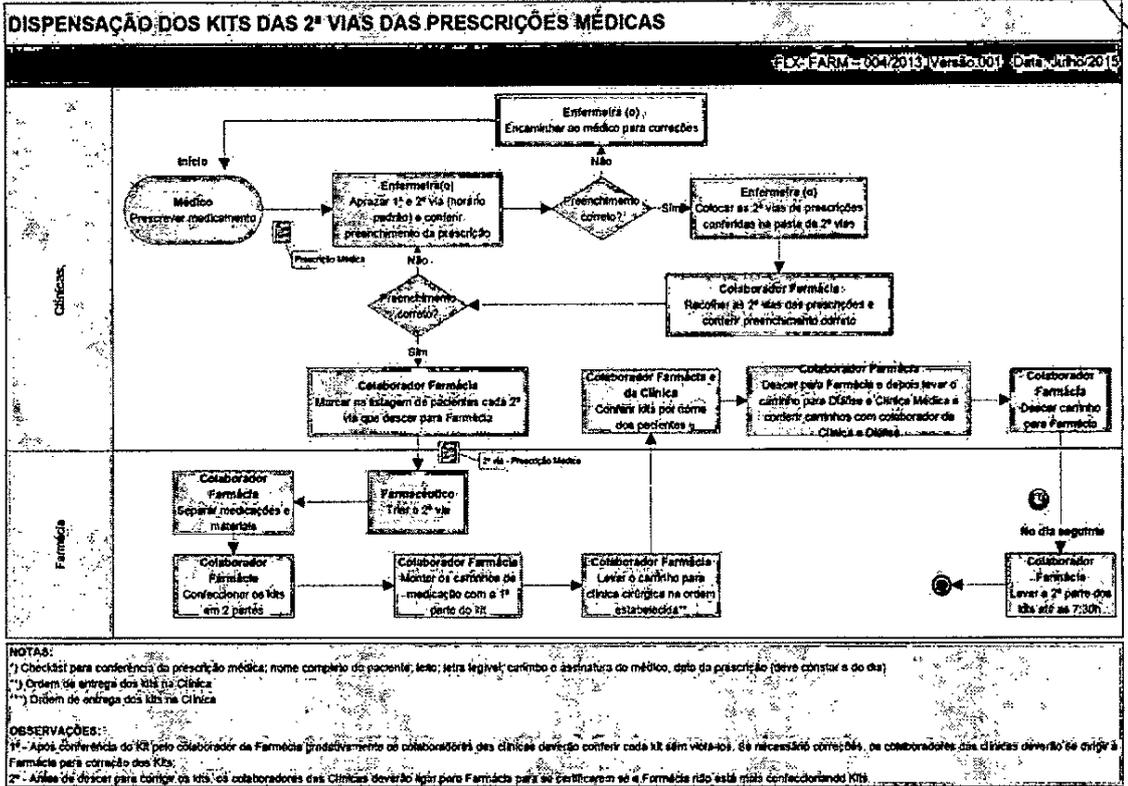


[Handwritten signature and initials]





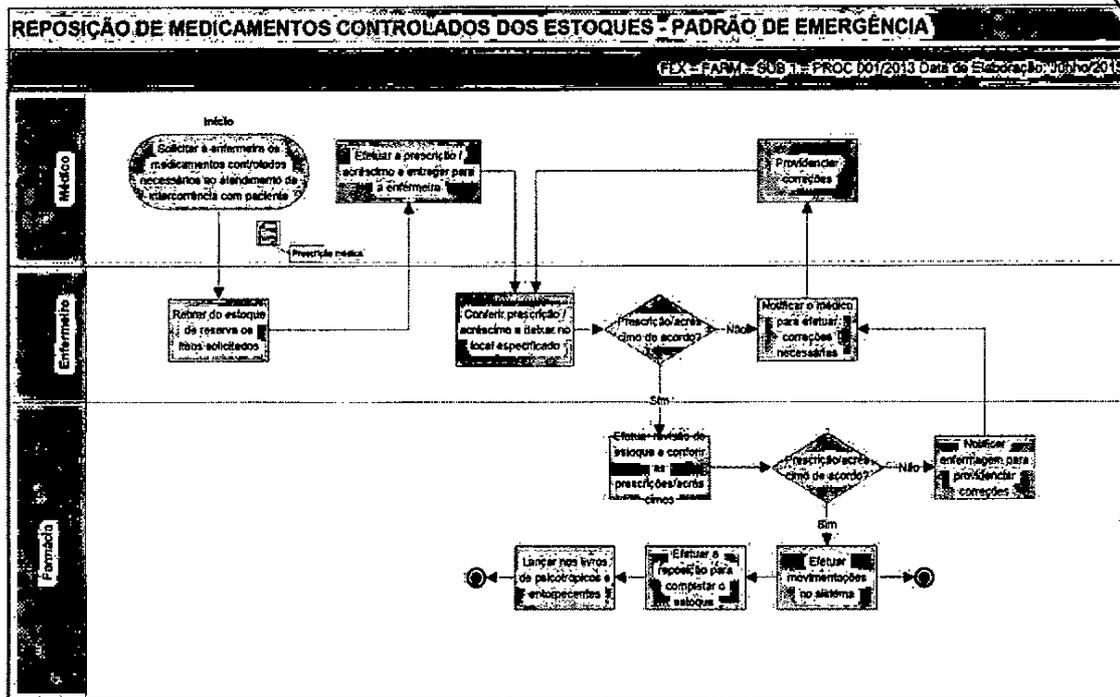
[Handwritten signatures and marks]



[Handwritten signature and initials]



SES
Fls.: 3944
Rubrica
CIGSS



Obs.: Acima são alguns exemplos de fluxos adotados pela farmácia em casos de abastecimento de unidades, passíveis de serem adaptados e personalizados, bem como criados diversos outros, conforme particularidade de cada unidade da Hemorrede.

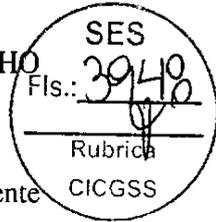
2.1.6.4. Manual para o Transporte de Sangue, Hemocomponentes e Hemoderivados.

Disposições Gerais

Os critérios para transporte de hemocomponentes foram definidos pela RDC n. 20 de 14 de abril de 2014, RDC MS n. 34 de 11 de junho de 2014, RDC MS n. 75 de 02 de maio de 2016 às quais responsabilizam todos os envolvidos no processo desde o acondicionamento até o destino final.

O transporte de hemocomponentes deverá ser padronizado nos centros de Hemoterapia por meio de protocolos, POPs e rotinas, os quais deverão ser divulgados a todos os

[Handwritten signature and initials]



profissionais envolvidos nessa atividade por meio de treinamentos periódicos e devidamente registrados.

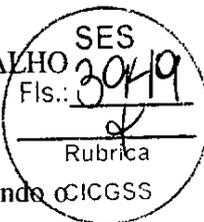
Todo o processo deverá ser monitorado e caso haja não conformidades as mesmas deverão sofrer medidas corretivas a fim de prevenir novas recidivas.

A legislação vigente prevê a terceirização dessa atividade, porém, define os seguintes critérios:

- O prestador deverá ser legalmente constituído, licenciado junto ao órgão de Vigilância Sanitária local competente e cumprir as normas estaduais e federais;
- O prestador deverá possuir a infraestrutura adequada, pessoal capacitado garantido por uma supervisão técnica, desempenhar satisfatoriamente suas atividades sem prejuízo às normas vigentes;
- Definir documento escrito que comprove a terceirização, o qual deverá ser mantido à disposição das autoridades de fiscalização;
- A terceirização não exime o serviço de saúde remetente do cumprimento dos requisitos legais estabelecidos, respondendo solidariamente com o contratado diante das autoridades sanitárias;
- Todos os documentos da terceirização deverão estar disponíveis para os órgãos fiscalizadores quando solicitados;
- Os treinamentos deverão ocorrer conforme a equipe envolvida, a função desempenhada, o tipo de material a ser transportado e periodicamente ser submetido a avaliações de eficácia visando a capacitação adequada da equipe;
- Em caso de alteração dos procedimentos deverá ser realizado novo treinamento e avaliação da equipe;

CAPÍTULO I - ACONDICIONAMENTO E EMBALAGEM

O acondicionamento do material biológico deverá assegurar a preservação de sua integridade e estabilidade durante todo o processo de transporte.



A etapa de acondicionamento e embalagem deverá ser supervisionada considerando o tipo de material transportado, a finalidade do transporte, a temperatura recomendada e o tempo de transporte (inclusive considerando a possibilidade de atrasos).

As embalagens deverão ser exclusivas para essa finalidade e específicas para cada tipo de material transportado.

O material biológico humano classificado como **Categoria A UN 2814** deverá seguir a instrução normativa referente à embalagem **PI 620**.

O material biológico humano classificado como **Categoria B UN 3373** deverá seguir a instrução normativa referente à embalagem **PI 650**.

Para a Categoria **Espécime Humano de Risco Mínimo** deverão ser adotados os seguintes requisitos mínimos:

- I. Embalagem primária com dispositivo anti-vazamento, impermeável para amostras líquidas ou semi-sólidas, resistente e dotada de mecanismo que impeça o extravazamento de seu conteúdo;
- II. Embalagem terciária rígida, com tamanho ao material biológico, dotada de dispositivo de fechamento, observando que materiais laváveis e desinfetantes deverão ser usados;
- III. Embalagem secundária que contenha vazamento da embalagem primária.

Parágrafo único: Em caso de transporte de amostras biológicas com material interna frágil passível de quebra, furo ou rachadura deverão ser acondicionados de forma a evitar choques entre si. As amostras líquidas deverão estar envolvidas por material absorvente no sistema de embalagem.

Os materiais que não se enquadrem nas classificações acima e que sejam sabidamente isentos de agentes infecciosos ou que tenham sido submetidos a neutralização/ inativação, que sejam materiais biológicos secos coletados em dispositivos específicos, sangue e componentes para transfusão, células, tecidos e órgãos para transplante devem-se aplicar os dispositivos para materiais da Categoria **Espécime Humano de Risco Mínimo**.

Caso haja sobreembalagem para o acondicionamento de embalagens, deve-se garantir que cada embalagem seja sinalizada e rotulada.



Somente embalagens passíveis de limpeza, desinfecção e esterilização poderão ser utilizadas.

CAPÍTULO II – ROTULAGEM

A rotulagem deverá ser feita conforme o tipo, classificação de risco e requisitos de conservação do material humano transportado.

As informações do rótulo e etiquetas deverão estar legíveis, compreensíveis, em língua portuguesa, com tinta à prova d'água, sobre um fundo de cor contrastante, com dimensões proporcionais ao tamanho da embalagem.

O rótulo e a etiqueta deverão estar aderidos à embalagem não podendo ser adulterados, rasurados ou cobertos por etiquetas.

A embalagem terciária deverá conter no mínimo as seguintes informações:

- I. Identificação do remetente e destinatário com endereços completos e telefones de contato;
- II. Identificação apropriada do material biológico;
- III. Etiqueta e marcação referente ao tipo de material a ser transportado;
- IV. Frases de advertência, quando aplicável;
- V. Sentido de abertura, quando aplicável;
- VI. Marcação de embalagem homologada, quando aplicável;
- VII. Contatos telefônicos, disponíveis 24 horas em casos de incidentes e acidentes;

O material biológico infectante categoria A ou B deverá ser transportado em embalagens rotuladas de conforme normas específicas para transporte aéreo, terrestre e aquaviário vigentes.

Todo material biológico classificado como **Categoria A** deverá conter na embalagem etiqueta de risco biológico na embalagem terciária.



O transporte de materiais conservado em gelo seco, nitrogênio líquido, líquido criogênico, gás não inflamável ou outro material de conservação e preservação que ofereça risco deverá ter a embalagem sinalizada como material perigoso.

CAPÍTULO III – RESPONSABILIDADES

As responsabilidades de remetente, transportador e destinatário deverão ser descritas em documento escrito descrevendo a etapa do processo que cabe a cada um atendendo aos seguintes requisitos:

- I. Providências relacionadas à expedição de documentação necessária ao transporte de material biológico;
- II. Adoção de medidas de Biossegurança;
- III. Garantia das condições necessárias para conservação e estabilidade do material;
- IV. Elaboração de instruções escritas conforme as atividades desempenhadas por cada parte;
- V. Definição da logística a ser utilizada e o mecanismo de comunicação entre as partes.

Parágrafo único: Em caso de transporte internacional de material biológico a responsabilidade de documentação caberá ao importador/exportador.

CAPÍTULO IV - COMPETÊNCIAS DO REMETENTE

O remetente deverá checar com antecedência o cumprimento dos requisitos dispostos na legislação vigente e caberá a ele o acondicionamento seguro do material biológico conforme o tipo do material e sua classificação.

Deverá ser registrada pelo remetente a identificação do profissional responsável pelo acondicionamento do material biológico.

253

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO - IDTECH

Rua 01, 07.03, 11. 02/05, s/nº - 11000, Setor Oeste, CEP 73.119-010 - Goiânia - Goiás - CEP fone: 07.366.3403/3443-22
Fone/Fax (07.32) 3209.9706 - www.idtech.org.br - contato@idtech.org.br

da embalagem contendo o material biológico humano transportado.

254

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO - IDTECH

Rua 01, 07.03, 11. 02/05, s/nº - 11000, Setor Oeste, CEP 73.119-010 - Goiânia - Goiás - CEP fone: 07.366.3403/3443-22
Fone/Fax (07.32) 3209.9706 - www.idtech.org.br - contato@idtech.org.br



- III. Descartar os resíduos gerados conforme as informações fornecidas pelo remetente e demais medidas de proteção à população e meio ambiente;
- IV. Documentar e arquivar as medidas adotadas.

CAPÍTULO IX DISPOSIÇÕES FINAIS

- I. A documentação relacionada ao envio, transporte e recebimento do material biológico deve ser arquivado por 5 anos de acordo com a legislação específica para cada tipo de material biológico humano.
- II. O transporte de material biológico humano deverá estar em conformidade com a legislação dos seguintes órgãos: Ministério dos transportes (MT), Agência nacional de transportes terrestres (ANTT), Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC), Agência Nacional de Transportes Aquaviários (ANTAQ).

2.2. INCREMENTO DE ATIVIDADE (sem elevar custos)

2.2.1. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS

Pretende-se oferecer nesse modelo de gestão a ampliação de alguns serviços existentes na Hemorrede Pública de Goiás bem como a implantação de novos serviços para melhor atendimento dos usuários dos serviços de Hematologia e Hemoterapia.

Dentre as melhorias podemos citar:

- I. Realizar em parceria com a Assessoria de Comunicação (ASCOM) campanhas de orientação aos pacientes portadores de Anemia falciforme, Talassemia e Hemofilias. Pretendem-se com essa iniciativa orientar essa população sobre o



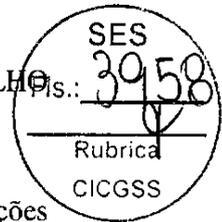
- autocuidado, os riscos aos quais estão submetidos bem como a rede de atendimento ofertada no Estado de Goiás;
- II. Realizar parcerias e convênios com outras instituições para fomentar as pesquisas na área de Hematologia e Hemoterapia. Atualmente, não há forte incentivo à pesquisa na Hemorrede pública de Goiás. Propomos convênios com instituições como a Fundação de Amparo à Pesquisa de Goiás (FAPEG);
 - III. Tornar o ambulatório do Hemocentro Coordenador um Ambulatório de Referência com oferta de triagem hematológica na rede de saúde. Projetamos que haja no ambulatório do Hemocentro Coordenador a avaliação inicial dos pacientes com alterações hematológicas graves ou não especificadas para assegurar o diagnóstico correto desses pacientes bem como o encaminhamento precoce aos serviços especializados. Observamos no cenário atual a dificuldade de acesso às consultas especializadas assim como o atraso no início do tratamento devido à falta de conexão entre Hemocentro/consultas especializadas/hospitais, fato que favorece o agravamento do quadro dos pacientes;
 - IV. Direcionar os pacientes triados no Hemocentro Coordenador para os prestadores habilitados nas especialidades de Hematologia e Hemoterapia;
 - V. Oferecer a prestação de procedimentos ambulatoriais como administração de medicamentos para o tratamento de doenças hematológicas distribuídos pela Central de Medicamentos de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC), como por exemplo, os quelantes de ferro. Muitos pacientes recebem medicamentos na CEMAC e não são devidamente orientados quanto ao acondicionamento e administração dos mesmos. Além disso, não há, em muitos casos, um local definido para administração dos mesmos. Com isso, o Hemocentro Coordenador auxiliará na gestão da dispensação dos medicamentos de alto custo evitando perdas e garantindo o tratamento adequado;
 - VI. Realizar aconselhamento genético aos pacientes portadores de doenças hereditárias atendidos no ambulatório;
 - VII. Implantar um sistema de vacinação dos pacientes portadores de doenças hematológicas severas;
 - VIII. Estender o horário de atendimento dos laboratórios de sorologia e imunohematologia para os seguintes horários: Segunda a sábado das 07 às 19



horas; Domingos e feriados das 07 às 12 horas. Atualmente, as unidades de coleta ligadas ao Hemocentro tem dificuldades de atendimento devido a falta de realização de exames de sorologia e imunohematologia fora do horário comercial.

- IX. Oferecer no ambulatório, além de consultas especializadas em Hematologia e Hemoterapia, atendimento multiprofissional das seguintes áreas: enfermagem, nutrição, fisioterapia, oftalmologia, ortopedia, serviço social e odontologia;
- X. Implantar no ambulatório um Programa de Ressocialização e Escolarização para os pacientes submetidos aos tratamentos de Anemia Falciforme, Talassemia e Hemofilias. Pretende-se com esse projeto dar mais dignidade ao paciente portador dessas doenças que devido à necessidade de múltiplas intervenções ficam sem acesso à escola (sobretudo as crianças) ou fora do mercado de trabalho (adultos);
- XI. Implantar no Hemocentro Coordenador uma biblioteca (centro de estudos) para atendimento dos colaboradores bem como dos estudantes dos programas de residência, internatos e estágios;
- XII. Divulgar nas recepções e salas de esperas da Hemorrede Pública de Goiás vídeos educativos com cunho motivacional para fidelização de doadores bem como para formação de multiplicadores;
- XIII. Realizar campanhas para fomentar o cadastro de doadores de medula óssea em paralelo à doação de sangue visando atingir a um público já sensibilizado e com isso realizar coleta única de amostras tanto para a doação como para o cadastro de doação de medula óssea;
- XIV. Criar um banco de dados para doadores de plaquetaférese tipo AB, uma vez que este se torna doador universal de plaquetas e garante a manutenção de estoques estratégicos desse hemocomponente;
- XV. Articular com hospitais transplantadores a realização de aférese de células tronco e iniciar um Programa de Transplante de Medula Óssea;
- XVI. Capacitar os todos os médicos e enfermeiros do Hemocentro Coordenador e dos Hemocentros regionais para a logística e execução intra-hospitalar de plasmaférese terapêutica, estabelecendo protocolos de atendimento emergencial aos casos de púrpura trombocitopênica trombótica;

A
B



- XVII. Implantar no Hemocentro Coordenador uma Central Humanizada de Internações (CHI) para assegurar o acolhimento adequado dos pacientes atendidos no Hospital-dia.

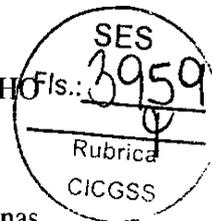
PROJETOS DE RESSOCIALIZAÇÃO E ENSINO PARA PACIENTES PORTADORES DE ANEMIA FALCIFORME, TALASSEMIA E HEMOFILIAS

O Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano (Idtech) imprime em seus postos de atuação uma marca muito evidente da responsabilidade social. Esta expertise é atestada pelo sucesso dos seus projetos executados de forma criativa, com regularidade e organização. Estes projetos de humanização e inclusão social já são desenvolvidos em outras unidades gerenciadas pelo Instituto e nosso objetivo é, de acordo com suas particularidades de público e dimensão, aplica-los ao Hemocentro de Goiás.

O Hemocentro Coordenador idealizará, coordenará e efetivará atividades voltadas para a educação, o acolhimento, as relações interpessoais, o estímulo à arte e o entretenimento. A maioria das ações será desenvolvida ao longo do ano, em datas comemorativas, em parceria e em sintonia com os diversos setores do Hemocentro Coordenador. Por meio de tais ações, a equipe de Humanização visa suavizar a dor vivenciada pelo paciente em épocas especiais. Dentre as estratégias de ressocialização dos pacientes atendidos no Hemocentro Coordenador podemos citar algumas ações de humanização tais como:

2.2.1.1. PROJETO DE CENTRAL HUMANIZADA DE INTERNAÇÃO (CHI)

A Central Humanizada de Internação terá como finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos-dia de forma centralizada e servir de interface entre a Unidade de Saúde e as Centrais de Regulação correspondentes, de forma integrada e pactuada, visando otimizar a utilização do leito. O objetivo principal é promover a equidade do acesso e da integralidade da assistência e ajustar a oferta às necessidades imediatas do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.



A implantação de novos serviços, não previstos na planilha de custos com base nas estimativas da SES poderá ser realizada por meio de novas repactuações após apresentação do Plano de Trabalho por parte do parceiro privado. E em casos de reformas, adequações prediais e/ou aquisição de equipamentos poderão ser pactuados a título de investimentos.

2.2.1.2. Sarau do HEMOGO

Como política de humanização, o Governo de Goiás/Secretaria de Estado da Saúde e Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano (Idtech) promoverão o Projeto Sarau do HEMOGO. Será realizado periodicamente no Hemocentro Coordenador, em horários alternados, contará com apresentações de músicas e outras manifestações culturais de forma que beneficie pacientes, acompanhantes, visitantes e colaboradores da unidade hemoterápica.

Benefícios

Fenômeno comprovado cientificamente, a arte traz sensação de bem estar ao ser humano.

Benefícios alcançados por meio da música e outras manifestações culturais:

- É uma forma dos pacientes e colaboradores saírem da rotina;
- Os pacientes se mostram visivelmente mais alegres com a música e assim, mais esperançosos com o tratamento;
- A música é capaz de reduzir a ansiedade;
- A arte possibilita o encontro interpessoal, contribuindo para a socialização dos pacientes, visitantes e colaboradores.

O Projeto Sarau do HEMOGO será desenvolvido de forma conjunta pela Assessoria de Comunicação Social, Gerência de Enfermagem, Seção de Psicologia Social, entre outros departamentos.

Divulgação

Todas as apresentações são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site do Idtech e newsletters. A Assessoria de Comunicação também promove ampla divulgação nos cadernos especiais de Cultura para conhecimento da sociedade.



2.2.1.3. Arte no HEMOGO

O projeto Arte no HEMOGO, inserido no Programa de Humanização do Hemocentro Coordenador, terá como objetivo levar exposições artísticas de temas variados para a unidade, promovendo o acesso à cultura por parte de seus pacientes, acompanhantes e colaboradores. A iniciativa já implantada pelo Idtech em outras unidades de saúde tem revelado resultados satisfatórios no tratamento de seus usuários. Com isso, observa-se que a arte também é um importante remédio.

2.2.1.4. Dose de Letras

Com o objetivo de incentivar a leitura, minimizar e prevenir efeitos e sintomas negativos do tratamento em saúde, o projeto Dose de Letras do Hemocentro Coordenador será implantado com a Coordenação do Serviço Social.

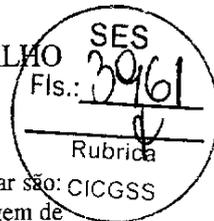
O projeto funcionará da seguinte forma: de segunda a sexta-feira um carrinho, que abriga a biblioteca itinerante, passa pelos corredores do hospital-dia e do Ambulatório de Referência oferecendo o empréstimo de livros e revistas para os pacientes internados e para os acompanhantes.

2.2.1.5. Projeto Hoje

Visando proporcionar a crianças, adolescentes e adultos incapazes de frequentar o ensino regular devido suas condições de saúde pretendemos articular com a Secretaria Estadual de Educação a implantação do **Projeto Hoje** no Hemocentro Coordenador e nos Hemocentros regionais.

O **Projeto Hoje** é uma iniciativa bem sucedida em hospitais da capital e em alguns municípios do interior, à qual desde 1999 oferece ensino especial a estudantes da rede básica estadual e municipal de ensino assim como estudantes de outros estados em tratamento em Goiás e que estejam matriculados nas escolas da rede estadual ou municipal de Goiás.

Conforme o parecer CNE / CEB nº 17, de 03 de julho de 2001,



Os objetivos das classes hospitalares e do atendimento em ambiente domiciliar são: dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar; e desenvolver currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando seu posterior acesso à escola regular.

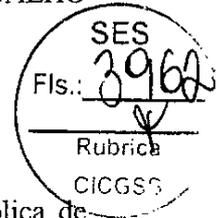
Atualmente, o trabalho do Núcleo de Atendimento Educacional Hospitalar - Hoje é desenvolvido nos hospitais da Rede Estadual de Saúde da cidade de Goiânia e, em situações excepcionais, oferece atendimento domiciliar. Nos demais municípios amplia-se o atendimento domiciliar.

2.2.1.6. Plateia Social

Iniciativa que promove a inclusão social por meio de espetáculos e exposições, o **Plateia Social** já beneficiou oito mil pessoas desde a sua criação, no ano de 2012. O projeto é financiado por companhias e produtoras de teatro parceiras que cedem os ingressos para o Idtech. Adultos, crianças e adolescentes atendidos por entidades filantrópicas têm a oportunidade de prestigiar espetáculos estrelados por artistas renomados. Pretendemos oferecer aos pacientes em tratamento de Anemia Falciforme, Talassemia e Hemofilias a oportunidade de participação nesse projeto. Essa atividade poderá ser estendida ainda para os demais usuários do Hemocentro Coordenador.

2.2.1.7. Comunicadores da Alegria

Os principais jornalistas de Goiás serão convidados para uma experiência diferente junto aos pacientes do HEMOGO. Em vez de noticiar o que acontece na saúde pública, eles terão a oportunidade de fazer parte e acompanhar de dentro para fora o trabalho realizado para a cura dos enfermos. Vestidos de palhaços, os comunicadores levarão palavras positivas e brincadeiras para os pacientes atendidos no hospital-dia e Ambulatório de Referência. O evento acontecerá anualmente e já proporcionou muitas alegrias aos pacientes atendidos no Hospital Alberto Rassi-HGG onde o projeto já foi implementado.



2.2.1.8. Liga do Riso

Constituída por alunos de diferentes cursos da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), a “Liga Acadêmica do Riso” visitará pacientes, familiares e colaboradores da unidade hemoterápica quinzenalmente. Os estudantes se inspiram no clássico “Pacth Adams” com o objetivo de levar sorrisos, respeito, carinho e esperança para quem sofre com os problemas de saúde.

2.3. AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE OBJETIVA

Apresentação

As comissões técnicas representam instrumentos importantes no desenvolvimento técnico de qualquer Unidade de Saúde e são formadas com o propósito de estabelecer políticas e padrões de funcionamento de diversas áreas.

Buscando contemplar o disposto no Instrumento de Chamamento Público nº. 003/2017, editado pela Secretaria de Estado da Saúde apresentaremos à seguir a descrição de todas as Comissões Técnicas que o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano – IDTECH buscará implementar (as já existentes) e, também, aquelas que pretende implantar.

O Hemocentro Coordenador de Goiás deverá dispor das seguintes comissões técnicas:

- Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos
- Comissão de ética Médica e Ética de Enfermagem
- Comissão de Controle de Infecção em Serviço de Saúde
- Comissão de Ensino e Pesquisa por Comitê de Ética e Pesquisa



- Comissão Transfusional Multidisciplinar
- Comissão de Captação de Doadores
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos
- Comissão do Plano de Contingência da Hemorrede do Estado de Goiás
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT
- Núcleo de Segurança do Paciente

2.3.1. MANUAL DA QUALIDADE

Introdução

A administração da Hemorrede Pública de Goiás entende que a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade é fator fundamental no desenvolvimento da relação com os seus clientes e no envolvimento dos recursos humanos orientados pela perspectiva da melhoria contínua dos seus serviços.

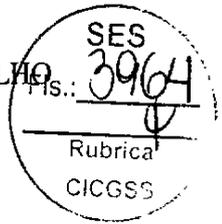
Desta forma, o Manual de Gestão da Qualidade assume-se como instrumento de orientação para toda a gestão e funcionamento da Hemorrede Pública de Goiás. As referências Normativas adotadas estão de acordo com a Organização Nacional de Acreditação – ONA.

O presente Manual da Qualidade encontra-se organizado em dois capítulos:

1. Sistema de Gestão da Qualidade
2. Políticas da Instituição

A Hemorrede Pública de Goiás tem como identidade uma configuração no compromisso sistemático com a melhoria contínua da qualidade, integrando as dimensões técnicas e humanizadoras. Para tanto, faz-se necessária à utilização de estruturas e processos, recursos e procedimentos segundo padrões de maximização da eficiência e de estratégias de melhoria da qualidade. Acredita-se que uma atuação em conformidade com a Identidade Institucional e com o Sistema de Gestão da Qualidade deve ser compromisso de todos os colaboradores da Hemorrede.

9
A
P



Objetivo

Este manual tem por objetivo explicitar as políticas e diretrizes do sistema de gestão da qualidade, apresentando a documentação inerente ao sistema, à descrição das ações necessárias para implantação deste na Hemorrede Pública de Goiás.

Sistema de gestão da qualidade (SGQ)

A estruturação do Escritório da Qualidade inspirou-se em um conjunto de técnicas gerenciais para otimizar o fazer humano, visando alcançar a qualidade dos serviços e produtos de saúde e o controle da gestão na Hemorrede pública de Goiás.

A melhoria da qualidade visa à construção de um sistema planejado estimulando a participação e a autoavaliação, incentivando as mudanças de atitudes e comportamentos a partir do incentivo à educação de todos os colaboradores e grupos multidisciplinares e pacientes, no aprimoramento dos processos de atendimento.

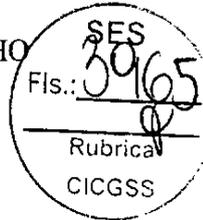
Este primeiro Manual descreve os processos que serão propostos para o cumprimento das políticas institucionais. A responsabilidade pela Qualidade não é exclusiva do Escritório da Qualidade, é sim, um privilégio compartilhado por todos os colaboradores da Hemorrede Pública. O objetivo é, portanto, contribuir para a melhoria contínua da qualidade pela definição dos processos prioritários na uniformização dos procedimentos e instrumentos de trabalho que o sustentam para normatizar práticas na organização das unidades hemoterápicas, melhorar os canais de comunicação com o público e colaboradores; desenvolver a gestão do risco geral e do risco clínico como uma prática contínua e melhorar a qualidade percebida por pacientes e colaboradores.

É necessário um trabalho contínuo de sensibilização, comunicação, envolvimento, liderança efetiva da direção, treinamentos, presença ativa do staff e responsáveis dos setores rumo a excelência.

O Escritório de Qualidade da Hemorrede Pública de Goiás tem como princípios e diretrizes o disposto no artigo 6º da RDC ANVISA 36/3013:

- I. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- II. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

[Handwritten signature and initials]



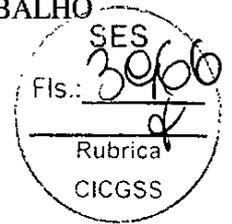
IV. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Competências

Compete ao Escritório o disposto no artigo 7º da mesma RDC:

- promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Handwritten initials and a signature mark.



Organização do Sistema de Gestão da Qualidade

O Sistema de Gestão da Qualidade está estruturado em três ações principais: Gestão por Processos, Auditorias Internas e Gestão de Documentos. O objetivo é que todos os gestores e colaboradores das unidades de serviços estejam comprometidos com a garantia da qualidade dos serviços ofertados pela Unidade.

Gestão por processos

A gestão por processos na Hemorrede terá início no primeiro semestre de 2018 quando iniciaremos as atividades de mapeamento de seus processos de trabalho após a capacitação de seus gestores e colaboradores enquanto multiplicadores da metodologia. Posteriormente, haverá a realização de ciclos de melhoria nos processos conforme a necessidade e anualmente preferencialmente no mês de janeiro.

Mapeamento de processos

O processo será utilizado como ferramenta inicial de gestão, utilizando a sequência de etapas para nortear o processo de gestão gerencial por fluxograma. O uso desta metodologia permite identificar claramente um processo e suas etapas, melhorar a lógica do processo e sua efetividade, implantar e determinar os indicadores de processos que irão apoiar o indicador de resultado. A gestão por processos representa uma estrutura para ações controladas e interligadas entre os vários componentes do sistema que permite estabelecer objetivos, traçar metas e acompanhar o desempenho, determinando onde e como melhorá-lo. O mapeamento permite:

- Determinar e focar no cliente;
- Determinar atividade, sequência e a interação dos processos claramente definidas e controladas;
- Reduzir as taxas de retrabalho, eliminando tarefas que não agregam valor ao processo;
- Envolver toda equipe: desde o pessoal da linha de frente até a Alta Direção da Hemorrede;



- Implantar um sistema de medidas que ajudem a unidade assistencial na identificação e acompanhamento dos problemas, com a avaliação dos resultados de melhoria;
- Conhecer as necessidades de pacientes, doadores e colaboradores, estabelecer o monitoramento e nas atividades ao longo do processo assegurar que o resultado final esteja nas condições propostas pelas equipes.

Devem-se considerar os seguintes aspectos no mapeamento do processo:

- As entradas e as saídas monitoradas;
- Os riscos identificados e gerenciados;
- Os donos do processo identificados e com responsabilidade e autoridade;
- Os Indicadores de processos;
- A análise dos dados.

Indicadores

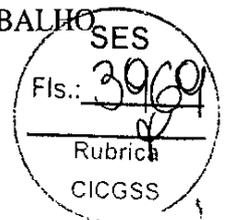
Tem como principal função mensurar o desempenho das tarefas e determinar se a organização tem conseguido ou não atingir seus objetivos e metas.

Geralmente, estes indicadores são medidos através de um índice (comumente representados por números) que avalia o andamento do processo como um todo ou parcialmente. Também existem os indicadores de desempenho estratégico, que verificam se os resultados de processos estão sendo conquistados.

Monitoramento

O Escritório da Qualidade tem como uma de suas atribuições, monitorar o desempenho e conformidades dos processos de trabalho. Este monitoramento deve ser em parceria com o gerente do setor.

O monitoramento deve ser realizado a partir da coleta de informações nas pastas com as planilhas de processos mapeados e planilha de indicadores alimentada mensalmente pelos setores.



Tipos de Indicadores

- **Indicadores estratégicos:** Tem a função de verificar se a organização está alcançando os objetivos determinados pela alta direção, os objetivos estratégicos.
- **Indicador de Resultado de Processos:** Estão focados em como a tarefa é realizada, medindo seu desempenho e se estão conseguindo atingir os objetivos determinados. Esse indicador deve ser quantificado por meio de um índice (normalmente representado por um número) que retrate o andamento do processo como um todo ou em parte.
- **Indicador Operacional ou Indicadores de desempenho de processos:** São usados para o monitoramento das atividades setoriais, rastrear e seguir o andamento do processo, coletando informações relevantes e disponibilizando-as de forma acessível para que os gestores estudem e tomem as decisões corretas, trazendo eficiência e eficácia aos processos e, conseqüentemente, resultados positivos para a instituição.

O papel do Escritório da Qualidade junto aos indicadores

- Auxiliar na estruturação de indicadores;
- Orientar os gerentes quanto ao preenchimento, levantamento de dados, análises críticas e os planos de ação;
- Monitorar os indicadores de resultados do processo (verificar se os dados estão coesos, se as ações estão coerentes aos resultados);
- Coletar os dados dos indicadores estratégicos.

Auditorias internas

Finalidade

A Auditoria Interna é uma atividade independente, de avaliação objetiva e de consultoria, destinada a agregar valor ao processo de melhoria continua. É realizada a fim de

t
P



verificar se as atividades de cada setor estão sendo conduzidas e controladas em conformidade com o planejado e atende aos critérios de qualidade necessários.

Papel do auditor

O auditor interno terá acesso a todos os setores a serem auditados e aos respectivos documentos e informações necessários, devendo pautar a sua conduta pessoal e profissional pelos princípios da ética, integridade, objetividade, confidencialidade e competência.

Periodicidade

A equipe da qualidade, responsável pelas auditorias deve elaborar anualmente, preferencialmente no último trimestre do ano, as auditorias a serem realizadas no ano seguinte. As auditorias devem ser realizadas mensalmente em cada setor e em casos especiais agendadas visitas extraordinárias.

O cronograma elaborado deverá ser divulgado a todos os setores partícipes do processo de auditoria.

Realização da auditoria

Descrita em Procedimento Operacional Padrão específico (Programa de Melhoria da Qualidade)

Relatório da auditoria

Terminado o processo de análise durante a visita, a equipe da qualidade fará uma avaliação dos dados analisados e consolidará em relatórios que deverão ser encaminhados para análise aos responsáveis pelos setores auditados, este setor dará ciência das propostas de melhorias, e em caso de inconformidades, deverão proceder às ações corretivas necessárias.

Reporte a alta administração

Mensalmente, o Escritório da Qualidade encaminhará a alta administração, relatório consolidado, apontando os setores auditados naquele mês, as inconformidades encontradas e



as propostas de melhoria sugeridas, bem como, os relatórios de cada um dos setores auditados como anexos.

Gestão de documentos

A Gestão de Documentos é o conjunto de procedimentos técnicos e operacionais referentes às atividades de produção, validação, classificação, tramitação, avaliação, armazenamento, arquivamento e descarte dos documentos. Visa manter um controle adequado de documentos.

Para estabelecer os critérios de controle dos documentos da Hemorrede Pública de Goiás, a referência adotada está em consonância com a ISO 9001/2015, no que tange ao controle de informação documentada.

Objetivos

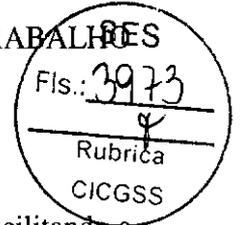
- Organizar, de modo eficiente, a produção, validação, manutenção e destinação de todos os documentos produzidos na Hemorrede;
- Assegurar o uso adequado e padronizado de documentos da instituição;
- Evitar o uso não pretendido de documentos obsoletos;
- Assegurar o acesso a informação quando e onde se fizer necessária.

Escopo

Este processo estabelece a padronização do gerenciamento dos documentos, com base nas melhores práticas e se aplica a todos os documentos e ferramentas utilizadas na Hemorrede Pública de Goiás. Para tanto, descreve-se a seguir a lista de documentos que deverão ser controlados, bem como o fluxo a ser utilizado para realizar a gestão desses documentos.

Definição

Documento é qualquer registro de informações, independentemente do formato ou suporte utilizado para registrá-las.



Identificação – utilizada para indicar o código do modelo do documento, facilitando a identificação e localização, considerando que cada um recebe código único. Além do código, indica a versão para controlar as alterações e as páginas. A identificação está relacionada ao modelo do documento.

Os demais campos fazem referência ao documento após o preenchimento.

Armazenamento/ Preservação – indica local de armazenamento do documento já preenchido e meio de preservação. No quadro do exemplo, o documento será armazenado no escritório da qualidade e terá uma cópia digital;

Acesso – aqui demonstra onde ter acesso ao documento e quem deverá ter o devido acesso, nesse caso todos os colaboradores, mas existem documentos que devido ao sigilo necessário, somente determinada área poderá acessá-lo;

Recuperação – Indica a melhor forma de localizar o documento após seu preenchimento e armazenamento. Neste caso por nome, mas terá caso como POPs, que será pelo número de identificação do POP ou a depender do documento por data;

Retenção – Estabelece por quanto tempo o documento deverá ficar guardado, após o seu preenchimento, se após algum tempo ele poderá ser descartado ou terá guarda permanente. Para estabelecer esses prazos de retenção o Escritório da Qualidade deve seguir a Tabela de Temporalidade de Documentos da Administração da Hemorrede Pública de Goiás, publicada por meio da Portaria.

Descarte – aqui indica qual o meio adequado de descarte, quando se aplicar ao documento, por exemplo, documento que tem caráter sigiloso deverá ser fragmentado antes de ser enviado para reciclagem, caso não seja sigiloso poderá seguir direto para reciclagem.

É papel do Escritório da Qualidade manter os documentos atualizados e disponíveis aos setores pertinentes, por tanto se estabeleceu os seguintes passos para a gestão da documentação:

Aprovação dos documentos quanto a elaboração e/ou alteração



Os documentos elaborados e revisados/alterados serão aprovados observando o abaixo:

Passo 1: O setor demandante encaminha solicitação de alteração do documento por meio da gerência imediata, com cópia para a Diretoria competente, pois assim fica estabelecida a ciência da Diretoria;

Observação: Para documentos técnicos (exemplo POP), de origem da área de enfermagem e assistências com procedimentos diretamente relacionados ao paciente, deverão ser encaminhados para a análise e validação da Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Serviços de Saúde – CCISS e logo após o mesmo encaminha ao Escritório da Qualidade;

Passo 2: O escritório da qualidade realiza a elabora/alteração necessária e devolve ao setor demandante com cópia diretoria competente para validação, caso necessite de alterações o setor devolve ao escritório da qualidade, que realiza o pedido e reenvia;

Passo 3: A Diretoria/setor demandante valida o documento;

Passo 4: O Escritório faz os devidos registros na Lista Mestra, e numeração de identificação, quando for o caso, e disponibiliza a versão final do documento;

Passo 5: O Escritório comunica a disponibilização do documento aos interessados;

Revisão

Os documentos serão revisados de acordo com a temporalidade descrita na Lista Mestra ou quando identificada a necessidade e/ou a oportunidade de melhoria imediata;

Disponibilização

A distribuição será realizada, via de regra, com a disponibilização do documento no servidor de arquivos com a seguinte estrutura:

- Sistema de Gestão da Qualidade;
- DOC – Documentos;



5. Protocolo
6. Política
7. Manual
8. Interações de processos

Formulários de Mapeamento dos Processos de Trabalho

Permitem compreender de forma clara e simples como uma unidade está operando, representando cada passo de operação dessa unidade em termos de entradas, saídas, ações e resultados.

Fichas de Indicador

As fichas de indicadores contêm o detalhamento do indicador, ajudando na compreensão e visualização das informações. Informações da ficha do indicador:

Nome do Indicador – Conceito utilizado para descrever o indicador como um todo;

Definição do indicador – informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo;

Interpretação/Objetivo do Indicador - explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado;

Método de Cálculo - fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo precisamente os elementos que a compõem.

CrITÉRIOS de Inclusão – define quais são os critérios utilizados para compor o cálculo.

CrITÉRIOS de Exclusão – indica o subgrupo que, embora preencha os critérios de inclusão, também apresenta características ou manifestações que podem interferir na qualidade dos dados, assim como na interpretação dos resultados.

Rotina de Coleta – estabelece se o indicador será alimentado, diariamente, semanalmente, mensalmente e assim por diante.



Meta – representam de forma quantitativa, a evolução e o desempenho da qualidade dos produtos e serviços, participação e motivação de seus colaboradores.

Responsável - Setores responsáveis pela produção e alimentação dos dados.

Procedimentos Operacionais Padrão – POPs

São documentos imprescindíveis para o exercício de qualquer tarefa realizada com qualidade, eficiência e eficácia, obedecendo critérios técnicos e observando normas e legislação das áreas pertinentes. Os POPs servem de veículo para que as informações acerca dos mais diversos processos cheguem com segurança ao executor.

É um documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo e tem como objetivo padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução da atividade. Assim, um POP garante que as ações sejam realizadas da mesma forma, independente do profissional executante ou de qualquer outro fator envolvido no processo, diminuindo assim “as variações causadas por imperícia e adaptações aleatórias”, descreve o trabalho de cada procedimento a ser executado e a forma correta de fazê-lo, sendo de responsabilidade dos gerentes a organização do mesmo. Ressalta-se que esse documento deve ter atualização e revisão periódica, seguida da aprovação do Gerente, da diretoria, CCISS caso seja necessário e da Qualidade de cada versão.

Protocolos

Buscam trazer subsídios para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde. São considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza científica, técnica e organizacional, os mesmos são desenvolvidos visando orientar os profissionais na ampliação da segurança do paciente e qualidade nos serviços de saúde prestados pela Hemorrede Pública de Goiás.

É o conjunto de regras sobre o modo como se dará a comunicação entre as partes envolvidas. Os protocolos podem ser citados diversos tipos como os relativos à assistência, aos cuidados, à organização do serviço, à atenção à saúde, ao acompanhamento e avaliação e



Fls.: 3978
Rubrica
CICGSS

também os protocolos clínicos entre outros. Essa diversidade de categorias pode ser agrupada, quanto à natureza, como protocolos clínicos e protocolos institucionais.

Os protocolos clínicos têm foco na padronização de condutas clínicas, baseados em fundamentação técnica e científica, diretrizes organizacionais e políticas. Os protocolos institucionais são instrumentos de gestão que abordam os métodos para organização do trabalho, os fluxos administrativos da instituição, os processos de avaliação, bem como a estruturação do sistema de informação que abrange toda a Hemorrede Pública de Goiás.

Os Protocolos Gerenciados são diretrizes assistenciais que monitoram continuamente indicadores de qualidade para assegurar uma prática clínica com qualidade e segurança ao paciente.

Obs.: Para a escolha de quais protocolos serão gerenciadas, as equipes deverão realizar uma análise por meio de uma matriz de prevalência, custos e criticidade.

Prevalência: determina o que é comum na instituição, é determinado pelo perfil epidemiológico do hospital.

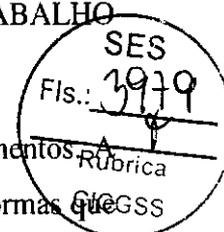
Custos: todo e qualquer gasto relativo a aquisição ou produção e gastos gerais como depreciação de máquinas e equipamentos, manutenção, materiais de conservação Recursos Humanos, é relativamente estudada para o Gerenciamento de Protocolos.

Criticidade: característica de crítico, do que se fundamenta ou é estabelecido a partir de um juízo de valor; habilidade ou capacidade para ser crítico.

Políticas

Políticas são definidas como as intenções e direção de uma organização expressos formalmente pela alta direção, mas a política também pode ser entendida como um conjunto de regras que se aplica no Hospital que ajudam a direcioná-las aos seus objetivos.

Estabelecer uma política significa declarar a “personalidade” da organização, e isso ajuda a esclarecer e padronizar a postura da Hemorrede Pública referente a determinados temas. É importante entender que sempre há uma política sendo exercida na organização. Está muito ligada a cultura da instituição e deverá ser coerente com sua missão, visão e valores.



A política é a lista de regras, é o que dá a direção, são as regras e regulamentos. A política da Hemorrede Pública de Goiás deve ser compreendida como o grupo de normas que são adotadas com o intuito de ajudá-la a alcançar plenamente todos os seus objetivos. Ao definir uma política, entendemos que o setor estabeleceu quais serão os mecanismos de ação da instituição, o que, por sua vez, auxilia a determinar qual será o comportamento adotado pela instituição frente a determinados cenários e temas, pois a mesma funciona como uma espécie de “guia” capaz de ajudar a instituição em diversos momentos.

Manuais

Manual é um Guia de instruções que serve para o uso do setor ou da organização como um todo, para o estabelecimento de procedimentos de trabalho. Os manuais são de grande importância na hora de transmitir informação às pessoas para desenvolver-se em uma determinada situação. O manual costuma estar embasado em normas técnicas e ter uma descrição de tudo que está estabelecido e de sua utilização, seja para obter um bom rendimento como também para explicar e evitar possíveis problemas.

Interação de Processos

Para poder qualificar e validar os processos previamente definidos, alguns critérios devem ser levados em conta, dentre eles, quais serão os fornecedores e clientes daquele processo, e como um irá interagir com outro, ou seja, o processo pode entregar um bem ou serviço de um setor para outro e essa interação (comunicação) deve estar bem clara, com definição de critérios de qualidade para a entrega e recebimento dos insumos daquele processo. Estas definições são estabelecidas do documento de interação de processos.

Ferramentas do SGQ

Ferramentas da Qualidade são técnicas que se podem utilizar com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para problemas que eventualmente são encontrados e interferem no bom desempenho dos processos de trabalho.

As Ferramentas do Controle de Qualidade utilizadas na Hemorrede Pública de Goiás são:



1. Ciclo PDCA com ênfase na Metodologia de Análise e Melhoria de Processos;
2. Brainstorming ou “Tempestade de Idéias”;
3. FMEA;
4. Fluxograma ou flowchart;
5. DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO (Análise da Causa Raiz - Ishikawa);
6. Porquês;
7. 5W2H ou Plano de Ação;
8. Fichas de Verificação;

Devidamente aplicadas, essas ferramentas auxiliam a elevar os níveis de qualidade por meio da solução eficaz de problemas, com produtos e processos mais uniformes, identificar problemas existentes nos processos, fornecedores e produtos, identificar causas raízes dos problemas e solucioná-los de forma eficaz etc.

É necessário saber para que serve cada ferramenta e como aplicá-la, pois, somente assim será possível obter bons resultados. Portanto, segue a descrição de cada ferramenta e ao final tabela de aplicação.

Ciclo PDCA com ênfase na Metodologia de Análise e Melhoria de Processos

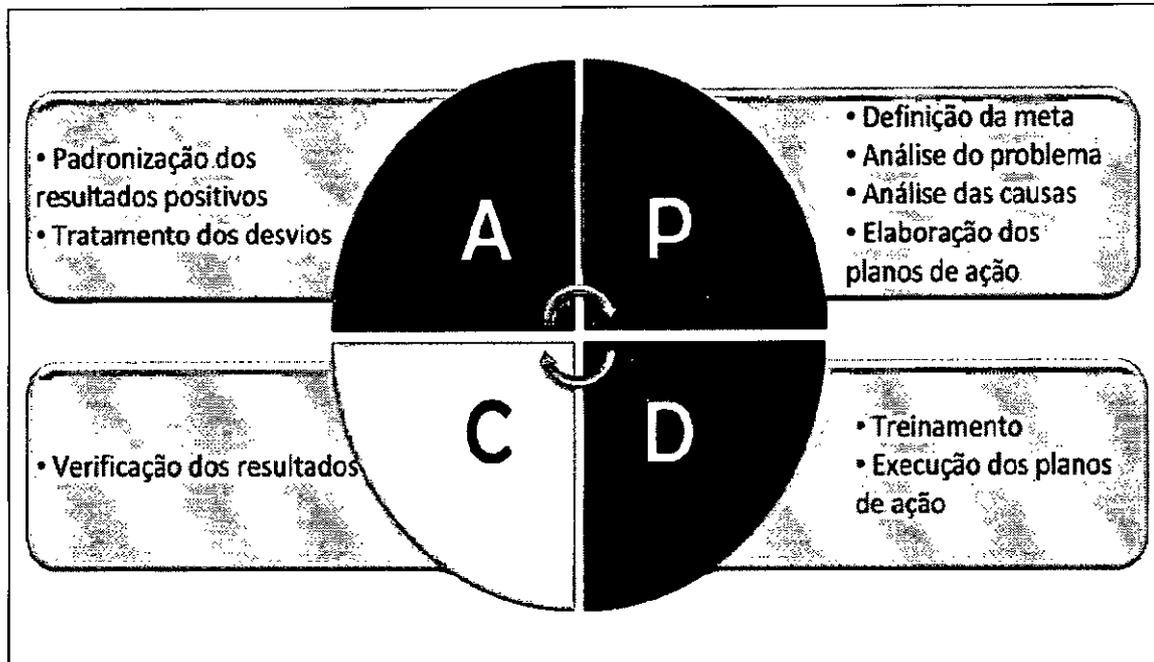
É uma ferramenta gerencial de tomada de decisões para assegurar o alcance das metas necessárias para o funcionamento das organizações. É de fundamental importância para a análise e melhoria dos processos organizacionais e para a eficácia do trabalho em equipe.

O PDCA pode ser utilizado em qualquer organização, inclusive as de saúde, na realização de toda e qualquer atividade da organização, sendo ideal que todos os membros saibam utilizá-la.

Para cada uma das fases, existe uma série de atividades que devem ser realizadas de maneira cíclica e ininterrupta, facilitando a execução, além de dar agilidade e evitar



desperdício de tempo, promovendo a melhoria sistemática na organização. Cada letra do ciclo corresponde a um termo que se traduz da seguinte forma:



O ciclo inicia-se pelo planejamento; em seguida as ações ou conjunto de ações planejadas são executadas; checa-se o que foi feito, se estava de acordo com o planejado e então toma-se um ação para eliminar ou ao menos minimizar defeitos na execução do serviço, aprendendo com os erros.

Os quatro passos do ciclo PDCA são:

Plan [planejar]:

Definir as metas a serem alcançadas e/ou definir o método para alcançar as metas propostas. Normalmente, as metas são um desdobramento do planejamento estratégico da organização e o método é a orientação para atingir o objetivo esperado.

Nesta fase do ciclo é necessário:

- identificar os insumos a serem utilizados, de onde vêm, as saídas do processo e seus usuários;

283



- descrever o processo;
- medir as características principais do processo;
- identificar oportunidades de melhoria;
- identificar as causas raiz do problema;
- planejar as ações

Do [executar]:

Executar as tarefas como foi previsto na etapa de planejamento e coletar os dados que serão utilizados na próxima etapa de verificação do processo. Nessa etapa são essenciais a educação e o treinamento.

Check [checar]:

Conferir se o executado está de acordo com o planejado, ou seja, se a meta foi alcançada dentro da metodologia definida. É a fase de monitoração e de avaliação, comparando as metas desejadas e os resultados obtidos. Essa monitoração deve ser baseada em dados concretos, podendo-se utilizar ferramentas de acompanhamento como folha de verificação, histograma, carta de controle, entre outras. Identificar os desvios na meta ou na metodologia.

Act [agir]:

Definir e implementar soluções para os problemas encontrados como contínuo aproveitamento do processo, caso ainda não esteja no nível aceitável e se os resultados foram alcançados, pode-se adotar como padrão o planejamento feito na primeira fase. Caso não sejam identificados desvios, é possível realizar um trabalho preventivo, identificando quais desvios são passíveis de ocorrer no futuro, suas causas e soluções. Nesta fase, padronizam-se as ações implantadas e faz-se seu monitoramento.



Esse ciclo, norteado pelos indicadores logísticos, forma o alicerce para uma estrutura gerencial focada na excelência das operações e, conseqüentemente, na satisfação dos clientes internos e externos.

Relação das ferramentas de qualidade com o ciclo PDCA

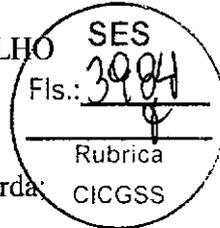
Fase do ciclo	Ação possível	Ferramentas
P	Diagnosticar	<i>Brainstorming</i> ; gráficos; fotografias; 5W2H
	Observar	Gráficos
	Analisar	<i>Brainstorming</i> ; Ishikawa (Análise da Causa Raiz)
	Planejar a ação	Fluxograma; 5W2H
D	Executiva	Treinamento; reuniões; divulgação; cronograma
C	Checagem	Gráficos; relatórios
A	Aprendizagem	5W2H; treinamentos; manuais, fluxograma e reflexão

Brainstorming ou “Tempestade de Ideias”

É a coleta de ideias de um grupo de pessoas (de duas até dez pessoas) reunidas, sem críticas ou julgamentos, por meio de conversas. Quanto mais ideias, maior as chances encontrar soluções viáveis para os problemas apresentados. Para realizar a técnica, sugere-se seguir a sequencia abaixo:

- Tenha um tema a ser discutido, escolhido antecipadamente ou com o grupo;
- Os participantes devem expressar todas as ideias que lhe venham à mente espontaneamente;

[Handwritten signature]
 *
[Handwritten mark]



- Nenhuma ideia apresentada deve ser criticada, ou julgada como errada ou absurda;
- Todas as ideias expressas devem ser escritas e, na sequência, analisadas;
- Após análise é feita a seleção das mais adequadas.

FMEA

Existem diversas metodologias para estruturar melhorias de processo em busca de uma melhor qualidade para o mesmo. Podemos dizer que existem formas ativas ou reativas de se buscar soluções para um problema em um processo. Quando um evento ocorre, e buscamos achar a causa deste evento, para posteriormente ser proposta uma solução, estamos agindo de forma reativa. Quando paramos para pensar em um processo, buscando quais os possíveis erros que podem acontecer no mesmo, para propor soluções antes que eventos ocorram, estamos agindo de forma ativa.

Dentro deste contexto da busca ativa de problemas para gerar soluções antes que eventos aconteçam, apresentaremos uma importante ferramenta de análise, chamada de Análise de Tipos e Efeitos de Falhas, conhecido pela sua sigla FMEA, do inglês Failure Modes and Effects Analysis.

FMEA - Análise de Tipos e Efeitos de Falhas

O FMEA é um método sistemático e pró-ativo para avaliar um processo de forma a identificar onde e como ele pode falhar. Além disso, ele também serve para avaliar o impacto que essas falhas podem ter, e unindo todas essas informações, ele identifica que partes do processo têm maior necessidade de serem mudadas.

Esta metodologia prevê uma avaliação das etapas do processo, quais as falhas que podem acontecer em cada etapa (o que poderia dar errado?), quais as causas dessas falhas (por que a falha aconteceu?) e quais os efeitos dessas falhas (quais seriam as conseqüências de cada falha?). As equipes que usam o FMEA para avaliar os processos e suas possíveis falhas estão procurando criar correção de forma pró-ativa, ao invés de reagir à ocorrência de um evento adverso. Essa ênfase na prevenção pode reduzir risco de danos tanto para pacientes como para funcionários.



A utilização do FMEA é particularmente útil na avaliação de um novo processo antes da sua implementação e na avaliação do impacto de uma proposta de mudança para um processo existente. Na Tabela 1 podemos verificar as vantagens e desvantagens da aplicação do FMEA.

Vantagens do FMEA

- Melhorar a qualidade e a segurança de um processo de assistência;
- Aumentar a satisfação dos prestadores da assistência (médicos, enfermagem, etc);
- Coletar informações para reduzir falhas no futuro;
- Identificar e eliminar erros precocemente;
- Enfocar na prevenção de problemas;
- Catalisador para o trabalho em equipe multidisciplinar;
- Reduzir a possibilidade de um mesmo tipo de falha no futuro.

Desvantagens do FMEA

- Dependente da equipe que foi nomeada para a análise;
- Dependente da experiência dos membros da equipe nomeada;
- Dependente da existência de dados para serem analisados;
- O cálculo do Coeficiente da Prioridade de Risco (veja a seguir) pode mascarar algumas falhas grandes ou valorizar falhas pequenas devido à forma como é feito o cálculo.

Passos para Execução do FMEA

A seguir, descreveremos os 7 passos na execução do FMEA. A Figura 1 mostra um resumo dessas etapas, e a Tabela 3 traz um exemplo da aplicação do FMEA em uma etapa relacionada à prescrição médica manual.

Passo 1: selecione um processo para ser analisado com o FMEA. Se não tiver experiência, selecione um processo simples, com poucas etapas para serem analisadas.



Se a detecção é baixa, identifique eventos que ocorrem antes da falha para que os mesmos sinalizem a chance de erro para quem realiza a etapa a seguir, adicione uma nova etapa de verificação ao processo, considere a possibilidade de automatizar o processo.

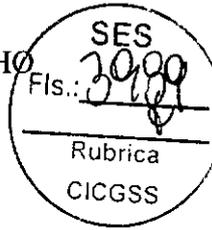
Se a gravidade é alta, treine as equipes para rápido reconhecimento de forma a tomar medidas rápidas quando ocorrer um evento, forneça a informação para quem pode vivenciar esse tipo de problema.

Níveis de 1 a 10 para Ocorrência, Gravidade e Detecção

OCORRÊNCIA		GRAVIDADE		DETECÇÃO	
Quase nunca	1	Nenhuma	1	Quase certa	1
Mínima	2	Mínima	2	Muito Alta	2
Rara	3	Muito pequena	3	Alta	3
Baixa	4	Pequena	4	Moderadamente alta	4
Ocasional	5	Moderada	5	Média	5
Moderada	6	Significativa	6	Baixa	6
Frequente	7	Grande	7	Muito Baixa	7
Alta	8	Extrema	8	Mínima	8
Muito Alta	9	Séria	9	Rara	9
Quase certa	10	Catastrófica	10	Quase impossível	10

Resumo das Etapas do FMEA

[Handwritten signature and initials]



Fluxograma ou flowchart

É um método para descrever graficamente a sequência de um processo de trabalho de forma analítica usando símbolos simples, previamente convençionados para identificar as atividades realizadas sequencialmente, sua análise e redesenho, bem como, os responsáveis e/ou unidades organizacionais envolvidas na mesma.

Na gestão de processos, a ferramenta tem como objetivo assegurar a qualidade e aumentar a produtividade dos trabalhadores. Isso acontece, pois a documentação do fluxo das atividades torna possível realizar melhorias e esclarece melhor o próprio fluxo de trabalho.

Dentre as vantagens de utiliza o fluxograma, é possível ressaltar:

- Melhora a compreensão do processo de trabalho;
- Mostra os passos necessários para a realização do trabalho;
- Cria normas padrão para a execução dos processos;
- Demonstra a sequência e interação entre as atividades/projetos;
- Pode ser utilizado para encontrar falhas no processo;
- pode ser utilizada como fonte de informação para análise crítica;
- Facilita a consulta em caso de dúvidas sobre o processo.

Símbolos do Fluxograma

Para facilitar o entendimento e análise do processo, o diagrama utiliza uma série de símbolos para representar as ações e momentos do processo. Não é obrigatório o uso de todos os símbolos, devendo-se utilizá-los de acordo com a necessidade.

Veja exemplos de símbolos:



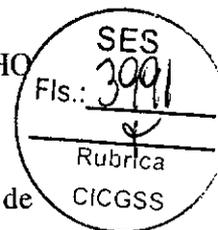
SES
 Fls.: 39/40
 Rubrica
 CIGSS

	Terminal – O ponto de início e término de um programa
	Direção do Fluxo – A direção do fluxo de dados ou documentos
	Processamento – Um grupo de instruções que executam uma função do programa
	Decisão – Indica possibilidade de desvios para diversos outros pontos
	Entrada / Saída – Qualquer função de um dispositivo I/O, fornecendo informações para processamento
	Conexão – Uma entrada ou uma saída de/ou para uma outra parte do fluxograma
	Conector de Página – Desvio do fluxograma de uma página para outra
	Documento – Função que expressa a saída de dados; relatório

Diagrama de Causa e Efeito (Análise da Causa Raiz - Ishikawa)

Trata-se de uma técnica utilizada para demonstrar a relação entre um efeito e todas as possíveis causas que possam estar contribuindo para a ocorrência de falhas. O levantamento

292
 9
 A

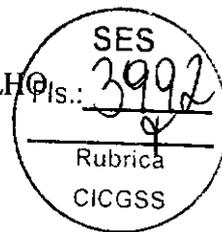


das causas é realizado com a participação das pessoas envolvidas, por meio de uma sessão de brainstorming. Estas causas levantadas são agrupadas por categoria.

Fatores que Contribuem/Influenciam as falhas	
Fatores do Paciente	Condição (complexidade e gravidade) Comunicação e linguagem Fatores sociais e de personalidade
Fatores da Tarefa ou Tecnologia	Clareza da estrutura e desenho da tarefa Disponibilidade e uso de protocolos Disponibilidade e acurácia dos testes Auxílios à tomada de decisão
Fatores Individuais (pessoas)	Conhecimento e habilidade Competência Saúde física e mental
Fatores do Time (equipes)	Comunicação verbal Comunicação escrita Disponibilidade de ajuda e supervisão Estrutura do time (congruência, consistência, liderança, etc)
Fatores do Ambiente de Trabalho	Mix de nivelamento e habilidades do staff Padrões de turno e carga de trabalho Manutenção, design e disponibilidade de equipamentos Apoio administrativo e gerencial Ambiente de trabalho Área física
Fatores Organizacionais e Gerenciais	Restrições financeiras Estrutura organizacional Políticas, padrões e objetivos Cultura de segurança e prioridades
Fatores do Contexto Institucional	Contexto regulatório e econômico Sistema de saúde nacional Ligação com organizações externas

9

4

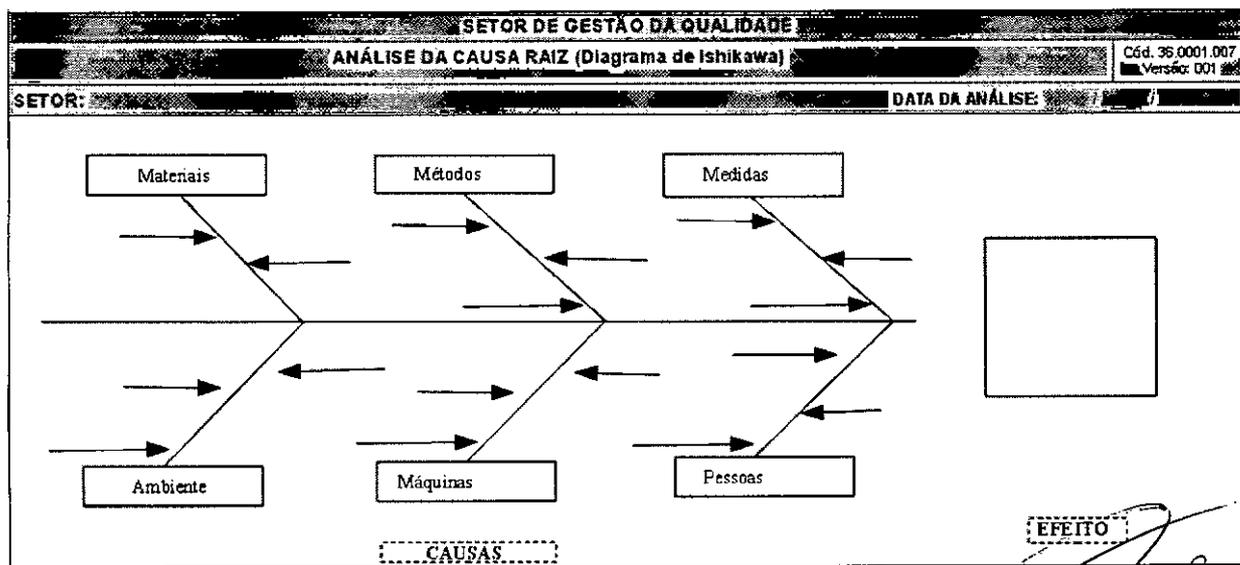


A construção do diagrama de causa e efeito deve seguir os seguintes passos:

- Definir claramente o problema ou efeito que se pretende analisar e registrar na caixa do "efeito". O diagrama deve refletir causas que bloqueiam o caminho para uma condição desejada ou fatores que podem ser úteis para alcançá-la.
- Identificar causas específicas e preencher corretamente as caixas de causas (tarefa, time, instituição, paciente, indivíduo, ambiente).
- Ao se identificar as possíveis causas é necessário seguir perguntando "por que" até que uma possível causa raiz seja identificada. Uma causa raiz é aquela que pode explicar o efeito diretamente ou é aquela que, quando removida, elimina ou reduz o problema.
- A discussão sobre os problemas no grupo deve ocorrer de forma organizada, centrada nos problemas e não nas pessoas.
- A ferramenta de causa e efeito também estrutura visualmente possíveis estratificações a serem aplicadas nas tratativas. Sendo toda sua metodologia aplicada para estabelecer parâmetros de controle, com base em estratos uniformes que permitem, com maior facilidade, a detecção das causas dos problemas analisados.

A seguir, apresenta-se esquematicamente uma figura simplificada de um diagrama de espinha de peixe.

Exemplo de Diagrama de Ishikawa



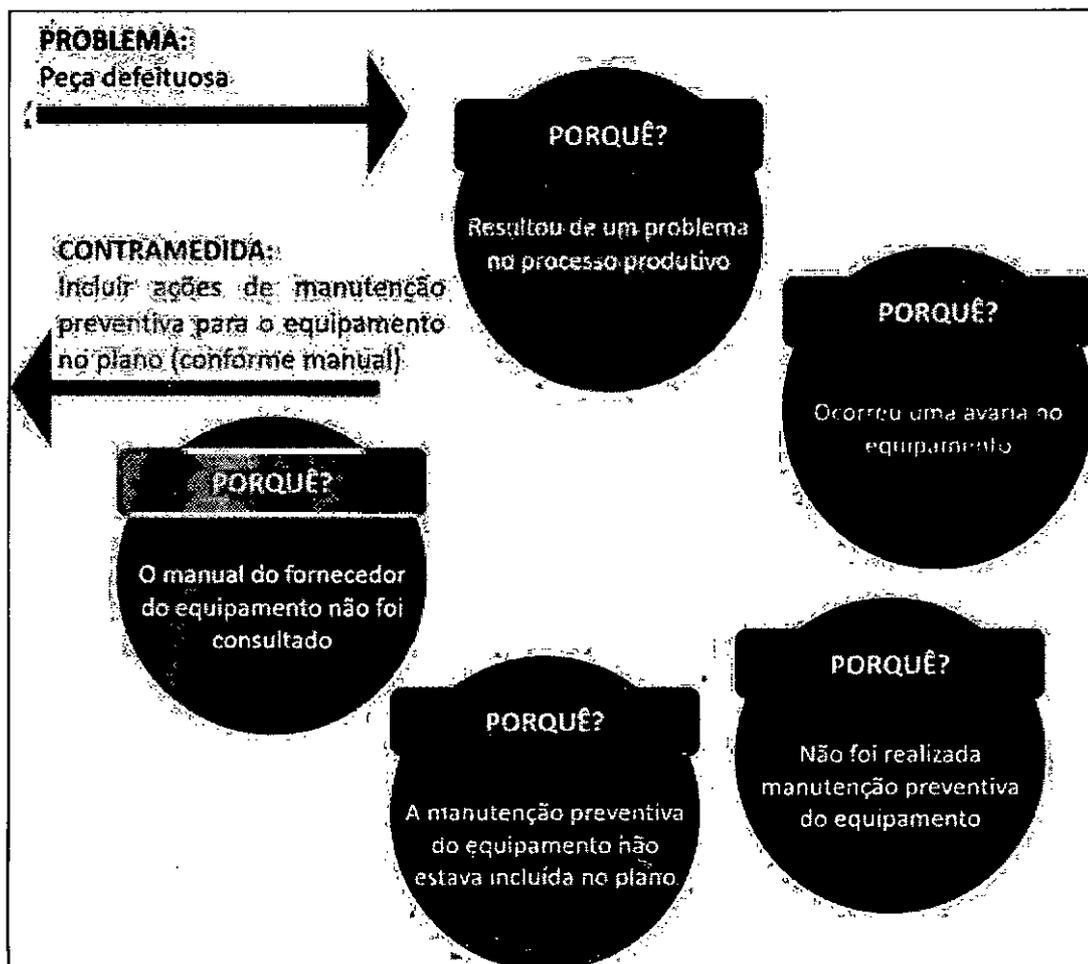
[Handwritten signature and initials]



Qual motivo de usar os cinco porquês? Ajuda você a identificar as causas de um problema.

Normalmente quando questionados sobre o que causa determinado problema, o ser humano tende a culpar alguma coisa ao invés de realmente procurar a causa. Neste caso se aplica esta técnica, pois geralmente as respostas são:

- 1º Porquê, temos um sintoma
- 2º Porquê, temos uma desculpa
- 3º Porquê, temos um culpado
- 4º Porquê, temos uma causa
- 5º Porquê, temos uma causa raiz



Exemplo de aplicação da técnica



5W2H ou Plano de Ação

Trata-se de ferramenta utilizada para designar tarefas e responsabilidades referentes às atividades planejadas. Com a ferramenta 5W2H é possível elaborar um Plano de Ação a partir da definição sobre a ação a ser realizada. Demonstra-se na tabela abaixo, o detalhamento do uso da ferramenta:

Item	Finalidade
O que	Especificar o que será feito
Quem	Especificar o responsável para executar ou coordenar a ação
Onde	Especificar o local onde será executada a ação ou a sua abrangência
Quando	Especificar o prazo para executar a ação
Por que	Explicar a razão pela qual a ação deve ser feita
Como	Especificar a forma pela qual (método) a ação deverá ser feita
Quanto custa	Prover informações sobre o custo (orçamento) necessário para executar a ação

Exemplo – Plano de Ação / 5w2h

FORMULÁRIO CONTROLADO		Cód. 36.000.004		
PLANO DE AÇÃO INSTITUCIONAL - 5W2H		Data de Elaboração: 30/06/2017		
Sistema de Gestão da Qualidade		Versão: 001		
		Data das versões: //		
Data de Elaboração do Plano:		Área:		
Fato:				
Processo(s)/Atividade(s) Relacionado(s):				
Responsável:				
O que Fazer? (WHAT)	Onde fazer? (WHERE)	Por que Fazer? (WHY)	Quando Fazer? (WHEN)	Quem irá Fazer? (WHO)
Como será Feito? (HOW)	Quanto irá Custar? (HOW MUCH)	Verificações (Exclusivas da Qualidade)		
		1a Verif.	2a Verif.	3a Verif.
		Status	Assinatura	
O que Fazer? (WHAT)	Onde Fazer? (WHERE)	Por que Fazer? (WHY)	Quando Fazer? (WHEN)	Quem irá Fazer? (WHO)
Como será Feito? (HOW)	Quanto irá Custar? (HOW MUCH)	Verificações (Exclusivas da Qualidade)		
		1a Verif.	2a Verif.	3a Verif.
		Status	Assinatura	

Serão dadas três oportunidades de realização das ações - verificações
O responsável pelas ações definidas no status das verificações
O Status deverá ser preenchido com as seguintes opções: Realizado ou Pendente

[Handwritten signature and initials]



Fichas de Verificação

As folhas de verificação são tabelas ou planilhas simples usadas para facilitar a coleta e análise de dados. O uso das folhas de verificação economiza tempo, eliminando o trabalho de se desenhar figuras ou escrever números repetitivos. São formulários planejados e adaptados para a coleta de dados usada cujos dados coletados são preenchidos de forma fácil e concisa. Registram os dados dos itens a serem verificados, permitindo uma rápida percepção da realidade e uma imediata interpretação da situação, ajudando a diminuir erros e confusões.

Nome do Indicador	Dados	jan/17	fev/17	mar/17	abr/17	mai/17	jun/17	jul/17
nº de pacientes de risco >= 3 com aceitação VQ > 70%	nº de pacientes de risco >= 3 com aceitação VQ > 70%	121	83	99	116	107	137	
	Total de pacientes com risco >= 3 em VQ	157	101	124	154	139	166	
	% de pacientes com risco >= 3 com aceitação VQ > 70%	77,07%	82,18%	79,84%	75,32%	76,98%	82,53%	#DIV/0!
Nome do Indicador	Dados	jan/17	fev/17	mar/17	abr/17	mai/17	jun/17	jul/17
nº de pacientes triados em até 72 horas	nº de pacientes triados em até 72 horas	478	494	552	492	563	458	
	nº de pacientes admitidos mês	482	495	552	499	565	460	
	% de pacientes triados em até 72 horas após a admissão	99,17%	99,80%	100,00%	98,60%	99,65%	99,57%	#DIV/0!

Ferramenta	Objetivo	Execução	Temporalidade
Brainstorming ou "tempestade de idéias"	Coleta de idéias de um grupo de pessoas	- Utilizado sem pre em reuniões para estabelecer idéias para resolver um problema, é sempre utilizado antes das demais ferramentas.	- Sempre que houver necessidade
FMEA	Avaliação dos Riscos dos Processos	- Mapeamento de Processos	Anualmente ou quando se fizer necessário as modificações.
Fluxograma	Descrever graficamente a sequência de um processo de trabalho	- Todos os documentos que precisam de fluxos de processos	Anualmente ou quando se fizer necessário as modificações.
Espinha de Peixe - Ishikawa	Relação entre um efeito e todas as possíveis causas que possam contribuir para a ocorrência de falhas	- Tratativa de Notificações de eventos	- Sempre que houver necessidade
5 Porquês	Identificada a causa raiz do problema por meio de menus de cinco perguntas ou mais de cinco perguntas.	- Sempre utilizada para realização das análises causa raiz	- Sempre que houver necessidade
SWZH	Plano de Ação a partir da definição sobre a ação a ser realizada	- Todos os planos de ação envolvendo Processos	- Revisar cada data estabelecida no plano de ação.
PDCA	Melhorias de Processos	- Mapeamento de Processos - Plano de Ação - Interação de Processos - Protocolos - Políticas - Documentos - Manuais	- 3 meses para cada Plano de Ação. - Anualmente ou quando se fizer necessário as modificações para os demais.
Fichas de Verificação	são tabelas ou planilhas simples usadas para facilitar a coleta e análise de dados	- Utilizada para construção de indicadores de processos, indicadores setoriais	- Sempre que houver necessidade

[Handwritten signatures and initials]



Políticas e protocolos

Nas tabelas a seguir estão demonstradas algumas políticas e protocolos propostos para a Hemorrede Pública de Goiás visando assegurar primordialmente qualidade e segurança do paciente.

POLÍTICAS	CODIFICAÇÃO
Política de Comunicação da Instituição	POLITICA1
Política Ambiental	POLITICA2
Política de Humanização	POLITICA3
Política de Identificação do Paciente	POLITICA4
Política Consentimento Informado	POLITICA5
Política da Qualidade	POLITICA6

2.3.2. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Descrição da Finalidade

A Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde é uma das mais importantes comissões, uma vez que está intimamente ligada a todos os setores da estrutura e representa o principal difusor de ações para a manutenção de condições adequadas para a



correta prática da medicina e outras áreas afins, no intuito de nunca trazer prejuízo ao usuário, buscar a cura quando possível, e sempre levar conforto e atenção.

Nossa proposta para implementação da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde do Hemocentro Coordenador do Estado de Goiás, vai se basear em algumas ações. A primeira delas é a normativa, na qual são fortalecidas as regras a serem seguidas por todos os profissionais da saúde que exerçam suas atividades na Hemorrede no sentido de minimizar os riscos para a ocorrência de Infecção em Serviços de Saúde.

A segunda ação é a *vigilância epidemiológica*, através da qual os casos de infecção são detectados e analisados. Através da análise dos dados coletados, os profissionais da CCISS podem diagnosticar quais são e onde estão os focos infecciosos, e qual é a população de maior risco. Conhecendo estas peculiaridades, a CCISS propõe medidas que visam minorar o problema.

As ações educativas constituirão a terceira forma de atuação da CCISS. Todos os profissionais estarão em constante atualização, seja através de literatura especializada, ensino à distância ou por participação em congressos e outros eventos relacionados. Uma vez atualizados, os profissionais deverão tratar de estudar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito dos Serviços em Saúde.

A Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde tem como responsabilidade, ainda, a difusão destes novos conhecimentos para os outros profissionais das unidades, através de palestras, cursos ou comunicação impressa. Ainda dentro das ações educativas, estão incluídas as reuniões, palestras e o contato diário com os demais profissionais da Hemorrede, quando as orientações sobre normas e condutas serão reforçadas.

Ainda serão responsabilidades da CCISS a padronização e controle do uso de antimicrobianos, a investigação de surtos de infecção relacionada à assistência em saúde, bem como elaborar, implementar e avaliar o **Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde**, o qual constará dos seguintes itens:

- 1- Sistema de vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência em saúde através de busca ativa de casos de infecção no hospital;

9
A



- 2 - Determinação de materiais, normas e rotinas para tratamento e prevenção das infecções relacionadas à assistência em saúde;
- 3 - Realização de capacitações aos funcionários quanto ao controle de infecções;
- 4 - Uso adequado de antibióticos e produtos para limpeza;
- 5 - Realização de estatísticas de infecção relacionada a assistência em saúde e divulgação de dados nos setores e para a Secretaria Estadual de Saúde;
- 6 - Avaliação periódica dos índices de infecção relacionadas à assistência em saúde e tomada de medidas de controle.

Constituição Básica

A Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde do Hemocentro de Goiás – HEMOGO representa o Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde e são os responsáveis pela execução das ações de controle de infecção no estabelecimento de saúde, devendo atender a lei nº. 9.431 de 06 de Janeiro de 1997, Portaria Nº. 2616 do Ministério da Saúde de 12 de Maio de 1998 e Instrução Normativa nº. 04 de 24 de fevereiro de 2010. Um deles, preferencialmente, deve ser o enfermeiro. Entretanto, devem possuir carga horária diária específica para a execução dessas atividades. Desta forma a CCISS será composta, no mínimo, os seguintes membros:

- a) Diretor (a) Geral
- b) Diretor (a) Administrativo
- c) Diretor (a) de Enfermagem
- d) Farmacêutico (a)
- e) Bioquímico (a)
- f) Infectologista



Ato de Constituição e Nomeação da CCISS

Trata-se de ato expedido pelo Diretor Geral do Hemocentro Coordenador de Goiás, com o objetivo de designar pessoal, delegar competência para o planejamento e execução dos serviços de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência em saúde.

Ordem de Serviço nº (Local e Data)O Diretor Geral do Hemocentro Coordenador de Goiás, no uso de suas atribuições e de acordo com o disposto na Portaria 2616, Anexo I, Item 4, resolve designar: , representante, de nível superior, de Serviço de Enfermagem; ,representante de nível superior do serviço de Farmácia;..... , representante do nível superior do laboratório de Microbiologia;..... , representante de nível superior infectologista; , representante de nível superior do serviço administrativo como membros consultores e..... , e como membros executores, para sob a presidência de..... constituírem a Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde.

ASSINATURA DO DIRETOR (A)

Ata de Instalação da CCISS

Ata número.....da reunião realizada aos.....dias do mês de.....do ano de..... no(a)(Hemocentro Coordenador de Goiás), com a presença para tratar dos seguintes assuntos: Nada mais havendo a tratar, o declarou encerrada a reunião, da qual eu,....., na qualidade de secretário(a), lavrei a presente ata, que dato e assino, após ser assinada pelos demais membros.

301



REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde, doravante denominada sob a sigla de CCISS, do Hemocentro de Goiás – HEMOGO é de natureza técnico-científica permanente, nos termos da Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 (Portaria no 2616/GM de 12 de maio de 1998) e instrução normativa nº4, de 24 de fevereiro de 2010.

Art. 2º - A CCISS tem por finalidade o desenvolvimento do programa de controle de infecções relacionadas à assistência em saúde.

§ 1º - Considera-se programa de controle de infecções relacionadas a assistência em saúde conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas á redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções relacionadas à assistência em saúde.

§ 2º - Entende-se por infecção relacionada a assistência em saúde, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização, e não estiver relacionada ao período de incubação de infecção de origem comunitária.

§ 3º - A CCISS funciona como órgão de assessoria junto à Direção Geral e de execução das ações de controle de infecção relacionada a assistência em saúde, estando assegurada sua autonomia funcional junto aos setores estratégicos para o controle das infecções relacionadas à assistência em saúde.

CAPÍTULO II - DA ORGANIZAÇÃO

Seção I

Estrutura

Art. 3º - A estrutura da CCISS compreende:

I – Grupo Executor;



II – Grupo Consultor.

Art. 4º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCISS, a Direção, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 5º - Os membros executores são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção definidas pela Comissão.

Seção II

Composição do Grupo Executor da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde

Art. 6º - O Grupo Executor terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com 4 (quatro) componentes.

Art. 7º - O Grupo executor é órgão executivo da CCISS.

Composição do Grupo Executor:

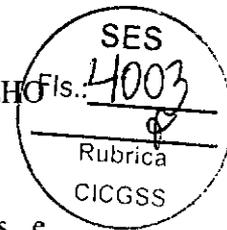
Parágrafo Único - As indicações recaíram em técnicos e profissionais especializados em Controle de Infecção em Serviços de Saúde e, representantes de nível superior dos Serviços e Coordenações envolvidas diretamente no referido programa, com experiências anteriores em Controle de Infecção em Serviços de Saúde.

Art. 8º - As indicações para integrar a CCISS serão apresentadas à coordenação executiva do Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano - IDTECH.

§ 1º - O Presidente e o Vice-Presidente da CCISS serão indicados e designados pela Diretoria do Hemocentro Coordenador.

§ 2º - O Presidente e o Vice-Presidente serão membros nato da CCISS.

Seção III



III - leitura dos informes com discussão e votação dos temas: normas e padronizações, organização de campanhas, treinamentos e manuais, discussão de problemas que possam intervir na realização dos trabalhos e despacho do expediente;

IV - organização da pauta da próxima reunião;

V - ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI - distribuição de tarefa aos membros;

VIII - comunicação breve e franqueamento da palavra.

§ 1º Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CCISS, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

§ 2º. Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

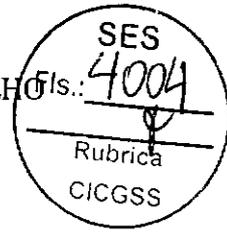
§ 3º A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de dois dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Art. 14 - Após a leitura do parecer, o Presidente ou o seu Suplente devem submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

Art. 15 - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 16 - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Presidente, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA



Art. 17 - À CCISS compete:

I - estabelecer diretrizes para desenvolvimento do programa de Controle de Infecção em Serviços de Saúde, das unidades da Hemorrede de Goiás:

- a) Controle de MRSA;
- b) Prevenção de transmissão aérea;
- c) Treinamento em Serviço dos profissionais das unidades da Hemorrede de Goiás

II - elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle das infecções relacionadas à assistência em saúde;

III - elaborar programa de controle das infecções relacionadas à assistência em saúde com projetos de pesquisa multidisciplinares na linha de infecções relacionadas a assistência em saúde em pacientes crônicos;

IV - realizar investigação epidemiológica de surtos, sempre que indicado;

V - elaborar, rever e atualizar normas, que visem a uniformização de medidas para a prevenção, controle e contenção das infecções relacionadas à assistência em saúde;

VI - planejar normas para estudos e pesquisas epidemiológicas;

VII - estabelecer programa de racionalização do uso de antimicrobianos;

VIII - elaborar normas para promover educação do pessoal da Hemorrede Pública de Goiás na área de infecção relacionada a assistência em saúde;

IX - elaborar e divulgar relatórios contendo, no mínimo as seguintes informações, por serviço (unidade de internação) e referente a toda Hemorrede Pública de Goiás:

- a) taxa de infecção relacionada a assistência em saúde por patologia;
- b) taxa de infecção relacionada a assistência em saúde por paciente;
- c) estrutura percentual das várias localizações topográficas no paciente;
- d) taxas de infecções relacionadas a assistência em saúde por procedimentos de risco selecionados pela Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;
- e) taxa de consumo por antimicrobianos;



X. elaborar semestralmente, relatório com coeficiente de sensibilidade /resistência dos germes mais frequentemente encontrados associados a infecções relacionadas à assistência em saúde, e aos antimicrobianos padronizados;

XI. promover medidas de contenção de surtos infecciosas que venham a ocorrer nas Unidades da Hemorrede, propondo medidas a serem executadas;

XII. emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo, equipamentos cujo uso possa prevenir a infecção relacionada a assistência em saúde;

XIII. supervisionar, na Central de Material e Esterilização (CME), as condições de armazenamento de materiais de consumo previamente esterilizado, a fim de garantir a validade da mesma;

XIV. promover a formação, treinamento e aprimoramento de recursos humanos na área de infecção relacionada a assistência em saúde;

XV. estabelecer normas referentes à problemática de infecção relacionada a assistência em saúde nos setores de manutenção de equipamentos, rouparia, lavanderia, materiais de consumo, esgoto, ar condicionado, cozinha, lixo, transporte, limpeza, desinfecção e esterilização;

XVI. examinar, proceder e monitorar à adequação de projetos de modificação de planta física, no tocante às infecções relacionadas à assistência em saúde;

XVII . propor, em conjunto com o Serviço de Vigilância em Saúde, medidas necessárias à prevenção e controle de doenças infecciosas no âmbito da Hemorrede Pública de Goiás;

XVIII . zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao Controle de Infecção em Serviços de Saúde.

Art. 18 - Ao Diretor do Hemocentro Coordenador compete:

I. Constituir formalmente a CCISS.

II. Nomear os componentes da CCISS por meio de portaria.



III. Propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCISS.

IV. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCISS.

V. Garantir a participação do Presidente da CCISS nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da Hemorrede de Goiás, e demais comissões envolvidas diretamente ou indiretamente no referido programa.

VI. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Regional de Controle de Infecção em Serviços de Saúde.

VII. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCISS, e às alterações que venham a ocorrer.

VIII. Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 19 - Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCISS, especificamente:

I - representar a CCISS em suas relações internas e externas;

II - instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

III - promover a convocação das reuniões;

IV - tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

V - indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VIII - promover a interação do Grupo Consultor com o Grupo Executor.

Parágrafo Único - Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

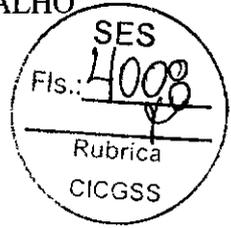


Art. 20 - Aos membros da CCISS incumbe:

- I. estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas pelo Presidente;
- II. comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- III. requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV. desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V. apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art. 21 - À Secretária da CCISS incumbe:

- I. assistir as reuniões;
- II. encaminhar o expediente da CCISS;
- III. preparar o expediente da CCISS;
- IV. manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;
- V. providenciar a confecção de documentos de circular interna e externa expedidos pela CCISS, e distribuição a Direção e demais serviços, setores e coordenações;
- VI. lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VII. transcrever o relatório trimestral das atividades da Comissão;
- VIII. lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- IX. providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;
- X. distribuir aos Membros da CCISS a pauta das reuniões;
- XI. organizar dados e arquivos.



Competências da Comissão de Consultores

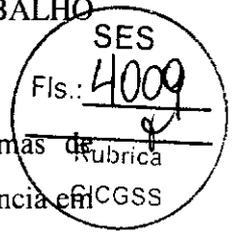
Art. 22- Competências gerais dos Consultores:

- I. participar das reuniões da CCISS;
- II. articular-se com o grupo executor observando as diretrizes traçadas por este, para a ação de controle das infecções relacionadas a assistência em saúde na Hemorrede Pública de Goiás;
- III. implementar na Hemorrede Pública de Goiás o programa de controle das infecções relacionadas a assistência em saúde adotados pela CCISS;
- IV. articular-se com o Grupo Executor, no sentido da atualização de recursos técnicos, materiais e humanos com vistas ao eficiente controle das infecções relacionadas a assistência em saúde;
- V. estender todas as decisões tomadas nas reuniões às áreas de atuação e outras que tenham atividades subsidiárias ou complementares à vida funcional do Hemocentro de Goiás - HEMOGO;
- VI. emitir relatório para a CCISS quando da ocorrência de situações problema dentro da área de sua competência.

Art. 23- Competências específicas dos Consultores:

- I. Representante da Direção:
 - a) contribuir para manter a autoridade máxima da Instituição informado, no que diz respeito as ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência em saúde;
 - b) colaborar com a CCISS na implantação das ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência em saúde.
- II. Representante do Setor de Biossegurança:
 - a) promover a formação, treinamento e aprimoramento de pessoal em Biossegurança;

9
H
P



- b) propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas de biossegurança visando a prevenção das infecções relacionadas à assistência em saúde;
- c) monitorar a qualidade do ar, através de medição microbiológica, nos diferentes ambientes do hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde e quando indicada pela CCISS.

III. Representante do Serviço de Farmácia:

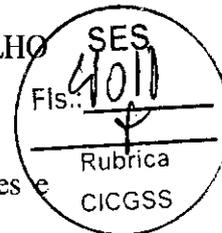
- a) Cooperar com as normas de padronização do uso de antimicrobianos adotadas;
- b) auxiliar no monitoramento do programa de racionalização de uso de antimicrobianos e germicidas, em cooperação com o Grupo Executor;
- c) elaborar levantamento do consumo de antimicrobianos e informar à CCISS;
- d) comunicar diariamente à CCISS a falta de antimicrobianos, esterilizantes e germicidas padronizados;
- e) responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas;
- f) emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e artigos hospitalares;
- g) responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores da Farmácia.

IV. Representante do Serviço de Monitoramento de Custos:

- a) Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas técnico-administrativas visando o monitoramento de custos na prevenção/tratamento das infecções relacionadas à assistência em saúde.

V. Representante do Serviço de Vigilância em Saúde:

- a) contribuir na implantação e manutenção do sistema de vigilância epidemiológica, definido pela CCISS;



- f) responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas na Central.;
- g) responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática do destilador da Central de Material.

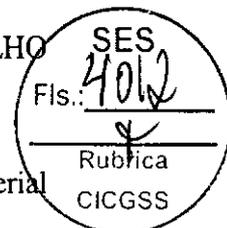
VIII. Representante do Serviço de Microbiologia:

- a) elaborar e divulgar normas técnicas atualizadas para coleta de material para exames microbiológicos;
- b) validar todas as técnicas utilizadas para o isolamento, identificação e testes de suscetibilidade dos microorganismos;
- c) responsabilizar-se pelo funcionamento adequado do sistema automatizado de isolamento, identificação e teste de suscetibilidade dos microorganismos, validando-o;
- d) implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para isolamento e identificação dos microorganismos;
- e) implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para a identificação e estudo da sensibilidade dos antimicrobianos;
- f) organizar arquivos de dados microbiológicos que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;
- g) produzir e emitir diariamente para a CCISS o relatório de todos os microorganismos identificados.
- h) comunicar à CCISS e a supervisora de enfermagem, diariamente, o crescimento de bactérias multi-resistentes em material clínico;
- i) auxiliar na identificação de possíveis surtos.

IX. Representante do Serviço de Manutenção e Atividades Gerais

- a) contribuir para a qualidade e monitoramento do processo de limpeza hospitalar, bem como do controle de vetores;

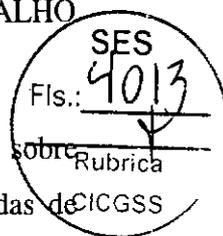
[Handwritten signature and initials]



- b) contribuir para monitorar e adequar o descarte e fluxo de material contaminado dentro do hospital;
- c) contribuir para monitorar a qualidade da roupa hospitalar;
- d) contribuir para a adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar;
- e) monitorar os procedimentos de limpeza de forma a minimizar a dispersão de poeiras durante as atividades de engenharia;
- f) monitorar os procedimentos de limpeza de forma a manter a qualidade do ar nos diferentes ambientes do Hemorrede dentro das normas do Ministério da Saúde;
- g) responsabilizar-se pela limpeza sistemática dos reservatórios e distribuidores de água;
- h) contribuir na coleta mensal de água dos prédios, e semestralmente dos reservatórios para estudo microbiológico;
- i) responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e troca de filtros dos aparelhos condicionadores de ar, conforme recomendações do Ministério da Saúde;
- j) responsabilizar-se pelo adequado funcionamento das autoclaves e de destiladores através da manutenção preventiva ou corretiva.

X. Representante do Serviço de Engenharia

- a) notificar formalmente e antecipadamente à CCISS sobre qualquer procedimento de construção ou manutenção que se prevê a produção de pó ou poeira;
- b) responsabilizar-se por produzir mecanismos que impeçam a dispersão de poeira durante os procedimentos de engenharia;
- c) contribuir pela manutenção da qualidade do ar nos diferentes ambientes do hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde;



- d) solicitar formalmente e antecipadamente à CCISS parecer técnico sobre qualquer procedimento de construção garantindo adequação das medidas de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;
- e) contribuir na modernização hospitalar de forma a garantir adequação nas medidas de Controle de Infecção em Serviços de Saúde.

XI. Representantes das Coordenações de Internação, Ambulatório, Hospital dia e Laboratório

- a) contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar.
- b) definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para a respectiva Coordenação.

XII. Representante do Serviço de Enfermagem

- a) contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar.
- b) emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e artigos hospitalares.
- c) responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas nas unidades clínicas e central de material
- d) responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores do setor.
- e) definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para a Hemorrede.
- f) monitorar sempre que necessário a qualidade da água do sistema de tratamento da hemodiálise quanto a presença de microorganismos e endotoxina; bem como o funcionamento das máquinas de diálise.

[Handwritten signature]
[Handwritten initials]



XIII. Representante do Serviço de Orçamentação e Administração de Material:

- a) definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para a Hemorrede de Goiás;
- b) contribuir na modernização hospitalar de forma a garantir adequação nas medidas de Controle de Infecção em Serviços de Saúde.

CAPÍTULO V - DAS INSTRUÇÕES GERAIS, MANDATO, REUNIÃO

Art. 24 - Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a seis reuniões consecutivas ou intercaladas no período de um ano.

Art. 25 - As funções dos membros da CCISS poderão ser remuneradas, por verbas de projetos de pesquisa ou outras fontes, por se tratar de um serviço relevante para a Hemorrede Pública de Goiás, à critério da entidade gestora.

Art. 26 - A CCISS convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Art. 27 - A Direção do Hemocentro Coordenador poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da CCISS.

Art. 28 - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente da CCISS e em grau de recurso pela Direção do Hemocentro Coordenador.

Art. 29 - O presente Regimento Interno poderá se alterado, mediante proposta da CCISS, submetido à Direção do Hemocentro Coordenador.

Aprovado pela Direção do Hemocentro Coordenador em **/**/****, e pela Coordenação Executiva do Instituto Desenvolvimento Tecnológico e Humano em **/**/****.

Cronograma de Atividade Anual



SES
 Fls.: 4015
 Rubrica
 CIGSS

No que diz respeito ao Cronograma de Atividade Anual, bem como a análise da Hemorrede Pública de Goiás, a estrutura para a composição do cronograma esta baseada nas instalações, equipamento, recursos humanos e financeiros e filosofia organizacional, procedimentos, atividades e a especificidade do mencionado estabelecimento hospitalar.

Assim, delinearam-se algumas orientações para a implementação e execução do Cronograma, por parte dos diferentes atores intervenientes, pois só com base numa estrutura sólida se podem desenvolver os processos condizentes aos resultados desejados da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde os quais poderão se alterados segundo a realidade a ser identificada após a implantação do novo modelo de gestão.

Estratégias	Atividades	2018										2019				
		Fase de operação														
		Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abri	Mai
Organização	Reestruturar as competências da CCISS															
	Operacionalizar a CCISS															
	Desenvolver o Programa de Controle de Infecção em Serviços de Saúde															
	Propor ações para a informatização dos Laboratorios de microbiologia															
	Permitir o acesso directo da CCISS em de cada serviço/unidade															
Estratégias de Desenvolvimento	Manter a elaboração, a divulgação e a revisão das orientações nacionais															
Individual e Organizacional	Divulgar um guia prático para o programa de Controle de Infecção em Serviços de Saúde															
	Desenvolver cursos de formação / orientações para o corpo de funcionarios															
	Promover investigação sobre infecções relacionadas à assistência em Saúde															
	Dinamizar a formação contínua de profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controle da Infecção relacionada a assistência em saúde															

[Handwritten signature and initials]



2.3.3. COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Descrição da Finalidade

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração da Hemorrede Pública de Goiás e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria e estatística.

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários avalia o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes que estiveram internados na Unidade, através de um instrumento padronizado. Esta comissão tem como principal objetivo melhorar a qualidade dos prontuários e a assistência ao paciente, mantendo estreita relação com a comissão de ética médica da Unidade para discussão dos resultados das avaliações realizadas.

Constituição Básica e Regimento Interno

Comissão multiprofissional constituída por profissionais de nível superior que atuem nas unidades afins da Hemorrede Pública de Goiás, com regimento próprio que defina o número de componentes, funções específicas, periodicidade de reuniões, forma de nomeação. As reuniões desta devem ser registradas em ata.

REGIMENTO INTERNO

CAPITULO I - DA MISSÃO

Art. 1 - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, doravante denominada simplesmente de Comissão de Prontuários, tem como missão a busca da melhoria da qualidade dos registros e anotações necessárias para a elaboração do Prontuário Clínico, dada a sua importância, dentre elas:



- a) O Paciente: como instrumento de defesa legal; para otimizar o tempo de permanência no da Hemorrede Pública de Goiás para um diagnóstico e tratamento mais seguros;
- b) A Equipe de Saúde: como instrumento de defesa, de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento da história do paciente: demonstrando o padrão do atendimento prestado.

CAPITULO II - DAS FINALIDADES

Art. 2 - A Comissão de Prontuários será constituída por um grupo multiprofissional (profissionais de nível superior e técnico), atuante na Hemorrede Pública de Goiás, tendo por finalidade: verificar, avaliar, sugerir, e orientar a formulação dos prontuários e registros Clínicos e técnicos utilizados na Unidade.

CAPITULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3 - À Comissão de Prontuários compete:

- a) Avaliar a qualidade dos registros e anotações contidas nos prontuários;
- c) Implementar o padrão do prontuário clínico, sugerindo medidas;
- d) Supervisionar e orientar a atuação dos profissionais, no seu âmbito;
- e) Analisar os impressos e sugerir modificações;
- f) Verificar o padrão de atendimento prestado.

CAPITULO IV - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 4 - A Comissão de Prontuários terá caráter normatizador e supervisor e atuará junto aos diversos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários clínicos.

Art. 5 - A Comissão de Prontuários é um órgão de atenção de controle e avaliação,



Art. 6 - A Comissão de Prontuários, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem e Representação do Apoio Administrativo.

Art. 7 - A participação da Comissão de Prontuários não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

CAPITULO V - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8 - São atribuições da Comissão de Prontuários:

I - A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

- a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.
- b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.
- c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.
- d) Normatizar o preenchimento das contra-referências conforme orientação da Direção de competência.
- e) Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição.
- f) Tipo de Alta.

II - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando à qualidade dos mesmos.

III - Assessorar a Direção da Hemorrede Pública de Goiás, em assuntos de sua competência.

Handwritten initials and a signature.



IV – Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Hemorrede Pública de Goiás, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V – Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI – Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

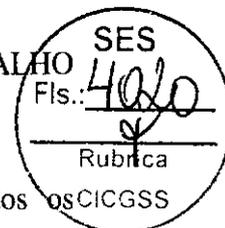
Art. 9 - São atribuições do Presidente da Comissão:

- I. Convocar e presidir as reuniões.
- II. Indicar seu vice-presidente.
- III. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- V. Fazer cumprir o regimento.

Parágrafo Único: Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 10 - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

- I. Organizar a ordem do dia.
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes.
- III. Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- V. Organizar e manter o arquivo da comissão.
- VI. Preparar a correspondência.
- VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço.



- VIII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPITULO VI - DOS MEMBROS

Art. 11 - Os membros da Comissão de Prontuários distribuem-se na sequencia abaixo:

- I. Presidente (representante médico);
- II. Membros Titulares (02 médicos, 03 enfermeiros e 03 níveis universitários);
- III. Membro Suplente (03 médicos, 03 enfermeiros e 03 da Categoria Nível Universitário);
- IV. Representante do Apoio Administrativo, sendo 01 Titular e 01 Suplente.

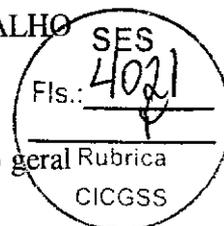
CAPITULO VII - DOS MEMBROS

Art. 12 - Ao Presidente compete:

- I. Presidir e coordenar as atividades da Comissão;
- II. Coordenar as reuniões da Comissão;
- III. Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;
- IV. Representar a Comissão;
- V. Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
- VI. Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades;

Art. 13 - Aos demais Membros Representativos da Comissão (Titular e Suplente) compete:

- I. Comparecer às reuniões quando convocados, ou em seu impedimento, encaminhar um substituto, previamente homologado pela Comissão para tal fim;



- II. Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral dos Prontuários e registros médicos;
- III. Sugerir medidas para a melhoria dos registros, anotações, do prontuário em geral, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;
- IV. Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários;
- V. Analisar os impressos e propor modificações quando necessário;

Art. 14 - Ao Membro representante apoio administrativo compete:

- I. Redigir ata de reunião de forma clara;
- II. Encaminhar convocação de reunião aos membros da Comissão;
- III. Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem.

CAPITULO VIII – DAS FUNÇÕES

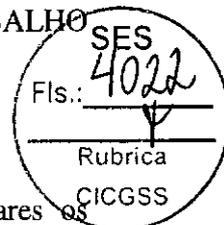
Art. 15 - A Comissão de Prontuários se reunirá ordinariamente, mensalmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

Art. 16 - Para aprovação das deliberações da Comissão de Prontuários, exigir-se-á a presença de metade dos membros, prevalecendo à vontade da maioria.

Art. 17 - Poderão participar das reuniões, membros da força de trabalho, como convidados, quando sua presença for necessária para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Art. 18 - A presença às reuniões da Comissão de Prontuários é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir três faltas consecutivas.

Art. 19 - O membro que não puder comparecer à reunião, deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.



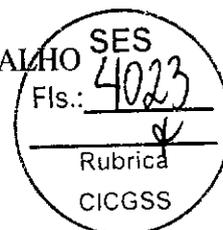
Art. 20 - É dever de todo membro da Comissão divulgar, entre seus pares os conhecimentos e esclarecer dúvidas, quando solicitado.

Art. 21 - A Comissão de Prontuários pautará sua atuação na legislação sanitária vigente, em especial observando os termos da Resolução nº 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Cronograma de Atividade Anual

Ord	Atividade	2018									2019				
		Ma r	Ab r	Ma i	Ju n	Ju l	Ag o	Se t	Ou t	No v	De z	Ja n	Fe v	Ma r	
1	Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros														
2	Reuniões de Planejamento e Definições de Metas														
3	Realizar Análise dos relatórios e dados fornecidos pela comissão														
4	Levantamento de funções e requisitos de arquivamento														
5	Avaliação dos documentos e elaboração das justificativas com base nos requisitos de arquivamento levantados														

[Handwritten signature and initials]



2.3.4. COMITÊ DE ÉTICA)

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Descrição da Finalidade

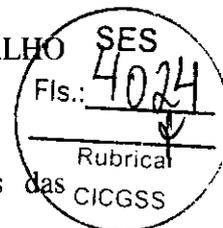
As Comissões de Ética Médica são órgãos que, segundo a legislação, devem estar presentes em todas as instituições que contam com trabalho médico. Embora não possuam competência para realizar julgamento nem estabelecer penalidades nas questões éticas, as Comissões de Ética Médica são responsáveis por levar ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina qualquer denúncia ou suspeita de ilícito ético.

Ao receber denúncia ou tomar conhecimento de eventual infração ética, devem instaurar sindicância para apuração dos fatos por meio de audiência, devendo lavrar os depoimentos dos denunciantes, dos denunciados e das testemunhas, bem como a reunião das provas. Uma vez constatado o indício de infração do Código de Ética Médica, devem encaminhá-lo ao Conselho Regional de Medicina. As cópias de toda esta documentação deverão ser mantidas arquivadas.

A Comissão de Ética Médica da Hemorrede pública terá papel importante na prevenção do erro médico, pois têm a liberdade de promover cursos, palestras, simpósios em educação continuada, podendo contar para isso com os recursos disponíveis no CREMEGO.

Constituição Básica e Regimento Interno

As Comissões de Ética Médica foram criadas pelo Conselho Federal de Medicina mediante a Resolução no 125/85, de 11 de julho de 1985, que determinou aos Conselhos Regionais de Medicina a criação de Comissão de Ética em todos os estabelecimentos ou entidades em que se exerce a medicina nas respectivas jurisdições.



Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto no 44.045, de 19 de julho de 1958, RESOLVE:

Art. 1o – Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas em que se exerça a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto nos seus Regimentos Internos, Comissões de Ética Médica nos termos desta resolução.

Parágrafo único – Compete ao Diretor Técnico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica.

Art. 2o – Adotar o Regimento das Comissões de Ética, parte integrante da presente Resolução.

Art. 3o – Revoga-se a Resolução CFM no 1.215/85 e demais disposições em contrário.

Art. 4o – A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação.

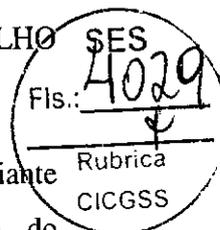
REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I – DAS DEFINIÇÕES

Art. 1o – As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2o – As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único – Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.



Art. 14 – A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno da Hemorrede, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9º do presente Regimento.

Art. 15 – A convocação da eleição será feita pelo Diretor Técnico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 16 – Os candidatos à comissão de ética médica deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Técnico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 17 – Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo Diretor Técnico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

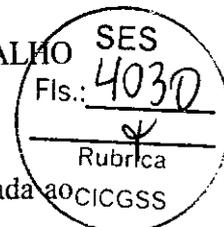
Art. 18 – O Diretor Técnico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19 – A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único: Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influenciando na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

Art. 20 – A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.



Art. 21 – O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22 – Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 23 – Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Art. 24 – As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 25 – Os atos da comissão de ética médica relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 26 – Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o “voto de Minerva” em caso de empate.

Art. 27 – As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta Resolução.

Art. 28 – A sindicância será instaurada mediante:

- I. denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- II. denúncia, por escrito, do Diretor Técnico ou diretor técnico;
- III. deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- IV. solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;
- V. determinação do Conselho Regional de Medicina.



Art. 29 – Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 30 – Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art. 31 – O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 32 – Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único: Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 33 – Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 34 – Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas “ad referendum” do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo 1o: Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

Parágrafo 2o: Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 35 – Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.



CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36 – As determinações deste Regimento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

Parágrafo 1o: As normas do presente Regimento referentes às eleições das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das eleições para os Conselhos Regionais de Medicina previstas para agosto de 2003.

Parágrafo 2o: As Comissões de Ética Médica já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem à presente regulamentação.

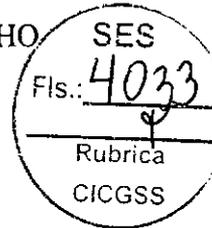
Art. 37 – Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 38 – Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

Cronograma de Atividade Anual

Ord.	Tarefas	2018						2019						
		Fase de operação												
		Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
1	Reuniões de Planejamento													
2	Divulgação de Normas Complementares													
3	Elaboração de Relatórios													
4	Desenvolvimento de Atribuições													
5	Identificação e classificação dos processos													
6	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância e comunicação													
7	Informar os cidadãos / usuários													
8	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias													
9	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional – atividades													

[Handwritten signature and initials]



COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Descrição Da Finalidade

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser organizada de maneira que atenda as diversas áreas de atuação da enfermagem, abrangendo todos os profissionais inseridos na equipe e desenvolverá ações educativas voltadas aos servidores da área de enfermagem, fiscalizará o exercício da profissão e o cumprimento dos direitos reservados à categoria.

Constituição Básica e Regimento Interno

A Equipe será composta por Enfermeiro, Técnico de Enfermagem em igual número, com vínculo empregatício na instituição e registro no COREN-GO e terá como atribuições a fiscalização do exercício ético do profissional de enfermagem; a inspeção das condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o perfeito desenvolvimento técnico e moral da enfermagem; a fiscalização do cumprimento, pela unidade, dos direitos previstos em lei aos profissionais da área de enfermagem e, ainda, a fiscalização da qualidade do atendimento dispensado ao paciente. Deverá ser formada por membros efetivos e igual número de suplentes, cabendo a presidência ao Enfermeiro.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I DA DEFINIÇÃO

Art. 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem é órgão representativo da Hemorrede Pública de Goiás, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem nessa Instituição.

[Handwritten signature and initials]



CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Art. 2º - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Resolução COFEN 168/93, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética.

Parágrafo único - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar à Coordenação de Procedimentos de Enfermagem o cronograma de suas atividades.

Art. 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

I - fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem da Hemorrede Pública de Goiás por meio de da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.

II - divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

III - colaborar com o COREN-GO no combate ao exercício ilegal da profissão.

Art. 4º - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos de enfermagem.

Art. 5º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem da Hemorrede Pública de Goiás será formada por três Enfermeiros Titulares e Três Enfermeiros suplentes e Dois Técnicos de Enfermagem suplentes.

Art. 6º - A Comissão de Ética de Enfermagem poderá ser reconduzida por igual período.

Art. 7º - A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

Parágrafo único - As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por Enfermeiros.



CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem tem por competência:

- I. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do Exercício Profissional da Enfermagem;
- II. Promover e ou participar de eventos que se propõem a estudar e discutir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvem o Exercício Profissional;
- III. Assessorar a Coordenação dos Serviços de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;
- IV. participar de estudos e projetos visando à orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões Éticas;
- V. Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética;
- VI. Analisar e emitir parecer sobre abordagem das questões Éticas de Enfermagem na instituição, sempre que necessário;
- VII. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela pela equipe de enfermagem.
- VIII. Averiguar as denúncias ocorridas e notificar ao COREN-GO as infrações éticas detectadas;
- IX. Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-GO sempre que necessário;
- X. Elaborar o relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao COREN - GO.

CAPÍTULO IV DAS ELEIÇÕES



Art. 9º - Os membros da Comissão de Ética serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto de todos os profissionais de enfermagem da instituição;

Art. 10º - A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, composta de 03 (três) profissionais de enfermagem, que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito;

§ 1º - Nas instituições que ainda não possuem a Comissão de Ética de Enfermagem, a escolha da Comissão Eleitoral deverá ser feita pelo Enfermeiro que ocupa o cargo de Coordenação dos Serviços de Enfermagem na Instituição;

§ 2º - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Chefia de Enfermagem na instituição ou Diretoria de Entidades de Classe de Enfermagem;

§ 3º - A Convocação para eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias da data estabelecida para as inscrições das chapas;

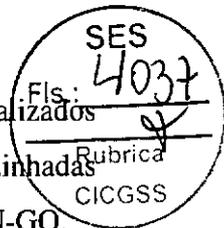
§ 4º - Todas as categorias de Enfermagem presentes na instituição deverão estar representadas na chapa;

Art. 11 - Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no COREN-GO e com vínculo empregatício efetivo na instituição.

Art. 12 - A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for no mínimo a metade mais um dos profissionais em condições de votar.

Art. 13 - As chapas inscritas poderão indicar no ato da inscrição até 02 (dois) fiscais para acompanhar o processo eleitoral e fiscalização da apuração;

Art. 14 - Não serão computados as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.



Art. 15 - Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral e em seguida e última instância ao COREN-GO.

CAPÍTULO IV

Das Disposições Gerais

Art. 16 - A Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados, podendo reunir-se, extraordinariamente, quando houver necessidade;

§ 1º - As reuniões da Comissão serão registradas em Atas numeradas e assinadas pelos membros presentes ao ato;

Art. 17 A ausência não justificada em mais de 03(três) reuniões consecutivas e/ou intercaladas, excluirá automaticamente o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente;

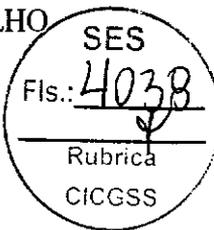
Art. 18 - A Coordenação dos Serviços de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento da eleição e das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem;

Art. 19 - A coordenação de Enfermagem da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das Atividades da Comissão de Ética;

Art. 20 - Os casos omissos da presente Decisão serão resolvidos pelo COREN - GO.

Este Regimento Interno foi aprovado em Reunião Extraordinária da Comissão de Ética de Enfermagem da Hemorrede Pública de Goiás no dia ____ de ____ de 20__.

Cronograma de Atividade Anual



Ord.	Tarefas	2018												2019
		Fase de operação												
		Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
1	Reuniões de Planejamento													
2	Divulgação do Código de Ética													
3	Elaboração de Relatórios													
4	Desenvolvimento de Atribuições													
5	Promoção e Participação de Eventos													
6	Elaboração de Orientações aos Pacientes													
7	Informar os cidadãos / usuários													
8	Informar os órgão competentes de saúde acerca da evolução das estratégias													
9	Monitoração de Denúncias e situações internas													

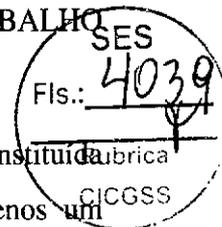
COMISSÃO DE ÉTICA MULTIDISCIPLINAR

Descrição da Finalidade

A Comissão de Ética Multidisciplinar será formada por um grupo multidisciplinar, com pessoas das mais diversas formações (psicologia, medicina, enfermagem, fisioterapia, teologia, filosofia, assistência social, fonoaudióloga, dentre outros) e procura analisar casos clínicos, em todos os seus aspectos e contextos, que tragam consigo dilemas éticos. Este grupo fará as reflexões e deliberações sobre as temáticas propostas, sob embasamentos teóricos adequados e aprendidos, e emite o seu parecer ao nível de recomendações.

Constituição Básica e Regimento Interno

340



A Comissão de Ética Multidisciplinar da Hemorrede Pública de Goiás será constituída por profissionais das áreas das ciências da saúde, humanas e sociais e pelo menos um representante da comunidade atendida.

REGIMENTO INTERNO

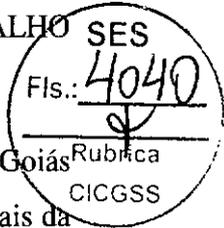
CAPÍTULO I - DO REGIMENTO

Art. 1º - A Comissão de Ética Multidisciplinar da Hemorrede Pública de Goiás, respeitando o Estatuto e Regimento e a legislação que regula a instituição, atuarão de acordo com o estabelecido neste Regimento Interno.

CAPITULO II - DOS OBJETIVOS

Art. 2º - A Comissão de Ética Multidisciplinar tem por finalidades:

- I. Ampliar, junto à comunidade interna (assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, entre outros), a reflexão frente aos conflitos éticos e morais inerentes ao exercício das profissões ligadas à área da saúde como conflitos de conduta, quando pelo menos dois caminhos técnica e cientificamente correta, mas com repercussões morais distintas podem ser seguidos; suspensão de tratamentos que impliquem na morte do paciente; conflitos entre a vontade das partes: paciente, sua família e equipe de saúde; ordens de não reanimar; introdução ou retirada de medidas extraordinárias de tratamento em pacientes com prognóstico duvidoso por variáveis médicas; problemas de confidencialidade e privacidade de pacientes da instituição (prontuários, discussões clínicas e outros).
- II. Oferecer consultoria a todos os profissionais e pacientes, ou seus representantes, quando necessitarem que um conflito de natureza moral seja equacionado, ou como apoio psicológico quando de uma tomada de decisão difícil do ponto de vista ético ou moral.



- III. Submeter à apreciação da administração da Hemorrede Pública de Goiás diretrizes que resguardem direitos, tanto de pacientes como de profissionais da saúde e membros da comunidade.

CAPÍTULO III – Da Composição e Coordenação

Art. 3º - A Comissão de Ética Multidisciplinar terá a composição e coordenação a seguir descrita:

Parágrafo 1º – A Comissão de Ética Multidisciplinar poderá agregar novos membros como consultores, sempre que se tornarem necessárias contribuições para o atendimento das demandas, procurando preservar seu caráter multidisciplinar.

Parágrafo 2º – A coordenação da presente Comissão será definida na primeira reunião oficial subsequente à aprovação de seu funcionamento.

CAPÍTULO IV – DAS DIRETRIZES E METODOLOGIA

Art. 4º - A Comissão de Ética Multidisciplinar terá como diretrizes principais:
Ser um órgão consultivo e auxiliar, atuando junto aos profissionais que mantêm contato com pacientes;

Constituir um espaço de apoio aos pacientes e familiares diante de conflitos éticos e decisórios.

Art. 5º - A metodologia e a dinâmica de trabalho deverão compreender:

- I. clara apresentação dos fatos médicos envolvidos na situação formulando dilema(s), afastando conflitos pessoais ou legais;



SES
Fls.: 4041
Rubrica
CICGSS

- II. apreciação das implicações médicas/morais de cada um dos caminhos que podem ser seguidos, dando oportunidade a que todos os membros do grupo se manifestem tentando buscar recomendações que espelhem o parecer consensual do grupo;
- III. oferta de uma ou mais alternativas de conduta que sejam eticamente aceitáveis e que contemplem o melhor interesse do paciente.

Cronograma de Atividade Anual

Ord.	Tarefas	2018										2019		
		Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
1	Reuniões de Planejamento													
2	Divulgação de Normas Complementares													
3	Elaboração de Relatórios													
4	Desenvolvimento de Atribuições													
5	Identificação e classificação dos processos													

2.3.5. COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA POR COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Será implantada uma Comissão ENSINO E PESQUISA para atender aos critérios propostos de acordo com a minuta de regimento interno que irá regular os atos da referida comissão.

Minuta de Regimento Interno da Diretoria de Ensino e Pesquisa

Descrição

[Handwritten signature and initials]



Entende-se por Diretoria de Ensino e Pesquisa como órgão deliberativo e de supervisão na sua esfera de competência no âmbito da Hemorrede Pública de Goiás. É a principal autoridade junto às atividades didáticas e científicas dentro da instituição

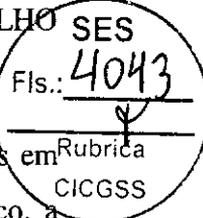
CAPITULO I Da Competência

Art. 1º - Compete à Diretoria de Ensino e Pesquisa promover e executar políticas voltadas para a área de ensino e pesquisa, bem como superintender e coordenar as ações e/ou atividades das seguintes comissões, comitê, núcleo, gerências e biblioteca:

- I. Comissão de Residência Médica - COREME;
- II. Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU;
- III. Comitê de Ética em Pesquisa – CEP;
- IV. Núcleo de Apoio à Pesquisa - NAP;
- V. Gerência de Educação Continuada;
- VI. Gerência de Apoio à Internatos e Estágios;
- VII. Biblioteca – Centro de Estudos.

Art. 2º - Entre as competências da Diretoria de Ensino e Pesquisa estão:

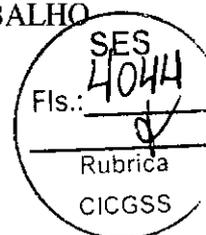
- I. Assegurar ensino e aprendizagem ao residente, interno e estagiário;
- II. b) Analisar a necessidade de ampliação do potencial do hospital conforme a implantação dos programas de residência médica e multiprofissional, visando a melhoria do ensino aprendizagem;
- III. c) Promover reuniões periódicas com a equipe de preceptores e pesquisadores com objetivo de avaliar o desenvolvimento das atividades, bem como para passar as informações técnico científicas;
- IV. d) Firmar convênios com outras Instituições ou se utilizar dos já existentes através da Secretaria de Estado de Saúde, com o objetivo de complementar o treinamento dos residentes em Hematologia e Hemoterapia;



- V. e) Solicitar à chefia imediata e viabilizar a participação dos profissionais em simpósios, seminários, cursos de atualização e/ou aprimoramento técnico, a partir das necessidades identificadas, mantendo a equipe atualizada em relação aos avanços científicos e tecnológicos;
- VI. f) Avaliar a eficiência da equipe de preceptores, observando-se vários aspectos e, principalmente, os preceitos éticos;
- VII. g) Assessorar o Diretor Geral na resolução dos problemas ético-profissionais;
- VIII. h) Emitir pareceres em processos e demais assuntos pertinentes à área de ensino e pesquisa;
- IX. i) Incentivar e apoiar as atividades de pesquisas científicas realizadas no hospital, assegurando o apoio necessário;
- X. j) Justificar faltas e autorizar o gozo de férias regulamentares dos servidores lotados na sua área de competência, acompanhando com especial cuidado possíveis excessos de absenteísmo;
- XI. k) Indicar oficialmente ao Diretor Geral o substituto interino, quando de seus impedimentos legais;
- XII. l) Cumprir e fazer cumprir o horário regulamentar de trabalho, bem como as normas e instruções advindas de níveis hierárquicos superiores;
- XIII. m) Acolher às demandas dos residentes, internos e estagiários, pessoalmente ou por meio de documentos pertinentes;
- XIV. n) Participar ativamente dos processos de melhoria interna de gerenciamento da unidade;
- XV. o) Acompanhar programas de qualificação e de melhoria da Hemorrede Pública de Goiás, bem como de pesquisas em desenvolvimento;
- XVI. p) Elaborar, mensalmente ou quando solicitado, relatório de atividades, atos e procedimentos realizados na Diretoria, encaminhando-o à Diretoria Geral;
- XVII. q) Dirigir os serviços que compõem a Diretoria de Ensino e Pesquisa, executando e fazendo executar as normas deste Regimento.

CAPITULO II

Seção I



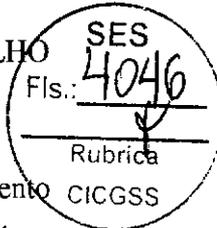
Comissão de Residência Médica - COREME

Art. 3º - Entende-se por Comissão de Residência Médica - COREME da Hemorrede Pública de Goiás, como o órgão constituído por tempo indeterminado para cumprir com as exigências legais impostas às instituições de saúde responsáveis por Programas de Residência. Congrega todos os responsáveis pelos Programas de Residência Médica do HEMOGO, define o funcionamento e fiscaliza suas atividades. A COREME/HEMOGO segue fielmente, todas as diretrizes da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, sendo que todos os programas são devidamente reconhecidos.

Art.4º - Trata a Residência Médica de uma modalidade de ensino de pós-graduação, Lato Sensu, destinada a médicos, caracterizada por treinamentos em serviço, regime de 60 (sessenta) horas semanais, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, para o exercício da especialidade de Hematologia e Hemoterapia.

Art. 5º - A Comissão de Residência Médica da Hemorrede Pública de Goiás está ligada a Diretoria de Ensino e Pesquisa.

- I. Planejar, supervisionar e coordenar os Programas de Residência Médica e obter os meios de sua efetiva execução e avaliar o seu desenvolvimento;
- II. Reunir-se, ordinariamente, bimensalmente e, extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou por, pelo menos, 03 (três) de seus membros (Resolução 02/2005, pág. 09);
- III. Deliberar sobre o Programa de Residência Médica das diversas especialidades, no âmbito das Unidades de Saúde da rede pública estadual;
- IV. Deliberar sobre a inclusão ou exclusão de especialidades no Programa de Residência Médica;
- V. Promover e/ou estimular o intercâmbio com outros Centros de Residências;
- VI. Julgar as faltas disciplinares dos médicos residentes;
- VII. Discutir e buscar soluções para os casos omissos no presente Regulamento;
- VIII. Contribuir para o aprimoramento técnico-científico dos residentes;



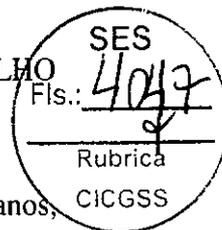
- I. Coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de todos os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e/ou em Área Profissional da Saúde de uma instituição formadora;
- II. Acompanhamento e avaliação de desempenho dos discentes;
- III. Definição de diretrizes, elaboração de editais e acompanhamento do processo seletivo de candidatos;
- IV. Fazer cumprir este Regimento;
- V. Zelar pela manutenção do padrão da Residência Multiprofissional em Saúde e em Área profissional de saúde da SES-GO;
- VI. Rever anualmente os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde da SES-GO, a fim de apreciar as alterações nos Programas de Residência existentes ou propostas de inclusão de outras profissões, novos eixos temáticos, sugerindo as modificações necessárias para adequá-los aos padrões de ensino da Instituição e à legislação vigente, ou mesmo extinguir eixos temáticos ou áreas profissionais;
- VII. Solicitar Credenciamento e Recredenciamento de Programas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde;
- VIII. Envidar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde da SES-GO.

SEÇÃO III

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Art. 12 - Entende-se por Comitê de Ética em Pesquisa - CEP uma instância colegiada, interdisciplinar e independente, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas, educativa e autônoma.

Art. 13 - Compete ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP:



- I. Avaliar e revisar todos os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na **Hemorrede Pública de Goiás** e outras Instituições que não possuem Comitê de Ética, garantindo e resguardando a integridade e os direitos dos participantes das pesquisas;
- II. Receber e conferir os documentos de acordo com as normas da Resolução CNS 466/12 e Norma Operacional 001/2013;
- III. Repassar o protocolo de pesquisa para os relatores para apreciação;
- IV. Registrar a pesquisa em livro ata para acompanhamento;
- V. Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;
- VI. Manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS;
- VII. Encaminhar semestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e imediatamente os suspensos;
- VIII. Manter atualizadas as normas de funcionamento;
- IX. Assegurar que todos os participantes de pesquisa tenham consciência dos procedimentos aos quais serão submetidos, através da análise de Termos de Consentimento Informado que devem ser claros, objetivos, com critérios e condições detalhadas;
- X. Avaliar se os riscos inerentes a determinados procedimentos ou tratamentos são suplantados pelos benefícios clínicos;
- XI. Encaminhar para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa as situações previstas na Res. CNS nº 466/12;
- XII. Observar o seguimento das Leis e Códigos de Ética vigentes expostos na Res. CNS 466/12 e complementares;
- XIII. Manter em arquivo, sob sua guarda confidencial, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes à mesma; arquivados em pastas individuais;
- XIV. Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados;



- XV. acompanhar o desenvolvimento dos projetos aprovados através de relatórios periódicos enviados pelos pesquisadores;
- XVI. Receber dos participantes da pesquisa ou de qualquer outra parte, denúncias de abusos ou alteração do curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- XVII. Requerer instauração de sindicância à direção da Instituição em casos de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas. Havendo comprovação, comunicar a CONEP/MS e, no que couber, a outras instâncias.

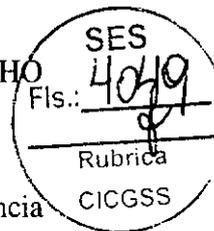
SEÇÃO IV

Núcleo de Apoio à Pesquisa – NAP

Art. 14 - Entende-se por Núcleo de Apoio à Pesquisa - NAP como órgão de apoio ao pesquisador na elaboração e execução dos protocolos de pesquisa, bem como o acompanhamento e/ou monitoramento das atividades de pesquisas realizadas no âmbito da Hemorrede Pública de Goiás. É diretamente vinculado à Diretoria de Ensino e Pesquisa.

Art. 15 - Compete ao Núcleo de Apoio à Pesquisa – NAP: Qualificar os processos de integração pesquisa-ensino-serviço-comunidade de forma articulada entre o SUS e as instituições de ensino e pesquisa, no âmbito da Hemorrede Pública de Goiás.

- I. Articular com projetos do Ministério da Saúde e da Educação e/ou outros projetos de âmbito local ou regional, como uma estratégia de melhoria da qualidade de serviços ofertados aos usuários do SUS;
- II. Proporcionar aos pesquisadores um ambiente com infraestrutura adequada para a realização dos estudos científicos conduzidos na Hemorrede Pública de Goiás;
- III. Realizar acompanhamento/monitoramento das atividades de pesquisas realizadas na Hemorrede Pública de Goiás;
- IV. Manter um sistema de arquivo e armazenamento de materiais do estudo;
- V. Capacitar continuamente à equipe;



- VI. Possibilitar a realização de trabalhos científicos, com enfoque na experiência adquirida dentro do hospital;
- VII. Possibilitar a divulgação de trabalhos científicos em congressos e a publicação em revistas científicas.

SEÇÃO V

Gerência de Educação Continuada

Art. 16 - O objetivo da educação continuada da Hemorrede Pública de Goiás é orientar na construção de adequada base normativa-pedagógica para a organização dos processos de saúde.

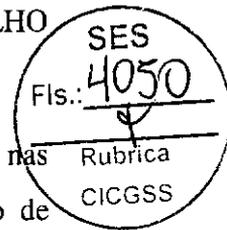
Art. 17 - A educação continuada da Hemorrede Pública de Goiás parte do pressuposto que os serviços de saúde são organizações complexas e que somente a aprendizagem significativa seria capaz de promover maior adesão dos colaboradores aos processos de mudança em saúde.

Art. 18 - A sessão de ensino e pesquisa, por meio da gerencia de educação continuada, discute as possibilidades, os desafios e obstáculos à implementação de uma gestão participativa de Educação Permanente em Saúde que considere como eixo central o trabalho em equipe, preconizado na Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.

Art. 19 - A educação continuada constitui-se em locus privilegiado de participação e cooperação institucionalizada, envolvendo gestores, colaboradores e usuários do SUS que fazem interface com a assistência hospitalar, nas atividades e decisões relativas à implementação da política de educação permanente da Hemorrede Pública de Goiás.

Art. 20 - A proposta de educação continuada da Hemorrede Pública de Goiás é tornar a educação dos colaboradores de saúde um processo permanente, no qual o trabalho se destaca como eixo do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação: dar prioridade à participação coletiva e multidisciplinar;

Art. 21 - Cabe à educação continuada da Hemorrede Pública de Goiás favorecer a aquisição dinâmica de novos conhecimentos por meio da investigação, da busca e manejo



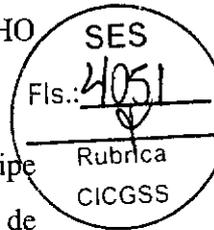
analítico de fontes de informação, bem como do intercâmbio de saberes e experiências, nas jornadas científicas, nas tendas de educação em saúde, nas palestras no Ambulatório de Medicina Avançada (AMA) e no acolhimento a novos colaboradores e residentes.

Art. 22 - A organização e o funcionamento da educação continuada buscam a transformação do processo de trabalho, melhorando a qualidade, grau de integração e nível de compromisso, a partir das seguintes estratégias educativas:

- I. Palestras no Ambulatório de Medicina Avançada;
- II. Treinamento *in loco*;
- III. Jornadas científicas;
- IV. Acolhimento dos novos residentes e colaboradores.

Art. 23 - Compete à Gerência de Educação Continuada:

- I. Levantar as necessidades e demandas de ofertas de formação e qualificação profissional, com vistas à melhoria do processo de trabalho e fortalecimento da integração ensino-serviço no âmbito da **Hemorrede Pública de Goiás**;
- II. Construir coletivamente e definir o plano anual de educação permanente;
- III. Implementar diretrizes e estratégias da educação permanente em saúde adequando às diretrizes operacionais da **Hemorrede Pública de Goiás**;
- IV. Pactuar a gestão da educação permanente com a gerência de gestão de pessoas na elaboração e execução do plano anual de treinamento e desenvolvimento;
- V. Incentivar e promover a participação dos colaboradores na integração do ensino-serviço: nas tendas de promoção à saúde, acolhimentos, palestras no ambulatório de medicina avançada e jornadas científicas;
- VI. Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações estratégicas de educação permanente executadas a partir do plano anual de treinamento e desenvolvimento;
- VII. Apoiar a elaboração de processos de qualificação profissional e formação em saúde favorecendo a construção de metodologias que propiciem a integração ensino, serviço e controle social;

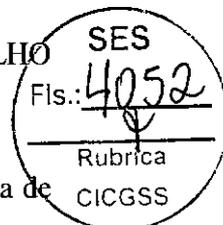


- VIII. Desenvolver conjuntamente com a área de Gestão de Pessoas e a equipe multidisciplinar, ações educacionais para capacitação e desenvolvimento de colaboradores;
- IX. Acolher os colaboradores que ingressarem no quadro de profissionais da instituição;
- X. Elaborar propostas para programas e projetos educacionais, em conjunto com as unidades operacionais;
- XI. Promover o inter-relacionamento com as diversas áreas profissionais da Hemorrede Pública de Goiás;
- XII. Zelar pelo cumprimento das normas e padrões estabelecidos pela diretoria de ensino e pesquisa;
- XIII. Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na Hemorrede Pública de Goiás;
- XIV. Apoiar os profissionais de saúde em seus processos de trabalho assistenciais para o monitoramento e avaliação das ações de saúde, no Procedimento Operacional Padrão e seus respectivos protocolos;
- XV. Elaborar projetos a partir das necessidades do serviço e do planejamento participativo, promovendo espaços de discussão e de qualificação profissional, contribuindo para alcance das metas institucionais;
- XVI. Apoiar os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções, no planejamento e desenvolvimento de ações.

SEÇÃO VI

Gerência de Apoio à Internatos e Estágios

Art. 23 - Entende-se por Gerência de Apoio à Internatos e Estágios da Hemorrede Pública de Goiás, uma gerência com objetivo de orientar e acompanhar as atividades dos internos do curso de medicina e estagiários de áreas multidisciplinares, realizar controle e distribuição de vagas.

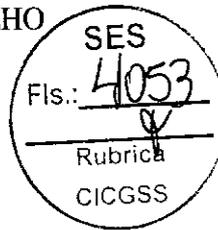


Art. 24 - Deve a Gerência de Apoio à Internatos e Estágios da Hemorrede Pública de Goiás participar de reuniões de interesse para o internato e estágios junto a SES, representando a instituição, recebimento, conferência e arquivo de documentos referente ao internato e estágios, controle e arquivo de frequências e notas de internos, formulação e envio de consolidado de notas para as faculdades conveniadas.

Art. 25 - A Gerência de Apoio à Internatos e Estágios da Hemorrede Pública de Goiás é subordinada diretamente à Diretoria de Ensino e Pesquisa.

Art. 26 - Compete à Gerência de Apoio à Internatos e Estágios:

- I. Realizar o acolhimento dos internos e estagiários informando sobre normas e rotinas da Hemorrede Pública de Goiás;
- II. Acompanhar e deliberar sobre possíveis problemas nas especialidades que fazem parte do internato e informar a diretoria de ensino e pesquisa sobre os acontecimentos;
- III. Executar as deliberações solicitadas a esta gerência;
- IV. Organizar e manter atualizado o regimento no capítulo que diz respeito ao internato e aos estágios;
- V. Acompanhar e estar a par dos convênios com as faculdades de medicina e demais profissões e escolas que encaminham estagiários;
- VI. Relacionar e manter contato com as secretarias das faculdades e escolas bem como da secretaria de saúde;
- VII. Participar do leilão de vagas na secretária de saúde, no final do ano, disponibilizando número de vagas ofertados pela instituição a fim de organizar cronograma anual;
- VIII. Supervisionar e acompanhar o comportamento dos internos nas dependências do HEMOGO;
- IX. Enviar relatório anual da gerência de apoio ao internato e estágios;
- X. Defender e definir os interesses dos internos e estagiários, de acordo com Regimento do Internato.



SEÇÃO VII

Biblioteca – Centro de Estudos

Art. 27 - A Biblioteca – Centro de Estudos do Hemocentro Coordenador será administrada pela Diretoria de Ensino e Pesquisa e seu horário de funcionamento é das 07:00 horas às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira.

Art. 28 - A Biblioteca – Centro de Estudos do do Hemocentro Coordenador terá em sua equipe uma biblioteconomista e um executor administrativo, e dentre as responsabilidades estão a classificação e catalogação de materiais bibliográficos, processamento técnico, pesquisa bibliográfica, intercâmbio para permutas e doações, agendamento do auditório e sala de aula.

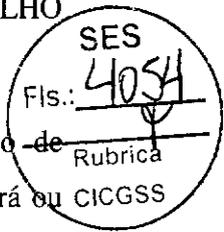
Art. 29 - Compete à Biblioteca – Centro de Estudos coordenar os serviços disponíveis aos usuários, providenciando terminais de computador para estudo com acesso à internet, bem como, rede de internet sem fio em todo o Hemocentro Coordenador.

Art. 30 - Para boa convivência na Biblioteca, salienta-se que sejam observadas as recomendações abaixo:

- I. Não utilizar aparelho celular e manter o silêncio, evitando conversar em tom incompatível com o ambiente;
- II. Quanto ao uso dos computadores, fica proibido adicionar ou remover programas, acessar páginas de conteúdo impróprio, bate-papos e outros.

2.3.6. COMITÊ TRANSFUSIONAL MULTIDISCIPLINAR

Descrição da Finalidade



Conforme a Portaria MS 158 de 04 de fevereiro de 2016, toda instituição de assistência à saúde que realiza transfusão de sangue e componentes sanguíneos comporá ou fará parte de um Comitê Transfusional.

Cabe ao Comitê Transfusional o monitoramento das rotinas hemoterápicas na instituição de assistência à saúde objetivando o uso racional do sangue, a atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica.

Os serviços de hemoterapia e as instituições de assistência à saúde que possuam Agências Transfusionais constituirão seus próprios Comitês Transfusionais.

A constituição do Comitê Transfusional será compatível e adequar-se-á às necessidades e complexidades de cada serviço de hemoterapia.

As instituições de assistência à saúde que não possuam Agência Transfusional participarão das atividades do Comitê Transfusional do serviço de hemoterapia que as assiste ou constituirão Comitê Transfusional próprio.

O serviço de hemoterapia colaborará com as atividades dos Comitês Transfusionais das instituições de assistência à saúde para as quais forneça componentes sanguíneos para atividade.

Constituição Básica e Regimento Interno

O Comitê Transfusional terá em sua composição os seguintes profissionais:

- a) Diretor Técnico
- b) Medico Hematologista
- c) Enfermeira
- d) Biomédico

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I CATEGORIA E FINALIDADES



Art. 1º - O Comitê Transfusional Hemorrede Pública de Goiás apresenta natureza técnica permanente.

Art. 2º- O Comitê Transfusional tem por finalidade coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue e hemoderivados na Hemorrede Pública de Goiás bem como a realização de investigação e auditorias pertinentes.

CAPÍTULO II ORGANIZAÇÃO

Seção I Composição Do Colegiado

Art. 3º - O Comitê Transfusional terá composição multidisciplinar e multiprofissional. Abrangerá médicos que representem áreas nas quais a indicação de hemocomponentes e hemoderivados seja rotineira.

Parágrafo Único - As indicações deverão recair em profissionais com reconhecida experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemoderivados.

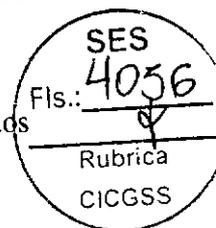
Art. 4º - As indicações para integrar o Comitê Transfusional serão submetidas à Direção;

Art. 5º - O Presidente será um dos representantes da área de Hemoterapia do Comitê Transfusional;

Art. 6º - O vice-presidente será eleito pelos membros da Comissão.

Art. 7º - A Direção avaliará as indicações efetuadas dos membros que comporão o Comitê Transfusional e promoverá às designações destes.

Parágrafo Único - As designações serão referendadas pelo Conselho Deliberativo.



Art. 8º - A Direção, por indicação da Comissão, poderá promover a substituição dos integrantes da do Comitê Transfusional.

Art. 9º - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Art. 10º - As funções dos membros do Comitê Transfusional não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para Hemorrede Pública de Goiás.

Art. 11 - O Comitê Transfusional convidará pessoas físicas ou jurídicas assim como entidades de direito público ou privado que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Art. 12 - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência do Comitê Transfusional, a Direção, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

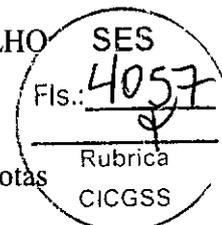
Seção II Funcionamento

Art. 13 - O Comitê Transfusional reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pela Direção, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

§ 1º - O Comitê Transfusional instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão antes de cada votação.

§ 2º - O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

§ 3º - As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas ao Plenário do Comitê Transfusional para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.



§ 4º - As deliberações do Comitê Transfusional serão consubstanciadas em cotas endereçadas à Direção.

§ 5º - É facultado ao Presidente e aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 6º - A votação será nominal.

Art. 14 – O Comitê Transfusional, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Parágrafo Único – O Comitê Transfusional, para execução de suas atividades poderá instalar Subcomissões de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional – nos Departamentos / Institutos.

Art. 15 – Os expedientes sujeitos à análise do Comitê Transfusional serão encaminhados ao Serviço Administrativos da Direção.

Parágrafo Único – Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pela Secretária, por indicação do Presidente do Comitê Transfusional.

Art. 16 – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Art. 17 – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a Secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

Cronograma de Atividade Anual



SES
 Fls.: 4058

Ord.	Tarefas	2018												2019		
		Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Apr	
1	Implementação de novas rotinas para a coleta e descarte das bolsas transfundidas com segurança															
2	Elaboração de impresso específico para reserva de Hemocomponentes e compatibilidade sanguínea															
3	Treinamento continuado para os colaboradores da Hemorrede															

2.3.7. COMISSÃO DE CAPTAÇÃO DE DOADORES

Descrição da Finalidade

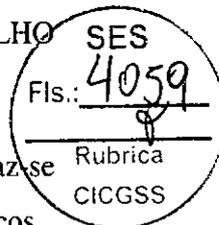
A Comissão de Captação de doadores está para o Serviço de Hematologia e Hemoterapia como a porta de entrada. Nela são definidas estratégias de atrativos aos doadores de modo a sensibilização da doação de sangue e cadastro de medula óssea.

A legislação preconiza que o ato de doar sangue seja voluntário, anônimo, altruísta e não remunerado, direta ou indiretamente.

Dessa forma, caberá à Comissão de Captação de Doadores, desenvolver estratégias educativas, de acolhimento, de *marketing* e de campanhas, objetivando chamar a atenção do máximo de doadores de sangue e igualmente cadastrar candidatos à doação de medula óssea. Para tanto, é necessário à manutenção de ações rotineiras de conscientização da população de modo a garantir que os mesmos estejam em condições clínicas para a doação contribuindo para a segurança transfusional, incentivando o cuidado com a saúde individual e coletiva.

Essa atividade tradicionalmente é desenvolvida por profissionais do serviço social, pedagogia, enfermagem e comunicação social e coordenada, na maioria dos hemocentros do Brasil, por assistentes sociais.

[Handwritten signature and initials]



O trabalho da captação é de permanente conquista do doador e, por isso, faz-se necessário em todos os serviços de hemoterapia para a manutenção dos estoques estratégicos.

Nossa proposta para implementação da Comissão de Captação de Doadores para o Hemocentro Coordenador do Estado de Goiás, vai se basear em algumas ações. A primeira delas é a *interação* entre os setores de estoque e a Assessoria de Comunicação (ASCOM), de modo a realizar atividades mais efetivas de chamamento da população.

A segunda ação é a *de definição de metas de produção*, às quais serão norteadoras para os profissionais na escolha da estratégia adotada. Diante da informação do estoque atual da HEMORREDE serão definidas ações específicas para cada hemocentro de forma a atender a cada demanda. Ocasionalmente, cada unidade de coleta poderá apresentar dificuldades de manutenção do estoque de determinado tipo sanguíneo, o que acarretará um tipo de ação diferente.

A parceria com a Assessoria de Comunicação (ASCOM) poderá ainda mobilizar veículos de comunicação de amplo alcance para melhor divulgação das estratégias. Além disso, o uso de mídias mais atuais para a mobilização de grupos o menor interesse pela doação de sangue ou para inserir a cultura de doação em menores de idade visando formar doadores do futuro.

A Comissão de Comissão de Captação de Doadores poderá ainda conhecimentos da área de hemoterapia rompendo tabus em relação à doação de sangue por através de palestras, cursos ou comunicação impressa à população em geral.

Constituição Básica

- a) Assistente social
- b) Enfermeiro
- c) Assessor de comunicação
- d) Biomédico

- Ato de Constituição e Nomeação da Comissão de Captação de Doadores



Trata-se de ato expedido pelo Diretor Geral do Hemocentro de Goiás (HEMOGO), com o objetivo de designar pessoal, delegar competência para o planejamento e execução dos serviços de prevenção e controle das infecções hospitalares.

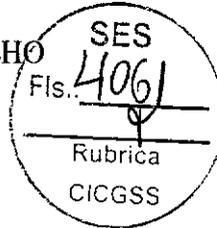
Ordem de Serviço nº (Local e Data)O Diretor Geral do Hemocentro de Goiás (HEMOGO), no uso de suas atribuições e de acordo com o disposto na Portaria, Anexo I, Item 4, resolve designar:, representante, de nível superior, de Serviço Social;,representante de nível superior do serviço de Enfermagem;....., representante do nível superior do Serviço de Comunicação Social;....., representante de nível superior biomédico; como membros executores, para sob a presidência de..... constituírem a Comissão de Captação de Doadores.

ASSINATURA DO DIRETOR (A)

Ata de Instalação da Comissão de Captação de Doadores

Ata número.....da reunião realizada aos.....dias do mês de.....do ano de..... no(Hemocentro de Goiás- HEMOGO), com a presença para tratar dos seguintes assuntos: Nada mais havendo a tratar, o declarou encerrada a reunião, da qual eu,....., na qualidade de secretário(a), lavrei a presente ata, que dato e assino, após ser assinada pelos demais membros.

362



REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA ORGANIZAÇÃO

Seção I

Estrutura

Art. 1º - A estrutura da Comissão de Captação de Doadores compreende:

- I - Grupo Executor;
- II - Grupo Consultor.

Art. 2º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da Comissão de Captação de Doadores, a Direção, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

Art. 3º - Os membros executores são encarregados da execução das estratégias de captação de doadores definidas pela Comissão.

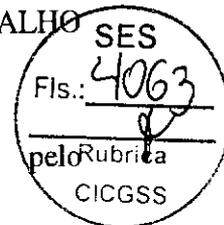
Seção II

Composição do Grupo Executor da Comissão de Captação de Doadores

Art. 4º - O Grupo Executor terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com 4 (quatro) componentes.

Art. 5º - O Grupo executor é órgão executivo da Comissão de Captação de Doadores.

Composição do Grupo Executor:



interna as chefias de Serviços/Coordenações que deverão ser responsáveis pelo encaminhamento de sua equipe ao mesmo.

Art. 10 - A Comissão de Captação de Doadores observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 11 - A sequencia das reuniões da Comissão de Captação de Doadores será a seguinte;

- I. verificação da presença do Presidente;
- II. assinatura da Ata da reunião anterior;
- III. leitura dos informes com discussão e votação dos temas: normas e padronizações, organização de campanhas, treinamentos e manuais, discussão de problemas que possam intervir na realização dos trabalhos e despacho do expediente;
- IV. organização da pauta da próxima reunião;
- V. ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos projetos;
- VI. distribuição de tarefa aos membros;
- VII. comunicação breve e franqueamento da palavra.

§ 1º Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão de Captação de Doadores, por voto da maioria, poderá alterar a sequencia estabelecida neste artigo.

§ 2º A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de dois dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Art. 12 - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 13 - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e



resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Presidente, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO II - DA COMPETÊNCIA

Art. 14 - À Comissão de Captação de Doadores compete:

Estabelecer diretrizes para desenvolvimento do programa de Captação de doadores do Hemocentro de Goiás HEMOGO:

- I. captar doadores de sangue com vistas a manter e ampliar o cadastro de doadores do Hemocentro de Goiás HEMOGO;
- II. acolher, registrar e orientar o doador quanto aos critérios para doação de sangue total,
- III. cadastro de doador de medula óssea e doação por aférese;
- IV. realizar projetos e ações educativas pró-doação de sangue junto aos diversos segmentos
- V. da sociedade;
- VI. realizar ações específicas voltadas à fidelização do doador de sangue;
- VII. coordenar campanhas internas de doação de sangue;
- VIII. coordenar o cronograma de coletas externas, bem como as ações de orientação e mobilização dos candidatos à doação;
- IX. realizar, juntamente com os setores de coleta, estoque e vigilância epidemiológica, visita prévia às instituições onde serão realizadas as coletas externas;
- X. atuar em parceria com o setor de Coleta e de Triagem Clínica, visando o melhor atendimento ao doador;
- XI. subsidiar a Gerência em assuntos técnicos e administrativos inerentes à sua área de atuação;



- XII. confeccionar carteira do doador, emitir certificado de doação e enviar correspondências aos doadores, referentes a captação e eventos comemorativos;
- XIII. executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 15 - Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão de Captação de Doadores, especificamente:

- I. representar a Comissão de Captação de Doadores em suas relações internas e externas;
- II. instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- III. promover a convocação das reuniões;
- IV. tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- V. indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- VI. promover a interação do Grupo Consultor com o Grupo Executor.
- VII. Parágrafo Único - Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 16 - Aos membros da Comissão de Captação de Doadores incumbe:

- I. estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas pelo Presidente;
- II. comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- III. requerer votação de matéria em regime de urgência;



- IV. desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V. apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

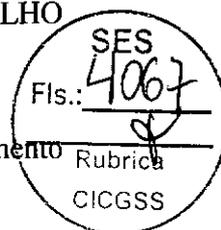
Art. 17 - À Secretária da Comissão de captação de doadores incumbe:

- I. assistir as reuniões;
- II. encaminhar o expediente da Comissão de captação de doadores;
- III. preparar o expediente da Comissão de captação de doadores;
- IV. lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- V. transcrever o relatório trimestral das atividades da Comissão;
- VI. lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- VII. providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;
- VIII. distribuir aos Membros da Comissão de captação de doadores a pauta das reuniões;
- IX. organizar dados e arquivos.

Cronograma de Atividade Anual

No que diz respeito ao Cronograma de Atividade Anual, bem como a análise do Hemocentro de Goiás (HEMOGO), a estrutura para a composição do cronograma esta baseada nas instalações, equipamento, recursos humanos e financeiros e filosofia

[Handwritten signature and initials]

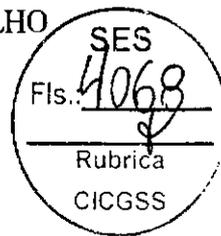


organizacional, procedimentos, atividades e a especificidade do mencionado estabelecimento de hemoterapia.

Assim, delinear-se algumas orientações para a implementação e execução do Cronograma, por parte dos diferentes atores intervenientes, pois só com base numa estrutura sólida se podem desenvolver os processos condizentes aos resultados desejados da Comissão Captação de doadores os quais poderão se alterados segundo a realidade a ser identificada após a implantação do novo modelo de gestão.

Ord.	Tarefas	2018										2019			
		Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	
1	Formar a Comissão de Captação de doadores de sangue														
2	Discutir com a alta direção e gerência de estoque e distribuição a definição dos estoques estratégicos														
3	Firmar parcerias com veículos de comunicação de grande alcance														
4	Identificar, classificar e mapear o público alvo das campanhas de captação de doadores que atenda aos estoques estratégicos e metas de produção da Hemorrede Pública de Goiás														
5	Implantar as campanhas de doação														
9	Confeccionar a carteira do doador e emitir certificados de doação														

369



2.3.8. COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS)

Descrição da Finalidade

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde (CGRSSS) é a comissão criada para atuar nas unidades compreendendo a HEMOREDE de forma, estruturada e organizada de acordo com a legislação em vigor, a partir de um plano de gerenciamento, com fim precípuo de preservação da saúde pública e do meio ambiente.

Atribuições da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

- elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduos das unidades, adequado às características e necessidades, contemplando, no mínimo, ações relativas a:
 - adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle dos resíduos dos serviços de saúde;
 - capacitação do quadro de colaboradores e servidores da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos dos serviços de saúde;
 - avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza das unidades e aprovar as medidas de controle propostas pela Comissão de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde - CGRSSS;
- elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos resíduos dos serviços de saúde;
- elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde pública e meio ambiente;
- cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de colaboradores e servidores e profissionais, no que diz respeito a prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pelo hospital;
- elaborar regimento interno para a Comissão de Gerenciamento dos Resíduos dos serviços de Saúde - CGRSSS;

P
A



- cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.



Constituição Básica

Direção Geral, Engenheiro Ambiental, Técnico em segurança do trabalho, representantes dos serviços terceirizados, enfermagem, laboratório e demais serviços vinculados às unidades.

Plano Estratégico de Gerenciamento de Resíduos

Diante do exposto o Plano Estratégico dos Resíduos dos Serviços de Saúde / Gerenciamento, Operacionalização e Execução – Para as unidades que compreendem a Hemorrede devendo dotar os intervenientes de informação e orientações que os apoiem na tomada de decisão sobre os vários aspectos que envolvem os resíduos dos serviços de saúde, em particular a sua gestão. Denotar, que a estratégia do plano pressupõe o reforço e convergência de sinergias por parte dos diferentes agentes envolvidos no sentido de uma efetiva implementação, num entendimento assumido de responsabilidade compartilhada. Assim, para cada ação são indicados os principais intervenientes envolvidos ou a envolver, sendo estes os responsáveis pela sua concretização e, conseqüentemente, pela persecução dos objetivos operacionais estabelecidos.

Estes deverão ser conjugados com as ações a desenvolver, visando a assegurar o cumprimento das estratégias definidas nos normativos legais, comunitários e nacionais, bem como fomentar o conhecimento e o desenvolvimento técnico e científico em matéria de resíduos dos serviços de saúde. Os objetivos e ações deverão ser em cinco Eixos Estratégicos, a saber:

Eixo I – Prevenção;

Eixo II – Informação, Conhecimento e Inovação;

Eixo III – Sensibilização, Formação e Educação;

Eixo IV – Operacionalização da Gestão;

311
P
*



Eixo V – Acompanhamento e Controle

Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares / Gerenciamento, Operacionalização e Execução – Hemorrede deverá ser estruturado em: “*Avaliação Situacional*”, no qual se faz um balanço da concretização das metas estabelecidas no situação presente análise de novas perspectivas; o “*Enquadramento*”, em que se referem as principais linhas de orientação político-estratégicas para o atual Plano; a “*Situação de referência*”, na qual se procede à análise da situação atual com uma apresentação dos quantitativos de produção dos resíduos dos serviço de saúde, para além da identificação e caracterização dos operadores e das instalações de gestão dos resíduos dos serviços de saúde; os “*Cenários para a gestão dos resíduos*”, onde se projetam as tendências de evolução; a “*Estratégia do Plano*”, com os eixos estratégicos.

Constituição Básica

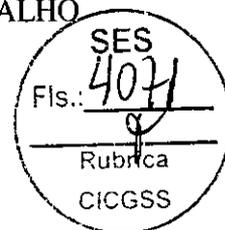
O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde será elaborado para que a Hemorrede possa manejar adequadamente todos os resíduos gerados nos estabelecimentos, atendendo as legislações em vigor contribuindo assim, com a saúde pública e o meio ambiente.

A identificação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deverá apontar e descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características, no âmbito do estabelecimento, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final.

Identificação do Estabelecimento

A comissão deverá compor os dados para identificação do proponente bem como informações previstas em nível de licenciamento ambiental e parâmetros institucionais das unidades vinculadas a Hemorrede como:

a. Razão Social e CNPJ:



b. Nome Fantasia:

c. Endereço, telefone, fax e e-mail:

d. Área total do terreno e área construída (em m²)

- i. Área total do Terreno = m²
- ii. Área total Pavimento Térreo = m²
- iii. Área total Pavimentos Superiores = m²
- iv. Área Construída = m²

e. Atividades:

- ✓ Referência em atendimento hematológico e hemoterápico;
- ✓ Pesquisa;
- ✓ Ensino;
- ✓ Capacitação de recursos humanos especializados;
- ✓ Coordenação da Política de Sangue Regional;
- ✓ Laboratórios especializados;
- ✓ Atendimento ambulatorial;
- ✓ Procedimentos transfusionais, Atendimento quimioterápico,

Pré e pós transplante de Medula Óssea; e Atendimento Clínico em Hematologia.

f. Capacidade de atendimento;

- ✓ *** candidatos a doação de sangue/mês
- ✓ *** pacientes / mês

g. Responsável técnico pela elaboração e pela execução do PGRSSS;

- i. Nome:
- ii. RG:
- iii. Profissão:
- iv. Registro Profissional:



v. Telefone:

vi. E-mail:

h. ART – Anotação de Responsabilidade Técnica pela elaboração e pela execução do PGRSSS;

Objetivos

O presente plano da comissão constitui-se de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos colaboradores e servidores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Definições

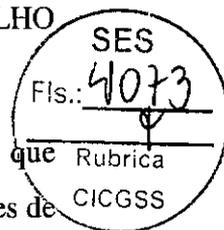
O Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde, a ser aplicado na Hemorrede deverá estar compatível com as normas locais relativas à coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados nos serviços de saúde, estabelecidas pelos órgãos locais responsáveis por estas etapas.

O manejo dos RSS – Resíduos Sólidos do Serviço de Saúde é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

Segregação

Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

Acondicionamento



Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

Identificação

Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

Transporte Interno

Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

Armazenamento Temporário

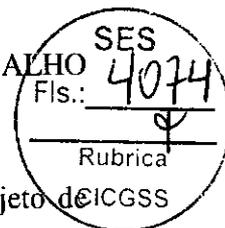
Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa.

Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

Tratamento

Consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente.

O tratamento pode ser aplicado no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas nestes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento.



Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/1997 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

Armazenamento Externo

Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

Coleta e Transporte Externos

Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

Disposição Final

Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº.237/97.

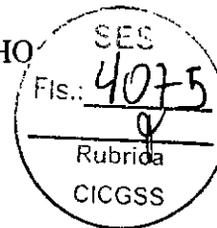
Classificação dos Resíduos

GRUPO A

Resíduos com possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.

A4 – Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica.



GRUPO B

Resíduos químicos. Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados. (Chumbo contido na embalagem do filme radiográfico).

Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).

Restos de amálgama.

GRUPO C

Rejeitos radioativos. Não são produzidos no Consultório Odontológico.

GRUPO D

Resíduos comuns. Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliados.

Papel de uso sanitário, absorventes higiênicos, sobras de alimentos e do preparo de alimentos, resíduos provenientes das áreas administrativas, resíduos de varrição, flores, podas e jardins.

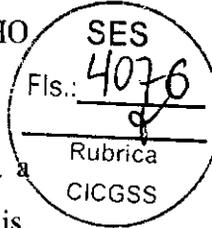
GRUPO E

Materiais perfurocortantes ou escarificantes.

Agulhas descartáveis, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, instrumentais quebrados, etc.

Análise dos resíduos gerados pelo estabelecimento estará de acordo com a Resolução N°. 358, de 29 de Abril de 2005:

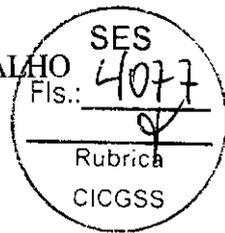
Art. 2º Para os efeitos desta resolução considera-se:



I - agente de classe de risco IV (elevado risco individual e elevado risco para a comunidade): patógeno que representa grande ameaça para o ser humano e para os animais, representando grande risco a quem o manipula e tendo grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro, não existindo medidas preventivas e de tratamento para esses agentes;

Grupo A-1

Descrição de Resíduo
Culturas e estoques de microorganismos.
Resíduos de fabricação de produtos biológicos exceto os hemoderivados.
Descarte de vacinas de microorganismos vivos ou atenuados.
Meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas.
Resíduos de laboratórios de manipulação genética.
Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação ou <u>causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante</u> ou cujo <u>mecanismo de transmissão seja desconhecido</u> .
Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.
Sobras de amostras de laboratórios contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.



Grupo A-2

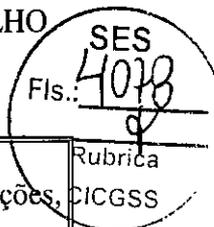
Descrição de Resíduo
Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microorganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.

(1) Grupo A-3

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

(2) Grupo A-4

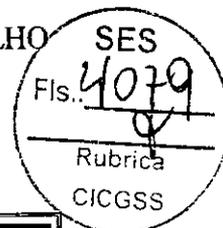
Descrição de Resíduo
Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados.
Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada.
Membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares.



<p>Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microorganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons.</p>
<p>Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo.</p>
<p>Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.</p>
<p>Peças anatômicas (órgão e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica.</p>
<p>Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações.</p>
<p>Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.</p>

(3) Grupo A-5

Descrição de Resíduo
<p>Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.</p>



(4) Grupo B

Descrição de Resíduo

Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

- a) produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; antirretrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações;
- b) resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes;
- c) efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores);
- d) efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas; e
- e) demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

(5) Grupo C

Descrição de Resíduo

Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear-CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

- a) enquadram-se neste grupo quaisquer materiais resultantes de laboratórios de pesquisa e ensino na área de saúde, laboratórios de análises clínicas e serviços de medicina nuclear e radioterapia que contenham radionuclídeos em quantidade superior aos limites de eliminação.



SES
 Fls.: 4080
 Rubrica
 QICGSS

(6) Grupo D

Descrição de Resíduo
Papel de uso sanitário e fralda.
Absorventes higiênicos.
Peças descartáveis de vestuário.
Resto alimentar de paciente.
Material utilizado em antissepsia e hemostasia de venoclise.
Equipo de soro e outros similares não classificados como pertencentes ao Grupo A1.
Sobra de alimentos e do preparo de alimentos.
Resto alimentar de refeitório.
Resíduos provenientes das áreas administrativas.
Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.

(7) Grupo E

Descrição de Resíduo
Lâminas de barbear.
Agulhas.
Escalpes.
Ampolas de vidro.
Brocas.

[Handwritten signature]



SES
 Fls.: 4001
 Rubrica
 CIGSS

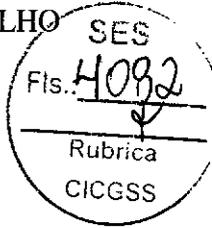
Limas endodônticas.
Pontas diamantadas.
Lâmina de bisturi.
Lancetas.
Tubos capilares.
Micropipetas, lâminas e lamínulas e todos os utensílios de vidros quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

Memorial Descritivo

Dentre uma das ações destinadas a Comissão de Gerenciamento de Resíduos para a implementação nas unidades da Hemorrede esta a identificação dos ambientes/grupo dos resíduos gerados e apresentação formal em planilha própria conforme exemplo/modelo abaixo:

AMBIENTE	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO D	GRUPO E
Consultórios				
Almoxarifado				
Recepção				
Corredor				
Salas Administrativas				
Sala de Enfermagem				
Sala de Procedimento				
D.M.L.				
Expurgo				
Sanitários				
Refeitório				
Estacionamento				

[Handwritten signature and initials]



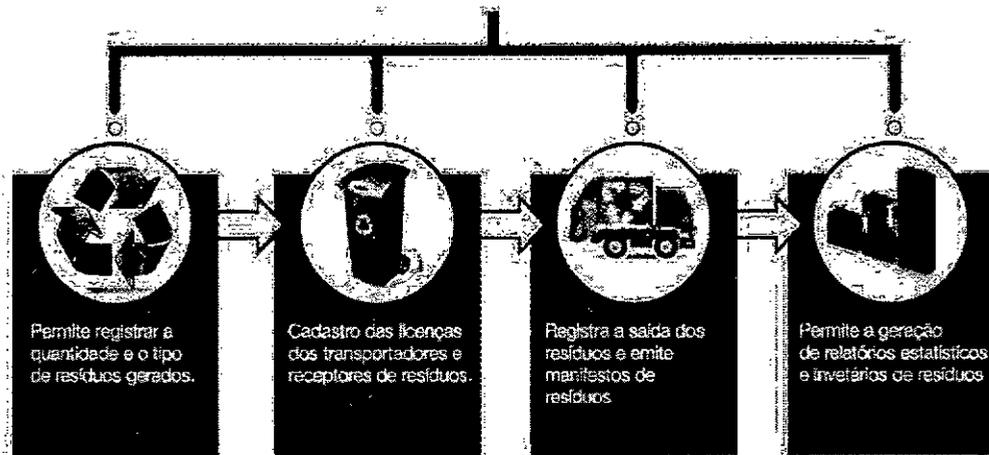
Caracterização dos resíduos gerados:

Comissão de Gerenciamento de Resíduos da Hemorrede, após a identificação do ambiente/grupo de resíduos gerados devesa efetuar a descrição e classificação dos resíduos gerados conforme o Processo de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde de Hemoterapia abaixo:

ÁREAS GERADORAS	ENTRADAS	PROCESSOS DE TRABALHO	SAÍDAS
Laboratórios. Áreas Assistenciais Áreas Administrativas	Resíduos Infectantes A1 e A4 Resíduos Químicos Resíduos Comuns Não Recicláveis Resíduos Comuns Recicláveis	Manejo de resíduos de acordo com protocolos	Resíduos acondicionados para disposição final



Após a Comissão de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde, devesa efetuar os procedimentos aplicáveis em atendimento as legislações pertinentes e identificação por Diagrama / Legenda de toda a Unidade conforme explicitado abaixo:



[Handwritten signature]

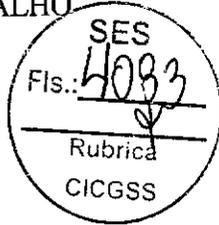
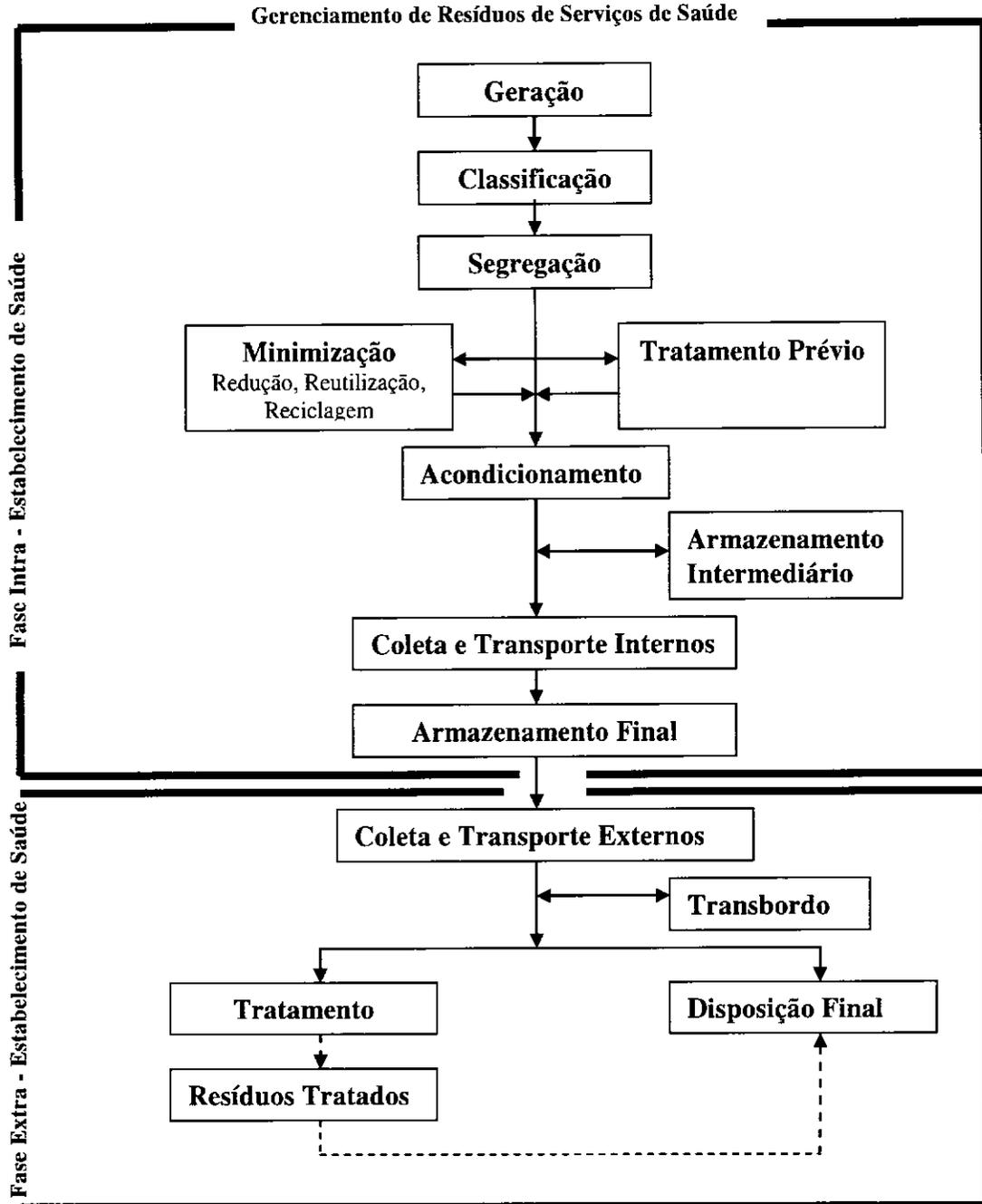


Diagrama /Fluxo

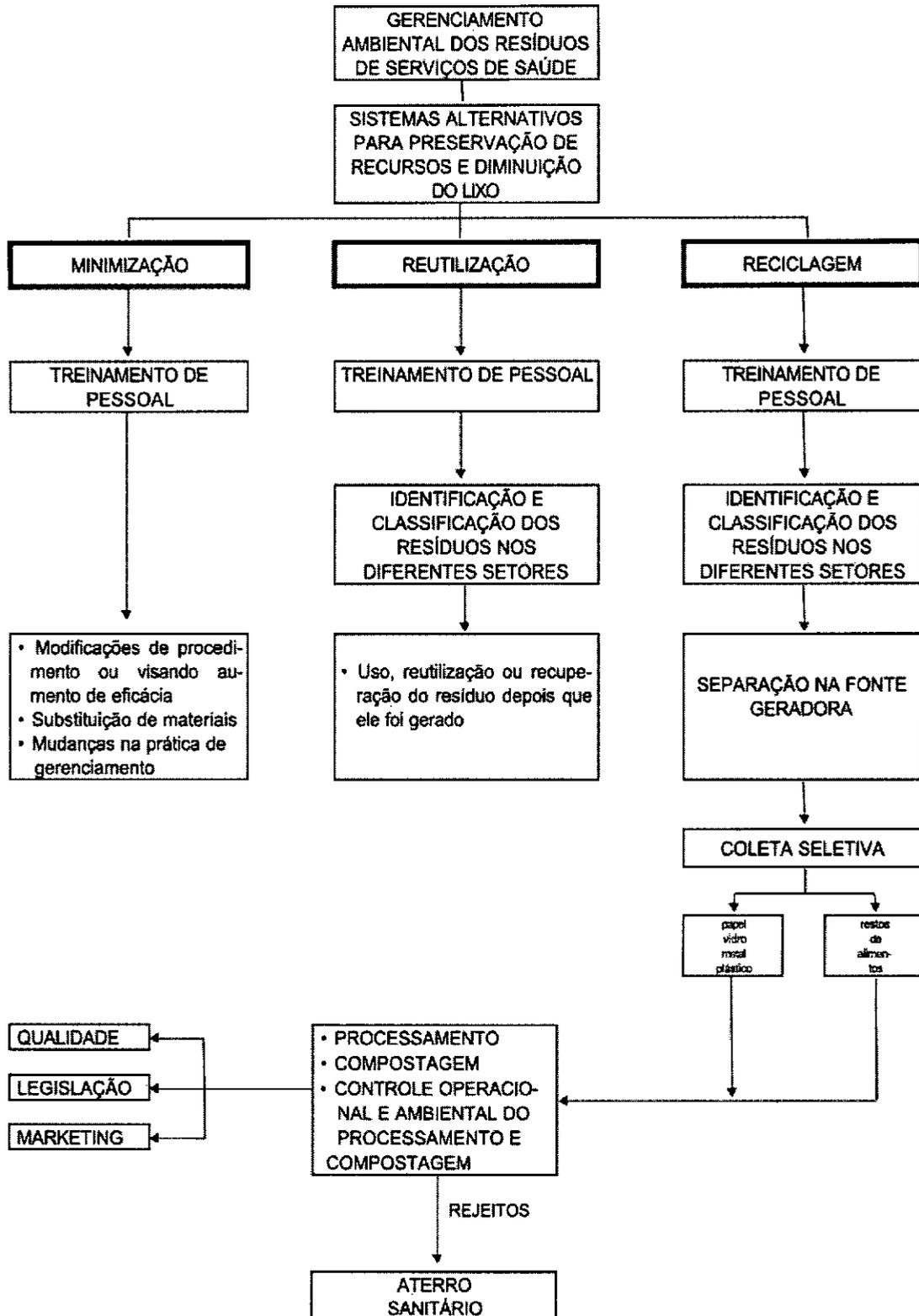


[Handwritten signature and initials]



SES
 Fls.: 4084
 Rubrica
 CIGSS

Gerenciamento Ambiental Proposto para os resíduos de Serviço de Saúde aplicado a Hemorrede.



[Handwritten signatures and initials]



h) Os sacos plásticos contendo lixo comum deverão ser removidos das salas onde são gerados por contêineres plásticos padronizados, com corpo e tampa na cor laranja, para agregando até 120 litros por dia ou com corpo e tampa nas cores azul ou verde, para mais do que 120 litros por dia, ostentando em pelo menos uma de suas faces externas um adesivo de 20cm x 20cm com o símbolo "Lixo Comum", de acordo com a norma técnica da ABNT NBR-7500.

i) A remoção dos sacos plásticos contendo os diferentes tipos de resíduos deve ser feita para o Abrigo Externo, diariamente ou ao fim de cada jornada de trabalho, no mínimo, devendo permanecer armazenados nos contêineres, separadamente dos demais resíduos.

j) O transporte interno de resíduos deve ser realizado em sentido único, com roteiro definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas.

k) O transporte interno de resíduos deve ser feito separadamente e em recipientes específicos para cada tipo de resíduo.

l) Caso o volume de resíduos gerados e a distância entre o ponto de geração e o Abrigo Externo justifiquem, deverá criar Abrigos Internos, próximos aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o traslado entre os pontos geradores e o Abrigo Externo.

m) O armazenamento temporário dos resíduos nos Abrigos Internos não poderá ser feito com disposição direta dos sacos sobre o piso.

n) Quando não estiverem sendo utilizados, os contêineres deverão permanecer guardados no Abrigo Externo ou no Abrigo Interno.

o) Cada UTS e cada condomínio de edificação de uso misto deverá ter pelo menos um Abrigo Externo, que atenda ao disposto nas Resoluções ANVISA RDC-50/2002 e RDC-33/2003.

p) O abrigo mencionado na alínea anterior deverá ser construído em local de fácil acesso ao veículo coletor e próximo à testada do imóvel, devendo ser exclusivo para estocar temporariamente os contêineres plásticos, sendo proibida a guarda de materiais e utensílios de limpeza, bem como quaisquer outros tipos de ferramentas nesse local.



q) Caso opte por construir um Abrigo Interno, este deverá atender às exigências das resoluções ANVISA.

r) Os resíduos enquadrados nos Grupos B e C da Resolução CONAMA 283/01 devem obedecer à legislação vigente, atendendo às normas técnicas da SMAC, da FEEMA e da CNEN.

s) É expressamente proibido o reaproveitamento ou a comercialização de qualquer tipo de resíduo que não se enquadre na categoria de lixo comum.

t) O lixo infectante, gerado em unidades instaladas em edificações comerciais ou de utilização mista, não poderá ser lançado em tubo de queda, devendo ser removido por contêineres que ficarão armazenados no Abrigo Externo até o momento da coleta.

Procedimentos para as Áreas Externas.

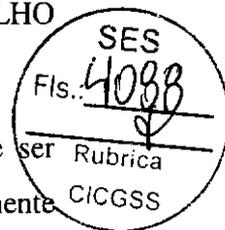
a) Os procedimentos para as Áreas Externas das UTS's são todos aqueles relativos ao manuseio, movimentação, coleta, remoção, transporte e tratamento dos resíduos sólidos desde o Abrigo Externo até sua destinação final.

b) Para a execução dos serviços de coleta e transporte do lixo infectante deverão ser utilizados veículos coletores específicos para esse fim, dotados com os seguintes requisitos mínimos:

- ter superfícies internas lisas, de cantos arredondados;
- ser estanque para impedir vazamento de líquidos, devendo ter, como segurança adicional, caixa coletora impermeabilizada de líquido percolado com volume adequado para a coleta do Lixo Infectante;
- operar de forma a não permitir o rompimento dos sacos plásticos, evitando, assim, a exposição dos resíduos e o vazamento do chorume;
- atender à programação visual especificada.

Limpeza e Desinfecção

9
A



a) Os recipientes, os contêineres e os abrigos, internos e externos, terão que ser submetidos a processo de limpeza e desinfecção simultâneas, obrigatória e imediatamente após a coleta dos resíduos.

b) Os veículos coletores transportadores terão que ser submetidos à lavagem e desinfecção simultâneas, obrigatoriamente após o término da jornada de trabalho.

c) A desinfecção deverá ser feita com solução de hipoclorito de sódio a 2% (dois por cento) e a lavagem com água corrente em abundância e sabão ou detergente.

d) Os efluentes provenientes da lavagem e desinfecção devem ser encaminhados para sistema de tratamento que atenda aos padrões estabelecidos pelo Município.

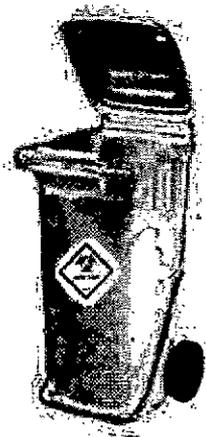
Transporte

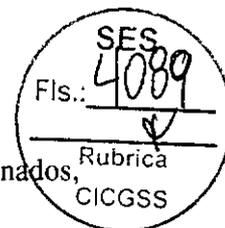
a) Os funcionários que realizarem o transbordo do lixo infectante deverão estar usando todos os EPI's adequados à operação, devidamente treinados para as atividades realizadas e respeitando o programa de saúde ocupacional.

Tratamento

a) Os resíduos infectantes, químicos ou comuns, quando apresentarem contaminação por substância radioativa deverão ser tratados como resíduos do Grupo C da Resolução CONAMA 283/01 antes de serem submetidos a tratamento ou destinação final adequada ao seu tipo, mediante autorização prévia dos órgãos ambientais responsáveis.

Os resíduos deverão ser recolhidos e encaminhados para o armazenamento externo, sempre no período matutino e/ou final do dia, quando o recipiente estiver preenchido com 2/3 de sua capacidade acondicionados em contêiner de 120 lts.





Armazenamento Temporário

Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, específico para disposição temporária dos.

Armazenamento Externo

Abrigo localizado no recuo frontal do terreno com indicações estabelecidas pela norma regulamentadora.

Tratamento Intra-unidade

Não é utilizado nenhum tipo de tratamento intra-unidade.

Caracterização dos Aspectos Ambientais

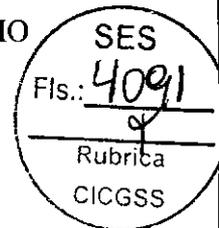
Os resíduos produzidos pela Hemorede, é dividido em: não contaminado, contaminado e lixo químico.

Todo o lixo contaminado gerado pelo deve ser esterilizado antes do descarte. A coleta deverá ser efetuada por uma empresa especializada em lixo hospitalar.

Tipos de Lixo:

Lixo patológico - Tecidos humanos ou partes do corpo removidas durante cirurgias incluindo material de obstetrícia, autópsias e de procedimentos laboratoriais. Este tipo de lixo deve ser incinerado ou autoclavado e enviado para uma área de descarte de lixo hospitalar regulamentada.

Lixo Biológico – Sangue e produtos sanguíneos, exsudatos, secreções, aspirados, fezes e outros fluidos corporais que NÃO devem ser descartados diretamente no sistema de esgoto. Este tipo de lixo DEVE ser tratado de forma que se transforme em um lixo que não ofereça risco ambiental. O principal tratamento é a AUTOCLAVAÇÃO 121 °C/ 35 min.



Símbolo de Identificação

Grupo	Símbolo de Identificação	Cor da Embalagem
A		Os resíduos do grupo A são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.
B		Os resíduos do grupo B são identificados através do símbolo de risco associado e com discriminação de substância química e frase de risco.
C		Os rejeitos do grupo C são representados pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescidos da expressão MATERIAL RADIOATIVO.
D		Saco plástico Azul ou preto
E		Embalagem rígida, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e identificada.

[Handwritten signature]
9
*

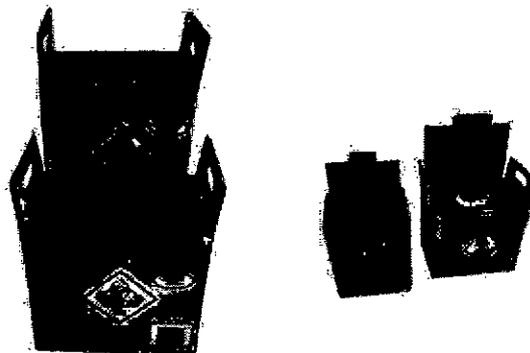


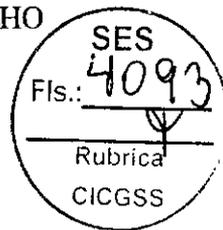
Cores de identificação de Cores para os Diferentes Tipos de Resíduos

PADRÃO DE CORES		
	AZUL	Papel / papelão
	VERMELHO	Plástico
	VERDE	Vidro
	AMARELO	Metal
	PRETO	Madeira
	LARANJA	Resíduos perigosos
	BRANCO	Resíduos ambulatoriais e de serviços de saúde
	ROXO	Resíduos radioativos
	MARROM	Resíduos orgânicos
	CINZA	Resíduo geral não reciclável ou misturado, ou contaminado não passível de separação.

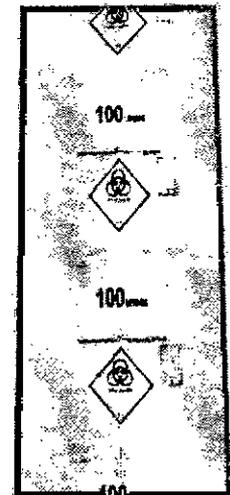
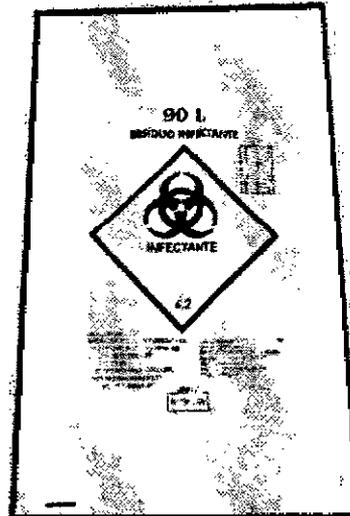
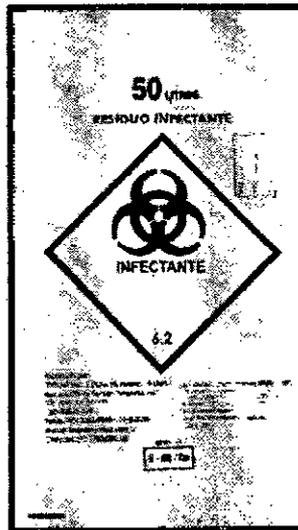
Exemplos / Especificações e Descrição a Serem Utilizadas

Coletores p/ perfurocortantes e infectantes 07 litros e 13 litros





Saco p/ Lixo



Saco para Resíduo

Saco para acondicionamento de resíduos sólidos hospitalares/infectantes, constituído de Polietileno de Alta Densidade (PEAD) Virgem, oferecendo uma perfeita resistência mecânica e proporcionando a opacidade necessária à aplicação. A solda de fundo é de tipo estrela, contínua, homogênea e uniforme vedando completamente e não permitindo a perda do conteúdo durante o manuseio, de acordo com a Norma Técnica 9191, diminuindo assim, o risco de contaminação ou Infecção das áreas por onde circula. O material utilizado na fabricação é virgem e de alta qualidade, gerando um produto compatível com os padrões da ABNT e do IPT (Instituto de Pesquisas Tecnológicas).

Disponível nas capacidades:

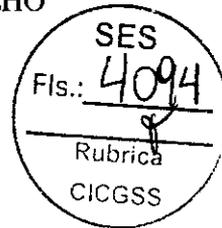
100 L nas medidas 75 x 105 cm

Pacote c/ 100 uni

Fardo c/ 1000 uni

90 L nas medidas 92 x 90 cm

Pacote c/ 100 uni



Fardo c/ 1000 uni

50 L nas medidas 63 x 80 cm

Pacote c/ 100 uni

Fardo c/ 1000 uni

30 L nas medidas 59 x 62 cm

Pacote c/ 100 uni

Fardo c/ 1000 uni

15 L nas medidas 39 x 58 cm

Pacote c/ 100 uni

Fardo c/ 2000 uni

Disponível na cor Branco leitoso

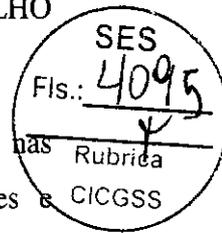
Quanto à impressão o produto segue as seguintes especificações:

Impressão de simbologia de material infectante de acordo com a NBR 7500 O número da subclasse de risco (6.2). Os símbolos, textos e números são pretos, com exceção da frase de advertência: "RSSS – Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde", impressa na cor vermelha.

Notas importantes para efetividade da comissão de Gerenciamento de Resíduos:

1. Todos os resíduos codificados com a cor preta poderão ser acondicionados em sacos de lixo de cor preta e gerenciados como lixo comum, utilizando o serviço de coleta oferecido pela prefeitura;
2. Todos os resíduos codificados com a cor azul poderão ser acondicionados em sacos de lixo de cor azul e gerenciados como lixo que não é lixo, utilizando o serviço de coleta específico oferecido pela prefeitura;

Handwritten initials and a signature.



3. Todos os resíduos codificados com a cor laranja deverão ser acondicionados nas caixas especificamente desenhadas para acondicionamento de perfurocortantes e gerenciados como resíduos perfurocortantes contaminados.
4. A caixa de perfurocortante deve ser mantida fora do alcance de crianças, pessoas com deficiência mental e animais domésticos;
5. A caixa de perfurocortantes não deve ser mantida no chão;
6. A caixa de perfurocortante deve ser mantida em local seco;
7. Não se deve colocar resíduos que não pertença ao grupo de perfurocortantes dentro da caixa;
8. Utilizar luvas de látex quando manipular qualquer lixo originado do serviço à saúde.
9. Não superlotar a caixa de perfuro-ortantes;
10. Não forçar o lixo perfurocortantes na tentativa de comprimi-lo para selar a caixa;

Coletores / Ambiente Interno

Consultórios

- Lixeira Branca (20L), com símbolo de substancia infectante, acionada a pedal com saco branco leitoso para recolhimento do lixo do Grupo A – Lixo contaminado. Após atingir 2/3 do volume ou ao final do expediente, é retirado, vedado e colocada etiqueta de identificação.

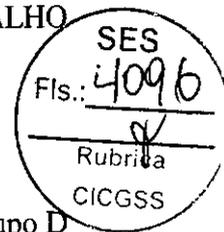
- Lixeira(20L) acionada a pedal com saco preto para recolhimento do lixo do grupo D – Lixo comum.

- Lixeira individual colocada no equipo, com saco impermeável, para recolhimento do material utilizado no paciente em atendimento e descartado imediatamente após sua saída, na lixeira do Grupo A.

- Caixa rígida (Descarpax), resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificada para recolhimento do lixo do Grupo E – Perfurocortante.

- Vidro com tampa rosqueável contendo água em seu interior para recolhimento das sobras de amálgama.

[Handwritten signature]
A



Outros Ambientes - (Copa/salas administrativas/banheiros).

Lixeiras(20L) acionadas a pedal com saco preto para recolhimento do lixo do Grupo D
- Lixo comum. Recolhido quando após atingir 2/3 do volume ou ao final do expediente.

Coleta e Transporte Externos

GRUPO A: Resíduos Infectantes

Responsável pelo transporte: A definir.

Veículo utilizado: Caminhão destinado a Resíduos Comuns - Uso exclusivo para resíduos infectantes

Frequência de coleta: 3x por semana período vespertino.

Tratamento: Será realizado tratamento por empresa a definir. O contêiner é fechado com cadeado. Uma chave fica com o caminhão de coleta e outra sob poder da unidade.

Destino Final: Vala especial do Aterro Sanitário municipal ou de acordo com a legislação aplicável / destinação da empresa.

GRUPO D: Resíduos Comuns

Responsável pelo transporte: A definir **Veículo utilizado:** Caminhão próprio para resíduo comum com compactador.

Frequência de coleta: 3 x por semana - período noturno.

Destino Final: Aterro Sanitário municipal ou de acordo com a legislação aplicável / destinação da empresa.

Outros Procedimentos que deverão ser Adotados:

- Controle integrado de insetos e roedores: desinsetização será realizada 3/3 meses.

9



- Processos de higienização e limpeza:
 - Limpeza geral diária antes de se iniciar o atendimento dos pacientes.
 - Após recolhimento dos resíduos é realizada limpeza e desinfecção dos recipientes de coleta.
 - Desinfecção de superfícies após cada atendimento.
 - Álcool 70% na cadeira e superfícies. - Desinfetante no piso.
 - Instrumentais: processo padrão dentro da área suja das unidades

- Qualidade da água
 - Água da rede pública.
 - Limpeza da caixa d'água: 6/6 meses.
 - Análise da água: 6/6 meses.

- Esgoto
 - rede pública c/ tratamento.

Indicadores

Os seguintes indicadores deverão ser produzidos com periodicidade anual a partir dos dados obtidos desde o período de sua implantação:

Taxa de acidentes com resíduo perfurcotantes.

Variação da geração de resíduos.

Variação da proporção de resíduos do Grupo A.

Variação da proporção de resíduos do Grupo B.

Variação da proporção de resíduos do Grupo C.

Variação da proporção de resíduos do Grupo D.

Variação da proporção de resíduos do Grupo E.



REGIMENTO INTERNO

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), tem como principal objetivo atender à Resolução 358/05 (CONAMA) e a RDC 306/04 (ANVISA), a fim de:

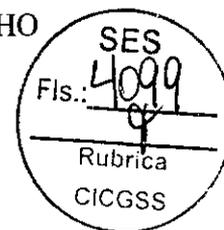
- melhorar as medidas de segurança e higiene no ambiente hospitalar;
- contribuir para o controle de infecção em serviços de saúde e acidentes ocupacionais;
- proteger a saúde e o meio ambiente;
- reduzir o volume e a massa de resíduos contaminados;
- estabelecer procedimentos adequados para o manejo de cada grupo;
- estimular a reciclagem dos resíduos comuns não contaminados.

REGIMENTO INTERNO PARA O GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - DIRETRIZES GERAIS

Descrição

O Regimento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, publicado inicialmente por meio da RDC ANVISA nº. 33 de 25 de fevereiro de 2003, submete-se agora a um processo de harmonização das normas federais dos Ministérios do Meio Ambiente por meio do Conselho Nacional de Meio Ambiente/CONAMA e da Saúde através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA referentes ao gerenciamento de RSS.

O encerramento dos trabalhos da Câmara Técnica de Saúde, Saneamento Ambiental e Gestão de Resíduos do CONAMA, originaram a nova proposta técnica de revisão da Resolução CONAMA nº. 283/2001, como resultado de mais de 1 ano de discussões no Grupo de Trabalho. Este documento embasou os princípios que conduziram à revisão da RDC ANVISA nº. 33/2003, cujo resultado é este Regimento Técnico harmonizado com os novos critérios técnicos estabelecidos.



CAPÍTULO I – ABRANGÊNCIA

Art.1º Este Regimento aplica-se a todos os geradores de Resíduos de Serviços de Saúde-RSS.

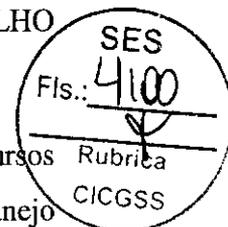
Art. 2º Para efeito deste Regimento Técnico, definem-se como geradores de RSS todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem, dentre outros similares.

Art. 3º Esta Resolução não se aplica a fontes radioativas seladas, que devem seguir as determinações da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, e às indústrias de produtos para a saúde, que devem observar as condições específicas do seu licenciamento ambiental.

CAPÍTULO II - GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Art. 4º O gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

4019



Art. 5º O gerenciamento deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS.

Art. 6º Todo gerador deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, baseado nas características dos resíduos gerados e na classificação constante do Apêndice I, estabelecendo as diretrizes de manejo dos RSS.

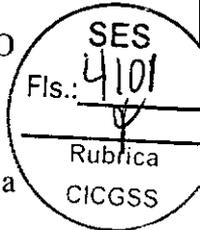
Art. 7º O PGRSS a ser elaborado deve ser compatível com as normas locais relativas à coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados nos serviços de saúde, estabelecidas pelos órgãos locais responsáveis por estas etapas.

I. - MANEJO: O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

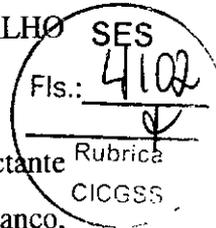
- a) - SEGREGAÇÃO - Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.
- b) ACONDICIONAMENTO - Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

1.1. Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

1.2. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento.



- 1.3. Os recipientes de acondicionamento existentes nas salas de cirurgia e nas salas de parto não necessitam de tampa para vedação.
 - 1.4. Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.
- c) - IDENTIFICAÇÃO - Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.
- 1.1. A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.
 - 1.2. A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.
 - 1.3. O Grupo A é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos
 - 1.4. O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.
 - 1.5. O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITO RADIOATIVO.



- 1.6. O Grupo E é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.
- d) - TRANSPORTE INTERNO - Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.
- 1.1. O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.
- 1.2. Os recipientes para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos, de acordo com este Regimento Técnico. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.
- e) - ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO - Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à



apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

- 1.1. O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifiquem.
- 1.2. A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso ainda resistente ao tráfego dos recipientes coletores. Deve possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores, para o posterior traslado até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como "SALA DE RESÍDUOS".
- 1.3. A sala para o armazenamento temporário pode ser compartilhada com a sala de utilidades. Neste caso, a sala deverá dispor de área exclusiva de no mínimo 2 m², para armazenar, dois recipientes coletores para posterior traslado até a área de armazenamento externo.
- 1.4. No armazenamento temporário não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos recipientes ali estacionados.
- 1.5. Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, serem submetidos a outro método de conservação.
- 1.6. O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

f) TRATAMENTO - Consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. O tratamento pode ser aplicado



no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas nestes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento. Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA n.º. 237/1997 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

- 1.1. O processo de autoclavagem aplicado em laboratórios para redução de carga microbiana de culturas e estoques de microrganismos está dispensado de licenciamento ambiental, ficando sob a responsabilidade dos serviços que as possuem, a garantia da eficácia dos equipamentos mediante controles químicos e biológicos periódicos devidamente registrados.
 - 1.2. Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido na Resolução CONAMA n.º. 316/2002.
- g) **ARMAZENAMENTO EXTERNO** - Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

- 1.1. No armazenamento externo não é permitida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.

- h) **COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS** - Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

A



- 1.1. A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.
- i) **DISPOSIÇÃO FINAL** - Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº.237/97.

CAPÍTULO III – RESPONSABILIDADES

Art. 8º Compete aos serviços geradores de RSS:

- I. A elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental, normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana e outras orientações contidas neste Regimento.
- a) Caso o estabelecimento seja composto por mais de um serviço com Alvarás Sanitários individualizados, o PGRSS deverá ser único e contemplar todos os serviços existentes, sob a Responsabilidade Técnica do estabelecimento.
- b) Manter cópia do PGRSS disponível para consulta sob solicitação da autoridade sanitária ou ambiental competente, dos funcionários, dos pacientes e do público em geral.
- c) Os serviços novos ou submetidos a reformas ou ampliação devem encaminhar o PGRSS juntamente com o Projeto Básico de Arquitetura para a vigilância sanitária local, quando da solicitação do alvará sanitário.
- II. A designação de profissional, com registro ativo junto ao seu Conselho de Classe, com apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica-ART, ou Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento similar, quando couber, para exercer a função de Responsável pela elaboração e implantação do PGRSS.

[Handwritten signature and initials]



- a) Quando a formação profissional não abranger os conhecimentos necessários este poderá ser assessorado por equipe de trabalho que detenha as qualificações correspondentes.
- b) Os serviços que geram rejeitos radioativos devem contar com profissional devidamente registrado pela CNEN nas áreas de atuação correspondentes, conforme a Norma NE 6.01 ou NE 3.03 da CNEN.
- c) Os dirigentes ou responsáveis técnicos dos serviços de saúde podem ser responsáveis pelo PGRSS, desde que atendam aos requisitos acima descritos.
- d) O Responsável Técnico dos serviços de atendimento individualizado pode ser o responsável pela elaboração e implantação do PGRSS.
- III. A designação de responsável pela coordenação da execução do PGRSS.
- IV. Prover a capacitação e o treinamento inicial e de forma continuada para o pessoal envolvido no gerenciamento de resíduos, objeto deste Regimento.
- V. Fazer constar nos termos de licitação e de contratação sobre os serviços referentes ao tema desta Resolução e seu Regimento Técnico, as exigências de comprovação de capacitação e treinamento dos funcionários das firmas prestadoras de serviço de limpeza e conservação que pretendam atuar nos estabelecimentos de saúde, bem como no transporte, tratamento e disposição final destes resíduos.
- VI. Requerer às empresas prestadoras de serviços terceirizados a apresentação de licença ambiental para o tratamento ou disposição final dos resíduos de serviços de saúde, e documento de cadastro emitido pelo órgão responsável de limpeza urbana para a coleta e o transporte dos resíduos.
- VII. Requerer aos órgãos públicos responsáveis pela execução da coleta, transporte, tratamento ou disposição final dos resíduos de serviços de saúde, documentação que identifique a conformidade com as orientações dos órgãos de meio ambiente.
- VIII. Manter registro de operação de venda ou de doação dos resíduos destinados à reciclagem ou compostagem, obedecidos nas alíneas "b" e "c" do inciso III do art. 19 deste Regimento. Os registros devem ser mantidos até a inspeção subsequente.



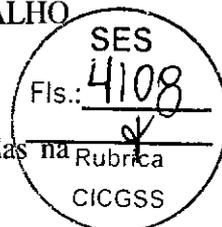
Art. 9º A responsabilidade, por parte dos detentores de registro de produto que gere resíduo classificado no Grupo B, de fornecer informações documentadas referentes ao risco inerente do manejo e disposição final do produto ou do resíduo. Estas informações devem acompanhar o produto até o gerador do resíduo.

- I. Os detentores de registro de medicamentos devem ainda manter atualizada, junto à Gerência Geral de Medicamentos/GGMED/ANVISA, listagem de seus produtos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem riscos de manejo e disposição final. Devem informar o nome comercial, o princípio ativo, a forma farmacêutica e o respectivo registro do produto. Essa listagem ficará disponível no endereço eletrônico da ANVISA, para consulta dos geradores de resíduos.

CAPÍTULO IV - PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PGRSS

Art. 10 Compete a todo gerador de RSS elaborar seu Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS;

- I. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde é o documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente.
- II. O PGRSS deve contemplar ainda:
 - a) Caso adote a reciclagem de resíduos para os Grupos B ou D, a elaboração, o desenvolvimento e a implantação de práticas, de acordo com as normas dos órgãos ambientais e demais critérios estabelecidos neste Regimento.



- b) Caso possua Instalação Radiativa, o atendimento às disposições contidas na norma CNEN-NE 6.05, de acordo com a especificidade do serviço.
 - c) As medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores.
 - d) As rotinas e processos de higienização e limpeza em vigor no serviço, definidos pela Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde ou por setor específico.
 - e) O atendimento às orientações e regulamentações estaduais, municipais ou do Distrito Federal, no que diz respeito ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
 - f) As ações a serem adotadas em situações de emergência e acidentes.
 - g) As ações referentes aos processos de prevenção de saúde do trabalhador.
 - h) Para serviços com sistema próprio de tratamento de RSS, o registro das informações relativas ao monitoramento destes resíduos, de acordo com a periodicidade definida no licenciamento ambiental. Os resultados devem ser registrados em documento próprio e mantidos em local seguro durante cinco anos.
 - i) - O desenvolvimento e a implantação de programas de capacitação abrangendo todos os setores geradores de RSS, os setores de higienização e limpeza, a Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde - CCISS, Comissões Internas de Biossegurança, os Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina no Trabalho - SESMT, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, em consonância com o art. 24 deste Regimento e com as legislações de saúde, ambiental e de normas da CNEN, vigentes.
- III. Compete ainda ao gerador de RSS monitorar e avaliar seu PGRSS, considerando;
- a) O desenvolvimento de instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, auto-explicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado.
 - b) A avaliação deve ser realizada levando-se em conta, no mínimo, os seguintes indicadores:

1.1. Taxa de acidentes com resíduo perfurocortante



- 1.2. Variação da geração de resíduos
- 1.3. Variação da proporção de resíduos do Grupo A
- 1.4. Variação da proporção de resíduos do Grupo B
- 1.5. Variação da proporção de resíduos do Grupo D
- 1.6. Variação da proporção de resíduos do Grupo E
- 1.7. Variação do percentual de reciclagem

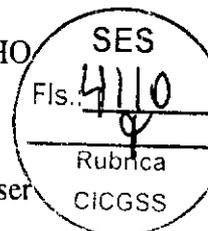
- I. Os indicadores devem ser produzidos no momento da implantação do PGRSS e posteriormente com frequência anual.
- II. A ANVISA publicará regulamento orientador para a construção dos indicadores mencionados na alínea b, inciso III do art. 10.

CAPÍTULO V - MANEJO DE RSS

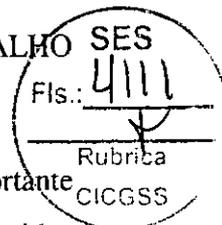
Art. 11 Para fins de aplicabilidade deste Regulamento, o manejo dos RSS nas fases de Acondicionamento, Identificação, Armazenamento Temporário e Destinação Final, será tratado segundo a classificação dos resíduos.

Art. 12 GRUPO A1

- I. culturas e estoques de microrganismos resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética. Estes resíduos não podem deixar a unidade geradora sem tratamento prévio.
 - a) Devem ser inicialmente acondicionados de maneira compatível com o processo de tratamento a ser utilizado.
 - b) Devem ser submetidos a tratamento, utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana.
 - c) Após o tratamento, devem ser acondicionados da seguinte forma:



- 1.1. Se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados, em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados.
 - 1.2. Havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.
- II. Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microorganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.
- a) Devem ser submetidos a tratamento, utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana.
 - b) Os resíduos provenientes de campanha de vacinação e atividade de vacinação em serviço público de saúde, quando não puderem ser submetidos ao tratamento em seu local de geração, devem ser recolhidos e devolvidos às Secretarias de Saúde responsáveis pela distribuição, em recipiente rígido, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e devidamente identificado, de forma a garantir o transporte seguro até a unidade de tratamento.
 - c) Os demais serviços devem tratar estes resíduos em seu local de geração.
 - d) Após o tratamento, devem ser acondicionados da seguinte forma:
 - 1.1. Se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados, em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados.
 - 1.2. Havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.
- III. Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou

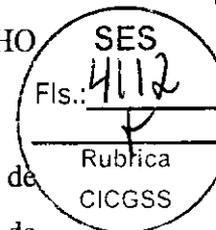


causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

- a) A manipulação em ambiente laboratorial de pesquisa, ensino ou assistência deve seguir as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde - Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Material Biológico, correspondente aos respectivos microrganismos.
- b) Devem ser acondicionados conforme o alínea "b" do inciso I do art. 7º, em saco vermelho, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados.
- c) Devem ser submetidos a tratamento utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana
- d) Após o tratamento, devem ser acondicionados da seguinte forma:
 - 1.1. Se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados conforme na alínea "b" do inciso I do art. 7º, em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados .
 - 1.2. Havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.

IV. Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta; sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

- a) Devem ser acondicionados conforme na alínea "b" do inciso I do art. 7º , em saco vermelho, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados.
- b) Devem ser submetidos a tratamento utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou



eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana e que desestrua as suas características físicas, de modo a se tornarem irreconhecíveis.

- c) Após o tratamento, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.
- d) Caso o tratamento previsto na alínea d do inciso I venha a ser realizado fora da unidade geradora, o acondicionamento para transporte deve ser em recipiente rígido, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de controle de fechamento e devidamente identificado, conforme item 1.3 da alínea c do Art. 7º, de forma a garantir o transporte seguro até a unidade de tratamento.
- e) As bolsas de hemocomponentes contaminadas poderão ter a sua utilização autorizada para finalidades específicas tais como ensaios de proficiência e confecção de produtos para diagnóstico de uso in vitro, de acordo com Regimento Técnico a ser elaborado pela ANVISA. Caso não seja possível a utilização acima, devem ser submetidas a processo de tratamento.
- f) As sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, podem ser descartadas diretamente no sistema de coleta de esgotos, desde que atendam respectivamente as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

Art. 13 GRUPO A2

- I. Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microorganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anátomo-patológico ou confirmação diagnóstica. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.
 - a) Devem ser inicialmente acondicionados de maneira compatível com o processo de tratamento a ser utilizado. Quando houver necessidade de fracionamento, em função do porte do animal, a autorização do órgão de saúde competente deve obrigatoriamente constar do PGRSS.



- b) Se forem encaminhados para sistema de tratamento, devem ser acondicionados conforme alínea b, inciso I, art.7º, em saco vermelho, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3 da alínea c, art.7º e a inscrição "PEÇAS ANATÔMICAS".
- c) O órgão ambiental competente nos Estados, Municípios e Distrito Federal pode aprovar outros processos alternativos de destinação.

Art. 15 GRUPO A4

- I. Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares; sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons; tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo; recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre; peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica; carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações; cadáveres de animais provenientes de serviços de assistência; Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.
- a) Estes resíduos podem ser dispostos, sem tratamento prévio, em local devidamente licenciado para disposição final de RSS.



- b) Devem ser acondicionados conforme na alínea "b" do inciso I do art. 7º, em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3. da alínea c, art.7º.

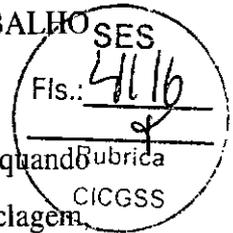
Art. 16 GRUPO A5

- I. Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.
- a) Devem sempre ser encaminhados a sistema de incineração, de acordo com o definido na RDC ANVISA nº 305/2002.
- b) Devem ser acondicionados conforme na alínea "b" do inciso I do art. 7º, em saco vermelho, que devem ser substituídos após cada procedimento e identificados conforme item 1.3 da alínea "c" do inciso I do art. 7º. Devem ser utilizados dois sacos como barreira de proteção, com preenchimento somente até 2/3 de sua capacidade, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Parágrafo único: Os resíduos do Grupo A, gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, de acordo com este Regimento, e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

Art. 17 GRUPO B

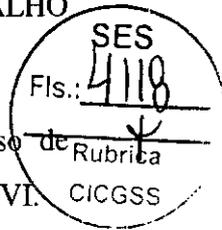
- I. As características dos riscos destas substâncias são as contidas na Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos - FISPQ, conforme NBR 14725 da ABNT e Decreto/PR 2657/98.
- a) A FISPQ não se aplica aos produtos farmacêuticos e cosméticos.



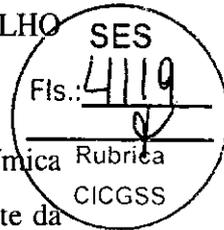
- II. Resíduos químicos que apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente, quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento ou disposição final específicos.
- a) Resíduos químicos no estado sólido, quando não tratados, devem ser dispostos em aterro de resíduos perigosos - Classe I.
 - b) Resíduos químicos no estado líquido devem ser submetidos a tratamento específico, sendo vedado o seu encaminhamento para disposição final em aterros.
 - c) Os resíduos de substâncias químicas, quando não fizerem parte de mistura química, devem ser obrigatoriamente segregados e acondicionados de forma isolada
- III. Devem ser acondicionados observadas as exigências de compatibilidade química dos resíduos entre si, assim como de cada resíduo com os materiais das embalagens de forma a evitar reação química entre os componentes do resíduo e da embalagem, enfraquecendo ou deteriorando a mesma, ou a possibilidade de que o material da embalagem seja permeável aos componentes do resíduo.
- a) Quando os recipientes de acondicionamento forem constituídos de PEAD, deverá ser observada a compatibilidade.
- IV. Quando destinados à reciclagem ou reaproveitamento, devem ser acondicionados em recipientes individualizados, observadas as exigências de compatibilidade química do resíduo com os materiais das embalagens de forma a evitar reação química entre os componentes do resíduo e da embalagem, enfraquecendo ou deteriorando a mesma, ou a possibilidade de que o material da embalagem seja permeável aos componentes do resíduo.
- V. Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante. Devem ser identificados de acordo com o item 1.4 da alínea c, inciso I, art.6º deste Regimento Técnico.



- VI. Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados de acordo com o item 1.4 da alínea c, inciso I, art.6º deste Regulamento Técnico.
- VII. As embalagens secundárias não contaminadas pelo produto devem ser fisicamente descaracterizadas e acondicionadas como Resíduo do Grupo D, podendo ser encaminhadas para processo de reciclagem.
- VIII. As embalagens e materiais contaminados por substâncias caracterizadas no item inciso II do at. 17º deste Regulamento devem ser tratados da mesma forma que a substância que as contaminou.
- IX. Os resíduos gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados, identificados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, de acordo com este Regulamento, e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.
- X. As excretas de pacientes tratados com quimioterápicos antineoplásicos podem ser eliminadas no esgoto, desde que haja Sistema de Tratamento de Esgotos na região onde se encontra o serviço. Caso não exista tratamento de esgoto, devem ser submetidas a tratamento prévio no próprio estabelecimento.
- XI. Resíduos de produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos, devem ter seu manuseio conforme o inciso II do art. 17.
- XII. Os resíduos de produtos e de insumos farmacêuticos, sujeitos a controle especial, especificados na Portaria MS 344/98 e suas atualizações devem atender à legislação sanitária em vigor.
- XIII. Os reveladores utilizados em radiologia podem ser submetidos a processo de neutralização para alcançarem pH entre 7 e 9, sendo posteriormente lançados na rede coletora de esgoto ou em corpo receptor, desde que atendam as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.



- XIV. Os fixadores usados em radiologia podem ser submetidos a processo de recuperação da prata ou então serem submetidos ao constante do inciso XVI.
- XV. O descarte de pilhas, baterias e acumuladores de carga contendo Chumbo (Pb), Cádmio (Cd) e Mercúrio (Hg) e seus compostos, deve ser feito de acordo com a Resolução CONAMA n°. 257/1999.
- XVI. Os demais resíduos sólidos contendo metais pesados podem ser encaminhados a Aterro de Resíduos Perigosos-Classe I ou serem submetidos a tratamento de acordo com as orientações do órgão local de meio ambiente, em instalações licenciadas para este fim. Os resíduos líquidos deste grupo devem seguir orientações específicas dos órgãos ambientais locais.
- XVII. Os resíduos contendo Mercúrio (Hg) devem ser acondicionados em recipientes sob selo d'água e encaminhados para recuperação.
- XVIII. Resíduos químicos que não apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente
- a) Não necessitam de tratamento, podendo ser submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem.
 - b) Resíduos no estado sólido, quando não submetidos à reutilização, recuperação ou reciclagem devem ser encaminhados para sistemas de disposição final licenciados.
 - c) Resíduos no estado líquido podem ser lançados na rede coletora de esgoto ou em corpo receptor, desde que atendam respectivamente as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.
- XIX. Os resíduos de produtos ou de insumos farmacêuticos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco à saúde e ao meio ambiente, conforme definido no inciso I do art. 9º, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos, devem atender ao disposto no inciso XVIII do art. 17.
- XX. Os resíduos de produtos cosméticos, quando descartados por farmácias, drogarias e distribuidores ou quando apreendidos, devem ter seu manuseio



conforme no inciso II do art. 17 ou 11.18, de acordo com a substância química de maior risco e concentração existente em sua composição, independente da forma farmacêutica.

- XXI. Os resíduos químicos dos equipamentos automáticos de laboratórios clínicos e dos reagentes de laboratórios clínicos, quando misturados, devem ser avaliados pelo maior risco ou conforme as instruções contidas na FISPQ e tratados conforme no inciso II do art. 17 ou 11.18.

Art. 18 GRUPO C

- I. Os rejeitos radioativos devem ser segregados de acordo com a natureza física do material e do radionuclídeo presente, e o tempo necessário para atingir o limite de eliminação, em conformidade com a norma NE - 6.05 da CNEN. Os rejeitos radioativos não podem ser considerados resíduos até que seja decorrido o tempo de decaimento necessário ao atingimento do limite de eliminação.
- a) Os rejeitos radioativos sólidos devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, forrados internamente com saco plástico resistente e identificados conforme o inciso II do art. 18 deste Regimento.
- b) Os rejeitos radioativos líquidos devem ser acondicionados em frascos de até dois litros ou em bombonas de material compatível com o líquido armazenado, sempre que possível de plástico, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada, vedante, acomodados em bandejas de material inquebrável e com profundidade suficiente para conter, com a devida margem de segurança, o volume total do rejeito, e identificados.
- c) Os materiais perfurocortantes contaminados com radionuclídeos, devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa, devidamente identificados, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento. As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

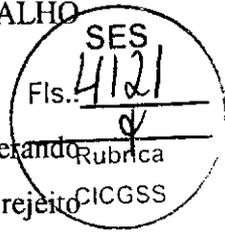


II. IDENTIFICAÇÃO:

- a) O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITO RADIOATIVO, indicando o principal risco que apresenta aquele material, além de informações sobre o conteúdo, nome do elemento radioativo, tempo de decaimento, data de geração, nome da unidade geradora, conforme norma da CNEN NE 6.05 e outras que a CNEN determinar.
- b) Os recipientes para os materiais perfurocortantes contaminados com radionuclídeo devem receber a inscrição de "PERFUROCORTANTE" e a inscrição REJEITO RADIOATIVO, e demais informações exigidas.
- c) Após o decaimento do elemento radioativo a níveis do limite de eliminação estabelecidos pela norma CNEN NE 6.05, o rótulo de REJEITO RADIOATIVO deve ser retirado e substituído por outro rótulo, de acordo com o Grupo do resíduo em que se enquadrar.
- d) O recipiente com rodas de transporte interno de rejeitos radioativos, além das especificações contidas no alínea "c" do inciso I do art. 7º deste Regimento, deve ser provido de recipiente com sistema de blindagem com tampa para acomodação de sacos de rejeitos radioativos, devendo ser monitorado a cada operação de transporte e ser submetido à descontaminação, quando necessário. Independente de seu volume, não poderá possuir válvula de drenagem no fundo. Deve conter identificação com inscrição, símbolo e cor compatíveis com o resíduo do Grupo C.

III. TRATAMENTO:

- a) O tratamento dispensado aos rejeitos do Grupo C - Rejeitos Radioativos é o armazenamento, em condições adequadas, para o decaimento do elemento radioativo. O objetivo do armazenamento para decaimento é manter o radionuclídeo sob controle até que sua atividade atinja níveis que permitam liberá-lo como resíduo não radioativo. Este armazenamento poderá ser realizado na própria sala de manipulação ou em sala específica, identificada



como sala de decaimento. A escolha do local de armazenamento, considerando as meia-vidas, as atividades dos elementos radioativos e o volume de rejeito gerado, deverá estar definida no Plano de Radioproteção da Instalação, em conformidade com a norma NE - 6.05 da CNEN. Para serviços com atividade em Medicina Nuclear, observar ainda a norma NE - 3.05 da CNEN.

- b) Os resíduos do Grupo A de fácil putrefação, contaminados com radionuclídeos, depois de atendido os respectivos itens de acondicionamento e identificação de rejeito radioativo, devem observar as condições de conservação mencionadas no item 1.5, alínea e do inciso I do art. 7º, durante o período de decaimento do elemento radioativo.
- c) O tratamento preliminar das excretas de seres humanos e de animais submetidos à terapia ou a experimentos com radioisótopos deve ser feito de acordo com os procedimentos constantes no Plano de Radioproteção.
- d) As sobras de alimentos provenientes de pacientes submetidos à terapia com Iodo 131, depois de atendidos os respectivos itens de acondicionamento e identificação de rejeito radioativo, devem observar as condições de conservação mencionadas no item 1.5, alínea e do inciso I do art. 7º durante o período de decaimento do elemento radioativo. Alternativamente, poderá ser adotada a metodologia de trituração destes alimentos na sala de decaimento, com direcionamento para o sistema de esgotos, desde que haja Sistema de Tratamento de Esgotos na região onde se encontra a unidade.
- e) O tratamento para decaimento deverá prever mecanismo de blindagem de maneira a garantir que a exposição ocupacional esteja de acordo com os limites estabelecidos na norma NE-3.01 da CNEN. Quando o tratamento for realizado na área de manipulação, devem ser utilizados recipientes blindados individualizados. Quando feito em sala de decaimento, esta deve possuir paredes blindadas ou os rejeitos radioativos devem estar acondicionados em recipientes individualizados com blindagem.
- f) Para serviços que realizem atividades de Medicina Nuclear e possuam mais de 3 equipamentos de diagnóstico ou pelo menos 1 quarto terapêutico, o armazenamento para decaimento será feito em uma sala de decaimento de



rejeitos radioativos com no mínimo 4 m², com os rejeitos acondicionados de acordo com o estabelecido no inciso I do art. 18 deste Regimento.

- g) A sala de decaimento de rejeitos radioativos deve ter o seu acesso controlado. Deve estar sinalizada com o símbolo internacional de presença de radiação ionizante e de área de acesso restrito, dispondo de meios para garantir condições de segurança contra ação de eventos induzidos por fenômenos naturais e estar de acordo com o Plano de Radioproteção aprovado pela CNEN para a instalação.
- h) O limite de eliminação para rejeitos radioativos sólidos é de 75 Bq/g, para qualquer radionuclídeo, conforme estabelecido na norma NE 6.05 da CNEN. Na impossibilidade de comprovar-se a obediência a este limite, recomenda-se aguardar o decaimento do radionuclídeo até níveis comparáveis à radiação de fundo.
- i) A eliminação de rejeitos radioativos líquidos no sistema de esgoto deve ser realizada em quantidades absolutas e concentrações inferiores às especificadas na norma NE-6.05 da CNEN, devendo esses valores ser parte integrante do plano de gerenciamento.
- j) A eliminação de rejeitos radioativos gasosos na atmosfera deve ser realizada em concentrações inferiores às especificadas na norma NE-6.05 da CNEN, mediante prévia autorização da CNEN.
- k) O transporte externo de rejeitos radioativos, quando necessário, deve seguir orientação prévia específica da Comissão Nacional de Energia Nuclear/CNEN.

Art. 19 GRUPO D

I. ACONDICIONAMENTO

- a) Devem ser acondicionados de acordo com as orientações dos serviços locais de limpeza urbana, utilizando-se sacos impermeáveis, contidos em recipientes e receber identificação conforme o inciso II do art. 19 deste Regimento.
- b) Os cadáveres de animais podem ter acondicionamento e transporte diferenciados, de acordo com o porte do animal, desde que submetidos à aprovação pelo órgão de limpeza urbana, responsável pela coleta, transporte e disposição final deste tipo de resíduo.

9
4

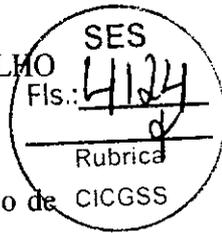


II. IDENTIFICAÇÃO :

- a) Para os resíduos do Grupo D, destinados à reciclagem ou reutilização, a identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas na Resolução CONAMA nº. 275/2001, e símbolos de tipo de material reciclável :
- 1.1. azul - PAPÉIS
 - 1.2. amarelo - METAIS
 - 1.3. verde - VIDROS
 - 1.4. vermelho - PLÁSTICOS
 - 1.5. marrom - RESÍDUOS ORGÂNICOS
- b) Para os demais resíduos do Grupo D deve ser utilizada a cor cinza nos recipientes.
- c) Caso não exista processo de segregação para reciclagem, não existe exigência para a padronização de cor destes recipientes.
- d) São admissíveis outras formas de segregação, acondicionamento e identificação dos recipientes destes resíduos para fins de reciclagem, de acordo com as características específicas das rotinas de cada serviço, devendo estar contempladas no PGRSS

III. TRATAMENTO

- a) Os resíduos líquidos provenientes de esgoto e de águas servidas de estabelecimento de saúde devem ser tratados antes do lançamento no corpo receptor ou na rede coletora de esgoto, sempre que não houver sistema de tratamento de esgoto coletivo atendendo a área onde está localizado o serviço, conforme definido na RDC ANVISA nº. 50/2002.
- b) Os resíduos orgânicos, flores, resíduos de podas de árvore e jardinagem, sobras de alimento e de pré-preparo desses alimentos, restos alimentares de refeitórios e de outros que não tenham mantido contato com secreções,



excreções ou outro fluido corpóreo, podem ser encaminhados ao processo de compostagem.

- c) Os restos e sobras de alimentos citados na alínea "b" do inciso III do art. 19 só podem ser utilizados para fins de ração animal, se forem submetidos ao processo de tratamento que garanta a inocuidade do composto, devidamente avaliado e comprovado por órgão competente da Agricultura e de Vigilância Sanitária do Município, Estado ou do Distrito Federal.

Art. 20 - GRUPO E

- I. Os materiais perfurocortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes, rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 13853/97 da ABNT, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento. As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.
- II. O volume dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária deste tipo de resíduo.
- III. Os recipientes mencionados no inciso I devem ser descartados quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou o nível de preenchimento ficar a 5 (cinco) cm de distância da boca do recipiente, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.
- IV. Os resíduos do Grupo E, gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, de acordo com este Regulamento, e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.
- V. Os recipientes devem estar identificados de acordo com o item 1.6 alínea "c" do inciso I do art. 7º, com símbolo internacional de risco biológico, acrescido da inscrição de "PERFUROCORTANTE" e os riscos adicionais, químico ou radiológico.

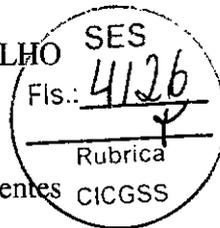


- VI. O armazenamento temporário, o transporte interno e o armazenamento externo destes resíduos podem ser feitos nos mesmos recipientes utilizados para o Grupo A.
- VII. TRATAMENTO
- Os resíduos perfurocortantes contaminados com agente biológico Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, devem ser submetidos a tratamento, utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana
 - Dependendo da concentração e volume residual de contaminação por substâncias químicas perigosas, estes resíduos devem ser submetidos ao mesmo tratamento dado à substância contaminante.
 - Os resíduos contaminados com radionuclídeos devem ser submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou, conforme orientações constantes do inciso III, art.18.
 - As seringas e agulhas utilizadas em processos de assistência à saúde, inclusive as usadas na coleta laboratorial de amostra de paciente e os demais resíduos perfurocortantes não necessitam de tratamento.

Parágrafo Único: As etapas seguintes do manejo dos RSS serão abordadas por processo, por abrangerem mais de um tipo de resíduo em sua especificação, e devem estar em conformidade com a Resolução CONAMA nº. 283/2001

Art. 21 ARMAZENAMENTO EXTERNO

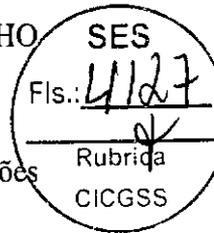
- O armazenamento externo, denominado de abrigo de resíduos, deve ser construído em ambiente exclusivo, com acesso externo facilitado à coleta, possuindo, no mínimo, 01 ambiente separado para atender o armazenamento de recipientes de resíduos do Grupo A juntamente com o Grupo E e 01 ambiente para o Grupo D. O abrigo deve ser identificado e restrito aos



funcionários do gerenciamento de resíduos, ter fácil acesso para os recipientes de transporte e para os veículos coletores. Os recipientes de transporte interno não podem transitar pela via pública externa à edificação para terem acesso ao abrigo de resíduos.

- II. O abrigo de resíduos deve ser dimensionado de acordo com o volume de resíduos gerados, com capacidade de armazenamento compatível com a periodicidade de coleta do sistema de limpeza urbana local. O piso deve ser revestido de material liso, impermeável, lavável e de fácil higienização. O fechamento deve ser constituído de alvenaria revestida de material liso, lavável e de fácil higienização, com aberturas para ventilação, de dimensão equivalente a, no mínimo, 1/20 (um vigésimo) da área do piso, com tela de proteção contra insetos.
- III. O abrigo referido no inciso II deste deve ter porta provida de tela de proteção contra roedores e vetores, de largura compatível com as dimensões dos recipientes de coleta externa, pontos de iluminação e de água, tomada elétrica, canaletas de escoamento de águas servidas direcionadas para a rede de esgoto do estabelecimento e ralo sifonado com tampa que permita a sua vedação.
- IV. Os resíduos químicos do Grupo B devem ser armazenados em local exclusivo com dimensionamento compatível com as características quantitativas e qualitativas dos resíduos gerados.
- V. O abrigo de resíduos do Grupo B, quando necessário, deve ser projetado e construído em alvenaria, fechado, dotado apenas de aberturas para ventilação adequada, com tela de proteção contra insetos. Ter piso e paredes revestidos internamente de material resistente, impermeável e lavável, com acabamento liso. O piso deve ser inclinado, com caimento indicando para as canaletas. Deve possuir sistema de drenagem com ralo sifonado provido de tampa que permita a sua vedação. Possuir porta dotada de proteção inferior para impedir o acesso de vetores e roedores.
- VI. O abrigo de resíduos do Grupo B deve estar identificado, em local de fácil visualização, com sinalização de segurança-RESÍDUOS QUÍMICOS, com símbolo baseado na norma NBR 7500 da ABNT.

[Handwritten signature]



- VII. O armazenamento de resíduos perigosos deve contemplar ainda as orientações contidas na norma NBR 12.235 da ABNT.
- VIII. O abrigo de resíduos deve possuir área específica de higienização para limpeza e desinfecção simultânea dos recipientes coletores e demais equipamentos utilizados no manejo de RSS. A área deve possuir cobertura, dimensões compatíveis com os equipamentos que serão submetidos à limpeza e higienização, piso e paredes lisos, impermeáveis, laváveis, ser provida de pontos de iluminação e tomada elétrica, ponto de água, preferencialmente quente e sob pressão, canaletas de escoamento de águas servidas direcionadas para a rede de esgotos do estabelecimento e ralo sifonado provido de tampa que permita a sua vedação.
- IX. O trajeto para o traslado de resíduos desde a geração até o armazenamento externo deve permitir livre acesso dos recipientes coletores de resíduos, possuir piso com revestimento resistente à abrasão, superfície plana, regular, antiderrapante e rampa, quando necessária, com inclinação de acordo com a RDC ANVISA nº. 50/2002.
- X. O estabelecimento gerador de RSS cuja geração semanal de resíduos não exceda a 700 L e a diária não exceda a 150 L, pode optar pela instalação de um abrigo reduzido exclusivo, com as seguintes características:
- Ser construído em alvenaria, fechado, dotado apenas de aberturas teladas para ventilação, restrita a duas aberturas de 10X20 cm cada uma delas, uma a 20 cm do piso e a outra a 20 cm do teto, abrindo para a área externa. A critério da autoridade sanitária, estas aberturas podem dar para áreas internas da edificação;
 - Piso, paredes, porta e teto de material liso, impermeável e lavável. Caimento de piso para ao lado oposto ao da abertura com instalação de ralo sifonado ligado à instalação de esgoto sanitário do serviço.
 - Identificação na porta com o símbolo de acordo com o tipo de resíduo armazenado;
 - Ter localização tal que não abra diretamente para a área de permanência de pessoas e, circulação de público, dando-se preferência a locais de fácil acesso



segregação de resíduos, reconhecer os símbolos, expressões, padrões de cores adotados, conhecer a localização dos abrigos de resíduos, entre outros fatores indispensáveis à completa integração ao PGRSS.

Art. 26 Os serviços geradores de RSS devem manter um programa de educação continuada, independente do vínculo empregatício existente, que deve contemplar dentre outros temas:

- I. Noções gerais sobre o ciclo da vida dos materiais;
- II. Conhecimento da legislação ambiental, de limpeza pública e de vigilância sanitária relativas aos RSS;
- III. Definições, tipo e classificação dos resíduos e potencial de risco do resíduo;
- IV. Sistema de gerenciamento adotado internamente no estabelecimento;
- V. Formas de reduzir a geração de resíduos e reutilização de materiais;
- VI. Conhecimento das responsabilidades e de tarefas;
- VII. Identificação das classes de resíduos;
- VIII. Conhecimento sobre a utilização dos veículos de coleta;
- IX. Orientações quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual-EPI e Coletiva-EPC;
- X. Orientações sobre biossegurança (biológica, química e radiológica);
- XI. Orientações quanto à higiene pessoal e dos ambientes;
- XII. Orientações especiais e treinamento em proteção radiológica quando houver rejeitos radioativos;
- XIII. Providências a serem tomadas em caso de acidentes e de situações emergenciais;
- XIV. Visão básica do gerenciamento dos resíduos sólidos no município;
- XV. Noções básicas de controle de infecção e de contaminação química.

Parágrafo único: Os programas de educação continuada podem ser desenvolvidos sob a forma de consorciamento entre os diversos estabelecimentos existentes na localidade.

[Handwritten signatures and initials]



Art. 27 Todos os atos normativos mencionados neste Regulamento, quando substituídos ou atualizados por novos atos, terão a referência automaticamente atualizada em relação ao ato de origem.

Cronograma de Atividade Anual

O cronograma de atividade anual deve ser compreendido com os fatores relacionados da respectiva **Comissão de Gerenciamento de Resíduos** e do Plano de Gerenciamento de resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde, estando previsto para operar mediante as ações propostas sendo:

Reuniões de planejamento

As reuniões de planejamento contemplarão os mecanismos e estudos para implantação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos e do PGRSS na Hemorede.

Definição dos responsáveis pela implantação e gerenciamento do PGRSS

Deverá ser definido responsável de implantação e gerenciamento do Plano Reforma / Construção do sistema de armazenamento dos resíduos

A implantação do abrigo já está prevista no projeto arquitetônico do Hospital, foi contemplado nesse cronograma para possível intervenção a ser realizada nos abrigos.

Aquisição dos equipamentos para acondicionamento e armazenamento de resíduos

Deverá ser realizado o levantamento de todo o material para acondicionamento e armazenamento disposto no PGRSS e complementadas nas reuniões de planejamento que estarão mais perto da realidade operacional do empreendimento

Definição e contratação da empresa responsável pela coleta, transporte e destinação final dos resíduos

Deverão ser contratadas empresas devidamente licenciadas para transporte e destinação final dos resíduos pertinentes.

Atividades a serem realizadas, após o início de operação do

432

[Handwritten initials and signature]



empreendimento. Treinamento do pessoal Capacitação para o trabalho com RSS

O treinamento dos funcionários é etapa primordial para o sucesso na implantação do PGRSS

Implantação do PGRSS

O plano deve contar com prazo para sua implantação

Monitoramento e avaliação da implantação do PGRSS

A fase de monitoramento deverá persistir durante toda a vida útil do empreendimento

Ord.	Tarefas	2018						2019						
		Fase que antecede o período de operação				Fase de operação								
		Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
1	Reuniões de Planejamento													
2	Criação da Comissão de Resíduos													
3	Definição dos Responsáveis pelo PGRSS													
4	Reforma / Construção dos abrigos de Resíduos													
5	Aquisição de equipamentos													
6	Contratação de empresas terceirizadas													
7	Treinamento e implantação do PGRSS													
8	Monitoramento e avaliação da implantação do PGRSS													
9	Implementação do PGRSS													

[Handwritten signature and initials]



2.3.9. COMISSÃO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA DA HEMORREDE DO
ESTADO DE GOIÁS

Será implantada uma Comissão do Plano de Contingência da Hemorrede do Estado de Goiás que deverá seguir os requisitos estabelecidos na minuta do plano de contingência.

O Plano de Contingência tem como objetivo prevenir a ocorrência de falhas ou desastres, para que em casos de imprevistos a unidades da hemorrede possa retornar às atividades normais o mais rápido possível, sem prejudicar a operacionalização dos serviços, assegurando também a segurança dos colaboradores.

2.3.9.1. FALHAS POSSÍVEIS E MEDIDAS A SEREM ADOTADAS

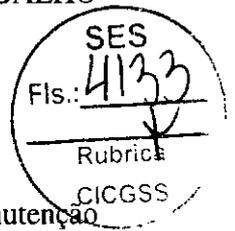
2.3.9.1.1. ENERGIA ELÉTRICA

Falha 1: Falta de energia elétrica

- 1- O pessoal da **Recepção Central** deverá entrar em contato urgentemente com a concessionária de energia (CELG) pelo fone **0800-62-0196** e informar o ocorrido, além do número da **Unidade Consumidora**.
- 2- Se o gerador não estiver funcionando deverá acionar imediatamente um dos plantonistas da Manutenção nos telefones disponibilizados no cadastro do gerente daquele serviço. Caso o problema ocorra entre às 22:00 e 08:00, e sendo necessário, deverá solicitar ao motorista de plantão que vá buscar imediatamente o plantonista que foi localizado.
- 3- O **Plantonista da Manutenção** deve verificar se a energia da concessionária retornou e realizar manobra para que a mesma seja restabelecida. Caso não tenha retornado, executar manobra manual do gerador para que o mesmo funcione. Se o gerador não funcionar, deverá acionar urgentemente a empresa que presta serviços de manutenção no gerador.

Falha 2: Falta de Energia Localizada (Setorial)

P
A



- 1- Avisar à Recepção Central.
- 2- O pessoal da **Recepção Central** deverá acionar um dos plantonistas da **Manutenção** no ramal nos telefones disponibilizados no cadastro do gerente daquele serviço. Caso o problema ocorra entre às 22:00 e 08:00, e sendo necessário, deverá solicitar ao motorista de plantão que vá buscar imediatamente o plantonista que foi localizado.
- 3- O **Plantonista da Manutenção** deverá localizar o motivo da falta de energia e tomar todas as providências necessárias para o restabelecimento da mesma, se necessário entrar em contato com a empresa de assessoria em Engenharia Elétrica.

2.3.9.1.2. ABASTECIMENTO DE ÁGUA

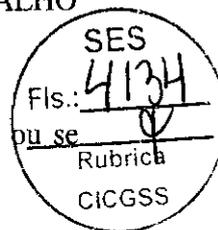
Falha 1: Falta de Água direto da SANEAGO (Hidrômetro sem alimentação)

- 1- Avisar à Recepção Central.
- 2- O pessoal da **Recepção Central** deverá acionar um dos plantonistas da **Manutenção** nos telefones disponibilizados no cadastro do gerente daquele serviço. Caso o problema ocorra entre às 22:00 e 08:00, e sendo necessário, deverá solicitar ao motorista de plantão que vá buscar imediatamente o plantonista que foi localizado.
- 3- O **Plantonista da Manutenção** deverá analisar o problema ocorrido e solucionar se possível o restabelecimento da água. Caso não possa ser resolvido, solicitar o fornecimento de água em caminhões pipa da **SANEAGO** (0800 645 0116). Informar as contas e hidrômetros, caso solicitado

Falha 2: Falta de água setorial (Interno)

- 1- Avisar à Recepção Central.
- 2- O pessoal da **Recepção Central** deverá acionar um dos plantonistas da **Manutenção** nos telefones disponibilizados no cadastro do gerente daquele serviço. Caso o problema ocorra entre às 22:00 e 08:00, e sendo necessário, deverá solicitar ao motorista de plantão que vá buscar imediatamente o plantonista que foi localizado.

e
x



- 3- O **Plantonista da Manutenção** deverá verificar se existe algum vazamento e ou se algum registro foi fechado, em ambos os casos, fazer a correção.

2.3.9.1.3. ABASTECIMENTO DE GÁS GLP

Falha 1: Falta de GLP

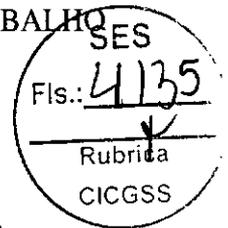
- 1- Identificado o problema com o fornecimento de gás GLP, deve imediatamente entrar em contato com a **Manutenção Predial** nos telefones disponibilizados no cadastro do gerente daquele serviço. Caso o problema ocorra entre às 22:00 e 08:00, e sendo necessário, deverá solicitar ao motorista de plantão que vá buscar imediatamente o plantonista que foi localizado.
- 2- O **plantonista de Manutenção** deve avaliar minuciosamente o problema e resolver se for possível, caso contrário entrar em contato com a assistência técnica da empresa terceirizada.

2.3.9.1.4. SISTEMA DE TELEFONIA

Falha 1: Falta do Sistema de Telefonia

- 1- A telefonista ou a recepcionista deverá acionar a Assessoria de Tecnologia da Informação através da lista de contatos existente no cadastro de colaboradores. Caso não seja possível por não haver telefone funcionando, deverá ser utilizada a linha direta que encontra-se no próprio PABX e ou Central ou através de ligação celular.
- 2- O plantonista da Assessoria de Tecnologia da Informação deverá avaliar o defeito e tentar solucioná-lo, caso não seja possível, em conjunto com a recepção central, deverão entrar em contato com a concessionária de telefonia (OI 0800 641 0641) pela linha direta ou algum celular. Se o problema for decorrente da central telefônica deverão acionar a empresa que presta suporte à mesma. A **Telefonista** deverá informar aos setores mais críticos que encontra-se com problemas no sistema de telefonia e deixar número de linha direta ou celular disponível para efetuar contato. Informar o ocorrido a todos os usuários através do sistema de som.

9
A



2.3.9.1.5. SISTEMA DE GERAÇÃO DE VAPOR E ÁGUA QUENTE

Falha 1: Falta do Sistema de Geração de Vapor e Água Quente

- 1- Ao se perceber a falta de vapor e/ou água quente deve-se solicitar à Recepção Central para contato com **manutenção predial** pelos telefones de contato disponibilizados que devem acionar o operador da caldeira.
- 2- O operador de caldeira deverá avaliar o ocorrido e solucionar o problema ou acionar a equipe da Manutenção.
- 3- Analisar o problema ocorrido e solucionar se possível o defeito.

2.3.9.1.6. SISTEMAS DE INFORMÁTICA

Falha 1: Falha dos Sistemas de Informática

- 1- Se a falha identificada for um problema isolado ou em um único equipamento ou setor deve-se abrir um chamado de helpdesk (helpdesk.ti@idtech.org.br) para avaliação da equipe.
- 2- Em caso de problemas generalizados deve-se acionar a **Assessoria de Tecnologia da Informação** através de ramal interno ou através do celular ou dos telefones disponibilizados.
- 3- Caso seja necessária mão-de-obra externa, com substituição ou não de equipamentos/peças, a **Assessoria de Tecnologia da Informação** deve solicitar o orçamento da visita e hora técnica e solicitar aprovação para reparo a Coordenação.
- 4- Caso seja uma falha de acesso à internet, a **Assessoria de Tecnologia da Informação** deverá acionar a prestadora de serviços correspondente e cobrar resolução do mesmo;
- 5- No caso de falha de acesso à servidores ou serviços específicos a **Assessoria de Tecnologia da Informação** deverá identificar o motivo do gargalo no acesso e repará-los;

A



- 6- Na falha de acesso ao sistemas identificar o motivo do gargalo no acesso, seja ele generalizado ou específico de algum módulo e providenciar o reparo através da equipe interna ou contando com suporte da empresa que nos fornece o serviço/Sistema.
- 7- O assessor que realizar o atendimento deverá manter contato com os usuários informando o ocorrido e as previsões do retorno.

2.3.9.1.7. SISTEMA DE AR CONDICIONADO – AR CONDICIONADO

Falha 1: Falta do Sistema de Ar Condicionado

- 1- Ao perceber a falta de ar condicionado nos setores, deve-se encaminhar e-mail (helpdesk.manutencao@idtech.org.br) à **Gerência de Manutenção** e, se necessário, contato via ramal ou ainda pelos telefones disponibilizados para contatos emergenciais. Caso este problema ocorra entre às 22:00 e 08:00 deverá ser informado ao plantão Administrativo (recepção central).
- 2- O técnico de manutenções deverá verificar e solucionar os defeitos assim como emitir relatório que constará a manutenção realizada e as peças que deverão ser trocadas.
- 3- Caso não haja solução rápida para o problema, alternativas devem ser procuradas como abrir janelas e instalar climatizadores.

2.3.9.1.8. CENTRAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS

Falha 1: Problemas técnicos com as AUTOCLAVES.

- 1- Caso o problema ocorra com 1 (uma) ou até 2 (duas) autoclaves, deve-se continuar o fluxo de rotina com pequena produção e comunicar imediatamente à Gerência de Enfermagem/CME-HGG.
- 2- A **gerência de enfermagem** deve entrar em contato com a empresa informando em detalhes o problema apresentado pelos equipamentos.
- 3- Caso ocorra o problema em mais de 2 (dois) autoclaves, a gerência de enfermagem deve entrar em contato com a empresa terceirizada que realiza serviços de esterilização e/ou para encaminhar os materiais a serem esterilizados.



SES
Fls.: 4138
Rubrica
CICSS

- 4- Solicitar o transporte dos materiais à **Gerencia de logística**, pelos telefones informados que transporte dos artigos até a unidade de saúde seja em veículo adequado para o transporte de materiais deste tipo, assim como o seu retorno após o processamento.
- 5- Levar os artigos preparados e trazer os artigos esterilizados, sempre acondicionadas em carrinhos/embalagens específicas e em veículo fechado.

2.3.9.1.9. ELEVADORES

Falha 1: Pane nos elevadores com fornecimento de energia

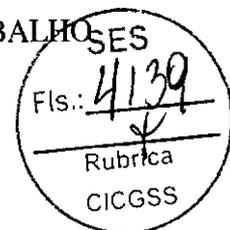
- 1- A **Recepção Central** deverá acionar os colaboradores que foram treinados para o resgate de pessoas (listagem disponível no setor) que eventualmente estiverem presas no elevador;
- 2- Também deverá acionar a empresa que realiza a manutenção dos elevadores.
- 3- Caso algum elevador permaneça inoperante mesmo com a visita dos técnicos, a **Recepção** deverá comunicar à **Manutenção Predial** pelo ramal ou por um dos telefones de plantão.

Falha 2: Pane nos elevadores devido à falta de energia

- 1- Tomar as providências descritas na falha da "Falta de Energia e o gerador não entrou".

Exemplo da Relação de Colaboradores Treinados para Resgate em Elevadores

Nome	Função	Horário de Trabalho
***	Recepcionista	16 as 21:00
***	Aux. Administrativo	07 as 17:00
***	Condutor de Pacientes	09 as 19:00
***	Condutor de Pacientes	19:00 as 05:00



***	Técnico em enfermagem	13 as 19:00
***	Recepcionista	12 as 18:00
***	Recepcionista	06 as 12:00
***	Condutor de Pacientes	22 as 07:00
***	Condutor de Pacientes	08 as 18:00
***	Condutor de Pacientes	07 as 19:00
***	Condutor de Pacientes	07 as 19:00

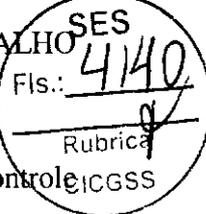
2.3.9.1.10. CONTROLE DE ACESSOS PELAS PORTARIAS

Falha 1: Paralisação das Catracas de Controle de Acesso

- 1- Os **porteiros** devem verificar inicialmente se o painel digital da catraca está ligado (luzes acesas) e acionar a **Recepção Principal** repassando as informações da situação do equipamento.
- 2- Os **porteiros** e **vigilantes** das **Portarias** deverão conferir os crachás dos colaboradores, prestadores de serviço e estatutários até que o problema seja sanado. Em caso de não apresentação do documento de identificação a chefia/gerência do setor deverá ser acionado para autorizar por escrito a entrada do profissional.
- 3- A Recepção Principal deverá acionar os responsáveis pela, repassando as informações da situação do equipamento.
- 4- Os Vigilantes/Porteiros deverão registrar a ocorrência em livro específico do plantão.

Falha 2: Paralisação do Sistema de Controle de Acesso de Visitantes e Acompanhantes

- 1- Os **recepcionistas da Portaria** deverão acionar a **Assessoria de Tecnologia da Informação** através de ramal interno ou através do celulares pessoais dos assessores através de lista de contatos existente no cadastro de colaboradores sobre a falha no sistema.



- 2- Também deverão proceder ao registro manual dos visitantes no formulário de controle (anexo) para casos de contingências, informando o nome completo e o número de um documento de identificação (com foto) deste, o nome do paciente e, se possível, o número do leito, indicar o horário da entrada e assinar/rubricar o campo "Obs".
- 3- As recepcionistas deverão solicitar apoio especial aos vigilantes na organização da entrada e saída dos visitantes e acompanhantes de pacientes, haja vista a impossibilidade de emissão das etiquetas de identificação.
- 4- Deverão ainda comunicar às Gerências a necessidade de auxiliar no controle, pois não haverá a possibilidade de limitar o acesso.
- 5- Após o restabelecimento do sistema, preferencialmente no período noturno, registrar as entradas do formulário no próprio sistema de controle.

2.3.9.1.11. CADEIA DE FRIO

Objetivo

Padronizar o procedimento de armazenamento de **hemocomponentes, hemoderivados, amostras e reagentes em casos de cortes de energia elétrica ou quebra de equipamentos da cadeia de frio.**

Local de execução:

Pré-estoque, estoque, distribuição de hemocomponentes e Laboratório de imunohematologia

Responsável pela execução:

Biomédicos

Aplicação:

- Câmaras de conservação;
- Freezers;



- Câmaras frias.

Cuidados especiais:

- Os equipamentos de referência deverão permanecer identificados com a numeração e a finalidade do armazenamento.
- Os responsáveis pelos setores Pré-estoque, estoque, distribuição de hemocomponentes e laboratório de imunohematologia deverão abrir um relatório de não conformidade e solicitar reparo imediato quando o equipamento apresentar problemas,
- A sala de Inumohematologia que depende de climatização deve ter manutenção do ar-condicionado a fim de que o equipamento da cadeia do frio não acione o alarme, devido a inadequação da climatização.
- Realizar a verificação dos equipamentos da cadeia do frio e climatização, registrando em mapas e controle de temperatura diário a cada 4 horas, documentando nos registros, a fim de se evitar dúvidas quanto ao controle e às providências.
- Os equipamentos que estiverem em degelo, quando fora do expediente, deverão estar ainda devidamente identificados e a área protegida.

Sequência do procedimento

- Verificação **periódica dos alarmes:**
 - I. É responsabilidade de todos plantonistas da área certificar que todos os equipamentos estejam com o alarme sonoro na posição “LIGADO” antes do término das atividades.
 - II. Em casos de evidências de alarme sonoro de equipamentos, o plantonista deverá fazer uma primeira análise da situação e tomar providências cabíveis. Em caso de dúvida, este deve acionar o responsável pela área de manutenção de equipamentos e de rede elétrica (*lista disponível no mural do setor).

- **Procedimento geral:**



Em se tratando da queda de energia, a ação inicial é verificar se o gerador foi acionado imediatamente pelo sistema automático do gerador, pois é o gerador que deverá alimentar a rede elétrica por tempo indeterminado, até que estabeleça a fonte de energia da companhia fornecedora (CELG).

• **Gerador com defeito:**

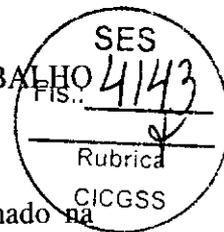
- I. Solicitar imediatamente manutenção;
- II. Na impossibilidade de manutenção imediata, transferir todas as decisões e responsabilidades dos procedimentos hemoterápicos para o Médico Responsável Técnico e coordenador da Agência Transfusional.
- III. Estes deverão viabilizar locação de gerador para atender a emergência da unidade;
- IV. Não havendo possibilidade de locação do gerador, a direção do hospital deverá ser comunicada e passará a assumir todas as responsabilidades quanto aos procedimentos.

• **Defeito do freezer -30°C**

- I. Verificar possibilidade de disponibilização do algum freezer -30°C reserva.
- II. Diante da impossibilidade de substituição, estimar uma quantidade de uso para atendimento da demanda e estocar (pequena quantidade) nos freezers localizados em outra unidade.
- III. O conserto deverá ocorrer em caráter de emergência para que o atendimento aos pacientes não seja prejudicado.

• **Falha das câmaras de conservação de sangue**

- Verificar possibilidade de relocação de todo o material armazenado, neste equipamento, para outros com as mesmas especificações, localizados na unidade hemoterápica;
- Diante da impossibilidade de relocação, verificar possibilidade de empréstimo de câmaras de conservação de sangue, devendo ser a mesma instalada na Unidade Hemoterápica.



- Na impossibilidade de empréstimo, o material poderá ficar armazenado na Câmara de sangue de origem, sem abertura da porta, até duas horas (2) após o corte de energia, permitindo a conservação do hemocomponente, sem alteração da qualidade do produto, com monitoramento e controle rigoroso da temperatura.
 - Após este período serão disponibilizadas caixas térmicas validadas, com termômetros, para armazenamento das bolsas de concentrado de hemácias liberadas. Esses hemocomponentes poderão ficar assim armazenados por um período de 6 (seis) horas, realizando a troca de gelox conservante, conforme necessidade de manutenção da temperatura, com monitoramento contínuo e registro em planilha a cada 30 minutos.
-
- **Problemas nas geladeiras de conservação para amostras e reagentes**
 - I. Materiais que necessitem de armazenamento em geladeiras deverão ser transportados para outros equipamentos com as mesmas especificações dentro da própria unidade hemoterápica;
 - II. Na impossibilidade, verificar empréstimo de geladeiras de outros setores do hospital, sendo que os equipamentos deverão ser transportados para a Agência.
 - III. Caso outros setores não disponibilizem equipamentos os reagentes deverão ser armazenados no setor de Farmácia e as amostras poderão ficar armazenadas em uma gaveta nas Câmaras de sangue da Agência. Tanto na Farmácia quanto na Agência, todo material deverá ser bem identificado e controlado.
 - **Queda de energia na seção de imunohematologia**
 - I. Conforme procedimento geral colocado acima: a ação inicial é verificar se o gerador foi acionado imediatamente pelo sistema automático do gerador, pois é o gerador que deverá alimentar a rede elétrica por tempo indeterminado, até que estabeleça a fonte de energia da companhia fornecedora (CELG).
 - II. Nessa impossibilidade transferir para outra área da unidade hemoterápica que tenha energia elétrica, toda a rotina da seção de compatibilidade.



- III. Na impossibilidade da realização dos testes em outra área da unidade hemoterápica a rotina deverá ser encaminhada para outra unidade por um profissional da Hemorrede Pública e supervisionada pelo transfusionista.

2.3.10. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA E SESMT

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT é composto por uma equipe de profissionais que possui a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física de todos os colaboradores que desenvolverão suas atividades na Hemorrede pública estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás.

O SESMT está estabelecido no artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho e é regulamentado pela Norma Regulamentadora - NR 04, sendo obrigatório às empresas manter estes serviços, de acordo com as normas expedidas pelo Ministério do Trabalho. Como unidade vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás o Hemocentro/Hemogo também se submete às mesmas normas a que está submetido o SESMT-Central/SES-GO.

Conforme definido na referida NR, ao avaliarmos o grau de risco caracterizado pela atividade de Atendimento na área da Saúde e considerar o número previsto de profissionais nesta proposta, é estabelecido que faz-se necessário somente 01 (um) Técnico de Segurança do Trabalho para compor o SESMT. Atualmente o quadro de servidores estatutários do Hemocentro/Hemogo possui este profissional, tornando-se o dimensionamento adequado para o quantitativo máximo de até 250 (duzentos e cinquenta) colaboradores em atividades na Hemorrede.

Dentre as atividades que serão desenvolvidas pelo SESMT, podemos destacar:

- Realização de acolhimento e integração para novos colaboradores, visando capacitá-los quanto às normas e procedimentos existentes no local de labor;
- Efetuar o Diálogo Diário de Segurança – DDS com os colaboradores;



- Promover capacitações e treinamentos internos visando a mitigação dos riscos existentes e promoção da saúde dos colaboradores;
- Realizar Blitz de NR32, visando constatar o atendimento da legislação;
- Efetuar inspeções técnicas das atividades e ambientes de trabalho;
- Promover a entrega e controle dos Equipamentos de Proteção Individuais- EPI's;
- Acompanhar as empresas terceirizadas que executarão atividades no local, através da análise documental e supervisão dos trabalhos; dentre outras.

Além das atividades obrigatórias supracitadas, o SESMT também deverá ser responsável por implantar as seguintes ações:

- ✓ Implantar Brigada de Emergência, de acordo com o quantitativo de colaboradores de cada unidade; conforme prevê a legislação em vigor;
- ✓ Apoiar as atividades de adequação e elaboração de documentos para liberação do Certificado de Conformidade – CERCON do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás - CBMGO;
- ✓ Criar e monitorar indicadores de resultados de desempenho das atividades do SESMT;
- ✓ Realizar anualmente, em conjunto com a CIPA, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT; dentre outras atividades preventivas.

Para a proposta de trabalho da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, primeiramente faz-se necessário salientar que o quadro de colaboradores das Unidades Associadas - UA da Hemorrede, será composto por profissionais com vínculos celetistas e estatutários, e a composição e manutenção da CIPA, deverá seguir a Portaria nº 70/2017-GAB/SES, a qual estabelece:

Art. 4º DETERMINAR a manutenção da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA em cada estabelecimento desta Pasta, bem como sua constituição nos estabelecimentos em que ainda não tiver sido formada, com o objetivo de colaborar na implementação das ações de saúde do trabalhador e informar aos gestores das Unidades as percepções dos servidores acerca dos riscos e incômodos a que estão sujeitos, bem como sensibilizar os demais servidores para a adoção de



hábitos e comportamentos seguros, de modo a tornar permanentemente compatível o trabalho com a preservação da saúde e a boa qualidade de vida.

§ 1º A CIPA será composta, de forma paritária, por representantes dos servidores eleitos em escrutínio secreto e por servidores indicados pela Administração, de acordo com o número de servidores em cada estabelecimento.

§ 2º A forma de participação na CIPA, bem como os direitos de seus integrantes estão dispostos nos artigos 22 a 24 da Lei nº 19.145/2015.

§ 3º Nas Unidades geridas pelas Organizações Sociais em que há servidores estatutários e funcionários celetistas, a CIPA poderá ser composta de forma mista (estatutários e celetistas), devendo ser respeitados os direitos individuais de acordo com as normas correspondentes aos respectivos regimes de trabalho.

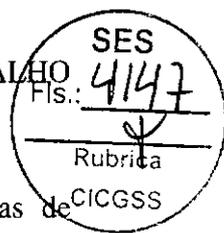
Portanto, conforme estabelecido na Portaria supra, a CIPA das UAs da Hemorrede será composta de forma mista, por colaboradores estatutários e celetistas, devendo ser seguidas as normas e direitos de cada regime de trabalho, sendo a Lei 19.145 e a NR 05, respectivamente, de acordo com as definições constantes a seguir.

Descrição da Finalidade

A CIPA possui como finalidade principal a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Cabe a CIPA, representar os interesses e necessidades das UAs da Hemorrede e seus funcionários na diminuição, neutralização e/ou eliminação dos riscos com potencial de geração de acidentes ou doenças durante o processo de trabalho, bem como atender à Legislação em vigor.

Quanto às finalidades, podemos citar:

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT das UAs da Hemorrede;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;



- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer ao SESMT, ou a direção das UAs da Hemorrede, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- Requisitar às UAs da Hemorrede e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requisitar às UAs da Hemorrede as cópias das CAT emitidas;



- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- Participar, anualmente, em conjunto com às UAs da Hemorrede, das Campanhas de Prevenção;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Promover Campanhas Humanitárias (captação de sangue, doação de alimentos para entidades carentes, etc.).

CONSTITUIÇÃO BÁSICA E REGIMENTO INTERNO DA CIPA

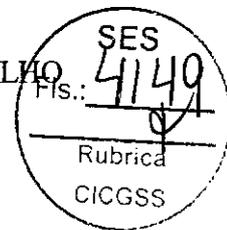
A constituição da CIPA, nas UAs da Hemorrede, deverá atender a legislação vigente e manter o seu funcionamento regular, conforme contido nas disposições da NR 05 e Lei nº 19.145/2015, aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

Ficará à cargo das UAs da Hemorrede, estabelecer, através dos membros da CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo, podendo contar com a participação da administração do mesmo.

DA ORGANIZAÇÃO

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, celetistas e estatutários, sendo:

- I – Presidente;
- II – Vice Presidente;
- III – Secretário;



IV – membros titulares;

V – membros suplentes.

Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados.

Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto na NR 05, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

DO OBJETIVO

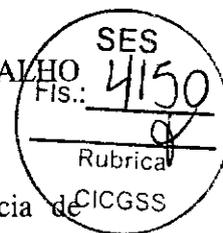
A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

DO FUNCIONAMENTO

A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido, durante o expediente normal nas UAs da Hemorrede, em local apropriado.

Deverá ser previsto um período mensal de no mínimo 6 (seis) horas e no máximo de 12 (doze) horas, dentro da jornada normal de trabalho, para um dos membros da CIPA percorrer os locais de trabalho para levantamento de riscos e condições de trabalho nocivas à saúde.

As reuniões terão as atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros, e ficarão arquivadas no SESMT do Hemogo e a nas respectivas Diretorias das UAs da Hemorrede.



As reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando: houver denúncia de situação de risco grave e iminente, que determine aplicação de medidas corretivas de emergência; ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal; e houver solicitação expressa de uma das representações.

Dada a relevância dos assuntos relativos à saúde e segurança dos trabalhadores, deverá ser garantida a realização das reuniões, sem prejuízo dos vencimentos dos servidores.

Durante a ocorrência de epidemias, as reuniões poderão ser realizadas em horário alternativo, a ser designado de forma a não prejudicar os trabalhos.

As decisões serão tomadas preferencialmente por consenso, e não havendo consenso, e frustrando-se as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Para os colaboradores celetistas, fica estabelecido que: o membro titular perderá o mandato, sendo substituído pelo suplente, quando faltar a mais de 04 (quatro) reuniões ordinárias consecutivas ou não, sem justificativa.

No caso de afastamento definitivo do Presidente, a Diretoria das UAs da Hemorrede, indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA. E em caso de afastamento definitivo do Vice-Presidente, os membros titulares da representação dos servidores escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

TREINAMENTO DA CIPA

O treinamento será ministrado pelo SESMT e terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias, sendo realizado durante o expediente normal das UAs da Hemorrede.

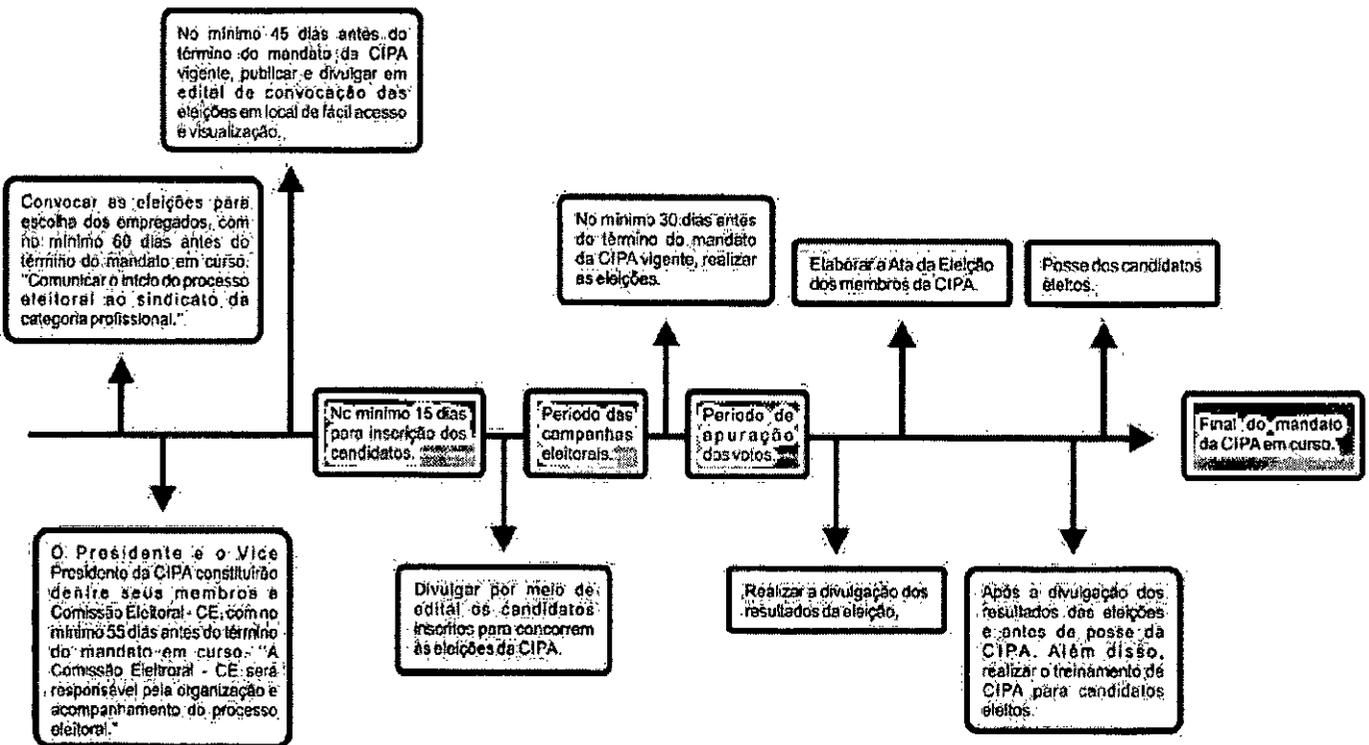
DISPOSIÇÕES FINAIS



As disposições constantes na NR 05 e na Lei nº 19.145/2015 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos da presente Proposta.

Encontra-se disponível a seguir o fluxograma para realização do processo eleitoral da CIPA, contendo os prazos e as ações prioritárias.

FLUXO PARA REALIZAÇÃO DO PROCESSO ELEITORAL DA CIPA





2.3.11. COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Descrição da finalidade

Conforme a RDC ANVISA nº 36 de 25 de julho de 2013, dentre os fatores que afetam a segurança dentro nos serviços de Hemoterapia, estão os perigos que envolvem o uso de equipamentos, erro de dosagem e de administração de medicamentos, reações transfusionais, não acionamento de alarmes nos equipamentos de monitoração e de suporte à vida, ineficiência nos sistemas de segurança elétrica e predial, infecção hospitalar, dentre outros.

A **Comissão de Gerenciamento de Riscos e Núcleo de Segurança do Paciente** tem como função identificar riscos, controlá-los e reduzi-los para manter a Hemorrede Pública de Goiás cada vez mais segura.

Entre os riscos a serem evitados, estão entre eles:

- Gerenciar riscos de infecções hospitalares;
- Gerenciar as taxas de reações transfusionais;
- Gerenciar o controle de qualidade na produção de hemocomponentes;
- Gerenciar a utilização de medicamentos e material hospitalar;
- Gerenciar a utilização de equipamento médico.

A **Comissão de Gerenciamento de Riscos e Núcleo de Segurança do Paciente** deverá reunir-se mensalmente para definir o tipo de política de gerenciamento e aplicá-la junto aos colaboradores.

Áreas de atuação:

FARMACOVIGILÂNCIA



Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância é a atividade que faz a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Desvio de qualidade como: perda de eficácia, presença de corpo estranho e problemas de rotulação, erros de administração de medicamento, usam de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada são outras questões relevantes para a Farmacovigilância.

TECNOVIGILÂNCIA

Visando a segurança sanitária de produtos para saúde, a Tecnovigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas destes na fase de pós-comercialização. São produtos para a saúde Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso in-vitro. Compete à Tecnovigilância monitorar, analisar e investigar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso de saúde.

HEMOVIGILÂNCIA

É um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia da transfusão sanguínea, gerando informações sobre eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes. Estas informações são utilizadas para identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência desses eventos. Os eventos adversos associados ao uso de sangue e componentes são denominados de reações transfusionais.

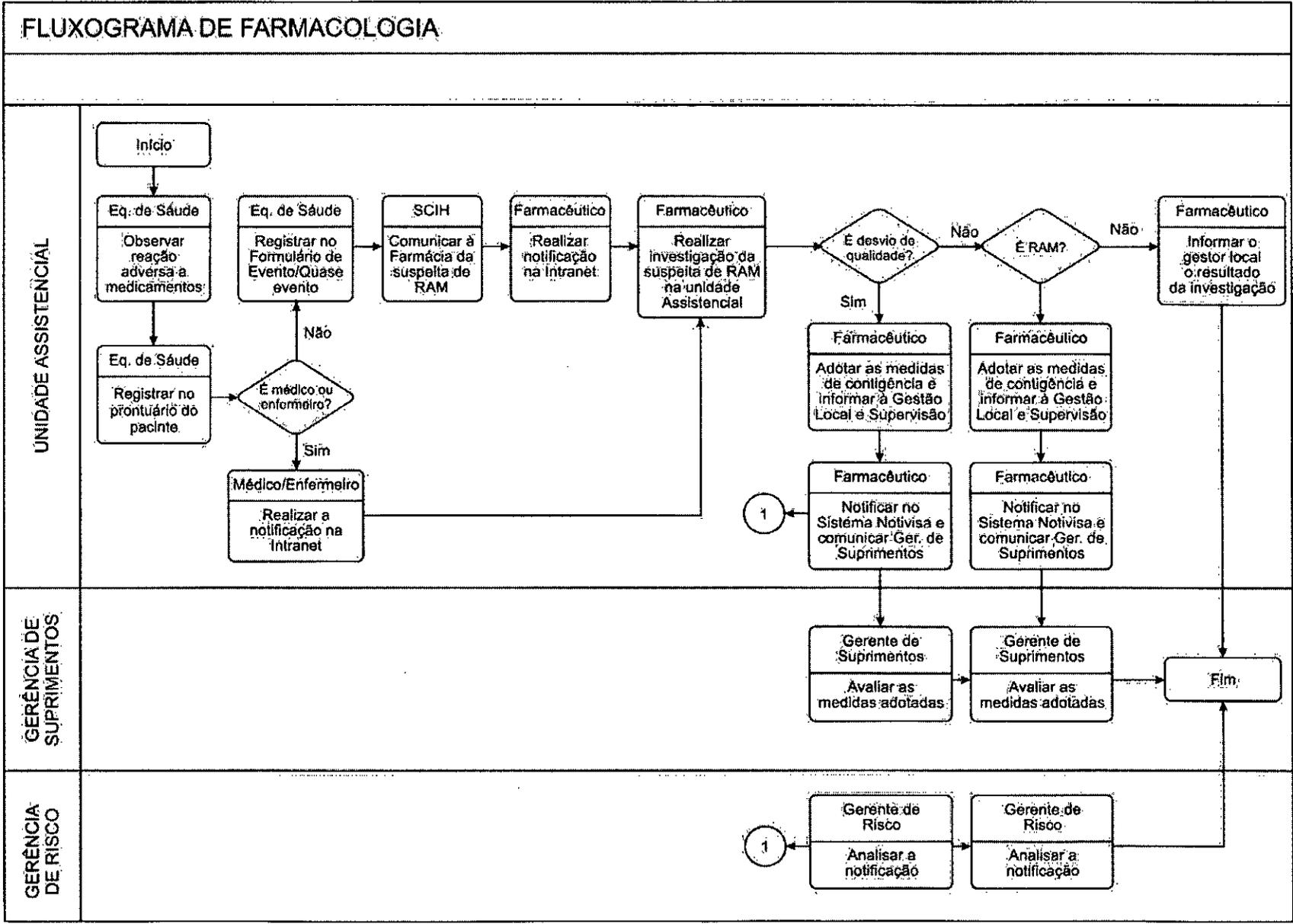
São produtos para a saúde:

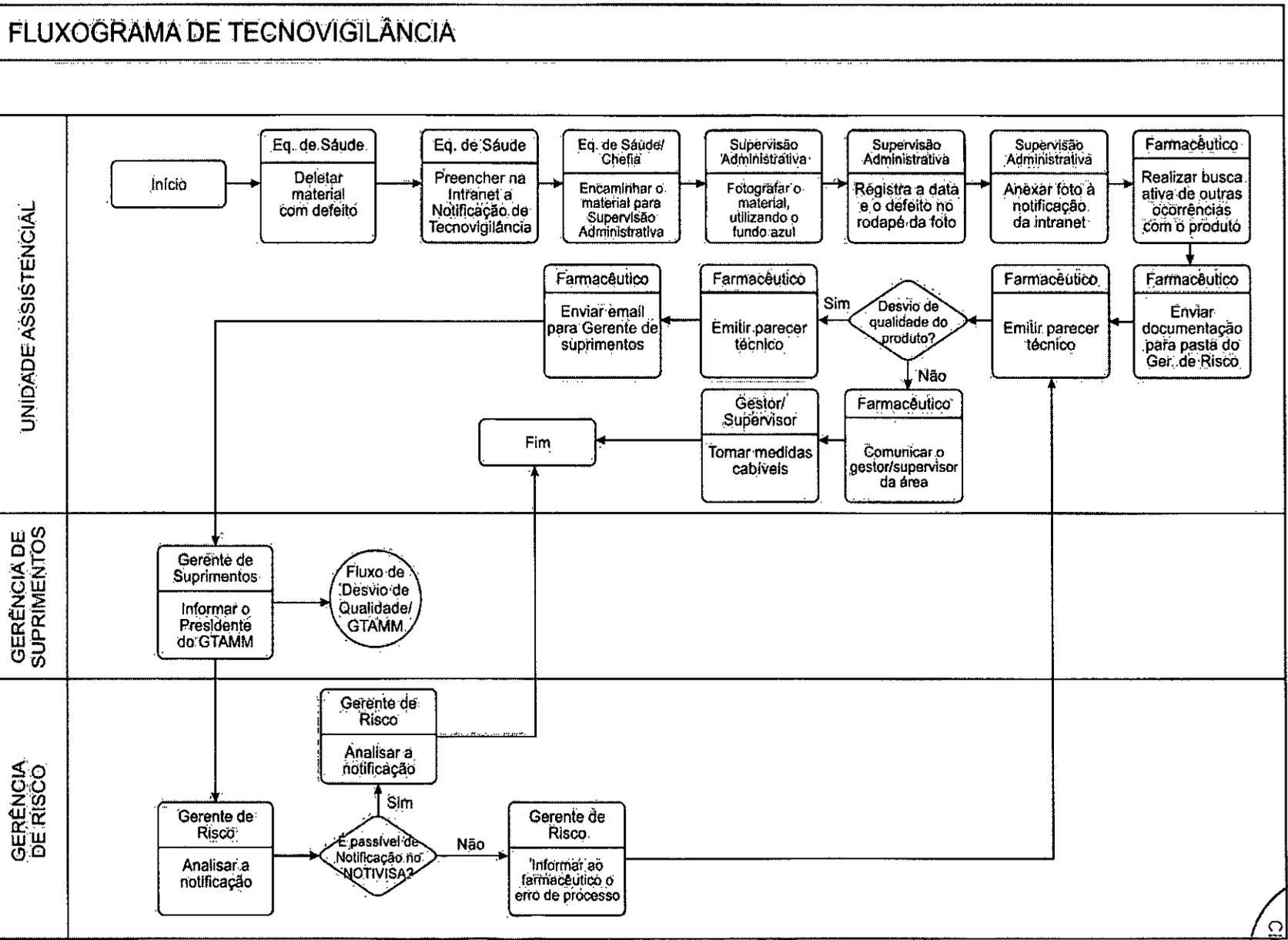
- Medicamentos;
- Equipamentos de diagnóstico, de terapia e de apoio médico-hospitalar;
- Materiais e artigos descartáveis, implantáveis e de apoio médico-hospitalar;
- Materiais e produtos de diagnóstico de uso in-vitro;
- Sangue e seus componentes;
- Saneantes de uso hospitalar

[Handwritten signatures and initials]



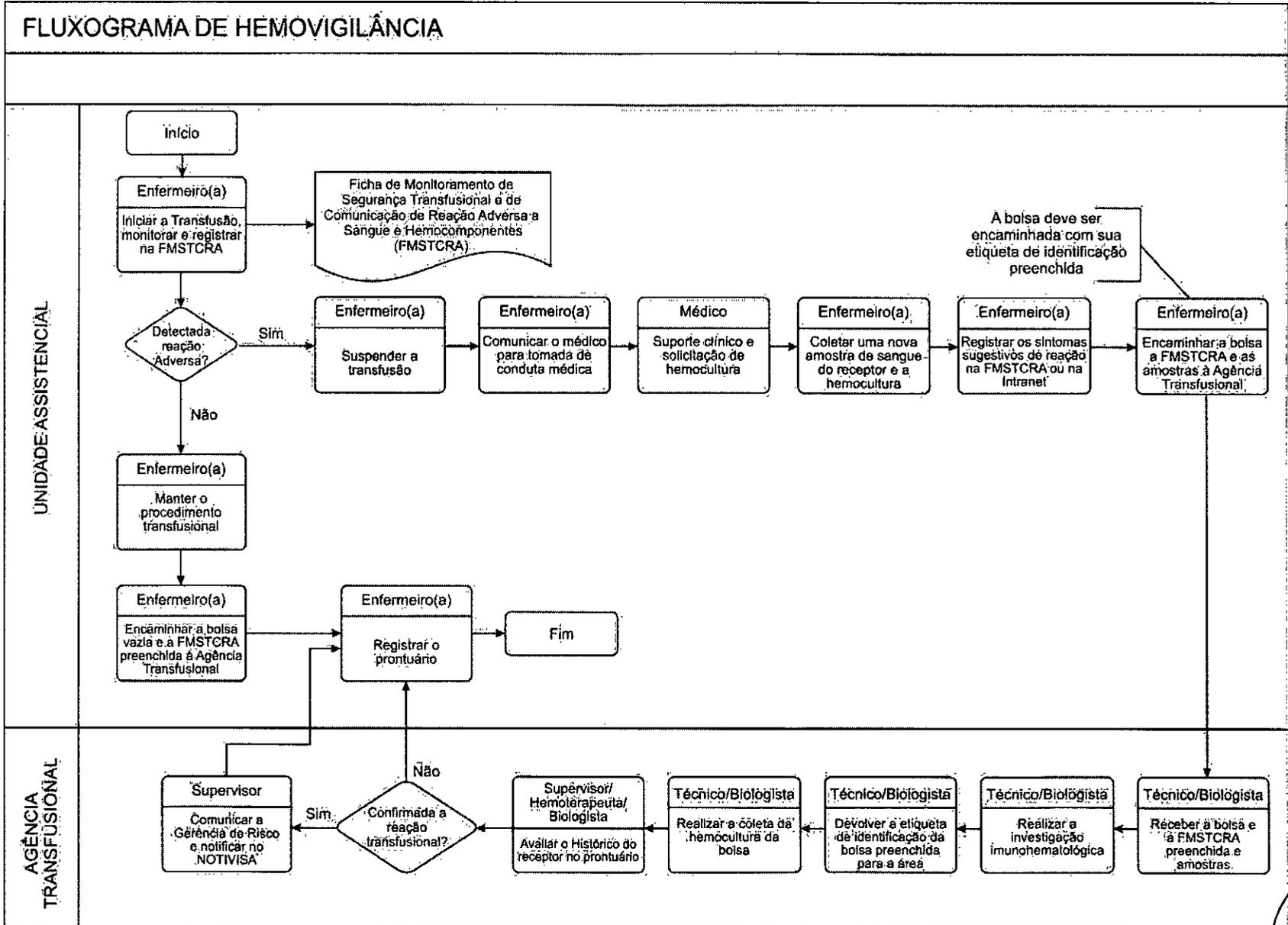
FLUXOGRAMA DE FARMACOLOGIA





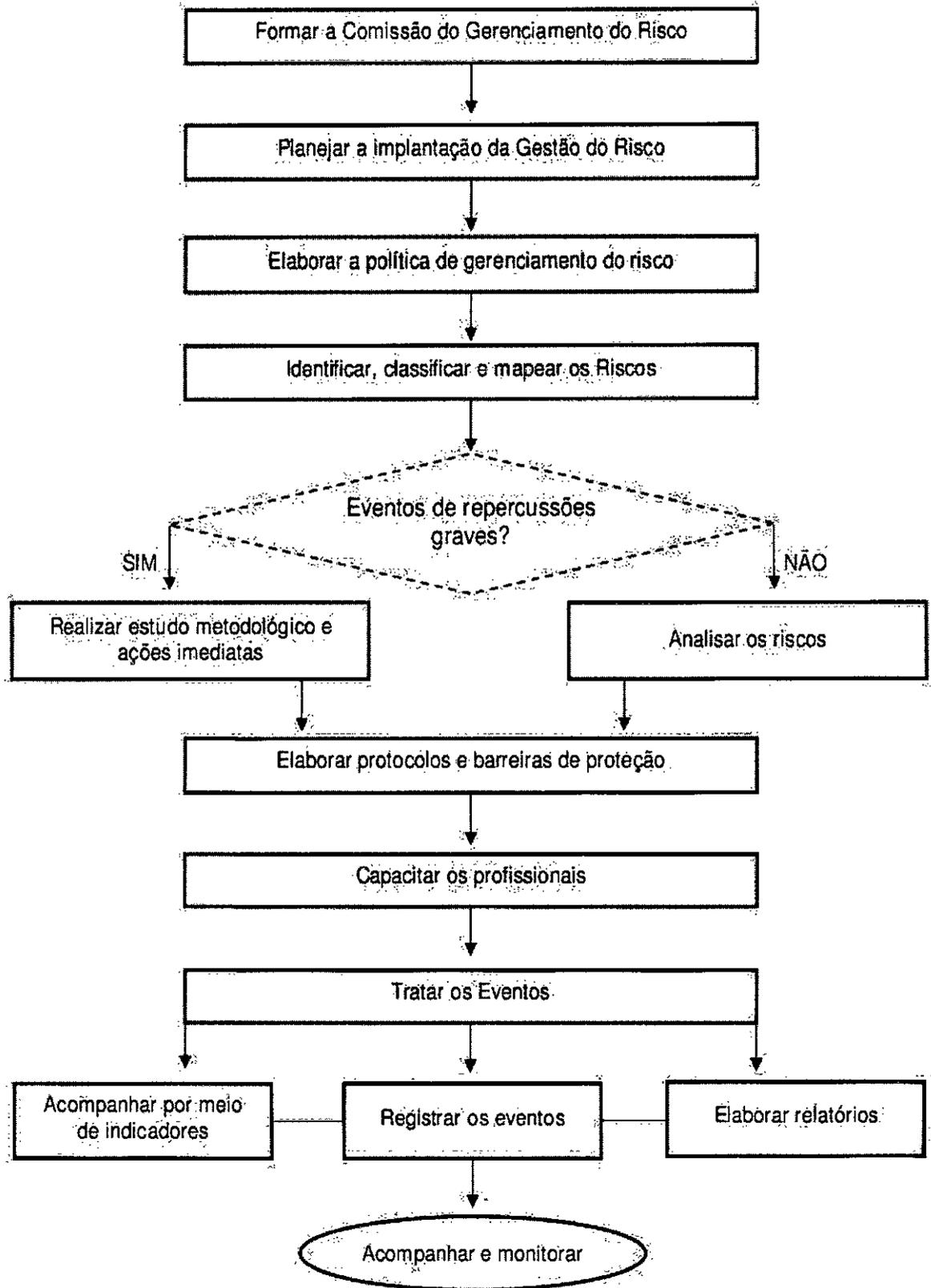


FLUXOGRAMA DE HEMOVIGILÂNCIA





FLUXO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS



Handwritten signatures and initials



CONSTITUIÇÃO BÁSICA E REGIMENTO INTERNO

Para realizar este monitoramento, a Comissão de Gerenciamento de Risco, deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, de formar a contar com os seguintes membros:

- Coordenador;
- Médico Hematologista;
- Farmacêutico;
- Nutricionista;
- Representante do Serviço de Higiene e Limpeza;
- Enfermeiro (a);
- Representante do Serviço Administrativo;
- Técnico de Segurança do Trabalho;
- Engenheiro;

REGIMENTO INTERNO

A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Núcleo de Segurança do Paciente da Hemorrede Pública de Goiás, deverá, investiga todas as possibilidades de ocorrência de risco, utilizando-se de ferramentas da qualidade para proporcionar segurança ao patrimônio Instituição-Colaborador-Cliente/Paciente.

CAPÍTULO I: DAS FINALIDADES.

Art. 1º É objetivo desta Comissão:

- I. Gerenciar a situações de risco da Hemorrede Pública de Goiás;
- II. Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento da Hemorrede Pública de Goiás;
- III. Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;
- IV. Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário;



CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO.

Art. 2º A Comissão de Gerenciamento de Riscos deverá ser composta por profissionais com experiência na área da Gerência de Risco Sanitário-Hospitalar e administração sendo:

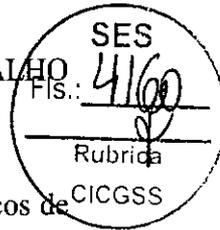
- I. Coordenador;
- II. Médico Hematologista;
- III. Farmacêutico;
- IV. Nutricionista;
- V. Representante do Serviço de Higiene e Limpeza;
- VI. Enfermeiro (a);
- VII. Representante do Serviço Administrativo;
- VIII. Técnico de Segurança do Trabalho;
- IX. Engenheiro;

Art. 3º A Coordenação da Comissão de Gerenciamento de Riscos, na ausência do Coordenador será exercida por um dos membros designado pelo mesmo.

CAPÍTULO III - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º A Comissão de Gerenciamento de Riscos da Hemorrede Pública compete:

- I. Informar situações que necessitem de atenção especial;
- II. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de referenciamento para avaliação Técnica estrutural da Hemorrede Pública;
- III. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção da Hemorrede Pública;
- IV. Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;



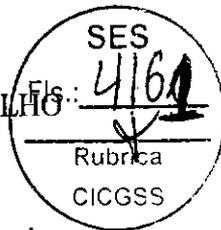
- V. Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de Infecção de Serviços de Saúde, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;
- VI. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;
- VII. Elaborar Relatório Anual de Atividades;
- VIII. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral.
- IX. Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos da Hemorrede Pública;
- X. Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;
- XI. Manifestar-se sobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos;
- XII. Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco da Hemorrede Pública;
- XIII. Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação da Hemorrede Pública.

CAPITULO IV-FUNCIONAMENTO:

Art. 5º A Comissão de Gerenciamento de Risco instalar-se-á e funcionará com a maioria de seus membros;

Art. 6º As reuniões da Comissão serão realizadas Hemocentro Coordenador;

Art. 7º As reuniões da Comissão devem ocorrer em agendas a serem definidas em não menos que 12 (doze) ao ano;



Art. 8º As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio de aviso por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

Art. 9º Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata o resultado da votação, e a identificação dos eventuais votos dissidentes e/ou votos com ressalva.

CAPÍTULO V - DAS COMPETÊNCIAS.

Art. 10º É competência da Comissão de Gerenciamento de Riscos:

- I. Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos e demanda de atualizações;
- II. Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;
- III. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;
- IV. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;
- V. Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pelo Hemocentro Coordenador;
- VI. Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;
- VII. Divulgar via on-line as alterações realizadas no serviço de hemoterapia;
- VIII. Notificar a Comissão Permanente de Licitação (CPL) quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não conformidade na entrega de materiais;



- IX. Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS:

Art. 11 As disposições específicas descritas a seguir estão em conformidade com a RDC n. 34 de 10 de abril de 2014 e estabelecem ações determinantes para a garantia da segurança do ciclo do sangue.

Art. 12 Todo evento adverso do ciclo do sangue, da doação à transfusão, deve ser investigado, registrado e ter ações corretivas e preventivas executadas pelo serviço onde ocorreu.

Art. 13 Os profissionais de saúde responsáveis pelas diferentes etapas do ciclo do sangue, da doação à transfusão, devem ser capacitados para a detecção e investigação de eventos adversos, inclusive sinais ou sintomas relacionados a possíveis reações adversas à doação e à transfusão, e sobre as condutas a serem adotadas.

Art. 14 Os registros dos eventos adversos e das ações corretivas e preventivas executadas devem ser realizadas de acordo com as legislações de VIGIPOS vigente ou diretrizes específicas do sistema nacional de hemovigilância.

Art. 15 A notificação do evento adverso, quando necessária, deve ser feita, pelo serviço onde houve a ocorrência, ao sistema nacional de vigilância sanitária, de acordo com as legislações de VIGIPOS vigente ou diretrizes específicas do Sistema Nacional de Hemovigilância.

Art. 16 Todo serviço de saúde que realize transfusão deve ter procedimentos escritos para detecção, tratamento, prevenção e notificação dos eventos adversos à transfusão, cabendo ao serviço de hemoterapia fornecedor de hemocomponentes a elaboração e orientação de tais procedimentos.



Art. 17 O serviço de saúde onde ocorreu a transfusão é o responsável pela investigação e notificação do evento adverso ocorrido em suas dependências.

Art. 18 No caso em que haja necessidade de interveniência do serviço de hemoterapia produtor ou fornecedor do hemocomponente, este serviço de hemoterapia deverá se articular com o serviço de saúde que realizou a transfusão, com vistas às medidas cabíveis e conclusão do ciclo investigativo.

Art. 19 Para os serviços de saúde que não possuam agência transfusional, as atividades de capacitação e de hemovigilância deverão ser realizadas pelo serviço de hemoterapia fornecedor dos hemocomponentes ou conforme definido em contrato, convênio ou termo de compromisso formal estabelecido.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

Art. 20 A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 21 Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Cronograma de Atividade Anual

Ord.	Tarefas	2018										2019			
		Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	
1	Formar a Comissão de Gerenciamento do Risco														
2	Planejar a implantação da Gestão do Risco e Elaborar a Política de Gerenciamento do Risco														
3	Identificar, classificar e mapear os riscos na Hemnorrede Pública														
4	Replicação da oficina na Hemnorrede Pública														



SES
 FIS.: 4164
 Rubrica
 CIGSS

5	Elaboração da Matriz – Identificação e classificação dos processos																	
6	Elaboração da Matriz – Gerenciamento do processo																	
7	Elaboração da Matriz – Identificação dos níveis de risco																	
8	Elaboração da Matriz – Plano de ação para o gerenciamento de risco																	
9	Consolidação das Ações na Hemorrede Pública																	

2.4. AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE SUBJETIVA

2.4.1. ACOLHIMENTO

2.4.1.1. Manual de Normas Gerais de Circulação de Pessoas

Fluxo de pessoas e materiais

Conforme fluxos e rotinas já adotadas pelo Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano – IDTECH, visando disciplinar o fluxo de colaboradores, fornecedores e visitantes nas dependências do Instituto e nas diversas unidades / postos por ele administrados, as normas e os procedimentos administrativos aqui explanados atualmente aplicam-se a todos os departamentos estruturais pertencentes à Administração do IDTECH, devendo estes serem os responsáveis pela sua aplicabilidade.

Devido às peculiaridades de uma Unidade Hospitalar, tais medidas são sugestivas e serão ajustadas para melhor atender a demanda da população durante a gestão da Hemorrede publica estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás através da gestão do IDTECH.

[Handwritten signatures and initials]



Trânsito e identificação de pessoas

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

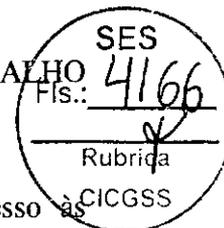
Acesso de doadores de sangue/Coleta de Sangue e Cadastro de Doadores de Medula (segunda a sexta-feira das 7:00 as 19:00h e sábado das 7 as 13 hs): será realizada, exclusivamente, pela segunda entrada de atendimento do edifício, sendo proibido o trânsito por portas secundárias, salvo em casos excepcionais, quando as mesmas poderão ser utilizadas como rota de fuga / saída de emergência. O local contará com vigilância diurna durante todo o horário de funcionamento, com intuito de controlar os acessos e manter a segurança.

Carga/descarga, Prestadores de Serviços, Fornecedores e Veículos Oficiais: será realizada, exclusivamente, entrada localizada nos fundos da Unidade, sendo proibido o trânsito por portas secundárias, salvo em casos excepcionais, quando as mesmas poderão ser utilizadas como rota de fuga / saída de emergência. O local contará com vigilância armada 24h com intuito de controlar os acessos e manter a segurança.

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

Serão reconhecidos como crachás – adesivos ou etiquetas autocolantes:

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



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

Colaborador Crachá funcional/nominal destinado à colaboradores no exercício de suas funções;

Colaborador / Servidor Crachá funcional/nominal destinado à colaboradores / servidores no exercício de suas funções dentro da Unidade;

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

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

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

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

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

O controle de circulação de pessoas, fora dos horários normais de expediente ficará a cargo da empresa responsável pela vigilância e será feito mediante anotações em livro próprio, registrando-se o destino e o horário do ingresso e da saída. O acesso somente será permitido com a respectiva identificação e autorização do responsável pela Unidade / Coordenação ou direção receptora.



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

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

Trânsito de volumes e bens móveis

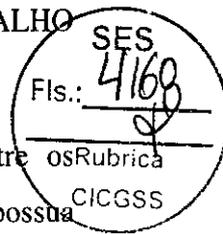
A saída ou o recebimento de mercadorias só será realizado com o acompanhamento de responsável devidamente designado pelo IDTECH, sendo que nenhum volume, objeto ou bem móvel poderá ser retirado sem que seu portador esteja munido da *Autorização de Saída de Material*, que será sempre emitida, em duas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

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

Vigilância e Segurança Patrimonial

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

- Recepção principal – 12x36 diurno desarmado
- Recepção de doadores de sangue – 12x36 diurno desarmado
- Carga/Descarga e Estacionamento interno - 12x36 diurno e noturno armado
- Porteiro de área externa para controle de acessos ao estacionamento externo – diurno
- Vigilante ronda (destinado a rondas diurnas e noturnas em toda Unidade) - 12x36 diurno e noturno armado



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

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

Os aparelhos e equipamentos de uso comum somente poderão ser instalados ou remanejados por pessoas devidamente habilitadas e com prévio consentimento da Gerência de Material e Patrimônio – GEMAP do Instituto.

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

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

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

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

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

- a) Arcar com as despesas da recuperação do material;



- b) Substituir o material por outro com as mesmas características;
- c) Indenizar em dinheiro, esse material, de acordo com o preço de mercado atualizado.

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

As correspondências de qualquer espécie deverão ser entregues, exclusivamente, no setor destinado a tal.

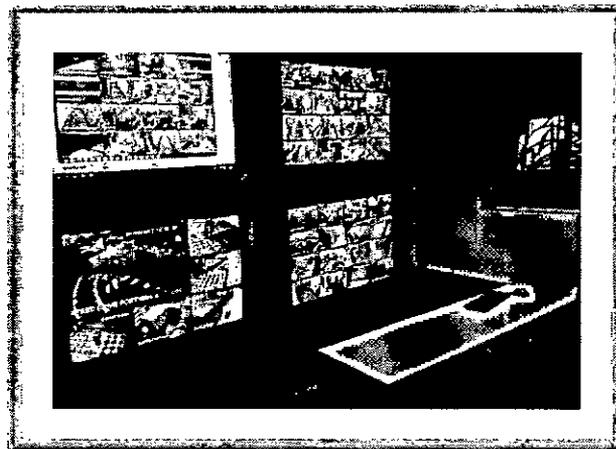
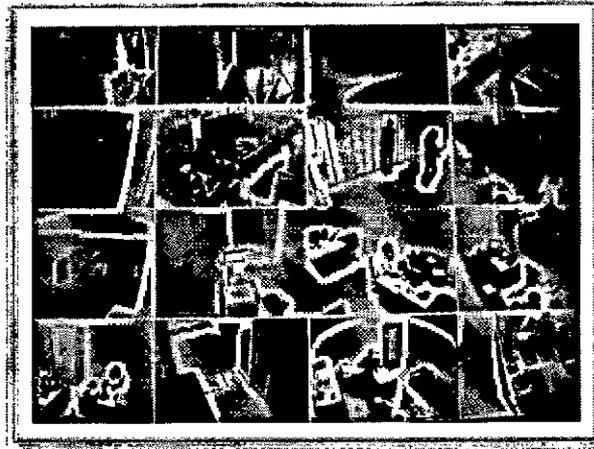
É vedada a colocação de móveis ou de quaisquer objetos que obstruam as áreas de circulação e partes comuns das instalações e/ou imediações da unidade, sendo os casos omissos resolvidos, em conjunto, pelas Coordenações do IDTECH e pela direção da unidade.

Circuito interno de TV e monitoramento

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

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

Neste contexto, para gestão plena do Hemocentro, assim como já ocorre em todas as Unidades administradas pelo Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano – IDTECH, propomos a criação de um Sistema de Monitoramento através de Circuito Interno de TV - CFTV, composto por um avançado parque tecnológico de câmeras, monitores e acessórios correlatos para monitoramento, em tempo real, de toda a situação interna e externa (arredores) da Unidade.



Imagens Ilustrativas – Sistema de Monitoramento/Unidade de Saúde Gerida pelo IDTECH

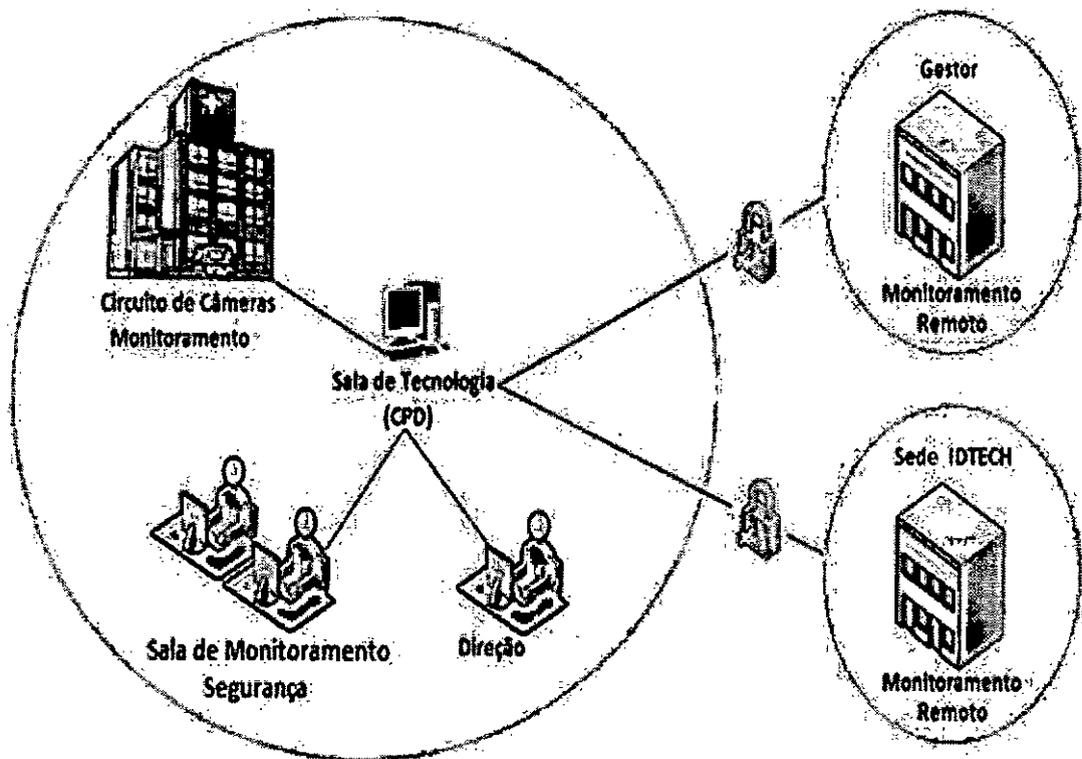
Tal sistema implantará câmeras de monitoramento em locais estratégicos para manutenção da segurança da Unidade, como recepção e locais de circulação, entrada e saída de pessoas/colaboradores, estacionamento, almoxarifado, farmácia e corredores internos, além da possibilidade do monitoramento das calçadas e imediações do prédio, na forma da legislação vigente. Além da segurança real, estas ferramentas aumentarão a sensação de segurança das pessoas que fazem uso da estrutura da Unidade.

Todas as imagens serão monitoradas em tempo real através da implantação de uma **Sala de Monitoramento** equipada com monitores de LCD, que transmitirão as informações



para o gestor e para o setor de segurança, e que ficarão gravadas para consulta / providências cabíveis.

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



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

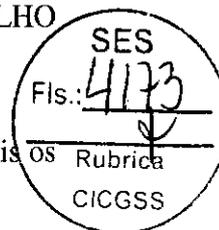
[Handwritten signature]



Tais medidas proporcionarão efetivas ações de segurança e darão aos Gestores a oportunidade de monitorar, em tempo real, toda a situação e o andamento dos trabalhos realizados no Hospital.

2.4.1.2. NORMAS PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES

- I. É proibido fumar nas dependências das unidades hemoterápicas, inclusive no estacionamento;
- II. É proibido usar os telefones da unidade;
- III. É proibido entrar nas dependências das unidades portando medicamentos, alimentos ou bebidas;
- IV. É proibido sentar na cadeira/ leito dos pacientes;
- V. É vedada a entrada de aparelhos eletrônicos como notebook, tablet, radio e etc;
- VI. É proibida a circulação de pacientes e acompanhantes em locais onde o paciente não está sendo atendido;



- VII. É proibido o ministrar medicamentos aos pacientes no hospital-dia, pois os mesmos serão oferecidos pela equipe de enfermagem;
- VIII. É proibido o uso de roupas curtas, decotadas ou transparentes, pois aumenta o risco de infecção;
- IX. Após as refeições, todos os utensílios devem ser entregues à copeira;
- X. Após o atendimento no leito-dia todo o enxoval deverá ser entregue;
- XI. Os pacientes idosos, menores de 18 anos ou incapazes terão direito a um acompanhante durante a internação no hospital-dia;

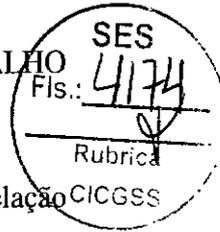
Todos os pacientes e acompanhantes deverão ser orientados quanto ao descarte correto de resíduos no momento da geração.

2.4.1.3. Proposta para implantação de Serviços de Atendimento ao Usuário.

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) na área da saúde, principalmente no que tange o Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser sobretudo humanizado. O usuário precisa ser tratado de forma única, considerando todas as suas necessidades dentro da rede pública, orientando-o claramente, cordialmente e objetivamente. O tratamento personalizado aumentará sua satisfação em relação ao Hemocentro e toda a rede assistencial, além de fidelizar os candidatos à doação de sangue.

O SAU na Saúde precisa ser visto além do simples contato entre departamento e usuário, caso contrário deixa a impressão de que as outras áreas não estão inseridas neste processo. Os clientes dos serviços de saúde, mais do que em qualquer área, necessitam de cuidados especiais, face a compreensiva fragilidade emocional a que estão submetidos (ou algum membro familiar). No caso do Hemocentro, o bom atendimento favorece a captação de sangue.

O SAU também é um importante instrumento de qualidade. Tem como objetivo registrar a opinião do cliente/usuário ou seu responsável e pontuar as questões referentes à atuação dos diversos profissionais que o assistiram durante a sua experiência com o



Hemocentro, focando a qualidade da assistência prestada, tempo de espera, relação interpessoal e qualidade das instalações físicas e equipamentos, por meio de diversos canais de interação.

Os usuários são importantes fontes de opiniões e sugestões, por isso, ele é fator determinante na gestão. As suas informações auxiliam na mensuração da qualidade, contribuindo dessa forma para a melhoria dos serviços oferecidos. Os resultados demonstram que o usuário está atento a falhas na prestação da assistência, comparam padrões de atendimento e de comprometimento dos profissionais.

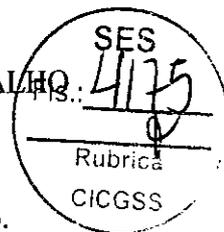
Com a expertise da gestão do Hospital Estadual Alberto Rassi – HGG, o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano (Idtech) propõe para o Hemocentro de Goiás (Hemogo), um modelo de sucesso para o SAU: o Programa Gestão Cidadã. O objetivo é oferecer diversos canais de atendimento para os usuários, facilitando a interação com os gestores da unidade, bem como unificar todas as manifestações em um núcleo, condensando as informações de forma eficiente, trazendo chaves de performance e análise de indicadores de desempenho.

Os diferentes canais de atendimento têm como objetivo ampliar o acesso dos usuários aos gestores. A facilidade de comunicar-se com a unidade permite manifestações mais detalhadas e propicia ainda mais a realização de elogios. Segue abaixo a descrição destes canais:

Caixas de Opinião: Instaladas junto aos totens, as Caixas de Opinião servem para coletar informações mais detalhadas dos usuários. Eles podem escrever, além de sugestões, denúncias ou reclamações de forma discursiva. As opiniões serão coletadas semanalmente, digitadas e enviadas por e-mail para as equipes responsáveis.

Central de Relacionamento: Constituída por telefone, e-mail e via aplicativo WhatsApp.

a) Dois telefonistas poderão receber as demandas do hemocentro, bem como entrar em contato com os doadores que já estão aptos a doarem novamente*. Com atendimento humanizado, a Central também funciona como canal para colher opinião do usuário.



b) Por meio do e-mail é possível ter informações sobre o trabalho do Hemocentro.

c) Por meio de um número de telefone, via aplicativo WhatsApp, será possível enviar sugestões, críticas, reclamações e sanar dúvidas sobre o atendimento e captação.

*De acordo com o Manual de Orientações para Promoção da Doação Voluntária de Sangue, uma das formas mais comuns de convocação de doadores é por telefone. Neste projeto, também está previsto o uso de SMS e e-mail.

Ouvidoria e Ouvidoria Virtual: É o canal de comunicação presencial ou pelo site do Hospital, entre o cidadão e a Instituição. Tem como atribuições receber e examinar, sugestões, reclamações, elogios e denúncias do cidadão, quando não forem solucionadas pelos setores, departamentos e direções responsáveis. Encaminhar aos setores, departamentos e ou direções, a manifestação do cidadão, acompanhando as providências adotadas e garantir o retorno da mesma. Apoiar tecnicamente e atuar com as áreas internas, visando a solução do problema apontado pelo cidadão.

Após encaminhamento da Ouvidoria, as gerências terão até 05 dias úteis de prazo para responder por escrito os registros encaminhados. Caso a resposta não satisfaça o questionamento contido no registro, este deverá retornar às gerências para maiores esclarecimentos e terá mais 03 (três) dias de prazo.

A Ouvidoria, através do seu ouvidor, acompanhará cada um dos casos, tendo como responsabilidade, dar retorno ao usuário no prazo máximo de 10 (dez) dias.

Pesquisa de Satisfação: Realizada de forma contínua e totalmente eletrônica junto aos usuários do Hemocentro, após o questionário, haverá um campo especial para deixar a opinião sobre o serviço. Críticas e elogios servem para avaliar o trabalho da equipe e a organização da unidade hospitalar, além de nortear as ações da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Site do Hemocentro: Os usuários e toda a população têm acesso às informações do Hemocentro de Goiás por meio de um site próprio, onde será possível conferir como funciona



o atendimento, se informar sobre o que acontece na Hemorrede, conferir sobre as regras de doação, unidades que recebem o sangue no Hemocentro, conhecer cada setor da unidade, entre outras informações.

Análise das demandas

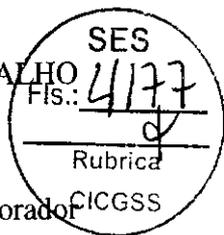
As opiniões registradas nos canais de atendimento serão mensuradas e seus resultados analisados pelo Núcleo Gestão Cidadã, onde serão discutidos e elaborados planos de ação e ciclos de melhoria. Os elogios serão reproduzidos em informativos pela Assessoria de Comunicação Social e encaminhados para ciência dos interessados e público externo. As sugestões relacionadas ao nível institucional serão encaminhadas à Diretoria e aquelas relacionadas ao processo de trabalho das unidades serão encaminhadas às gerências, para análise e aproveitamento se for o caso.

A Ouvidoria será responsável pelo feedback (retorno) aos usuários com a solução do caso ou com a análise da demanda.

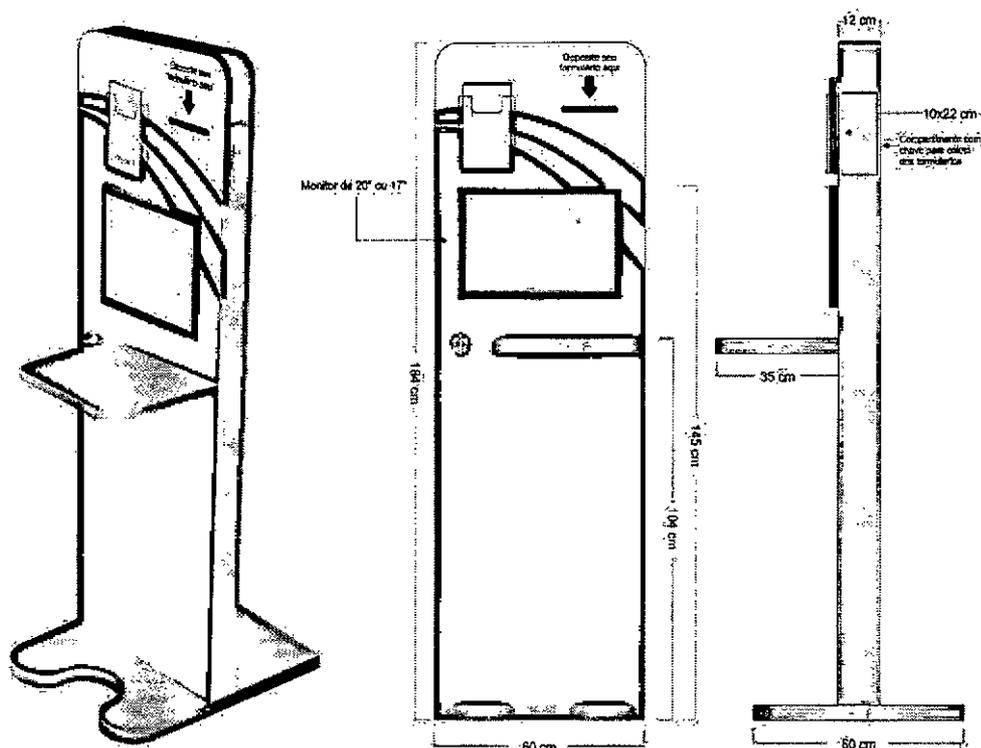
2.4.1.4. Proposta de Pesquisa Periódica/Contínua de Satisfação dos Usuários, com definição de uso das informações.

As pesquisas de satisfação do usuário acontecerão diariamente e terão um indicativo como meta, tanto de quantidade de pessoas pesquisadas quanto de nível geral de satisfação. Ofereceremos duas formas de pesquisa, todas de forma eletrônica e com resultados simultâneos, que podem ser acessadas por qualquer gestor, com possibilidade de comunicação direta com o Conecta SUS da Secretaria de Estado da Saúde.

Totens Eletrônicos: É quando o usuário poderá, de forma espontânea responder uma pesquisa de satisfação, avaliando as equipe e serviços do Hemocentro, como as dos médicos, enfermagem e multiprofissionais. A proposta é colocar os equipamentos em todas as quatro



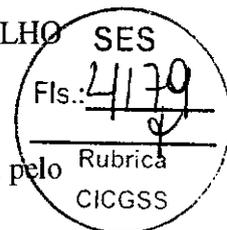
unidades do Hemocentro. São perguntas rápidas e sem nenhuma interferência do colaborador das unidades.



Pesquisa de Satisfação: Realizada de forma contínua e totalmente eletrônica junto aos usuários do Hemocentro. Funcionários munidos de tablets entrevistarão os usuários sobre o atendimento e a estrutura do Banco de Sangue, após a doação. O preenchimento do questionário é simultâneo à entrevista.

Questionamentos:

- 1) Em geral, como você avalia o atendimento do Hemocentro?
- 2) Qual a sua avaliação em relação à estrutura (prédio, equipamentos)?
- 3) Qual a sua opinião sobre a limpeza do Hemocentro?
- 4) Qual a sua avaliação em relação à equipe de recepção e acolhimento?
- 5) Qual a sua avaliação em relação ao atendimento da equipe de captação?



Assim como qualquer comunicação, ela só se torna efetiva se compreendida e absorvida pelo receptor.

O Plano de Comunicação Social da Rede Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás (Hemorrede) visa à melhoria do relacionamento entre todos os públicos internos da organização, desde usuários, possíveis doadores, colaboradores, prestadores, voluntários e a divulgação das ações e resultados também ao público externo, municiando os veículos de comunicação em massa com dados positivos do trabalho realizado ou gerenciando crises. Para atingir esses objetivos, primeiro faz-se necessária a análise aprofundada dos públicos envolvidos no sistema global de comunicação da instituição. Este é um item prioritário no planejamento de ações para que esta possa atuar de forma mais efetiva.

Neste projeto, a análise dos públicos será realizada com base no artigo do autor Fábio França (Revista Estudos de Jornalismo e Relações Públicas. Ano 1, nº 1, junho 2003, p. 17-31), para fins de conceituação efetiva dos targets da organização-cliente. O motivo desta escolha está fundamentado em sua conceituação moderna, objetiva e eficiente, conceitos estes que se adaptam à Hemorrede. O Quadro Demonstrativo a seguir os contempla:

Público	Classificação	Tipo de relação	Descrição da relação
Corpo Diretivo	Essencial Constitutivo	Legal	É o responsável por todas as decisões da Hemocentro
Governo	Essencial Não-Constitutivo Primário	Legal	Reconhecimento dos órgãos públicos visando obter decisões favoráveis às atividades desenvolvidas
Funcionários	Essencial Não-Constitutivo Primário	Legal / Empregaticia	Base sólida responsável pela operação das atividades
Corpo Clínico	Essencial Não-Constitutivo Primário	Legal	Profissionais que trabalham pelo reconhecimento da instituição técnica e cientificamente, pela excelência dos seus serviços



SES
 Fls.: 4180
 Rubrica
 C/CGSS

Usuários	Essencial Não- Constitutivo Primário	Serviços	Foco principal das atividades e serviços prestados pelo Hemocentro: são o público-alvo da Instituição.
Prestadores de Serviços	Não-Essencial de Consultoria	Legal / Serviços	Empresas contratadas para serviços diversos que não estão previstos nas atividades habituais do Hemocentro
Comunidade	-Essencial de Públicos Comunitários	Social	Importante relação para desenvolver credibilidade e positividade da imagem, além da captação de novos doadores.
Fornecedores/parceiros	Essencial Não- Constitutivo Primário ou Secundário	Serviços / Tecnológica	Responsáveis pelo fornecimento de materiais essenciais a todas as atividades e à estrutura.
Mídia / Imprensa	Públicos de Rede de Interferência (Comunicação de Massa)	Político-Social	Veículos e meios de Comunicação que podem representar oportunidades ou ameaças à Instituição.

Na busca de atingir estes públicos, além do desenvolvimento de todas as atividades inerentes à assessoria de comunicação, tais como produção de releases e avisos de pautas, atualização rotineira do mailling, produção de artigos, monitoramento de clipping, acompanhamento de entrevistas, produção de materiais de divulgação interna (cartões de aniversário, de datas especiais, etc), monitoramento de redes sociais, serão adotadas ferramentas da comunicação, como jornais murais, informativos impressos e eletrônicos, sites, intranet. Todas as ações serão feitas de forma integrada, em encontro aos valores e ideais da Hemorrede.

Comunicação Interna

Jornal Mural

[Handwritten signatures and initials]



Os informativos fixados nos murais da Hemorrede poderão ter periodicidade quinzenal ou de acordo com o volume de notícias geradas. Será fixado nos murais internos e divulgará as ações voltadas para os recursos humanos e valorização dos colaboradores, além de notícias de interesse dos usuários. O mural não se restringirá às notícias, mas também poderá ser utilizado como forma de comunicação entre pacientes e colaboradores ou pacientes e pacientes, com quadro de recados. Dicas de saúde também poderão ser divulgadas neste espaço.

Intranet

Desenvolvimento de uma página de intranet a fim de melhorar a comunicação dos colaboradores e ampliar a divulgação das ações promovidas pelo Hemogo. A página de intranet poderá ter informações cruciais para uma padronização universal da linguagem da equipe, como atuação dos médicos, exames, comunicados urgentes, portarias, resoluções e outros assuntos de interesse do hospital, primordiais para o conhecimento de toda a equipe de colaboradores.

Informativos eletrônicos

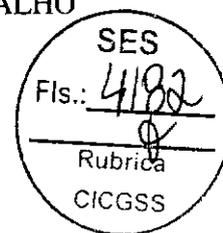
Destinado à diretoria e gerentes do Hemogo, o informativo eletrônico ou newsletter deverá ser disparado por e-mail e trará assuntos estratégicos para melhorias na gestão da unidade. Informações a respeito de mudanças organizacionais, novos colaboradores, trabalhos médicos inovadores, atuação das comissões entre outras informações poderão ser abordadas. Poderá ser criado também um informativo especial aos médicos e residentes.

Clipping eletrônico

Recorte das notícias sobre saúde e sobre o hospital publicadas nos veículos de comunicação impresso ou eletrônico, enviado a todos os colaboradores com e-mail cadastrado.

Campanhas de acreditação

Serão promovidas campanhas internas para incentivar os colaboradores a se engajarem em processos ou atividades voltadas para a promoção da imagem institucional do hospital como unidade de referência em credibilidade, sustentabilidade, qualidade no atendimento e outras.



Comunicação externa

Portal institucional / Site

O portal deve ser a principal ferramenta de pesquisa de seus públicos. Por isso, será subdividido em três páginas com conteúdos diferentes: Na primeira, institucional, serão inseridas as informações gerais sobre a Hemorrede (quem somos), descrição dos serviços oferecidos, relatórios de produtividade, Publicações Legais e Licitações (editais e extratos de licitação, etc) Sala de Imprensa (vídeos institucionais, materiais impressos, cópias de reportagens veiculadas sobre os hemocentros na imprensa), Seção de transparência (contratos e relatórios de gestão, atas de reuniões, etc), Notícias de interesse do público externo, Responsabilidade Social (ações que serão desenvolvidas nesta área pela unidade hospitalar), Prêmios, Fale Conosco e Trabalhe Conosco (para envio de currículos.

A segunda página, destinada especificamente aos usuários, terá um conteúdo específico para este público, com informações sobre horários de atendimento, telefones úteis, regras de doação, versão virtual da cartilha do usuário, e outras informações que forem consideradas úteis para facilitar o acesso e o trânsito do usuário na unidade.

A última página será destinada aos profissionais da equipe do hospital. Nesta página, que será acessada mediante senha funcional, serão disponibilizadas informações técnico-científicas e funcionais. Nela estará hospedado o conteúdo da intranet (descrito no capítulo sobre comunicação interna) e também conteúdos de produção científica da equipe, conteúdos sobre bioética, artigos de produção interna e externa, acesso a bibliotecas virtuais gratuitas para pesquisa, entre outros.

Revista ou boletim impresso

De periodicidade mensal ou bimestral, o informativo impresso será destinado a pacientes e familiares e parceiros do Hospital. O informativo, que pode ser em formato de jornal ou revista, mostrará um resumo das ações desenvolvidas.

Portfólio institucional

Será desenvolvido um folder institucional sobre o Hemocentro, para distribuição externa, com informações sobre a unidade, especialidades que oferece, equipamentos e demais dados sobre equipe e estrutura. Este material será uma espécie de cartão de visita.



Calendário Anual de Campanhas		
Mês	Datas	Resumo das ações
Janeiro	Dia da Solidariedade, 31	Campanha com objetivo de mostrar que o ato de doar sangue é um gesto solidário e altruísta, com linguagem afetuosa.
Fevereiro	Carnaval	Campanha para abastecimento dos bancos de sangue antes do carnaval, período em que aumenta o número de acidentes. Ampliação do horário de coleta e participação das unidades móveis em pontos estratégicos.
Março	Livre	Campanha para o abastecimento de sangue O-. O objetivo é mostrar o quanto sua tipagem é especial, principalmente quando acontece grandes atendimentos de emergência.
Abril	Dia da Saúde, 7	Campanha com o objetivo de mostrar que o principal material humano é o sangue e é insubstituível. Inclusão de vídeos didáticos nas redes sociais do papel do sangue no organismo.
Maio	Maio Amarelo – Acidentes de trânsito	Campanha mostrando a grande quantidade de sangue utilizada para socorrer vítimas de acidentes de trânsito e sua necessidade de reposição.
Junho	Junho Vermelho – Mês	Incentivar que os prédios públicos e do comércio se iluminem de vermelho, realização de palestras em

[Handwritten signatures and marks]



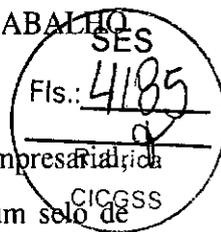
Fls.: 4184
Rubrica
CICGSS

		instituições parceiras e horários especiais de atendimento.
Julho	Férias escolares	Campanha mostrando a necessidade de abastecer o hemocentro nesta época, quando os estoques estão reduzidos por conta do inverno e devido as férias escolares
Agosto	Livre	Campanha mostrando que o sangue não é somente utilizado em traumas, mas também na reposição de sangue em cirurgias e UTIs, além de mostrar as agências transfusionais que recebem doadores.
Setembro	Livre	Campanha incentivando o cadastro de doadores de medula óssea, esclarecendo sobre o processo. Parceria com o Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME).
Outubro	Dia das Crianças	Campanha mostrando que a doação de sangue beneficia crianças que passam por diferentes tratamentos na rede pública. Propor parceria com o Hospital Materno Infantil (HMI) e maternidades e ida das unidades móveis para estes locais.
Novembro	Dia do Doador de Sangue, 25	Campanha valorizando os doadores, com homenagens e reconhecimentos às instituições parceiras, e mantendo a parceria com o Hospital Estadual Alberto Rassi - HGG, que mobiliza os clubes de motociclistas anualmente.
Dezembro	Natal / Ano Novo	Campanha incentivando a ida dos doadores para reabastecer o Hemocentro devido ao aumento de acidentes em ocasião das festas de final de ano.

O calendário serve para nortear as ações da Hemorrede, mas não impede a criação de campanhas extras ou com outros temas, dependendo dos acontecimentos. As campanhas serão apresentadas de forma detalhada, incluindo custos com publicidades ou materiais de divulgação. A Assessoria de Comunicação atuará de forma efetiva para o estreitamento da sua relação com a imprensa, atuando em parceria com os veículos de comunicação para o aumento das inserções de mídia espontânea (não-pagas). Todas as ações serão monitoradas e avaliadas em relação a seu impacto junto à sociedade.

Outras iniciativas

Conforme orientação do Ministério da Saúde, por meio do Manual de Orientações para Promoção da Doação Voluntária de Sangue, como forma de ampliar o número de doadores, também serão desenvolvidos os programas:

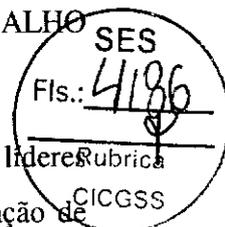


- Empresa Solidária: Em parceria com as empresas, entidades e Fórum Empresarial, será incentivada a doação periódica de sangue e transformar esta iniciativa em um selo de responsabilidade social.

- Projeto Escola/Doador do futuro: Voltado para a educação de jovens sobre a doação de sangue, cujo objetivo é formar multiplicadores das informações, além de estimular a futura doação de sangue. Também é uma forma de desmistificar tabus e incentivar a comunidade escolar a discutir sobre o tema. Este projeto poderá ser desenvolvido com o apoio de um grupo teatral para humanizar melhor o tema.



- Programa de fidelização: Para se criar uma relação de lealdade com doador e incentivar a repetição das doações, será criado um programa de fidelização para valorizar o doador. Este programa contará com uma carteirinha, mostrando sua tipagem sanguínea e número de doações, além de dados sobre o Hemocentro. Sempre salientando que, apesar da carteirinha, é preciso apresentar um documento oficial com foto. Nesta carteirinha mostrará também as datas das doações, permitindo que o doador veja quando ele estará apto novamente. Os membros do clube de doadores receberão e-mails, mensagens de texto e outras formas de comunicação sobre as ações do Hemocentro.



- Formação de agentes multiplicadores: Fomentar a participação de líderes comunitários e agentes de saúde, firmando o compromisso com a promoção da doação de sangue e oportunizando à população contribuir para a ampla divulgação da doação de sangue e sua importância.

2.5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

2.5.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Neste item procura-se mostrar a capacidade gerencial do IDTECH, por meio da comprovação de suas experiências anteriores bem sucedidas. São apresentadas nesta proposta de trabalho, em anexo, a documentação comprobatório da instituição e dos membros diretivos. Quais sejam: comprovação pela entidade de experiência em gestão de serviços de saúde e comprovação pelo Corpo Diretivo que atuará nas unidades, em experiência em gestão de serviços de saúde.

2.6. ESTRUTURA DIRETIVA DA HEMORREDE PÚBLICA DE GOIÁS

Apresenta-se a baixo a estrutura diretiva, demonstrada nos organogramas. E ainda segue anexo, a comprovação, pelos profissionais do Corpo Diretivo, das unidades, de Titulação de especialistas em administração hospitalar ou em serviços de saúde.



Fls.: 4137

Experiência	Tipo de Experiência/Pontuação	Pontuação Máxima	Pontuação a ser obtida	Rubrica Pontos
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERENCIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE	COMPROVAÇÃO PELA ENTIDADE DE EXPERIÊNCIAS EM GESTÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE (MÁXIMO 2 CERTIDÕES POR SUBITEM) 09 Pontos	1 a 3 anos (01 ponto)	1- Atestado de Capacidade técnica referente ao AME – Ambulatório Médico Especializado - Prefeitura de Aparecida de Goiânia/SMS. 2- Atestado de Capacidade Técnica referente ao PRÓ REG – Planejamento, Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria da Saúde de Aparecida de Goiânia/SMS.	02
		3 a 5 anos (1,5 pontos)	1- Atestado de Capacidade Técnica referente ao CIAMs Novo Horizonte – Prefeitura de Goiânia/SMS 2-	1,5
		Acima 5 anos (2 pontos)	1- Atestado de Capacidade Técnica referente ao TELECONSULTA – Prefeitura de Goiânia/SMS 2- Atestado de Capacidade Técnica referente ao Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia. Dr. Alberto Rassi - HGG – Governo de Goiás/SES.	04
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERENCIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE	DIRETORIA GERAL COMPROVAÇÃO PELO CORPO DIRETIVO QUE ATUARÁ NA UNIDADE DE EXPERIÊNCIAS EM GESTÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE (MÁXIMO 2 CERTIDÕES POR SUBITEM) 4,5 Pontos	1 a 3 anos (0,5 ponto)	1 – Declaração ao José Cláudio Romero responsável Direção do AME – Ambulatório Médico Especializado - Prefeitura de Aparecida de Goiânia/SMS. (AME/APDA) 2 – Comprovação de que o Dr. Rafael Gouveia Nakamura foi Secretário Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia.	1,00
		3 a 5 anos (0,75 pontos)	1 – Declaração que o Sr. José Cláudio Romero foi gestor das Unidades de Saúde de Goiás – Organização das Voluntárias de Goiás – OVG. 2- Declaração que o Rafael Gouveia Nakamura foi Diretor do Hospital Geral de Goiânia, Dr. Alberto Rassi - HGG – Governo de Goiás/SES.HGG 3- Declaração ao DR. Marcelo Fouad Rabahi, assumiu a Chefia do Departamento de Clínica Médica do Hospital das Clínicas de Goiás – UFG/HC	1,50
		Acima 5 anos (1 ponto)	1 – Declaração de que o Sr. José Cláudio Romero é o Coordenador Executivo Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia, Dr. Alberto Rassi - HGG – Governo de Goiás/SES. 2 – Declaração de que o sr. José Cláudio Romero é o Coordenador Executivo na gestão da Central de Atendimento ao Cidadão – TELECONSULTA – Prefeitura de Goiânia/SMS.	2,00
		DIRETORIA ADMINISTRATIVA COMPROVAÇÃO PELO CORPO DIRETIVO QUE ATUARÁ NA UNIDADE DE EXPERIÊNCIAS EM GESTÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE (MÁXIMO 2 CERTIDÕES POR SUBITEM)	1 a 3 anos (0,5 ponto)	1 – Declaração que o Sr. Lúcio Dias Nascimento foi Coordenador Administrativo referente ao contrato de gestão do PRÓ REG – Planejamento, Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria da Saúde de Aparecida de Goiânia/SMS. 2 – Declaração de que o Sr. Lúcio Dias Nascimento foi responsável pela Coordenação Administrativa no contrato de gestão do AME – Ambulatório Médico Especializado - Prefeitura de Aparecida de Goiânia/SMS. (AME/APDA)
3 a 5 anos (0,75)	1 – Declaração de que o Sr. Lúcio Dias Nascimento é o responsável pela Coordenação		0,75	



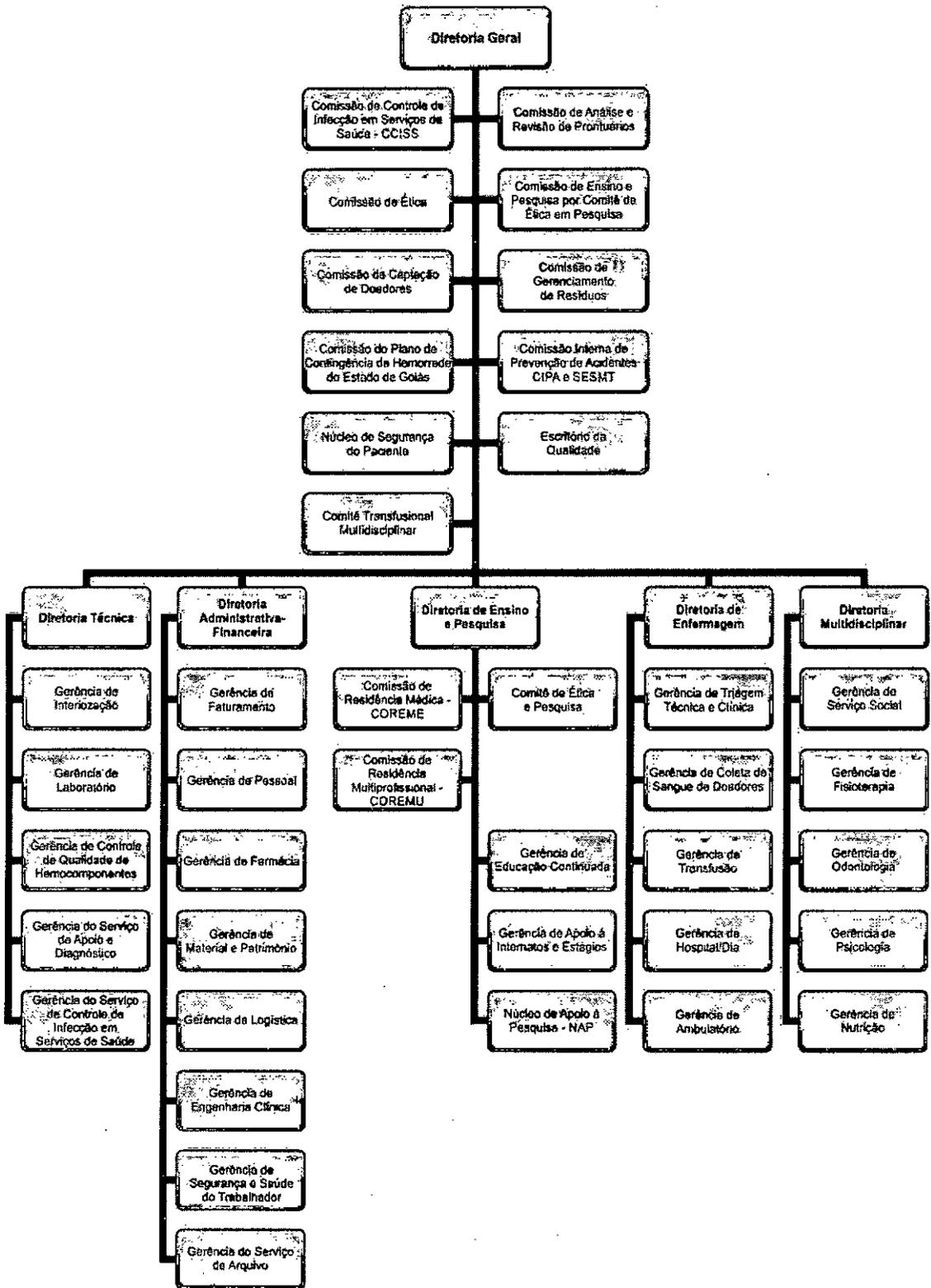
		pontos)	Administrativa do CIAMs Novo Horizonte Prefeitura de Goiânia/SMS. 2 -	
		Acima 5 anos (1 ponto)	1 - Declaração de que o Sr. Alessandro Purcino Andrade é o Diretor Administrativo do Hospital Geral de Goiânia - Dr. Alberto Rassi - HGG, Governo de Goiás/SES. 2 - Declaração de que o sr. Lúcio Dias Nascimento é o Coordenador Administrativo na gestão da Central de Atendimento ao Cidadão - TELECONSULTA - Prefeitura de Goiânia/SMS.	1,00
	DIRETORIA ASSISTENCIAL/GERENCIA DE ENFERMAGEM	1 a 3 anos (0,5 ponto)	1 - Declaração de que a Sra. Viviane Cristiane Silva Aires, ocupa a função de Gerente de Enfermagem do AMA - Ambulatório de Medicina Avançada no HGG. 2 - Declaração de que a Sra. Paulyane Pereira de Lima, ocupa função de Gerente do Centro de Tratamento Intensivo - CTI no HGG.	1,00
	COMPROVAÇÃO PELO CORPO DIRETIVO QUE ATUARÁ NA UNIDADE DE EXPERIÊNCIAS EM GESTÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE (MAXIMO 2 CERTIDÕES POR SUBITEM)	3 a 5 anos (0,75 pontos)	1 - Denyse Silva Goulart ocupa a função de Gerente de Enfermagem da Clínica Cirúrgica no HGG. 2 - Declaração de que a Sra. Viviane Cristiane Silva Aires, ocupou a função de Gerente de Enfermagem da Clínica Cirúrgica e Maternidade da Amparo.	1,50
		Acima 5 anos (1 ponto)	1 - Declaração de que a Sra. Natálie Alves Andrashcko, ocupa a função de Diretora de Enfermagem no Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG. 2 - Declaração de que a Sra. Juliana Carvalho Duarte ocupa a função de Gerente da Central de Material Especializado - CME do HGG.	2,00
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GERENCIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE	COMPROVAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS DO CORPO DIRETIVO DA UNIDADE, DE TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR OU EM SERVIÇOS DE SAÚDE. (CADA PROFISSIONAL 01 PONTO)	04 PONTOS	1 - Comprovante de Especialização do Dr. Marcelo Fouad Rabahi 2 - Comprovante de Especialização do Dr. Alessandro Purcino Andrade 3 - Comprovante de Especialização da Dra. Bruna Vieira Paixão 4 - Comprovante de Especialização do Dr. Antonio Manicardi Junior 5 - Comprovante de Especialização do Sr. Rodolfo Paulino da Silva Vieira	4,00
TOTAL DA PONTUAÇÃO		27		24,75



SES
 4199
 Rubrica
 CIGSS

2.6.1. ORGANOGRAMAS

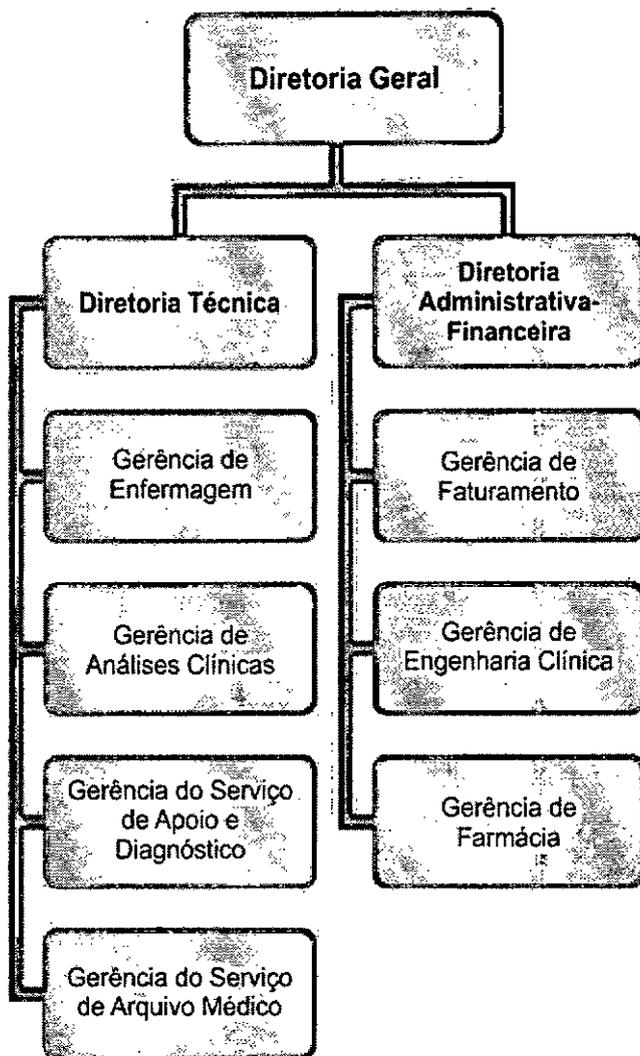
Hemocentro Coordenador



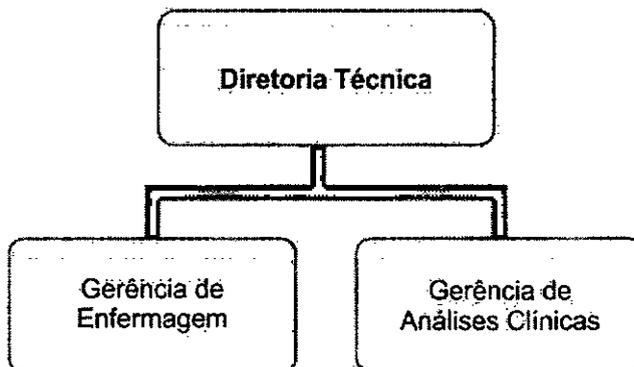
[Handwritten signatures and marks]



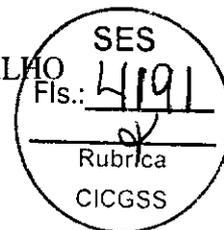
Homecentros Regionais



Unidades de coleta e Transfusão – UCT's



[Handwritten signatures and marks]



2.7. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM

2.7.1. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA.

2.7.1.1. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA:

Tratamento de Coagulopatias

Introdução

A hemofilia é uma doença hemorrágica, caracterizada pela deficiência dos fatores VIII (hemofilia A) ou IX (hemofilia B) da coagulação. A hemofilia pode ser de origem adquirida ou congênita (hereditária).

A forma adquirida mais rara é associada a doenças autoimunes, câncer, gravidez, entre outras, sendo, mais frequentemente, de origem idiopática.

A forma congênita, por sua vez, é uma doença genética, de herança recessiva ligada ao sexo, resultante de mutações nos genes que codifica o fator VIII ou IX da coagulação, ambos localizados no braço longo do cromossomo X.

A incidência das hemofilias nos diversos grupos étnicos é de aproximadamente 1:10.000 nascimentos, sendo a hemofilia A responsável por 75% a 80% dos casos, e a hemofilia B, por 20% a 25%. Na maioria dos casos, a hemofilia é transmitida ao filho pela mãe portadora, que é geralmente assintomática. Porém, cerca de 30% dos casos de hemofilia decorrem de mutação nova, isto é, ocorre na ausência de casos em outros membros familiares.

A doença de von Willebrand e as hemofilias A e B são as coagulopatias hereditárias mais comuns e, juntas, correspondem a 95% dos casos. As 5% restantes são conhecidas como coagulopatias hereditárias raras (CHR). Estas incluem: as alterações do fibrinogênio, protrombina, fatores V, VII, X, XI, XIII, deficiência combinada de fatores dependentes da vitamina K e deficiência combinada dos fatores V e VIII. As deficiências de fator (F) XII (fator Hageman), precalicreína (PK), e cininogênio de alto peso molecular (HK), embora caracterizadas por tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) prolongado, não



apresentam manifestação hemorrágica. Entretanto, devido à alteração do TTPa, fazem parte do diagnóstico diferencial das coagulopatias hereditárias.

Clinicamente as hemofilias A e B são semelhantes, sendo o diagnóstico realizado através da dosagem da atividade dos fatores VIII e IX da coagulação.

A classificação da hemofilia varia conforme o nível antigênico (Ag) ou de atividade coagulante (C) do fator deficiente, sendo o nível normal definido como 1UI/ml ou 100%, respectivamente. Segundo consenso da International Society of Thrombosis and Haemostasis, recomenda-se classificar a hemofilia como grave, moderada e leve caso o Ag ou C seja $< 0,01\text{UI/ml}$ e/ou $< 1\%$, $0,01\text{-}0,05\text{UI/ml}$ e/ou $1\text{-}5\%$, e $> 0,05$ a $< 0,40\text{IU/ml}$ e/ou $> 5\%$ a $< 40\%$, respectivamente.

A magnitude das manifestações hemorrágicas nas hemofilias varia conforme a gravidade do caso. Assim, em pacientes com as formas graves da doença, as primeiras hemorragias geralmente ocorrem antes do segundo ano de vida. As hemorragias ocorrem principalmente sob forma de hematomas e hemartroses, sendo estas as manifestações mais características da doença.

As hemorragias podem, ainda, ocorrer sob forma de hematúria, epistaxe, melena/hematêmese e sangramentos internos para a cavidade abdominal, torácica e retroperitoneal, além de hemorragia intracraniana. As hemartroses afetam mais frequentemente as articulações do joelho, tornozelo e cotovelo. Em longo prazo, as hemartroses de repetição estão associadas à artropatia hemofílica, tendo como conseqüências seqüelas motoras, contraturas e deficiência física.

A hemofilia é uma doença incurável e a base do seu tratamento é a infusão do concentrado do fator deficiente, que pode ser de origem plasmática ou recombinante.

Uma das complicações mais graves dos pacientes com hemofilia refere-se ao desenvolvimento de inibidores, que são anticorpos policlonais da classe IgG direcionados contra os fatores VIII ou IX infundidos (aloanticorpos).

Neste caso, os pacientes acometidos passam a não responder a infusão do fator deficiente e apresentam episódios hemorrágicos de difícil controle.

O único tratamento capaz de erradicar inibidores em pacientes com hemofilia congênita é a imunotolerância. Este tratamento, que é eficaz em até 80% dos casos, é realizado através da infusão frequente (diária ou 2 a 3 vezes por semana) do fator deficiente, por semanas ou anos.



Objetivo

Assegurar a orientação terapêutica adequada dos pacientes com Coagulopatias atendidos na Hemorrede Pública de Goiás por meio do diagnostico diferencial considerando a historia clinica bem como a realização de testes laboratoriais específicos.

Procedimento

Diagnóstico diferencial

O diagnostico diferencial das coagulopatias hereditarias requer avaliacao da historia progressa pessoal e familiar e dos quadros clínicos e laboratoriais. Os achados laboratoriais das diversas coagulopatias hereditárias encontram-se descritos na abaixo.

Diagnóstico diferencial

Testes de laboratório	Fator deficiente/ diagnóstico	
T.T.P.A. prolongado T.P. normal	Dosagem fator VIII :	VIII/hemofilia A
	Dosagem fator IX	IX/hemofilia B
	Dosagem fator XI	XI
	Dosagem fator XII	XII
	Dosagem de F VW:RCo e vWF:Ag*	F VW/DVW
T.T.P.A. prolongado T.P. prolongado	Dosagem de protrombina (FII)	II
	Dosagem de fator V	V
	Dosagem de fator X	X
	Dosagem de fibrinogênio baixa ou ausente	I/hipofibrinogenemia ou afibrinogenemia
T.T.P.A. normal T.P. prolongado	Dosagem de fator VII	VII
T.T.P.A. normal T.P. normal	Retração do coágulo e teste uréia 5 M	XIII
	Dosagem de F VW:RCo/vWF:Ag*	F VW/DVW

* Outros testes diagnósticos para a doença Von Willebrand incluem o tempo de sangramento pelo método de Ivy e a agregação plaquetaria com ristocetina (RIPA). Abreviações: T.T.P.A., tempo de tromboplastina parcial ativado; T.P., tempo de protrombina; F VW:Rco, co-fator ristocetina; vWF:Ag, fator (antígeno) de Von Willebrand; F VW, fator Von Willebrand; DVW, doença Von Willebrand.

[Handwritten signatures and initials]



Fonte: Manual de tratamento de Coagulopatias hereditárias, 2006.

a. Tratamento

O objetivo do tratamento das Coagulopatias é garantir a reposição dos fatores deficientes.

A reposição deve-se considerar as características individuais de cada fator de coagulação conforme descrito na tabela abaixo:

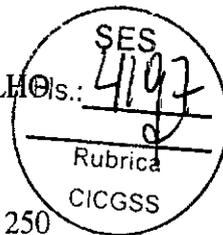
Fator	Concentração plasmática necessária para hemostasia	Meia-vida do fator transfundido	Recuperação no sangue (% do total transfundido)	Estabilidade em plasma líquido (estocado a 4°C)
I (Fibrinogênio)	100 mg/dl	4 - 6 dias	50%	Estável
II (Protrombina)	40 UI/dl (40%)	2 - 3 dias	40% - 80%	Estável
V	10 - 15 UI/dl (10% - 15%)	12 horas	80%	Instável
VII	5 - 15 UI/dl (5% - 15%)	2 - 6 horas	70% - 80%	Estável
VIII	10 - 40 UI/dl (10% - 15%)	8 - 12 horas	60% - 80%	Instável
IX	10% - 40%	18 - 24 horas	40% - 50%	Estável
X	10% - 15%	2 dias	50%	Estável
XI	30%	3 dias	90% - 100%	Estável
XII	-	-	-	Estável
XIII	1% - 5%	6 - 10 dias	5% - 100%	Estável

O tratamento para Coagulopatias tem sido cada vez mais seguro. O Ministério da Saúde tem desenvolvido um programa robusto de distribuição de fatores de coagulação aos Hemocentros os quais são responsáveis pelo acompanhamento desses pacientes bem como pelo controle de distribuição dos mesmos.

Dentre as opções de tratamento disponíveis no Brasil, destacam-se:



- ✓ **Concentrados de F VIII: obtidos por fracionamento de pool de plasma, com diferentes técnicas, que conferem características distintas aos produtos.**
- ✓ **Concentrados de F IX: também obtidos por fracionamento de "pool" de plasma.**
- ✓ **Concentrado de complexo protrombínico (CCP):** contem os fatores II, VII, IX e X e também e obtido por fracionamento de *pool* de plasma. E utilizado no tratamento das deficiências de fatores II, VII e X, nos hemofílicos B que não apresentam risco de trombose (isto e, aqueles que não apresentam insuficiência hepática, trauma, trombofilias, coagulopatia de consumo ou quando são necessárias poucas infusões), quando não se dispõe de concentrado de F IX, ou em pacientes hemofílicos A que desenvolveram inibidores (anticorpos específicos contra o F VIII).
- ✓ **Concentrado de complexo protrombínico ativado (CCPA):** E semelhante ao complexo anterior, porem os fatores II, VII, IX e X estão ativados. E indicado para o tratamento de pacientes com hemofilia A e B com inibidores de alto titulo.
- ✓ **Plasma fresco congelado (PFC):** utilizado no tratamento das coagulopatias menos frequentes, tais como as deficiências de fatores II, V, VII, X e XIII. Deve ser administrado na dose de 15 a 20 ml/kg de peso, e apenas em episódios hemorrágicos de pequena monta, pois atinge níveis plasmáticos entre 15% e 20%. Sendo assim, não e adequado para o tratamento de hemorragias graves ou intervenções cirúrgicas.
- ✓ **Crioprecipitado** – produto obtido pela centrifugação e pelo congelamento do plasma de um único doador, sendo que cada bolsa contem aproximadamente 80 UI de F VIII. E rico em F VW, fator XIII e fibrinogênio. Cada unidade de crioprecipitado contem aproximadamente 200 a 300 mg de fibrinogênio. A RDC n.o 23, publicada em 24 de janeiro de 2002, proíbe a utilização de crioprecipitado para terapia de reposição em hemofílicos e portadores de DVW, exceto em situação de inexistência de concentrados.



a 7 dias ou acido tranexanico(Transamin® - comp de 250 mg ou Hemoblock® - comp de 250 e de 500mg) na dose de 25-30 mg/Kg de peso ao dia de 8/8 horas, durante o mesmo periodo.

Se o sangramento nao cessar: elevar o F VIII ou F IX a 30% a cada 24 horas ate cessar o sangramento (em geral dose unica e suficiente).

Cuidados locais:

- ✓ Gelo;
- ✓ Gaze embebida em EACA ou acido tranexamico;
- ✓ Evitar o uso de adrenalina;
- ✓ Avaliaçao da otorrinolaringologia.

• **Hemartroses**

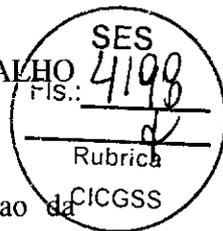
Em geral, a terapia de reposicao (elevacao do fator a 20% - 30%), associada ao repouso e a aplicacao de gelo sao suficientes para cessar estas hemorragias. Entretanto, nas hemartroses de quadril e importante:

- ✓ Elevar o F VIII ou F IX a 50% a cada 24 horas, variando conforme a resposta individual (media 4 a 5 dias) de cada paciente;
- ✓ - Manter repouso no leito.

• **Hemorragia intramuscular**

As hemorragias de antebraço ou ilio-psoas terão condutas conforme a gravidade do processo.

- ✓ Com comprometimento de nervos perifericos (síndrome compartimental): elevar o F VIII ou F IX a 100% na primeira infusao e 50% a cada 12 horas por 3 - 4 dias.
- ✓ Assim que houver melhora, reduzir para 50%, a cada 24 horas.
- ✓ O numero de dias de tratamento depende da resposta individual e do proprio volume do hematoma. Se possível, associar medidas fisioterápicas tais como ultrassom e ondas curtas.
- ✓ Sem comprometimento de nervos perifericos: elevar o F VIII ou F IX a 50%, a cada 24 horas por 2 - 5 dias de acordo com a evoluçao do caso. Nos hematomas de ilio-psoas, tratar pelo menos, por um periodo de sete dias.



Lembrar que a reabsorcao do hematoma e lenta e que, a suspensao da reposicao de fator não coincide com o retorno do musculo a normalidade.

- **Hemorragia em pescoço, assoalho da língua ou face**

O tratamento para hemorragias no pescoço, assoalho da língua ou face consiste na elevação do F VIII ou F IX a 80 % na primeira infusão e, caso não haja progressão do hematoma, elevar a 40% a cada 12 horas, no primeiro dia. Manter níveis de 30% por mais 3 a 5 dias, de acordo com a evolução.

Caso existam, no segundo dia de evolução, hematoma volumoso ou sinais de progressão do hematoma, manter reposição a 40% a cada 12 horas, por dois dias adicionais.

- **Hemorragia em retroperitônio**

O tratamento para hemorragias no peritônio, por sua vez, consiste na Elevar F VIII ou F IX a 80% na primeira infusão e posteriormente 40%, a cada 12 horas. O período de tratamento dependera da extensão do processo e da resposta ao tratamento, podendo chegar ate 10 a 14 dias.

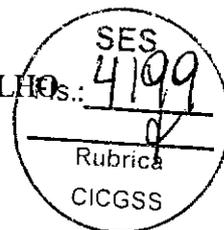
Além disso, deve ser avaliada a necessidade de tratamento cirúrgico.

- **Hematúria**

O tratamento para hematúria contraindica, no primeiro momento, a terapia de reposição e definitivamente a administração de antifibrinolíticos.

Cuidados gerais

- ✓ Repouso no leito;
- ✓ Hidratação oral vigorosa e descartar infecção.
- ✓ Se em 72 horas a hematuria macroscópica não ceder, elevar F VIII ou F IX a 30% a cada 24 horas, ate o desaparecimento da mesma;
- ✓ Caso a hematuria esteja associada a sintomatologia de cólica nefretica, isto e, dor em cólica, investigar, com urgência e conjuntamente com o nefrologista, a possibilidade de nefrolitíase.



- ✓ Caso seja indicada litotripsia extracorporea, este procedimento deve ser precedido de elevação do fator a 80%.

- **Hemorragia gastrointestinal**

O tratamento para hemorragias intestinais contempla a elevação dos níveis de F VIII ou F IX a 80 % a cada 12 ou 24 horas, dependendo da gravidade do sangramento. Deve-se também manter o tratamento até 3 dias após a parada do sangramento (hematemese ou enterorragia);

- ✓ EACA 200 mg/Kg de peso de 6 em 6 horas durante 7 dias (E.V., nos primeiros dias e a seguir VO);

Cuidados clínicos gerais: dieta, antiácido, cimetidina ou omeprazol;

É fundamental a investigação a etiologia e considerar transfusão em caso de anemia aguda.

- **Trauma craniano**

O tratamento para trauma craniano consiste na elevação o FVIII ou F IX a 80% – 100 % e iniciar propedêutica para hemorragia intra craniana com:

- ✓ Avaliação neurológica: Elevar o F VIII ou F IX a 100%, imediatamente antes da cirurgia.
- ✓ Pós-operatório: Manter o F VIII ou F IX a 40% (infusão a cada 8 horas) até o 3º dia
- ✓ de P.O., manter o F VIII ou F IX a 50% (infusão a cada 12 horas) do 4º ao 7.º dia de P.O., manter o F VIII ou F IX a 30% (infusão a cada 24 horas) até a retirada dos pontos (10 - 14 dias de P.O).

- **Cirurgias de grande porte**

- ✓ **Pré-operatório:** Elevar o F VIII ou F IX a 100%, imediatamente antes da cirurgia.
- ✓ **Pós-operatório:** Manter o F VIII ou F IX a 50% (infusão a cada 12 horas) do 4º ao 7º dia de P.O., manter o F VIII ou F IX a 50% (infusão a cada 24 horas) do 8º ao 14.º dia de P.O. ou até a retirada total dos pontos.



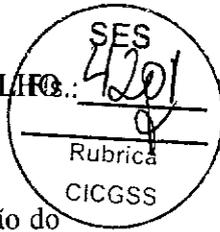
- ✓ **Cuidados no pós-operatório:** Dosar o F VIII ou FIX a cada 3 dias. Sempre reavaliar as doses de terapia de reposição de acordo com a evolução clínica, principalmente na vigência de hematomas volumosos e infecção. Dar preferência à infusão contínua (vide sessão). Nas cirurgias ortopédicas, manter a terapia de reposição por até 6 semanas, quando necessário.

- **Procedimentos invasivos**

Devem ser precedidos de terapia de reposição, com níveis adequados, conforme especificado na tabela abaixo:

Procedimento		F.VIII		F.IX		Frequência		Duração
		%	UI/Kg	%	UI/Kg	F.VIII	F.IX	
Vacinas intramusculares		-	-	-	-	-	-	-
Punção arterial		-	-	-	-	-	-	-
Eletromiografia		-	-	-	-	-	-	-
Mielograma		-	-	-	-	-	-	-
Biópsia	Pele	50	25	50	50	DU	DU	DU
	Mucosa	30	15	30	30	DU	DU	repetir S/N
	Músculo	50	25	50	50	DU	DU	repetir S/N
Broncoscopia	Preparo	30-50	15-25	30-50	30-50	DU	DU	DU
	Com Biópsia	30	15	30	30	1 x dia	1 x dia	1 dia
	Sem Biópsia	80	40	80	80	DU	DU	DU
Endoscopia Digestiva	Alta com biópsia	80	40	60	60	1 x dia	1 x dia	1 dia
	Baixa com biópsia	40	20	30	30	1 x dia	1 x dia	2-3 dias
Punção lombar		100	50	100	100	DU	DU	DU

- **Procedimentos odontológicos**



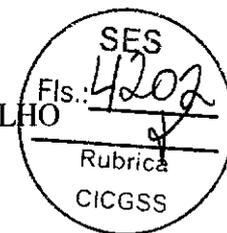
Todos os procedimentos odontológicos deverão levar em consideração a discussão do caso entre o dentista e o hematologista responsável para se definir o esquema de tratamento, tendo-se em vista o tipo de procedimento e a disponibilidade de recurso terapêutico. Além disso, o antifibrinolítico, quando indicado, deverá ser iniciado 24 horas antes do ato cirúrgico, nas doses habituais durante 5 a 7 dias.

Levando-se em consideração que a capacidade dos diversos serviços ainda é bastante diferenciada, o esquema sugerido na tabela acima é recomendado para os centros que adquiriram experiência suficiente no emprego de esquemas de reposição com menor número de doses. No caso de profissionais com menos experiência e/ou na ausência do selante de fibrina e/ou outros tratamentos locais, o tratamento de reposição será possivelmente mais utilizado. Nos casos de endodontias, por exemplo, alguns profissionais recomendariam o uso de dose única de fator antes do procedimento (juntamente com o antifibrinolítico oral e medidas locais), nas doses preconizadas para o tratamento periodontal. O mesmo procedimento ocorre nas exodontias, no caso do odontólogo ser inexperiente e/ou na ausência de selante de fibrina e outros tratamentos locais. Nestas situações, o tratamento de reposição poderá ser utilizado por tempo variável (entre 1 e 4 dias de P.O.), de acordo com avaliação clínica do hematologista e do odontólogo. Neste caso, deve-se preferir, sempre que possível, utilizar os antifibrinolíticos, que, na maioria dos casos é tão eficaz que dispensa a reposição de fator. O conhecimento do quadro clínico e da resposta de cada paciente é fundamental para a programação dos procedimentos.

Quanto aos pacientes com inibidores de alta resposta, os mesmos devem ser tratados em centros com maior experiência, sempre que possível.

2.7.1.2. ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA.

2.7.1.2.1. PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO SEGURA



2.7.1.2.1.1. Introdução

A transfusão de sangue e seus componentes precisam ser rigorosamente recomendados na saúde, pois toda transfusão está sujeita a riscos ao receptor, seja imediato ou tardio.

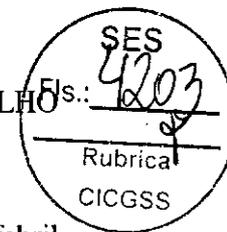
A indicação de transfusão de sangue requer análise e aprovação da equipe médica do serviço de hemoterapia. Ao indicar a transfusão o médico deve considerar os seguintes aspectos, de acordo com orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS):

- A melhoria clínica que a transfusão trará para o paciente;
- Se os benefícios da transfusão são maiores que os riscos associados a ela (reação transfusional hemolítica, transmissão de agentes infecciosos, aloimunização, etc);
- Se existem alternativas terapêuticas disponíveis (uso de eritropoetina, ferro oral, ácido fólico, concentrados de fatores da coagulação, recuperação intraoperatória de sangue, etc.);
- Os indicadores clínicos e laboratoriais que justificam a necessidade da transfusão e podem ser utilizados como parâmetro de seguimento.

As instituições que realizam transfusão de sangue devem manter, nos prontuários dos pacientes submetidos a este procedimento, os registros relacionados à transfusão, como data, hora de início e término da transfusão de sangue, sinais vitais no início e no término, origem e identificação das bolsas dos hemocomponentes, identificação do profissional responsável e registro de reação transfusional.

Além disso, são necessários verificação e registro dos sinais vitais (temperatura, frequência respiratória, pressão arterial e pulso) do paciente submetido ao procedimento, imediatamente antes do início e após seu término; o acompanhamento nos primeiros dez minutos da transfusão pelo profissional de saúde qualificado; e o monitoramento dos pacientes durante o transcurso do ato transfusional. Tais ações possibilitam não só a detecção precoce de eventuais reações adversas, mas também sua notificação (BRASIL, 2016).

A reação transfusional é qualquer evento desfavorável que o paciente sofra, em decorrência da transfusão, durante ou após sua administração. As reações transfusionais são classificadas em imunes e não imunes, agudas ou crônicas. A ocorrência de reações



transfusionais varia de acordo com o produto utilizado e o tipo de receptor. A reação febril não-hemolítica (RFNH), por exemplo, ocorre em 1 a 2 % das transfusões de concentrados de hemácias, mas há descrições de incidências de até 38% de RFNH com a utilização de plaquetas randômicas em pacientes oncológicos. O diagnóstico preciso de uma reação permite que o clínico e o hemoterapeuta utilizem estratégias adequadas para a prevenção de novos episódios.

2.7.1.2.1.2. Etiologia

A Portaria 158 de 04 de janeiro de 2016 define que os serviços de Hemoterapia só poderão liberar um hemocomponente para transfusão mediante solicitação por escrito (Requisição de Transfusão- RT), com assinatura legível do médico responsável e número de registro profissional-CRM. Na solicitação devem estar preenchidas obrigatoriamente de forma legível as seguintes informações:

- Hospital;
- Nome completo sem abreviações,
- Prontuário,
- Enfermaria/ Leito;
- Diagnóstico;
- Indicação da transfusão (no caso de reserva cirúrgica deve ser especificada a cirurgia programada);
- Exames laboratoriais que justifiquem a transfusão;
- Modalidade de transfusão: (**Programada**- para determinado dia e hora, **não urgente**- a ser transfundida dentro das 24 horas, **urgente**- a ser realizada dentro de 3 horas, **extrema urgência**- quando não é possível esperar o término dos testes pré-transfusionais).

Observação: O médico deve assinar a declaração de responsabilidade médica para transfusões em situações especiais constante no rodapé da RT.

- Reserva (para procedimentos invasivos, com data marcada);
- Componente solicitado, volume e recomendações especiais que porventura se façam necessárias (filtração, irradiação, fenotipagem, aliquotagem ou lavagem);



- Data de nascimento;
- Idade;
- Sexo;
- Nome da mãe;
- CPF, se disponível;
- Histórico transfusional, gestacional e de reações prévias;

2.7.1.2.1.3. Objetivo

Assegurar a segurança na transfusão de hemocomponentes e hemoderivados distribuídos na Hemorrede Pública de Goiás.

2.7.1.2.1.4. Procedimento

2.7.1.2.1.4.1 Coleta de amostras pré-transfusionais:

O paciente que possui indicação de receber transfusão de sangue/hemocomponentes deve ser orientado sobre seus riscos e benefícios e deve concordar em ser submetido ao procedimento. Alguns serviços utilizam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Transfusão a fim de registrar esta concordância. Por meio desse documento o paciente pode também autorizar a coleta de amostras do seu sangue para avaliação de seu estado sorológico antes da transfusão, o que auxiliará na investigação de suspeita de transmissão de doenças infecciosas pelo sangue transfundido já que este risco, embora atualmente muito reduzido, ainda exista.

Após o consentimento do paciente são coletadas as amostras pré- transfusionais. Essas amostras devem ser coletadas para esse fim específico e identificadas no momento da coleta, com os seguintes dados:

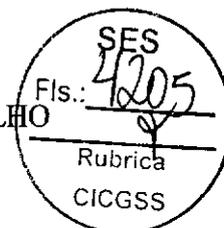
- Nome completo do receptor sem abreviações;
- Prontuário;
- - Nome de quem coletou a amostra;



IDTECH

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO
idtech.org.br

PROPOSTA DE TRABALHO



- - Data da coleta.

Observação: Devem ser colhidos 1 tubo com EDTA e 1 tubo seco.

2.7.1.2.1.4.2 Uso clínico do concentrado de hemácias (CH)

O Concentrado de Hemácias (CH) é o componente obtido a partir da remoção do plasma sobrenadante de uma unidade de sangue total coletada em sistema fechado de bolsas plásticas, contendo solução anticoagulante (CPD - citrato, fosfato e dextrose).

Após a centrifugação e o fracionamento, é adicionada solução preservante (SAGmanitol) ao CH para melhorar as condições de armazenamento e aumentar a validade para 42 dias. A coleta pode ser feita também em equipamentos automatizadas (aférese), quando é possível coletar até duas unidades de um único doador.

Dose e modo de administração

Transfundir 4 mL/kg (CH com solução aditiva) de peso corporal geralmente permite obter a elevação do hematócrito do paciente em 3% e da hemoglobina em 1g/dL.

Avaliar a resposta clínica antes de indicar uma nova transfusão. O objetivo da transfusão nunca deve estar associado à correção total da anemia. Evitar transfusões eletivas à noite.

Nos primeiros 15 minutos, a transfusão deve ser realizada a 15 gotas por minuto para permitir a identificação precoce de reações imediatas graves.

Habitualmente, 1 CH pode ser infundido em 2 horas. Entretanto, em pacientes idosos, nefropatas, cardiopatas ou com sobrecarga volêmica, o CH deve ser infundido na velocidade de 1mL/kg do receptor/hora, até o tempo máximo de 4 horas.

- **Compatibilidade para os sistemas ABO e RHD**

A compatibilidade para os sistemas ABO e RhD deve ser sempre respeitada, embora não seja necessário transfundir componentes de grupo idêntico ao do receptor. Quando não houver componentes RhD negativo disponíveis e o paciente apresentar urgência transfusional, podem ser transfundidas unidades RhD positivo em pacientes RhD negativo, com autorização

506

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO - IDTECH

Rua Ol. Cel. S.J., 11. 827-85 m.º 18-Terraço, Setor Oeste, CEP 74.115-090 - Goiânia-Goiás - CAPSA - 07.916.5409/23-23
Fone/Fax (61) 621.3209, 6798 - www.idtech.org.br - contato@idtech.org.br



do clínico responsável pelo paciente endossada pelo hemoterapeuta. Essa conduta está restrita a pacientes não sensibilizados (ausência de anti-D) e deve ser evitada em crianças do sexo feminino e mulheres em idade fértil, em virtude do risco de complicações futuras associadas ao desenvolvimento de DHPN. Antes de qualquer transfusão de hemácias, é obrigatória a realização dos testes pré-transfusionais (tipagem ABO e RhD, Pesquisa de Anticorpos Irregulares – PAI e Prova de Compatibilidade – PC) realizados a partir de uma amostra de sangue do receptor colhida há menos de 72 h, no caso de adultos. O tempo MÍNIMO para realização dos testes é de 45 minutos.

O objetivo das provas pré-transfusionais é evitar a ocorrência de hemólise imune durante ou após a transfusão. Resultados anormais nesses testes implicam em necessidade de novas provas para esclarecimento e podem retardar a liberação de hemocomponentes para transfusão.

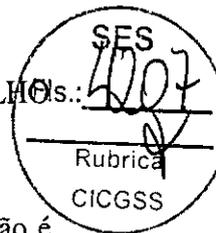
- **Indicações de transfusão**

A decisão de transfundir hemácias deve ser o resultado de uma cuidadosa avaliação do paciente, considerando parâmetros clínicos e não apenas resultados de testes laboratoriais. Os mecanismos fisiológicos de compensação da anemia (alterações no débito cardíaco, viscosidade sanguínea, resistência vascular periférica e na curva de dissociação da hemoglobina) são eficazes em manter adequado o aporte de oxigênio aos tecidos quando o nível de hemoglobina diminui.

A principal indicação para transfusão de CH é melhorar a oxigenação tecidual em pacientes anêmicos. Indicações imprecisas como melhoria da sensação de bem-estar ou promoção da cicatrização de feridas cirúrgicas e expansão do volume intravascular devem ser evitadas.

- **Transfusão em adultos e crianças maiores que 4 meses de Vida**

Não existem evidências de alterações na oferta tecidual de oxigênio, no consumo de oxigênio, alterações no lactato plasmático e alterações eletrocardiográficas em repouso em



indivíduos adultos saudáveis mesmo com hemoglobina <5 g/dL. O benefício da transfusão é mais difícil de ser estabelecido e a transfusão deve ser menos comumente indicada em pacientes cronicamente anêmicos, condição frequentemente relacionada a deficiências nutricionais ou condições que aceleram a destruição das hemácias, diminuindo sua meia-vida ou interferem em sua produção.

Nesses casos, os mecanismos compensatórios atuam de forma eficaz reduzindo o impacto da diminuição do nível de hemoglobina na oxigenação dos tecidos e a principal abordagem a ser considerada é definir a etiologia do quadro para determinação da abordagem terapêutica mais adequada, como reposição de elementos imprescindíveis à eritropoese (ferro, B12, ácido fólico), por exemplo.

Vários estudos demonstram que a hemoglobina acima de 9 g/dL é bem tolerada e raramente acarreta repercussões clínicas, não havendo necessidade de correção transfusional acima desses níveis. Mesmo em pacientes críticos não existem evidências que corroborem a indicação de transfusão de hemácias com hemoglobina acima de 9 g/dL e o gatilho transfusional de 7g/dL é considerado adequado, com o objetivo de manter a concentração de hemoglobina entre 7 e 9 g/dL. Por essa razão, a transfusão está contraindicada quando o nível de hemoglobina atual e estimativas futuras está acima de 9 g/dL.

Níveis de hemoglobina abaixo de 7 g/dL podem estar associados a sinais e sintomas relacionados à diminuição de oxigenação tecidual e a transfusão é considerada adequada na maioria das situações. Diversos estudos têm demonstrado morbi-mortalidade semelhante ou até menor em pacientes submetidos a protocolos restritivos de transfusões. Pacientes com necessidade de cuidados intensivos, com choque séptico, hemorragia digestiva alta e com delirium apresentam menos complicações quando são submetidos a transfusão apenas quando Hb for menor que 7g/dL.

Em pacientes com infarto agudo do miocárdio, angina instável ou angina estável que serão submetidos a cateterismo, um nível mais alto de hemoglobina (10 g/dL) parece ser adequado para o início das transfusões, porém outros estudos são necessários para confirmar esse gatilho.

Pacientes com doenças cardiovasculares pré-existentes, e estáveis, deverão ser transfundidos apenas quando a Hb for menor que 8g/dL ou apresentarem sintomas



relacionados ao quadro anêmico. Convém salientar que em algumas situações clínicas, com o paciente estável e com alternativas terapêuticas viáveis (deficiência de ferro, megaloblastose, etc), a transfusão deve ser evitada.

A estratégia transfusional para níveis de hemoglobina entre 7g/dL e 9g/dL deve ser definida pelas manifestações clínicas apresentadas pelo paciente bem como pelas intervenções cirúrgicas programadas, ou seja, as perdas sanguíneas que o paciente terá. A indicação de transfusão deve considerar os sinais e sintomas associados à anemia apresentados pelo paciente, buscando valorizar principalmente sinais objetivos de sobrecarga cardiocirculatória (dispneia aos mínimos esforços, por exemplo) em detrimento de sintomas vagos como cansaço e astenia.

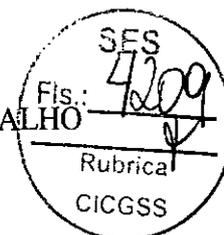
- **Transfusão em situações de extrema-urgência**

A liberação de concentrado de hemácias antes do término dos testes pré transfusionais pode ser feita, desde que obedecidas as seguintes condições:

O quadro clínico do paciente justifique a emergência, isto é, quando o retardo no início da transfusão coloca em risco a vida do paciente. Lembrar que a liberação de um concentrado de hemácias com segurança ocorrerá em um prazo de 40 minutos após a coleta da amostra.

O médico responsável pelo paciente assine a "Declaração de responsabilidade médica para transfusões em situações especiais" constante na parte inferior da Requisição de Transfusão, no qual afirma expressamente o conhecimento do risco e concorde com a transfusão.

A agência transfusional deve ser acionada o mais precocemente possível para o início do protocolo. Se não houver amostra do paciente no serviço, essa deve ser colhida assim que possível, antes da transfusão ou pelo menos antes da administração de grande quantidade de hemocomponentes. Serão liberados concentrados de hemácias (O) negativos, quando não houver tempo para tipar o sangue do receptor.



O envio da bolsa não implica a interrupção das provas pré-transfusionais, que serão continuadas normalmente. Em caso de anormalidades nos testes, o médico assistente será imediatamente notificado.

2.7.1.2.1.4.3 Uso clínico do concentrado de plaquetas (CP)

O Concentrado de Plaquetas (CP) é o componente obtido a partir da separação, por centrifugação, das plaquetas contidas em uma unidade de sangue total, ou por aférese. Os componentes apresentam volume e quantidade de plaquetas diferentes dependendo do método de preparação utilizado, o que interfere na forma de utilização de cada um deles. O CP é armazenado à temperatura de 20° a 24° C, sob agitação contínua, por 5 dias.

- **Indicações**

A transfusão de plaquetas é indicada para prevenção ou tratamento de pacientes com trombocitopenia ou disfunção plaquetária. Não é indicada em todas as causas de trombocitopenia, sendo, em algumas situações, até contraindicada.

A decisão de transfundir plaquetas deve ser precedida, sempre que possível, de uma avaliação clínica para identificar a causa da trombocitopenia e estabelecimento da terapêutica apropriada.

A recuperação pós-transfusional de plaquetas pode ser alterada por condições inerentes ao componente (tempo de armazenamento e compatibilidade ABO) e ao receptor (esplenomegalia, hemorragia ativa, CIVD, febre, uso de antibióticos ou aloimunização).

- **Transfusão profilática**

Essas indicações se aplicam a pacientes com trombocitopenia e sem sinais de hemorragia.



IDTECH

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO
idtech.org.br

PROPOSTA DE TRABALHO



- ✓ **Pacientes oncológicos, hematológicos ou pós-transplante de medula óssea sem fatores de risco para sangramento*: $\leq 10.000/\mu\text{L}$.**
- ✓ **Pacientes oncológicos, hematológicos ou pós-transplante de medula óssea com fatores de risco para sangramento*: $\leq 20.000/\mu\text{L}$.**
- ✓ **Leucemia promielocítica: $\leq 30.000/\mu\text{L}$**
- ✓ **Pacientes pediátricos: $\leq 5.000/\mu\text{L}$**
- ✓ **Transfusão maciça com coagulopatia: $\leq 50.000/\mu\text{L}$**

Legenda: *Sepse, antibioticoterapia, febre, manifestações hemorrágicas menores (petéquias, equimoses, gengivorragia), doença do enxerto versus hospedeiro, hiperleucocitose (≥ 30.000) e esplenomegalia.

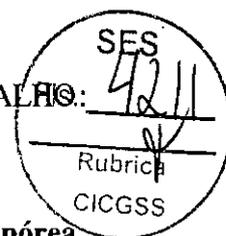
- **Contraindicações de transfusão profilática**

- ✓ - Púrpura trombocitopênica trombótica;
- ✓ - Púrpura trombocitopênica imune;
- ✓ - Trombocitopenia induzida por heparina;
- ✓ - Coagulação intravascular disseminada;
- ✓ - Dengue hemorrágica;

- **Transfusão terapêutica**

Essas indicações se aplicam a pacientes com trombocitopenia e hemorragia ativa.

- ✓ **Sangramento ativo graus 2-4 (escala da OMS): $\leq 50.000/\mu\text{L}$;**
- ✓ **Sangramento em sistema nervoso central: $\leq 100.000/\mu\text{L}$;**
- ✓ **Sangramento (graus 2-4) em pacientes portadores de disfunção plaquetária congênita ou adquirida (inclusive por uso de drogas antiagregantes ou AINES) independente da contagem de plaquetas;**
- ✓ **Transfusão maciça com sangramento ou alteração da coagulação: $\leq 100.000/\mu\text{L}$;**
- ✓ **Coagulação intravascular disseminada com sangramento: $\leq 50.000/\mu\text{L}$;**



- ✓ **Sangramento microvascular em paciente submetido a circulação extracorpórea (tempo > 2 horas): $\leq 50.000/\mu\text{L}$**

*Escala de gravidade de sangramento (OMS)
Grau 0: ausência de sangramento
Grau 1 (sangramento mínimo): petéquias/equimoses, epistaxe ou sangramento orofaríngeo por menos de 1h, sangramento oculto nas fezes (traço a 1+), hemoglobinúria (traço a 1+), hemorragia retiniana sem redução de acuidade visual, sangramento transvaginal mínimo.
Grau 2 (sangramento leve): melena, hematêmese, hemoptise, hematúria, hematoquezia ou sangramento transvaginal que não demande transfusão de hemácias ou aumente a necessidade transfusional previamente existente; epistaxe ou sangramento orofaríngeo por mais de 1h, sangramento oculto nas fezes (2+ ou mais), hemoglobinúria (2+ ou mais).
Grau 3 (sangramento maior) - melena, hematêmese, hemoptise, hematúria, hematoquezia, sangramento transvaginal, epistaxe, sangramento orofaríngeo, hemoglobinúria que demande transfusão de mais de 1-2 concentrados de hemácias/dia, sangramento de SNC detectado por tomografia sem consequências clínicas, sangramento em sítio de punção venosa profunda que demande transfusão de hemácias.
Grau 4 (sangramento grave) - hemorragia retiniana sem redução de acuidade visual, sangramento de SNC com consequências clínicas, sangramento em órgãos vitais (hemorragia pulmonar, hemopericárdio etc.), sangramento maciço com instabilidade hemodinâmica, hemorragia potencialmente fatal independente da localização.

- **Indicações de transfusão para procedimentos Cirúrgicos e/ou invasivos**

A habilidade da equipe cirúrgica responsável pelo procedimento é preponderante para definir o risco de sangramento, e a experiência da equipe deve ser considerada para definir a necessidade de reposição pré-operatória. As recomendações abaixo podem ser utilizadas como parâmetro:

- ✓ **- Punção lombar para coleta de líquido ou quimioterapia**

pacientes pediátricos: $\leq 50.000/\mu\text{L}$

pacientes adultos: $\leq 50.000/\text{MI}$



✓ - **Endoscopia digestiva**

sem biópsia: $\leq 20.000 - 40.000/\mu\text{L}$

com biópsia: $\leq 50.000/\mu\text{L}$

Biopsia hepática: $\leq 50.000/\mu\text{L}$

✓ - **Broncoscopia com instrumento de fibra óptica**

sem biópsia: $\leq 20.000 - 40.000/\mu\text{L}$

com biópsia: $\leq 50.000/\mu\text{L}$

✓ - **Cirurgias de médio e grande porte: $\leq 50.000/\mu\text{L}$**

✓ **Cirurgias oftalmológicas e neurológicas: $\leq 100.000/\mu\text{L}$**

✓ **Esplenectomia na PTI: não transfundir profilaticamente antes da cirurgia.**

Considerar a necessidade de assegurar a disponibilidade de CP para utilização durante o ato cirúrgico, se necessário.

✓ **Biópsia de medula óssea: $\leq 20.000/\mu\text{L}$**

Em todos os casos acima, recomenda-se:

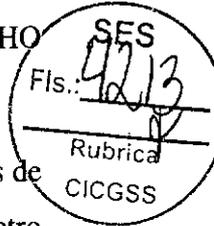
✓ - Iniciar a transfusão profilática 30 minutos antes do procedimento cirúrgico;

✓ Assegurar a disponibilidade de CP durante a realização do procedimento cirúrgico, para o caso de haver necessidade de novas transfusões.

✓ **Dose e modo de administração**

Uma unidade colhida por aférese e um *pool* preparado a partir do *buffycoat* apresentam um número de plaquetas correspondente a uma dose.

O controle da elevação de plaquetas, quando indicado, pode ser feita com contagem 15 minutos ou uma hora após o término da transfusão. O incremento esperado é de 2.000 a 5.000 plaquetas para cada CPR transfundido ou 20.000 a 40.000 plaquetas para cada CPA ou CPBC transfundido. No entanto, é preciso considerar os fatores que podem estar relacionados à refratariedade plaquetária, como febre, infecção, uso de antibióticos, esplenomegalia e fatores imunológicos.



O intervalo de 24 horas entre as doses geralmente é suficiente para manter os níveis de plaquetas desejados. Em caso de hemorragia, a parada do sangramento deve ser o parâmetro principal na decisão ou não de novas transfusões.

Infundir o CP permitindo gotejamento livre, de forma que a transfusão seja totalmente completada em, no máximo, uma hora.

- **Compatibilidade para os sistemas ABO e RHD**

- ✓ **Compatibilidade ABO**

Deve-se dar preferência à transfusão de concentrado de plaquetas ABO idêntico ao paciente, sempre que possível, entretanto pode-se transfundir plaquetas incompatíveis sem repercussões importantes para o paciente. Deve-se avaliar a pesquisa de hemolisinas anti-A e anti-B e transfundir preferencialmente se o resultado for negativo para o antígeno ABO do receptor (p. ex.: Evitar transfundir plaquetas (O) com hemolisina A positiva em pacientes A ou AB). Essa informação está disponível no rótulo dos CP.

- ✓ **Compatibilidade RhD**

Plaquetas RhD negativas devem ser reservadas para pacientes RhD negativos, especialmente pessoas do sexo feminino com menos de 45 anos.

Se plaquetas RhD positivas forem transfundidas nessas pacientes deve-se administrar uma dose de 250UI de imunoglobulina anti-D para prevenir a formação de anticorpo anti-D nessas pacientes pelo risco de uma doença hemolítica perinatal futura. Essa dose é suficiente para 5 transfusões de plaquetas RhD positivas em até 6 semanas ou até o desaparecimento do anti-D passivo.

Não é obrigatório administrar imunoglobulina anti-D em mulheres pós-menopausa ou homens RhD negativos em caso de transfusão de plaquetas RhD positivas.



2.7.1.2.1.4.4 Uso clínico do plasma fresco congelado (PFC)

O Plasma Fresco Congelado (PFC) é o componente obtido a partir da retirada, por centrifugação, do plasma sobrenadante de uma unidade de sangue total doada voluntariamente, após centrifugação. Após a separação o plasma é submetido a congelamento rápido (em mais ou menos 30 minutos) até 24 horas após a coleta, o que permite a preservação de todos os fatores da coagulação, fibrinólise, complemento, proteínas e sais minerais.

A obtenção por coleta automatizada (aférese) também pode ser feita, com a possibilidade de coletar um maior volume de plasma a partir de um mesmo doador. O PFC é armazenado em temperatura inferior a -20°C ou -30°C , por 12 ou 24 meses, respectivamente. Após esse período passa a ser denominado Plasma Comum (PC) e pode ser armazenado por mais quatro ou três anos, completando um período total de cinco anos de armazenamento.

O PC é obtido também quando o congelamento do plasma coletado ocorre após 24h após a coleta e não tem indicação transfusional devendo ser enviado para indústria de fracionamento de plasma para produção de concentrado de albumina humana ou imunoglobulina inespecífica.

- **Indicações**

O plasma fresco congelado deve ser usado no tratamento de pacientes com distúrbio da coagulação, particularmente naqueles em que há deficiência de múltiplos fatores e apenas quando não estiverem disponíveis produtos com concentrados estáveis de fatores da coagulação, com menor risco de contaminação viral.

O tempo de protrombina (TP) maior que 1,5 vezes o ponto médio da variação normal e/ou o tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) maior do que 1,5 vezes o limite superior do normal, podem ser usados como parâmetro para reposição, de acordo com a situação clínica do paciente.



- **Situações em que está justificado o uso do plasma Fresco congelado**

Sangramento ou profilaxia de sangramento causado por deficiência isolada de fator da coagulação para a qual não há produto com menor risco de contaminação viral (concentrado de fator da coagulação) disponível.

Na hepatopatia com sangramento ativo pode haver benefício a partir da reposição de PFC e não há indicação de uso em pacientes com TAP alargado sem sangramento. O uso antes de procedimentos invasivos pode ser feito, embora, nestes casos, a utilização de técnica cirúrgica cuidadosa realizada por profissional experiente na realização do procedimento pareça ser o principal fator para prevenir complicações hemorrágicas.

Coagulação Intravascular Disseminada em vigência de sangramento ativo.

O tratamento do fator desencadeante do distúrbio é a abordagem principal para controle do quadro.

Sangramento severo causado por uso de anticoagulantes orais (Warfarina) ou necessidade de reversão urgente da anticoagulação para realização de procedimentos invasivos nesses pacientes. O uso do Complexo Protrombínico sempre que disponível, é preferível ao PFC, por apresentar menor risco de transmissão de vírus e grande eficácia na reversão da anticoagulação.

Transfusão maciça com sangramento por coagulopatia.

Edema angioneurótico recidivante (Edema de Quincke) causado por déficit de inibidor de C1q-esterase.

Púrpura trombocitopênica trombótica (PTT) em regime de troca plasmática, sendo que nessa situação pode-se optar pelo plasma isento de crioprecipitado (PIC).

- **Situações em que não está justificado o uso do plasma**

- ✓ Uso como expansor volêmico e em pacientes com hipovolemias agudas (com ou sem hipoalbuminemia);



- ✓ Em sangramento sem coagulopatia;
- ✓ Para correção de testes anormais da coagulação na ausência de sangramento;
- ✓ Em estados de perda protéica e imunodeficiências;
- ✓ Septicemias;
- ✓ Grandes queimados;
- ✓ Imunodeficiências;
- ✓ Complemento de nutrição parenteral;
- ✓ Tratamento de desnutrição;
- ✓ Melhoria da cicatrização;
- ✓ Fonte de imunoglobulina;
- ✓ Reposição em sangrias terapêuticas.

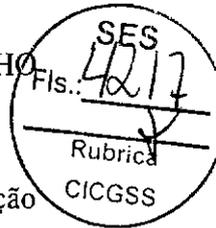
• **Dose e modo de administração**

A dose de ataque deve ser de 10-20 mL de PFC por quilo de peso (aumenta de 20% a 30% os níveis dos fatores de coagulação do paciente, chegando a níveis hemostáticos).

Se a paciente mantiver sangramento relacionado à coagulopatia, deve ser transfundido mais 5ml/kg a cada 6 horas. O controle do sangramento deve ser considerado como parâmetro para parada da reposição de PFC.

Considerar as propriedades de expansão de volume do PFC como um fator desencadeante de sobrecarga volêmica quando a infusão de grandes volumes é realizada. Nesses casos é necessário o monitoramento rigoroso do paciente para evitar desencadeamento de complicações cardíacas e respiratórias.

Embora não haja correlação direta entre alterações de tempo de protrombina (TAP), tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa) e risco de sangramento, quando utilizada na correção de deficiência de múltiplos fatores da coagulação, a reposição de PFC deve ser monitorizada laboratorialmente. O TAP maior que 1,5 vezes o ponto médio da variação normal e/ou o TTPa maior do que 1,5 vezes o limite superior do normal, podem ser usados como parâmetro para reposição, de acordo com a situação clínica do paciente.



Quando for utilizado para correção de deficiências de fatores isolados da coagulação (V ou XI, por exemplo), a dose deve considerar o objetivo da reposição, meia-vida do fator repostado, e o nível basal do fator no paciente, para definir o intervalo entre as doses.

Uma vez descongelado, o PFC deve ser usado o mais rapidamente possível e não exceder 24 horas se mantido em refrigeração (2-6°C). Depois de descongelado, não pode haver recongelamento.

• **Compatibilidade ABO e RHD**

Não é necessário realizar provas de compatibilidade antes da transfusão de PFC.

Os componentes devem ser ABO compatíveis, mas não necessariamente idênticos (ver abaixo).

O sistema Rh não deve ser considerado.

COMPONENTE	PACIENTE
A	A e O
B	B e O
O	O
AB	A, B, O e AB

2.7.1.2.1.4.5 Uso clínico do crioprecipitado (CRIO)

Crioprecipitado é a fração do plasma insolúvel em frio, preparado a partir do descongelamento de uma unidade de plasma fresco congelado em temperatura entre 2°C e 6°C e remoção do plasma sobrenadante. A proteína precipitada é então recongelada em intervalo de 1 hora e armazenada por um ou dois anos dando origem a um componente com volume entre 10 e 15 mL. Contém glicoproteínas de alto peso molecular principalmente fator VIII, fator de Von Willebrand (FvW), fator XIII, fibrinogênio e fibronectina e se constitui na



principal fonte de fibrinogênio para transfusão. Pode ser usado como fonte para produção de cola de fibrina. O PFC que deu origem ao CRIO também é recongelado e passa a ser chamado plasma isento de CRIO (PIC) com validade de 12 meses a partir da coleta, devendo ser armazenado à temperatura de -20°C (20°C negativos) ou inferior.

- **Indicações**

O CRIO pode ser utilizado na reposição de fibrinogênio em pacientes com hemorragia por hipofibrinogenemia congênita ou adquirida (<100mg/dL), disfibrinogenemia ou deficiência de fator XIII. Algumas situações clínicas podem estar associadas com hipofibrinogenemia adquirida, como, coagulação intravascular disseminada (CID), coagulopatia da transfusão maciça ou como complicação de tratamento trombolítico. Somente 50% do total dos 200mg de fibrinogênio administrados/bolsa no paciente com complicações devido à transfusão maciça são recuperados.

Reposição de fator XIII da coagulação em pacientes com deficiência congênita e sangramento.

- **Contraindicações**

O CRIO não deve ser usado para reposição de outros fatores da coagulação que não sejam fibrinogênio ou Fator XIII.

Utilização do CRIO para reposição de fator VIII da coagulação em pacientes com hemofilia A.

Observação: A utilização do CRIO na reposição de fator VIII da coagulação em pacientes com hemofilia A foi abandonada em virtude das opções terapêuticas disponíveis como o fator VIII recombinante e derivados de fator VIII pós-inativação viral. Na Doença de von Willebrand a desmopressina (DDAVP) FVIII rico em FvW ou Concentrado de FvW devem ser preferencialmente utilizados.

- **Dose e modo de administração**



Antes de ser utilizado o CRIO deve ser completamente descongelado a 37°C em banho-maria ou equipamento apropriado e exclusivo para esse fim. Uma vez descongelado, deve ser usado o mais rapidamente possível ou mantido à temperatura de 20 a 24°C até no máximo 6 horas. Não pode ser recongelado.

Hipofibrinogenemia (fibrinogênio <100mg/dL ou <200mg/dL em hemorragia do ciclo gravídico-puerperal): 01 unidade a cada 7 kg (repetir dosagem de fibrinogênio após infusão).

Deficiência de fator XIII: 01 unidade a cada 10 kg com intervalo de 7 a 14 dias.

- **Compatibilidade ABO e RHD**

Não é necessário realizar prova de compatibilidade antes da transfusão de CRIO.

Crianças com menos de 10 anos ou 35 quilos devem receber unidades ABO compatíveis. Não há indicação de compatibilidade ABO nos demais casos. O sistema RhD não deve ser considerado.

- **Transfusão maciça**

A hemorragia periparto é uma das principais causas de óbito materno. Um dos fatores relacionados a isso é a percepção visual inadequada da quantidade de sangramento. A avaliação mais objetiva do volume de sangramento pode ser alcançada pelo uso do índice de choque (OSI), constituído pela relação frequência cardíaca dividida pela pressão sistólica. Estudo retrospectivo [5] sugeriu o uso de uma relação maior igual a 1 como preditora de risco elevado de complicações e necessidade de transfusão. Quando a frequência cardíaca se torna superior à pressão sistólica em 10 e 30 minutos após o início do sangramento, a paciente deve ser tratada como de alto risco. Deve-se iniciar prontamente reposição de cristaloides. Se não houver melhora do índice, a transfusão está indicada. Não se devem incluir nessa avaliação as pacientes com pré-eclâmpsia, que o risco pode ser falseado pela hipertensão.

Colher 2 tubos de tampa roxa (Hemograma e 1 tubo para AT), 1 de tampa azul (TAP, TTPA, fibrinogênio) e 1 de tampa amarela ou vermelha (para AT).



Preencher a RT solicitando o preparo de 2 CH com urgência ou a liberação de CH pelo protocolo de extrema urgência (vide acima).

Quando não ocorrer estabilização da pressão arterial apenas com reposição de cristaloides, a transfusão de CH está indicada. Se houver previsão de utilização de mais de 4 CH, solicitar também 3 PFC 10ml/kg e 1 concentrado de plaquetas (CPBCF ou CPAF). Colher novos exames após a transfusão dos hemocomponentes (CH +PFC + CP). Se paciente mantiver sangramento e INR>1,5: transfundir mais 5mL/kg de PFC – fazer a cada 6h.

Se paciente mantiver sangramento e plaquetas <100.000/mm³: transfundir mais 1 CP.

Se paciente mantiver sangramento e fibrinogênio <200mg/dL em hemorragia do ciclo gravídico-puerperal (ou 150mg/dL nos demais pacientes): transfundir 1 unidade de crioprecipitado a cada 7 kg.

Seguir a tabela abaixo se sangramento mantido e proceder conforme protocolo de sangramento periparto.

HEMOCOMPONENTE	1º CICLO	2º CICLO	3º CICLO
CH	4	4	4
PFC	3	3	3
PLAQUETAS	1	1	1
CRIOPRECIPTADO	-	10	10

2.7.1.2.2. PROTOCOLO DE RESERVA CIRÚRGICA

2.7.1.2.2.1. Introdução

A reserva cirúrgica de hemocomponentes consiste em compatibilizar unidades de CH antes do procedimento cirúrgico, de forma que permaneçam disponíveis no transoperatório e pós-operatório imediato.



Fls.: 422
Rubrica
CICGSS

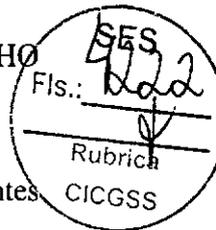
O critério para definição da quantidade de bolsas reservadas depende do potencial de sangramento do procedimento cirúrgico a que o paciente será submetido e, eventualmente, ao risco de sangramento do paciente em função de características clínicas e de particularidades cirúrgicas. Para definir a real necessidade de reserva cirúrgica de hemocomponentes, cada serviço deve conhecer o histórico de utilização de transfusão em seus procedimentos cirúrgicos e pactuar a conduta para evitar sobrecarga para o serviço de hemoterapia, com a realização de testes desnecessários, e a indisponibilidade do estoque de sangue, já que os hemocomponentes reservados não serão usados outros pacientes o que pode inviabilizar outros procedimentos.

A identificação prévia de problemas imunohematológicos que dificultam a compatibilidade transfusional possibilita também o preparo do serviço transfusional para o atendimento a pacientes com necessidades transfusionais específicas. A identificação prévia de discrepâncias na classificação sanguínea e presença de anticorpos irregulares exigem investigação laboratorial mais aprofundada que deve ser feita antes do procedimento cirúrgico, para que possam ser resolvidos a tempo e não haja transtornos durante o atendimento do ato operatório, se necessário. Além disso, situações de falta de componentes compatíveis no estoque (por ABO, Rh ou outros sistemas) devem ser reconhecidas a tempo de postergar o início de procedimentos eletivos.

A introdução desse sistema tem várias vantagens como a redução de sobrecarga de trabalho no serviço transfusional hospitalar - o que permite mais tempo para atender a emergências e investigação de dificuldades na resolução de problemas imunohematológicos, a redução do estresse do pessoal envolvido no atendimento aos pacientes cirúrgicos e maior eficiência no manuseio do estoque intra-hospitalar de hemocomponentes, reduzindo perdas por validade ou permanência das unidades fora da temperatura recomendada.

Cada Comitê transfusional deverá realizar uma tabela indicando a quantidade de hemocomponentes indicada para cada tipo de cirurgia após o cálculo do Índice de pacientes transfundido por cirurgia (IPT):

$$\text{IPT} = \frac{\text{número de pacientes transfundidos} \times 100}{\text{número de cirurgias realizadas}}$$



Resultados de IPT superiores a 10% são sugestivos de reserva de hemocomponentes prévia para cirurgia, valores entre 1-10% permitem realizar classificação sanguínea e pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) sem necessidade de reserva prévia. Valores inferiores a 1% não requerem preparo hemoterápico prévio.

2.7.1.2.2.2. Objetivo

Aumentar a taxa de transfusão de reservas cirúrgicas conscientizando os profissionais das unidades de saúde atendidas pela Hemorrede Pública a não realizar solicitações desnecessárias ou em excesso.

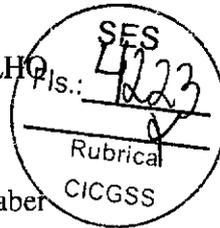
2.7.1.2.2.3. Procedimento

2.7.1.2.2.3.1 Reserva cirúrgica de sangue

- Avaliar o paciente e definir o tipo de cirurgia;
- Verificar no Guia hemoterápico fornecido pelo HEMOGO a quantidade de bolsas de hemocomponentes indicada para cada tipo de cirurgia;
- Orientar o paciente e/ou responsável legal sobre a necessidade de reserva de hemocomponentes e pegar autorização do mesmo via Termo de Consentimento livre e esclarecido de Hemotransfusão;
- Preencher a RT (Requisição de transfusão) com pelo menos 24 horas de antecedência da data do procedimento cirúrgico;

2.7.1.2.2.3.2 Reações transfusionais

A transfusão de hemocomponentes por mais bem indicada que seja pode causar efeitos adversos indesejáveis e levar à morbidade e/ou à mortalidade. Estima-se que o risco de morte relacionado à transfusão de sangue gira em torno de 2,3/1.000.000 de unidades transfundidas. Portanto, o enfoque para se evitar a ocorrência de reações transfusionais e de eventual óbito relacionado a esse evento deve ser dado na direção de uma melhor terapêutica transfusional e.



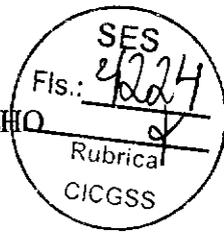
consistirá principalmente em conhecer as características de cada hemocomponente, saber como administrá-lo, indicá-lo corretamente, diagnosticar e tratar as reações transfusionais. A Reação transfusional consiste em qualquer efeito indesejável que ocorre durante ou após a transfusão sanguínea e que está a ela relacionado. As reações transfusionais ocorrem em cerca de 3% dos pacientes transfundidos e podem ser classificadas de acordo com o tempo de aparecimento, em imediatas (até 24h do início da transfusão) ou tardias, e de acordo com a fisiopatologia, em imunes e não-imunes.

Devido à relevância desse tipo de reação é fundamental que o médico e o enfermeiro assistam clinicamente todo paciente submetido à transfusão de hemocomponentes.

Os sinais de alerta para pacientes que estão recebendo transfusão ou que foram transfundidos nas últimas 24 horas: febre, calafrios, tremores, taquicardia, hipotensão e hipertensão, perda da consciência, flushing, urticária, dor (óssea, muscular, torácica, abdominal), dispnéia, náuseas, mal-estar e dor na veia de infusão do hemocomponente.

Cuidados especiais para reações imediatas:

- ✓ PARAR a transfusão e NUNCA reinstalar o hemocomponente;
- ✓ Manter acesso venoso com Soro Fisiológico 0,9%;
- ✓ Avaliar sinais vitais;
- ✓ Checar a identificação do paciente, a etiqueta de transfusão e o rótulo do hemocomponente. Se evidência de troca, comunicar IMEDIATAMENTE a Agência Transfusional;
- ✓ Avaliar presença de sinais de gravidade;
- ✓ Investigar alterações cardiorrespiratórias no paciente;
- ✓ Coletar, se necessário, amostras para exames utilizando acesso venoso diferente daquele onde estava instalada a transfusão;
- ✓ Enviar a bolsa de hemocomponente mesmo que vazia, com as amostras coletadas, ao serviço de hemoterapia.
- ✓ Observar o volume e o aspecto da urina do paciente principalmente quando houver suspeita de incompatibilidade sanguínea e coletar amostras para enviar ao laboratório, quando solicitado pelo médico.



- ✓ Quando houver desconforto respiratório, manter o paciente em decúbito elevado e providenciar, se necessário, material para oxigenoterapia.
- ✓ Administrar medicações prescritas e realizar outros procedimentos terapêuticos quando indicados pelo médico.
- ✓ Manter o paciente sob rigorosa observação;
- ✓ Registrar o evento em prontuário;
- ✓ Notificar a reação.

Hemovigilância e Retrovigilância

Todas as reações transfusionais devem ser notificadas aos órgãos competentes por meio de impresso próprio e notificadas ao Sistema de Notificação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), denominada de Notivisa.

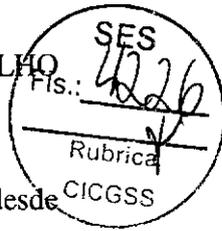
As notificações compõem o Sistema Nacional de Hemovigilância (SNH), o qual avalia e alerta sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência. Um dos processos incluídos na hemovigilância é a retrovigilância, definida como processo de investigação de casos suspeitos de transmissão de doenças transmitidas por transfusão (DTT), compreendendo o resgate histórico das transfusões recebidas por um receptor com a finalidade de descartar ou confirmar a associação da transmissão com as transfusões.

A retrovigilância contempla a investigação não somente para os agentes infecciosos virais como também para bactérias, no caso de contaminação bacteriana do hemocomponente, no sentido de investigar o possível doador infectado.

Classificação das reações transfusionais

As reações transfusionais podem ser classificadas quanto ao tempo de manifestação em imediatas (ocorridas nas primeiras 24 horas após a transfusão) ou tardias (após mais de 24 horas da transfusão).

O quadro abaixo apresenta as reações transfusionais e suas incidências:



É considerada uma reação comum, autolimitada e benigna. Pode se manifestar desde uma pápula com eritema ou prurido em alguma parte do corpo até reações mais graves, como broncoespasmo. É causada por proteínas plasmáticas presentes no hemocomponente transfundido e geralmente ocorre durante ou após a transfusão. Pode-se aguardar a resolução completa da lesão com ou sem medicamento para reiniciar a transfusão, ou interrompê-la quando a manifestação for moderada ou grave medicando com anti-histamínicos.

A prevenção pode ser feita pela administração de anti-histamínico ou corticoide e, se a reação for recorrente, utilizar concentrado de hemácias lavado.

- **Reação anafilática**

É a manifestação mais grave de uma reação alérgica com quadro importante de insuficiência respiratória. Considerada grave, ocorre imediatamente após a instalação da bolsa de hemocomponente. A reação é causada pela formação no receptor de anticorpo anti-IgA após ter sido exposto ao antígeno IgA de um doador de sangue. O tratamento consiste no suporte respiratório e no controle da sintomatologia apresentada. Medidas preventivas, como lavar a bolsa de hemocomponente ou utilizar bolsa de doador com deficiência de IgA, são necessárias para as próximas transfusões.

- **Reação hemolítica aguda (RHA)**

É considerada a reação mais grave e a mais temida, e as causas mais comuns são: troca da bolsa a ser infundida e a troca da amostra de sangue pré-transfusional coletada. O erro resulta em transfundir bolsa incompatível, por exemplo: uma bolsa do tipo sanguíneo A infundida em paciente do tipo sanguíneo B. A infusão de pequena quantidade de sangue errado pode ocasionar a morte do paciente. Os sinais e sintomas mais comuns são de ansiedade, taquicardia, mal-estar geral, calafrios, tremores, náuseas e vômitos, febre, dores, principalmente lombar, e pode culminar em morte se as medidas não forem tomadas. O tratamento é de hiper-hidratação com solução fisiológica isotônica para tentar preservar a função renal. A prevenção deve ser feita pela conferência cuidadosa de todas as etapas do processo transfusional (requisição da transfusão, identificação do paciente que será transfundido, coleta da amostra pré-transfusional e instalação do hemocomponente).



- **TRALI (Transfusion Associated Lung Injury)**

A reação tipo TRALI significa lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão de sangue. É considerada uma reação grave, que pode levar a óbito, sendo o quadro respiratório a principal manifestação clínica.

É causada mais frequentemente pela presença de anti-HLA (anticorpos contra antígenos do sistema de histocompatibilidade maior) ou de anti-HNA (anticorpos contra neutrófilos) na bolsa do doador.

A reação se manifesta com febre, insuficiência respiratória e hiper ou hipotensão arterial. O tratamento consiste no suporte respiratório e medicamentos para os sintomas apresentados.

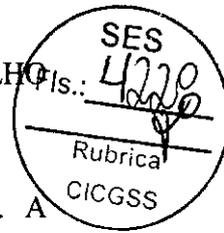
A prevenção faz-se por meio da escolha de hemocomponentes sem anticorpos anti-HLA e anti-HNA, principalmente, não utilizando em transfusão hemocomponentes ricos em plasma que sejam provenientes de doadoras múltiplas e/ou pessoas transfundidas.

- **Sobrecarga circulatória associada à transfusão (TACO – Transfusion Associated Circulatory Overload)**

Pacientes com problemas cardíacos, renais, prematuros e idosos são os mais susceptíveis a apresentar essa reação quando grandes volumes de transfusão são infundidos rapidamente, resultando em sobrecarga circulatória. Clinicamente apresentam insuficiência respiratória, estertores pulmonares e hipertensão arterial. O tratamento consiste em dar suporte respiratório e administrar diurético, e a prevenção faz-se infundindo lentamente a bolsa em até quatro horas, alíquotando a bolsa ou mesmo evitando a infusão de outras bolsas no mesmo dia.

- **Reação por contaminação bacteriana do hemocomponente**

A presença de alguma bactéria pode se multiplicar em uma bolsa estocada, ocasionando reação grave e eventualmente óbito do receptor do hemocomponente. Esta contaminação pode ser proveniente de bacteremia oculta no doador, da pele do local da



punção, da condição de armazenamento da manipulação do hemocomponente etc. A investigação sobre cirurgias ou infecções recentes, existência de mal-estar, febre, diarreia ou dor abdominal e presença de lesões no corpo, deve ser feita durante a triagem de doadores de sangue, pois estas situações podem estar associadas à contaminação do hemocomponente.

O tipo de bactéria nos diferentes componentes de sangue pode variar, com predomínio de bactérias gram-negativo no concentrado de hemácias (CH) e de Gram positivo no concentrado de plaquetas (CP). Os sinais e sintomas dessa reação podem estar ausentes ou presentes, como febre, calafrios, tremores e hipotensão arterial, podendo ser confundidos com a doença de base do receptor.

A maioria dos receptores transfundidos com CP contendo bactérias não desenvolve sintomas ou sinais clínicos e, se os desenvolve, geralmente, são leves, podendo ser confundidos com a RFNH.

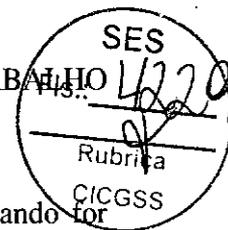
O risco de contaminação dos produtos congelados (PFC e Crio) é muito pequeno e deve-se principalmente ao descongelamento em banho-maria com água contaminada.

O tratamento com antibióticos de amplo espectro deve ser instituído de imediato. As medidas preventivas são amplas, desde a recusa de doadores de sangue suspeitos, antisepsia adequada do local de coleta, uso de bolsa de coleta com desvio do primeiro fluxo coletado, até a manipulação cuidadosa e tratamento dos hemocomponentes durante a cadeia transfusional.

- **Reação hipotensiva**

Alguns materiais utilizados durante a transfusão, como produtos esterilizados com óxido de etileno, determinados filtros para remoção de leucócitos utilizados em hemocomponentes para transfusão em receptores, uso de medicação, como os inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), podem ocasionar reação hipotensiva e levar desconforto ao paciente.

Como a reação é autolimitada e benigna, o tratamento consiste na expansão volêmica para a normalização da pressão arterial.



Como medida preventiva, pode-se discutir a substituição da medicação, quando possível, e a troca de filtro.

- **Dor aguda relacionada à transfusão**

Alguns pacientes podem apresentar repentinamente dor aguda durante a infusão do hemocomponente, queixando-se de mal-estar, vermelhidão no local da venopunção, dor aguda intensa em membros, tórax e abdômen.

Como a reação é autolimitada e benigna, o tratamento é a suspensão da infusão, se necessário medicar com analgésico. O diagnóstico diferencial faz-se com reação hemolítica aguda em sua fase inicial, infarto agudo do miocárdio e abdômen agudo. Não há medidas preventivas, uma vez que se desconhece a sua etiologia e a reação pode não ser recorrente.

- **Reação hemolítica tardia (RHT)**

Quando o paciente recebe inúmeras transfusões de CH, por exemplo, nas doenças falciformes e nas talassêmicas, existe uma alta probabilidade de desenvolver anticorpos antieritrocitários.

A manifestação clínica pode ser variável, desde assintomáticos, quando o anticorpo só é detectado nos testes pré-transfusionais (reação sorológica tardia ou **aloimunização a antígenos eritrocitários**) ou pode apresentar febre, icterícia, anemia e colúria após uma semana ou mais da última transfusão.

É uma reação relativamente comum e, como medida preventiva, recomenda-se a determinação da fenotipagem eritrocitária nos candidatos às transfusões crônicas e, se possível, transfundi-los com bolsas compatíveis principalmente para os sistemas mais imunogênicos.

- **Púrpura pós transfusional**



É uma doença rara caracterizada pelo aparecimento de uma súbita trombocitopenia após uma a três semanas da infusão de CP ou hemocomponentes que contenham plaquetas, que ocorre geralmente em mulheres com história prévia de gestações ou transfusão de sangue.

Laboratorialmente, os pacientes desenvolvem anticorpos antiplaquetários e, na maioria dos casos, é um quadro autolimitado com resolução em cerca de três semanas.

Porém, em alguns casos, o sangramento pode ser intenso, necessitando de transfusões de CP compatíveis e/ou tratamento com imunoglobulinas.

A seleção de bolsas compatíveis é recomendada para as próximas transfusões.

- **Doença enxerto versus hospedeiro associada à transfusão (GVHD-TA – Graft Versus Host Disease Transfusion Associated)**

Doença extremamente grave com mais de 90% de óbitos que decorre da enxertia e proliferação de células imunocompetentes do doador nos tecidos do receptor.

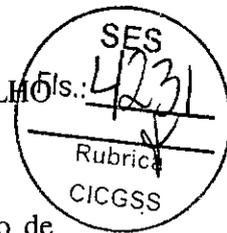
Manifesta-se de sete a dez dias por febre, exantema eritematoso, e às vezes descamativo, náuseas e vômitos, alteração da função hepática, diarreia profusa e pancitopenia.

Pacientes que recebem bolsas de parentes de primeiro grau ou que são imunossuprimidos ou imunoincompetentes como os receptores de transplante de medula óssea, prematuros de baixo peso, portadores de doenças onco-hematológicas como linfoma de Hodgkin e os que recebem quimioterápicos à base de fludarabina e seus análogos são candidatos a receber hemocomponentes celulares irradiados.

A doença é subnotificada e subdiagnosticada, sendo o tratamento disponível ineficaz. Portanto, a prevenção com uso de hemocomponentes irradiados é a melhor maneira de se evitar essa doença.

- **Sobrecarga de ferro**

Os pacientes candidatos às transfusões crônicas são susceptíveis a desenvolver sobrecarga de ferro por receberem grandes quantidades de ferro presentes no CH (150–250mg/bolsa).



O organismo humano não tem mecanismos fisiológicos para excretar o excesso de ferro. Então, este se acumula em diferentes órgãos e ocasiona lesões importantes que podem culminar em óbito.

Os pacientes apresentam coloração escurecida da pele, sinais de cirrose hepática, insuficiência cardíaca e pancreática.

A medicação para quelação de ferro deve ser instituída precocemente, antes mesmo da detecção de alguma disfunção orgânica.

- **Infecções relacionadas à transfusão**

A maioria das transmissões das infecções decorre de doadores que doaram sangue em período de janela imunológica.

As complicações infecciosas mais comuns e temidas são as causadas pelos vírus, que incluem as hepatites e o vírus de imunodeficiência humana (HIV).

Com a realização de testes cada vez mais específicos e sensíveis em doadores de sangue, que diminuem o período da janela imunológica, a ocorrência das doenças torna-se mais rara. Os sintomas nos receptores infectados podem aparecer meses ou anos após a transfusão e a retrovigilância é importante no sentido de identificar os infectados e instituir tratamento o mais rápido possível.

Outros agentes menos comuns podem ser transmitidos por transfusão como o *Trypanosoma cruzi*, HTLV I/II, vírus do oeste do Nilo, citomegalovírus, os príons da variante da Doença de Creutzfeldt-Jakob (v-CJD), espiroquetas, *plasmodium*, entre outros. A obrigatoriedade dos serviços de hemoterapia em realizar a triagem laboratorial para HIV, hepatite B (HBsAg e anti-HBc) e C, HTLV I/II, sífilis e doença de Chagas em doadores de sangue tem minimizado muito a transmissão desses agentes.

As soroconversões dos doadores e das infecções transmitidas por transfusão devem ser notificadas às autoridades sanitária e epidemiológica competentes.

- **Refratariedade plaquetária**



É o inadequado incremento plaquetário após a transfusão de CP. Pode ser de causa não imune: febre, infecção, sepse, grandes esplenomegalias, Coagulação Intravascular Disseminada (CID), uso de antibióticos e antifúngicos (ex.: Anfotericina B); ou de causa imune: aloimunização contra antígenos HLA classe I (por gestação/transfusões prévias), aloimunização contra antígenos plaquetários específicos, uso de plaquetas ABO-incompatíveis e raramente contra antígenos do sistema HPA (antígenos plaquetários). Esse diagnóstico é feito quando não há o aumento esperado na contagem de plaquetas em pelo menos duas transfusões consecutivas de CP ABO compatíveis ou em três transfusões de CP em duas semanas. Nesses casos, usar preferencialmente CP ABO-idêntico, avaliar possibilidade de fornecer CP com menos de 48 horas e deixar intervalo de duas horas entre a Anfotericina B e a transfusão de CP.

Se essas medidas forem ineficazes, suspender as transfusões profiláticas de CP, transfundindo somente em hemorragias ou em sintoma ou sinal sugestivo de hemorragia grave. Por fim, pode-se ver a possibilidade de transfundir CP de aférese compatíveis por prova cruzada ou selecionar doadores com fenótipo HLA-compatível com o do paciente, ou com o anticorpo que ele apresenta.

- **Imunomodulação associada à transfusão (TRIM – Transfusional Related Immunomodulation)**

É uma síndrome clínica com mecanismo a ser definido, em que se observou aumento da sobrevivência dos transplantes renais, diminuição do risco de abortos espontâneos, aumento da incidência de infecções bacterianas pós-operatórias, diminuição da taxa de recorrência da doença de Crohn e aumento da recorrência de malignidades ressecadas, em pacientes transfundidos.

Estudos clínicos e experimentais justificam a suspeita de que a imunomodulação associada à transfusão ocorra e influencie a evolução clínica dos pacientes transfundidos.

2.7.1.2.3. Protocolo de Controle de Qualidade de Hemocomponentes



2.7.1.2.3.1. Introdução

A implantação de um sistema de gestão da qualidade (SGQ) nos Serviços de Hemoterapia estabelece um conjunto de políticas e procedimentos para adequar seus processos à legislação vigente do Ministério da Saúde, ANVISA e outros. O SGQ demonstra a competência do serviço em realizar os ensaios e fornecer hemocomponentes com controle e garantia de sua qualidade. Um SGQ preconiza a padronização de procedimentos, desde a seleção do doador até a transfusão, com o objetivo de alcançar a melhoria da qualidade dos produtos e serviços oferecidos por todos os Serviços de Hemoterapia.

Dentre os benefícios da implantação de conceitos da qualidade no serviço podemos destacar:

- A melhoria da capacitação técnica do pessoal;
- A confiabilidade dos resultados dos ensaios realizados;
- A melhoria da qualidade dos hemocomponentes.

O Controle da Qualidade do Sangue tem a finalidade de prevenir, detectar, identificar e corrigir erros ou variações que possam ocorrer em todas as fases da realização dos testes. Com a padronização correta dos processos, podemos avaliar e garantir a qualidade desejada. Para tal, o serviço deve contar com um setor específico com as seguintes atribuições:

- Executar atividades de controle que abrangem todo o processo produtivo, realizar o controle de qualidade de hemocomponentes produzidos na instituição, a preparação e controle de soluções e avaliação de alguns insumos utilizados no ciclo do sangue;
- Contribuir para a qualidade dos produtos do Hemocentro por meio da avaliação da conformidade dos hemocomponentes liberados para transfusão, de acordo com as normas e regulamentos técnicos vigentes;
- Realizar o controle de qualidade de hemocomponentes produzidos pelo Hemocentro, conforme legislação vigente;
- Realizar o controle de qualidade de insumos hemoterápicos críticos, conforme legislação vigente;



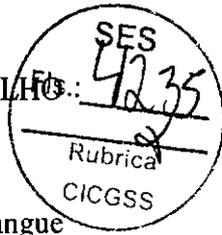
- Realizar a preparação e controle de qualidade das soluções, conforme manuais operacionais;
- Estabelecer as especificações e definir os procedimentos de inspeção e ensaio para os hemocomponentes, insumos hemoterápicos e para as soluções;
- Estabelecer os procedimentos de amostragem de produtos recebidos, intermediários e do produto final, bem como garantir a identificação e correto armazenamento das amostras coletadas;
- Monitorar e avaliar as metodologias utilizadas;
- Investigar eventuais desvios da qualidade e/ou reclamações referentes aos hemocomponentes, juntamente com os produtores, propondo medidas preventivas e corretivas;
- Manter registros das análises realizadas pelo período preconizado na legislação em vigor;
- Observar e orientar quanto ao cumprimento de procedimentos de biossegurança, de descarte de resíduos e dos preceitos gerais das Boas Práticas de Laboratório;
- Implementar o Sistema de Gestão da Qualidade do Hemocentro na sua área de atuação, bem como, assegurar que os requisitos do Sistema da Qualidade sejam cumpridos por todos os servidores do Setor; e
- Desenvolver outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

2.7.1.2.3.2. **Objetivo**

Assegurar que as normas e os procedimentos sejam apropriadamente executados e que os equipamentos, materiais e reagentes funcionem corretamente.

2.7.1.2.3.3. **Procedimento**

2.7.1.2.3.3.1. **Controle de qualidade de hemocomponentes**



Hemocomponente é o produto obtido da centrifugação de uma unidade de sangue total. A separação do sangue total é possível em função das diferentes densidades e tamanhos das células sanguíneas. Os principais componentes do sangue total são:

- Concentrado de hemácias
- Concentrado de plaquetas
- Plasma fresco congelado
- Crioprecipitado

Os serviços de hemoterapia realizarão o controle de qualidade sistemático de todos os tipos de componentes sanguíneos que produzirem.

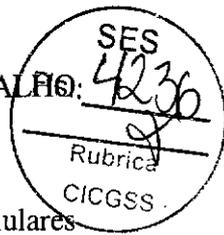
O controle de qualidade dos concentrados de hemácias e dos concentrados de plaquetas deve ser realizado em, pelo menos, 1% da produção ou 10 unidades por mês, o que for maior.

Para o controle de qualidade dos plasmas O parâmetro de volume deve ser avaliado em todas as unidades produzidas, os demais em 1% da produção ou 4 (quatro) unidades (o que for maior) mensalmente.

Para o controle de qualidade do crioprecipitado o parâmetro de volume deve ser avaliado em todas as unidades produzidas, os demais em 1% da produção ou 4 unidades (o que for maior), em unidades com até 30 dias de armazenamento, nos meses em que houver produção.

O serviço de hemoterapia deve ter protocolos escritos, definindo o tipo de controle a ser feito em cada componente sanguíneo, a amostragem e os parâmetros mínimos esperados para cada item controlado.

Cada item verificado pelo controle de qualidade deve apresentar um percentual de conformidade igual ou superior a 75%. Com relação à produção de concentrado de plaquetas por aférese e contagem de leucócitos em componentes celulares desleucocitados a conformidade considerada deve ser igual ou superior a 90%.



A avaliação da contaminação microbiológica dos componentes sanguíneos celulares será realizada utilizando-se amostragem igual ou superior a 1% da produção ou 10 (dez) unidades por mês, o que for maior. Todos os casos positivos devem ser devidamente investigados na busca de uma causa corrigível. Pelo alto risco de contaminação microbiológica dos concentrados de plaquetas pela sua condição de armazenamento, recomenda-se realização de avaliação de contaminação microbiológica em 100% desta produção.

Serão observados os parâmetros mínimos a serem verificados em cada componente sanguíneo. Os serviços de hemoterapia realizarão avaliações periódicas dos resultados do controle de qualidade, de forma que tais resultados sejam revisados e analisados, e ações corretivas sejam propostas para as não conformidades observadas.

2.7.1.2.3.3.2. Controle de qualidade de sangue total

O Sangue total (ST) é o sangue coletado sem nenhuma modificação ou processamento, utilizando um sistema de bolsas plásticas, estéreis, apirogênicas e com solução anticoagulante. O controle da qualidade de bolsas de sangue total consiste na inspeção visual e nos critérios de volume e tempo de coleta. Na inspeção visual avaliar os seguintes parâmetros:

- Alteração de cor
- Lipemia do sobrenadante
- Presença de coágulos
- Presença de vazamento.

2.7.1.2.3.3.3. Controle de qualidade de concentrado de hemácias

O Concentrado de hemácias (CH) - é um hemocomponente obtido a partir de uma unidade de sangue total pela remoção de parte do plasma por meio de centrifugação ou sedimentação. Os componentes eritrocitários serão produzidos de acordo com os critérios técnicos definidos na Portaria 158 de 4 de fevereiro de 2016, e são definidos como:



- **Concentrado de hemácias lavadas:** é o concentrado de hemácias obtido após a lavagem com solução compatível estéril em quantidade suficiente (1 a 3 litros), de modo que sua quantidade final de proteínas totais seja inferior a 500 mg/unidade, devendo a temperatura de armazenamento ser de $4 \pm 2^{\circ}\text{C}$.
- **Concentrado de hemácias desleucocitado:** os concentrados de hemácias desleucocitados são concentrados de hemácias contendo menos que $5,0 \times 10^6$ leucócitos por unidade. Na desleucocitação, pode ser utilizado sistema de conexão estéril ou conjuntos de coleta com filtro, sendo que, nesse caso, o tempo de validade corresponde ao original do componente.
- **Concentrado de hemácias com camada leucoplaquetária removida:** são concentrados de hemácias que devem ser preparados por um método que, por meio da remoção da camada leucoplaquetária, reduza o número de leucócitos no componente final a menos de $1,2 \times 10^9$ por unidade.

Propriedades

O hematócrito do CH deve estar entre 50 a 80% (de acordo com a solução anticoagulante / preservante utilizada) e as unidades devem ter um mínimo de 45 g de hemoglobina no final do processo. Dependendo do método de centrifugação utilizado, o número de plaquetas e leucócitos no concentrado de hemácias pode variar.

Modo de preparo

Os concentrados de hemácias são os eritrócitos que permanecem na bolsa depois que esta é centrifugada e o plasma extraído para uma bolsa-satélite.

Armazenamento e estabilidade

O concentrado de hemácias deve ser armazenado em temperatura entre $+2^{\circ}\text{C}$ a $+6^{\circ}\text{C}$. A estabilidade ou tempo de armazenamento do CH depende da solução anticoagulante / preservante.



Controle de qualidade

Para garantir a qualidade das bolsas de concentrado de hemácias fazer inspeção visual e realizar testes estabelecidos na Portaria 158 de 4 e fevereiro de 2016, e atender os critérios de aceitação.

Na inspeção visual avaliar parâmetros como: alteração de cor, lipemia do sobrenadante, presença de coágulos e presença de vazamento.

Para o controle de qualidade do Concentrado de Hemácias devem ser analisados os seguintes parâmetros: Volume, Teor de Hemoglobina, Hematócrito, Grau de Hemólise e Análise Microbiológica.

Para o controle de qualidade do **Concentrado de Hemácias Lavado** devem ser analisados os seguintes parâmetros: Volume, Teor de Hemoglobina, Hematócrito, Grau de Hemólise, Recuperação, Proteína Residual e Análise Microbiológica.

Para o controle de qualidade do **Concentrado de Hemácias Desleucocitadas** devem ser analisados os seguintes parâmetros: Volume, Teor de Hemoglobina, Hematócrito, Grau de Hemólise, Leucócitos Residuais e Análise Microbiológica.

Para o controle de qualidade do **Concentrado de Hemácias com camada leucoplaquetária removida** devem ser analisados os seguintes parâmetros: Volume, Teor de Hemoglobina, Hematócrito, Grau de Hemólise, Leucócitos e Análise Microbiológica.

Avaliação dos parâmetros para controle da qualidade de concentrado de hemácias

- **Coleta de amostras para Controle da Qualidade:** selecionar as amostras de Concentrados de Hemácias aleatoriamente, com frequência definida pelo serviço, durante todo o tempo de armazenamento. As bolsas de Concentrados de Hemácias devem ser mantidas em repouso por aproximadamente 30 minutos. As unidades devem ser homogêneas antes da coleta da amostra no mínimo três vezes,



incluindo o tubo de transferência (espaguete) com o auxílio de uma pinça rolete. Coletar volume suficiente, transferir para tubos, realizar todas as análises levando em consideração os critérios de aceitação e o número de amostras estabelecido pela legislação vigente. Todo procedimento de coleta de amostra em sistema aberto deve ser realizado sob fluxo laminar.

Para calcular o volume do concentrado de hemácias, é necessário conhecer a densidade média do concentrado de hemácias e o peso líquido do concentrado de hemácias (em gramas)

Para a determinação de Hematócrito poderão ser usados os métodos, manual utilizando a centrífuga de micro-hematócrito ou automatizado.

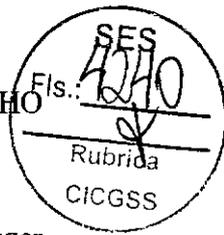
A determinação da hemoglobina total do concentrado de hemácias pode ser feita em equipamento automatizado ou em solução aquosa utilizando o espectrofotômetro, sendo mais usual o uso de equipamento automatizado.

A determinação de Proteína Residual pode ser feita com o uso de kits comerciais ou técnica manual.

Para a determinação de leucócitos, a técnica de quantificação do número de leucócitos em concentrado de hemácias, concentrado de hemácias lavado e concentrado de hemácias filtrado utilizada em controle da qualidade é feita pela contagem de células em câmara de Neubauer ou de Nageotte.

Porcentagem de recuperação de hemoglobina total para concentrados de hemácias lavadas, determinar a porcentagem de recuperação de hemoglobina total (g/unidade) após o procedimento de lavagem, usando a equação usando valores pré e pós-lavagem.

Para o controle microbiológico de concentrado de hemácias, retirar a bolsa da câmara fria e, após aproximadamente 30 minutos, ordenhar o conteúdo do tubo de coleta (espaguete) por no mínimo 3 vezes, alternando com movimentos de homogeneização e coletar uma alíquota da amostra. Inocular a amostra em dois frascos de hemocultura (aeróbio e anaeróbio), sob fluxo laminar, utilizando volume mínimo de 5 mL e no máximo 10 mL, sendo ideal um volume médio de 8mL de amostra de concentrado de hemácias. A cada 24h da inoculação da amostra, avaliar o resultado da cultura. Se negativo, dar continuidade ao teste de acordo com as instruções do fabricante. Se positivo, efetuar coloração de Gram e



identificar o microrganismo para comprovação da positividade da amostra e fazer as notificações necessárias conforme o estabelecido na RDC 34 de 11 de junho de 2014.

- **Análise de resultados do controle de qualidade de concentrados de hemácias:** recomenda-se uma avaliação semanal dos resultados encontrados no controle da qualidade de concentrado de hemácias em reuniões com as áreas envolvidas. As áreas envolvidas com o controle da qualidade de concentrado de hemácias devem manter indicadores de qualidade dos resultados e ações corretivas devem ser abertas para investigação, modificação, padronização e registro das melhorias.

2.7.1.2.3.3.4. Controle de Qualidade de Plasma fresco congelado (PFC)

O PFC é o plasma separado de uma unidade de sangue total por centrifugação ou por aférese e congelado completamente em até 8 horas depois da coleta, atingindo temperaturas iguais ou inferiores a -30°C .

Método de preparação

O plasma fresco pode ser obtido de duas formas:

- **Plasma fresco de sangue total:** O plasma é separado do sangue total pelo processo de centrifugação e é classificado como plasma fresco congelado (PFC) quando a separação e o congelamento total das unidades ocorrem respectivamente em até 6 horas e 8 horas da coleta. Quando a separação ocorre em no máximo 18 horas e o congelamento em até 24 horas da coleta, o plasma é classificado como plasma fresco congelado dentro de 24 horas (PFC24).
- **Plasma fresco por aférese:** O plasma é obtido por meio de separadores celulares automatizados pela técnica de aférese e congelado preferencialmente em até 8 horas da coleta.



Armazenamento e estabilidade

A estabilidade do PFC é dependente da temperatura e da velocidade do congelamento, bem como da temperatura de armazenamento. O tempo máximo para o congelamento da bolsa deve ser de 2 horas.. A validade do PFC e do PFC24 depende da temperatura de armazenamento, se armazenado em temperatura entre -20°C e -30°C a validade é de 12 meses e se armazenado em temperatura de -30°C ou inferior a validade é de 24 meses. O plasma excedente do uso terapêutico, considerado a ser destinado para fracionamento industrial, deve ser armazenado em temperatura igual ou inferior a -20°C , observando, ainda, demais determinações da Portaria número 158 de 04 de fevereiro de 2016.

Controle de qualidade

Para avaliar a qualidade do plasma fresco, todas as bolsas devem passar por uma inspeção visual pré-congelamento e um percentual das unidades da produção mensal deve ser avaliado no pré e pós-congelamento para os parâmetros indicados pela legislação vigente. Na avaliação visual devem ser considerados os aspectos de coloração (lipemia, icterícia e hemólise), presença de fibrina, presença de hemácias e vazamento. As bolsas que apresentarem quaisquer alterações, descritas na inspeção visual devem ser descartadas.

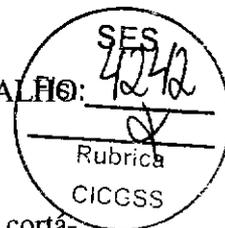
No **pré-congelamento**, além do aspecto visual, devem ser avaliados também o volume, leucócitos, hemácias e plaquetas residuais.

No **pós-congelamento** deverão ser avaliados TTPA, dosagem de fator VIII:C e dosagem de fator V. Sendo que o laboratório pode optar por um dos métodos, porém a dosagem do fator VIII deverá ser realizado o serviço fornecer plasma excedente para fracionamento.

Para a medida do volume é necessário conhecer a densidade média do plasma fresco e o peso líquido do plasma fresco em gramas.

- **Avaliação dos parâmetros para controle da qualidade de plasma fresco congelado:** A coleta de amostras para contagem de células residuais deve ser feita logo após o processamento do sangue total e antes do congelamento e em sistema fechado pelo tubo coletor, após ordenha do conteúdo do tubo para a bolsa, seguida de 10

542



movimentos de homogeneização da unidade, selar e desconectar o tubo coletor, cortá-lo e inverter rapidamente seu conteúdo em um tubo plástico identificado.

Para as contagens de plaquetas e de hemácias o hemocítmetro indicado é a câmara de Neubauer e para a contagem de leucócitos a câmara de Nageotte.

Para a coleta da amostra pós-congelamento, as unidades devem ser retiradas do freezer e descongeladas em banho-maria a $37^{\circ}\text{C} \pm 1^{\circ}\text{C}$, por no máximo 20 minutos. Após o completo descongelamento, as bolsas devem ser retiradas do banho-maria, secadas e homogeneizadas com movimentos delicados de inversão. Coletar a seguir de 2 a 4mL de amostra, em tubo plástico identificado e imerso em banho de gelo ou colocar imediatamente em refrigerador à temperatura de $+4^{\circ}\text{C}$ a $+6^{\circ}\text{C}$ até início dos testes.

Realizar os testes em até 02 horas após o descongelamento

A determinação do TTPa pode ser feita de forma manual ou automatizada.

A determinação de Fator VIII:C pode ser realizada por construção da curva de calibração por método manual e também através de método automatizado.

- **Análise dos resultados do controle de qualidade de plasma fresco:** Recomenda-se uma avaliação semanal dos resultados encontrados no controle da qualidade do plasma fresco congelado, em reuniões com as áreas envolvidas. Caso sejam encontradas não conformidades avaliar as causas. Os critérios avaliados no controle da qualidade do plasma fresco devem atender a 75% de conformidade, de acordo com o estabelecido em legislação. As áreas envolvidas com o controle da qualidade do plasma fresco devem manter indicadores de qualidade dos resultados e não conformidades devem ser abertas para investigação, modificação, padronização e registro das melhorias.

2.7.1.2.3.3.5. Crioprecipitado

O CRIO é a fração de plasma insolúvel em frio, obtida a partir do plasma fresco congelado, contendo glicoproteínas de alto peso molecular, principalmente fator VIII, fator de von Willebrand, fator XIII e fibrinogênio. Cada unidade de Crio deve ter volume de 10 a 40 mL.

Método de preparação



Para a obtenção do **CRIO**, o PFC deve ser descongelado a $4 \pm 2^{\circ}\text{C}$ e imediatamente centrifugado nessa mesma temperatura. O crioprecipitado resultante deve ser recongelado em até 1 hora após a sua obtenção.

Armazenamento e estabilidade

O **CRIO** tem, a partir da data da doação, a validade de 12 meses se armazenado em temperatura entre -20°C e -30°C e 24 meses, se armazenado à temperatura de -30°C ou inferior.

Controle de qualidade

Para o Controle de Qualidade do Crioprecipitado deverão ser analisados no pré-congelamento o aspecto visual e o volume e no pós-congelamento deverá ser realizada a dosagem de fibrinogênio.

Na inspeção visual deverão ser observados os aspectos de coloração (lipemia, icterícia, hemólise), presença de fibrina e presença de hemácias. As bolsas de Crio que após descongelamento apresentarem quaisquer alterações descritas na inspeção visual devem ser analisadas com restrição ou substituídas.

Para calcular o volume do crioprecipitado, é necessário conhecer a densidade média do crioprecipitado e o peso líquido do crioprecipitado em gramas.

A determinação de Fibrinogênio pode ser feito por técnica manual ou automatizada.

- **Coleta de amostras:** Em até 30 dias da produção, descongelar as unidades destinadas ao controle de **qualidade**, em banho-maria a $37^{\circ}\text{C} \pm 1^{\circ}\text{C}$, por tempo máximo de 6 minutos para determinação do fibrinogênio. Após o completo descongelamento, retirar as bolsas do banho e secá-las. Homogeneizar cada unidade por no mínimo 10 vezes, executando movimentos de delicados de inversão da bolsa. Cortar o tubo coletor, desprezar o jato inicial do crioprecipitado e coletar uma amostra de 2 a 4 mL em tubo devidamente identificado. Manter a amostra coletada na temperatura de $+20^{\circ}\text{C}$ a $+24^{\circ}\text{C}$ até início dos testes. Analisar as amostras em até 02 horas após o descongelamento.



- **Análise dos resultados do controle de qualidade de crioprecipitado:** recomenda-se uma avaliação semanal dos resultados encontrados no controle da qualidade do crioprecipitado, com reuniões entre as áreas envolvidas. Os critérios avaliados no controle da qualidade do Crio devem atender pelo menos 75% de conformidade, de acordo com a especificação em legislação. As áreas envolvidas com o controle da qualidade do Crio devem manter indicadores de qualidade dos resultados e não conformidades devem ser abertas para investigação, modificação, padronização e registro das melhorias.

2.7.1.2.3.3.6. Controle de qualidade de reagentes

Controle de qualidade de reagentes em imuno-hematologia

Os reagentes devem ser armazenados de acordo com as instruções do fabricante, devendo ser evitada, ao máximo, a permanência do reagente fora das temperaturas indicadas para seu armazenamento.

O serviço de hemoterapia realizará controles de qualidade em cada lote e remessa recebidos para comprovar que os reagentes estão dentro dos padrões estabelecidos e que não foram alterados durante o transporte.

Para as análises do controle de qualidade, a princípio sugere-se fazer a inspeção dos reagentes, avaliando rótulos, instruções de uso e embalagens. Em seguida faz-se a inspeção visual dos reagentes, no caso de antissoros, potencializadores, soluções e enzimas proteolíticas, verifica-se a ausência de precipitados, gelatina, partículas, fungos, turvação e hemólise. No caso de reagentes de hemácias verifica-se ausência de hemólise, turvação do líquido sobrenadante ou escurecimento da hemácia. Essa análise deverá ser diária, sempre ao início da rotina.

A cada novo lote ou remessa dos Reagentes de Hemácias A e B deverá ser realizada a inspeção laboratorial dos mesmos, analisando os parâmetros de potência (intensidade de aglutinação) e especificidade.



A cada novo lote ou remessa dos antissoros Anti-A, Anti-B e Anti-AB e Anti-D deverá ser realizada a inspeção laboratorial dos mesmos, analisando os parâmetros de potência (intensidade de aglutinação), potência (título), potência (avidez) e especificidade.

A cada novo lote ou remessa do reagente de antiglobulina humana (AGH) deverá ser realizada a inspeção laboratorial dos mesmos, analisando os parâmetros de potência (intensidade de aglutinação) e especificidade.

A cada novo lote ou remessa de Solução salina deverá ser feita a verificação de pH, e diariamente deverá ser observada formação de hemólise e aglutinação de hemácias não sensibilizadas nos testes imuno-hematológicos. Estas características deverão ser observadas quando este reagente estiver em uso.

A cada novo lote ou remessa de Solução LISS deverá ser feita a verificação de pH, e diariamente deverá ser observada formação de hemólise e aglutinação de hemácias não sensibilizadas nos testes imuno-hematológicos. Estas características deverão ser observadas quando este reagente estiver em uso.

Diariamente deverá ser realizada a inspeção visual das colunas de aglutinação onde os microtubos com gel ou pérolas deverão estar totalmente sedimentados, aspecto homogêneo e solução tampão acima da coluna, não apresentando sinais de ressecamento, partículas em suspensão e bolhas de ar, e os lacres de alumínio sem perfurações ou irregularidades.

Todos os testes de controle de qualidade de reagentes devem ser registrados em formulários específicos, informando o nome do reagente, fabricante, lote, validade, resultados dos testes e responsável pela execução do teste;

Os reagentes que estiverem fora das especificações técnicas não devem ser utilizados na rotina. As não conformidades deverão ser registradas e investigadas as causas das inadequações.

Observação: O controle de qualidade de hemocomponentes pode ser realizado por um único colaborador capacitado, porém depende do apoio dos responsáveis pela bancada do setor de imunohematologia para a análise diária dos reagentes. Para a realização dos testes do controle de qualidade dos hemocomponentes depende de parceria com o laboratório nos setores de



hematologia, bioquímica e microbiologia. A qualidade é bastante abrangente e envolve também os testes de proficiência externa, e também as validações de processos e transporte de hemocomponentes.

2.7.1.2.3.3.7. Biossegurança

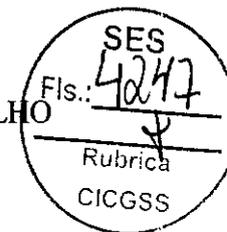
O controle de qualidade de hemocomponentes deverá ser norteado por rigorosos critérios de biossegurança dentre os quais podemos citar:

- As áreas de trabalho devem estar limpas e livres de obstruções;
- As superfícies de trabalho devem ser descontaminadas após derramamento de materiais perigosos e ao final do dia de trabalho;
- Os materiais perfurocortantes devem ser descartados em recipientes destinados para este fim;
- Todos os procedimentos na área técnica devem ser executados de forma a evitar formação de aerossóis e gotículas;
- Ao manipular sangue, material biológico, controles, soros e antissoros, proceder como potencialmente infectantes;
- Sempre fazer uso de equipamentos de proteção individual (EPI);
- Ter disponibilidade de equipamentos de proteção coletiva (EPC), conforme legislação vigente;
- Não armazenar alimentos ou alimentar-se nos ambientes laboratoriais;
- Manter cabelos presos e não utilizar adereços.

2.7.1.2.3.3.8. Procedimentos para equipamentos de laboratório

Os equipamentos utilizados em laboratório para realização de ensaios críticos devem ser calibrados e mantidos em condições de uso por pessoas qualificadas. O laboratório deve estabelecer registros específicos para cada equipamento, instrumento ou outro dispositivo. Os registros devem incluir:

- A identidade do equipamento, instrumento ou outro dispositivo;



- Nome do fabricante, o modelo, número de série ou outra identificação única;
- A verificação e/ou calibração requerida para atender às especificações, incluindo a periodicidade;
- As instruções do fabricante, se disponíveis, ou uma referência da sua localização;
- As datas, resultados e cópias de relatórios, verificações e certificados de todas as calibrações, ajustes, critérios de aceitação e a data exata da próxima verificação e/ou calibração;

2.7.2. PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS

2.7.2.1. Rotinas nas áreas de Internação Leito/Dia

2.7.2.1.1. Anotações de Enfermagem

Objetivo

Aperfeiçoar a sistematização da assistência de enfermagem. Registrar as ações de enfermagem, atividades e intercorrências no setor. Facilitar o acesso às informações e anotações no prontuário físico e eletrônico do paciente.

Local de Execução

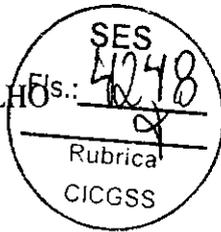
Hospital dia.

Responsável pela Execução

Equipe de Enfermagem (Supervisor e Técnico de Enfermagem)

Recursos Necessários

- Livro de registros;



- Prontuário Eletrônico
- Prontuário do paciente;
- Exames existentes anexados;
- Profissionais da equipe de enfermagem.

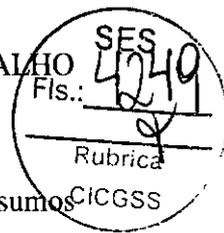
Cuidados Especiais

- Escrever os relatórios de enfermagem com caneta azul no período matutino e vespertino e de caneta vermelha no período noturno;
- Escrever com letra legível;
- Escrever de modo claro e conciso no relatório de enfermagem (livro de ocorrência);
- Assinar todas as anotações;
- Utilizar apenas abreviaturas padronizadas;
- Não rasurar;
- Não escrever com lápis grafite;
- Escrever as informações de modo exato, claro, completo, conciso e legível;
- Escrever as palavras por extenso;
- Utilizar apenas abreviaturas padronizadas: SNG, SNE, SVD, SVA, SSVV, FR, PA, MMSS, MMII, EAP, IRA, IAM, ICC, AVCI, AVCH, Sa02, FC, TC, RX, TCE, TRM, EX, LAB;
- Não deixar espaço em branco entre as anotações;
- Usar terminologia adequada;
- Realizar evoluções de enfermagem nos horários padronizados (no mínimo uma evolução por período) e nas intercorrências;
- Checar medicação administrada em horário padrão e justificar a não realização;
- Registrar a realização de exames para fins diagnósticos.

Sequência do Procedimento

- Registrar em prontuário eletrônico todas as informações relacionadas ao quadro do paciente;
- Relatar as informações sobre o estado do paciente e dos cuidados a ele dispensados;

[Handwritten signature and initials]



- Anotar características e classificação das feridas, assim como descrever os insumos e materiais utilizados nos curativos;
- Realizar balanço hídrico com precisão, registrando o volume de excretas ou ingesta hídrica em prontuário eletrônico;
- Anotar a admissão do paciente em formulários físico e eletrônico, informando: hora, procedência, hipótese diagnóstica, estado geral, meio de locomoção e médico responsável pela admissão no setor;
- Anotar resultado da verificação de SSVV e alimentar as informações no prontuário eletrônico;
- Registrar queixas do paciente ou anormalidades observadas;
- Anotar aceitação e recusa alimentar, e em casos de dietas especiais, assinalar tipo, horário, se foi por sonda, etc.;
- Anotar perdas hídricas anormais: vômitos, diarreias, sudorese excessiva, poliúria, caracterizando-as, etc.;
- Anotar presença de evacuações e características;
- Registrar saída do paciente: alta, óbito e/ou transferência;
- Registrar dados do paciente no SAE cuidando para ter os dados completos.
- Classificar os riscos desse paciente no momento da admissão e as alterações conforme quadro clínico no momento das visitas diárias;
- Realizar o Braden dos pacientes;
- Realizar a prescrição de enfermagem.

Ações Corretivas

Diante de impossibilidades diversas, o preenchimento dos formulários e atualização dos dados no sistema informatizado deverá ocorrer posteriormente às intervenções ou pelos profissionais que darão continuidade a assistência.

2.7.2.1.2. Protocolo de Prática de Higienização das Mãos

Introdução



SES
Fls.: 4250
Rubrica
de ICSS

As mãos dos profissionais de saúde constituem o principal veículo de transmissão de microrganismos nos serviços de saúde. Funcionam como condutores que circulam entre os pacientes e os profissionais de saúde. Evidentemente, as mãos podem propagar a infecção de um objeto contaminado para o paciente, ou da equipe do serviço de saúde para os pacientes.

A flora da pele tem duas populações de microrganismos: a flora residente e a flora transitória. A *flora residente ou colonizadora* é composta mais comumente por microrganismos gram-positivos, que se multiplicam na pele, ficando estáveis e viáveis por longos períodos de tempo, não facilmente removíveis por escovação, mas inativados por anti-sépticos. Estes se localizam em maior quantidade em torno das unhas, sendo 10 a 20% nas fendas das mãos ou no interior dos folículos pilosos, onde os lipídeos e o epitélio superficial podem dificultar sua remoção.

Essa flora de baixa virulência, contudo, pode causar infecções hospitalares em pacientes imunocompetentes, após procedimentos invasivos e na presença de solução de continuidade da pele.

A *flora transitória ou contaminante* é composta por microrganismos que são considerados os principais causadores da maioria das infecções hospitalares. Inclui-se entre eles o *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus sp*, *Escherichia coli* e *Pseudomonas sp*. São microrganismos caracterizados pela inabilidade de multiplicar-se na pele, viáveis por curto período de tempo, encontrados na superfície da pele junto a gorduras e sujidades. Possuem variados graus de patogenicidade que, embora em situação normal não causem infecção, no paciente imunocomprometido ou na presença de trauma da pele podem ocasioná-la. A higienização das mãos com água e sabão tem grande eficácia na eliminação dos microorganismos da flora transitória, e é, portanto fator decisivo nesse processo.

A higienização das mãos é a medida mais importante para o combate de infecções relacionadas à saúde, é simples e o custo é baixo, porém a adesão do profissional a essa medida de controle ainda não é satisfatória.

O profissional de saúde deve ser responsável pela redução do risco de disseminação das infecções entre os pacientes e demais membros da equipe. Por essa razão deve trabalhar de modo a minimizar a disseminação das doenças infecciosas, o que inclui prioritariamente a higienização das mãos.



Abrangência

Este protocolo deverá ser aplicado em todos os setores desta Unidade Hospitalar, independente do nível de complexidade, onde estiverem envolvidos o paciente, o profissional de saúde, a assistência/tratamento e o contato com o paciente ou com suas imediações (ambiente onde se encontra). O protocolo deve ser aplicado em todos os pontos de Assistência, tendo em vista a necessidade de realização da higiene das mãos exatamente onde o atendimento ocorre. Para tal, foram dispostos dispensers fixados nas paredes em locais estratégicos e em quantidade adequada contendo sabonete líquido e álcool em gel, facilitando o acesso dos profissionais e não sendo necessário que o mesmo se desloque do ambiente em que o paciente se encontra.

Intervenções

“Higiene das mãos” é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS (Infecção Relacionada a Assistência à Saúde). De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e a antisepsia cirúrgica das mãos.

Higiene simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida com o intuito de se remover a sujidade.

Higiene antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.

Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxágue em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos, no intuito de se remover os microrganismos quimicamente.



Preparação alcoólica para higiene das mãos sob a forma líquida: preparação contendo álcool, na concentração final entre 60% a 80% destinadas à aplicação nas mãos para reduzir o número de micro-organismos.

Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras: preparações contendo álcool, na concentração final mínima de 70% com atividade antibacteriana, destinadas a reduzir o número de micro-organismos.

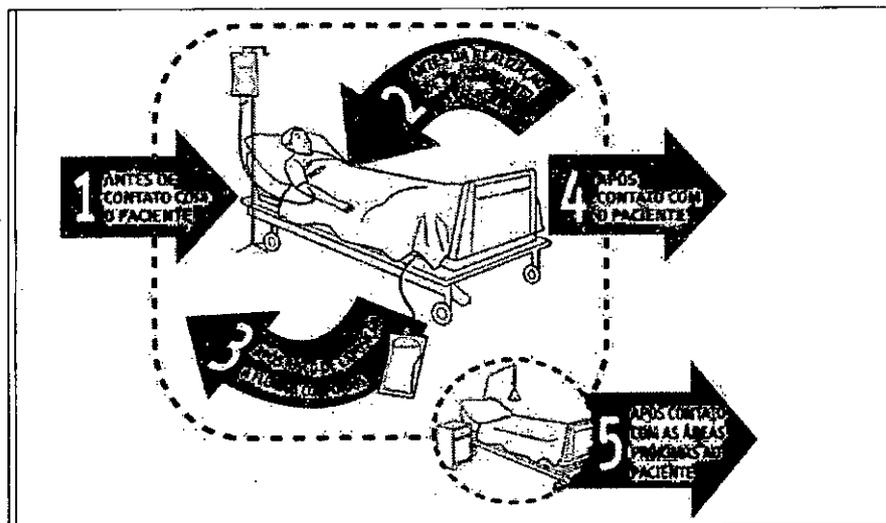
Momentos de higienização das mãos

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos: A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes, diante disso, seguem exemplificados os **cinco momentos para a higiene das mãos**:

- **Momento 1: Antes do contato com o paciente**
- **Momento 2: Antes de realizar procedimento limpo/asséptico**
 - ✓ Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas.
 - ✓ Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.
- **Momento 3: Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções**
 - ✓ Após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas mucosas, pele não íntegra ou curativo.
 - ✓ Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.
 - ✓ Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas
- **Momento 4: Após o contato com o paciente**
 - ✓ Antes e depois do contato com o paciente
 - ✓ Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas



- **Momento 5: Após o contato com superfícies próximas ao paciente**
 - ✓ Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas proximidades do paciente.
 - ✓ Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas

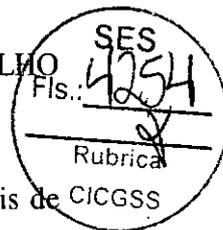


Recomendações para higienização das mãos

As recomendações formuladas foram baseadas em evidências descritas nas várias seções das diretrizes e consensos de especialistas.

As indicações para higiene das mãos contemplam:

- **Higienizar as mãos com sabonete líquido e água:**
 - ✓ Quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais ou após uso do banheiro;
 - ✓ Quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada;
 - ✓ Em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica;
- **Higienizar as mãos com preparação alcoólica**



- ✓ Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas e antes e depois de tocar o paciente e após remover luvas;
- ✓ Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos;

Obs. Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente.

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

Higienização Simples: com sabonete líquido e água

Finalidade

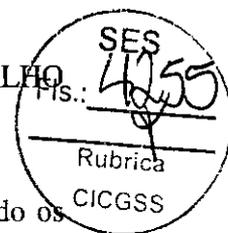
Remover os microorganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microorganismos.

Duração do procedimento

A higienização com água e sabão necessita de um tempo maior de 40 a 60 segundos, é eficaz para remoção de sujidade e matéria orgânica das mãos, porém tem mínima atividade antimicrobiana, reduzindo a flora transitória fracamente aderente antimicrobiana e geralmente associa-se a irritação e ressecamento da pele.

Descrição da técnica de higienização das mãos:

- I. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encosta-se à pia;
- II. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir as superfícies das mãos;
- III. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;



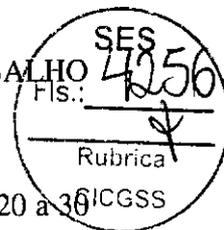
- IV. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- V. Esfregar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- VI. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;
- VII. Esfregar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se movimento circular e vice-versa;
- VIII. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- IX. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- X. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão, no sentido dos dedos para os punhos. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- XI. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
- XII. Fechar a torneira com papel toalha, evitando assim recontaminar as mãos;
- XIII. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

Fricção Antisséptica das mãos com preparação alcoólica

Finalidade

As soluções alcoólicas apresentam atividade antimicrobiana por meio da desnaturação de proteínas. Age por eliminação química do microorganismo, e não há remoção mecânica. Pode ser indicada quando as mãos não estiverem visivelmente sujas, em substituição à lavagem com água e sabão. Entretanto é importante ressaltar que o uso de soluções alcoólicas deve ser visto como uma ação complementar à lavagem com água e sabão frente a procedimentos invasivos ou situações de maior exposição a material biológico de pacientes.

Duração do procedimento



A fricção das mãos com preparação alcoólica antisséptica deve ter duração de 20 a 30 segundos. Soluções alcoólicas contendo álcool nas concentrações entre 60-95% são mais efetivas. Apresentam atividade germicida in vitro contra formas vegetativas de gram-positivos e gram-negativos, incluindo patógenos resistentes a múltiplas drogas. A Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades.

Descrição da técnica de higienização com preparação alcoólica

- I. Aplicar na palma da mão a quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada para o fabricante);
- II. Friccionar as palmas das mãos entre si;
- III. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- IV. Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
- V. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa;
- VI. Friccionar o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se movimento circular e vice-versa.
- VII. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;
- VIII. Friccionar os punhos com movimentos circulares;
- IX. Deixar as mãos secarem naturalmente.

Higienização antisséptica: antisséptico degermante e água

Finalidade

Promover a remoção de sujidades e da microbiota transitória, reduzindo a microbiota residente das mãos, com auxílio de um antisséptico (degermação das mãos). São utilizados a polivinilpirrolidona iodo (PVPI) a 10% e a clorexidina a 4%. A antisepsia é recomendada em ambiente hospitalar antes de qualquer procedimento cirúrgico e da realização de procedimentos invasivos: inserção de cateter intravascular central, punções, endoscopias, pequenas suturas. Os antissépticos devem ser armazenados em recipientes fechados, que



devem ser lavados e secos antes do reabastecimento, rotulados e datados com uma escala de troca diária.

A decisão para a lavagem das mãos com uso de antisséptico deve considerar o tipo de contato, o grau de contaminação, as condições do paciente e o procedimento a ser realizado.

Duração do procedimento

A higienização antisséptica das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

Descrição da técnica de higienização antisséptica das mãos

Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos;

Recolher, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes;

Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador de unhas, em água corrente;

Friccionar as mãos observando os espaços interdigitais e antebraço por no mínimo, 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos;

Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotosensor;

Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.

Estratégia para adesão das equipes

[Handwritten signatures and initials]



A melhora da prática de higienização das mãos, de forma bem sucedida e sustentada, é alcançada por meio da implementação de estratégias institucionais nesse sentido, ou seja, um conjunto de ações para transpor diferentes obstáculos e barreiras comportamentais.

Na Hemorrede Pública serão implantadas as seguintes ações:

• **Mudança de sistema:**

A infraestrutura necessária encontra-se disponível para permitir a prática correta de higiene das mãos pelos profissionais de saúde. Isto inclui algumas condições essenciais:

- ✓ Acesso a sabonete líquido e papel toalha, bem como a um fornecimento contínuo e seguro de água;
- ✓ Acesso imediato a preparações alcoólicas para a higiene das mãos no ponto de assistência;
- ✓ Pias em quantitativo adequado nas unidades assistenciais;

• **Educação e treinamento:**

Será fornecido por meio da Gerência de Educação Continuada em parceria com a CCISS capacitação regular a todos os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos, com base na abordagem dos "5 Momentos para a Higiene das mãos" e os procedimentos corretos de higiene das mãos.

• **Avaliação e retroalimentação:**

As práticas de higiene das mãos e a infraestrutura, assim como a percepção e conhecimento sobre o tema entre os profissionais da saúde são monitoradas, permitindo a análise dos resultados.

• **Lembretes no local de trabalho:**



No intuito de alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la, são dispostos em todos os locais assistenciais e em cada dispenser da Hemorrede Pública como, por exemplo, placas e folders explicativos.

- **Clima de segurança institucional:**

Constantemente serão realizadas ações de mobilização e incentivo no intuito de se criar um ambiente que facilite a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente e no qual o aprimoramento da higienização das mãos constitui prioridade máxima em todos os níveis assistenciais.

Indicadores

A Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CCISS) monitora os seguintes indicadores de desempenho para a mensuração da melhoria da adesão às práticas de higiene das mãos:

- **Consumo de preparação alcoólica para as mãos:** monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.
- **Consumo de sabonete monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.**
- **Percentual (%) de adesão à higienização das mãos:** número de ações de higiene das mãos realizado pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.

Nota: O retorno da informação à direção da Hemorrede Pública e aos profissionais pelo resultado dos indicadores será providenciado pela CCISS.

2.7.2.2. Rotinas do Centro de Material Esterilizado (CME)

O Centro de Material e Esterilização (CME) é uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde destinado a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los ou desinfetá-los, bem como, preparar e



SES
 Fls.: 4260
 Rubrica
 CIGSS

esterilizar as roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição, proporcionando, assim, condições para o atendimento direto e a assistência a saúde dos indivíduos enfermos e sadios.

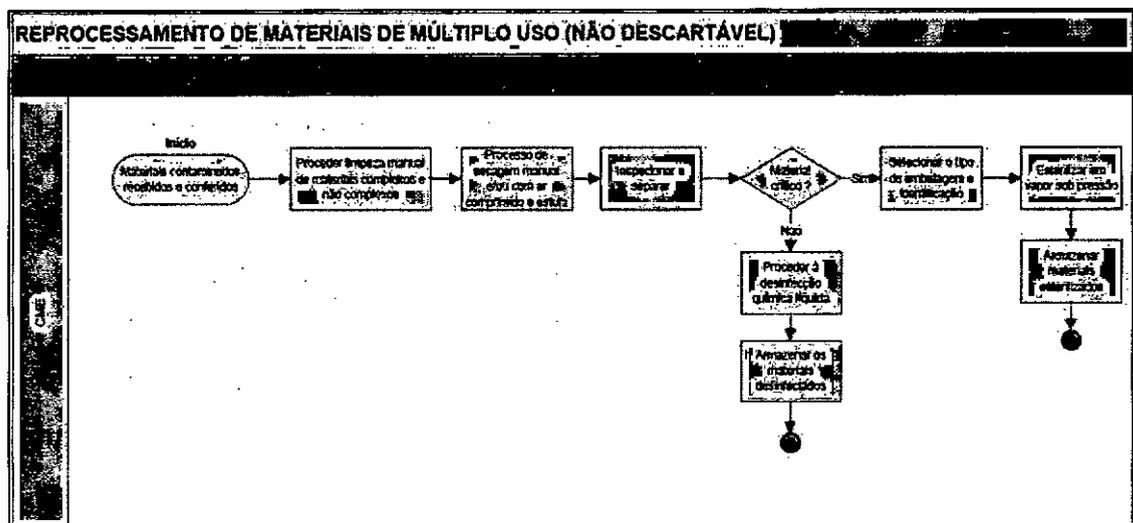
A Resolução RDC nº. 15 de 15 de março de 2012 considera a classificação da CME em CME Classe I ou CME Classe II. O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento. O CME Classe II é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa, passíveis de processamento. O CME só pode processar produtos compatíveis com a sua capacidade técnica operacional e conforme a sua classificação.

Todo processo realizado no CME deve obedecer a Regulamentos Técnicos que estabelecem os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde.

O fluxo de uma CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.

Além disso, o acesso de pessoas devem se restringir aos profissionais da área.

• PROCESSOS DESENVOLVIDOS



561



Limpeza

A limpeza consiste na remoção da sujidade visível – orgânica e inorgânica – mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático em artigos e superfícies. Se um artigo não for adequadamente limpo, isto dificultará os processos de desinfecção e de esterilização. As limpezas automatizadas, realizadas através das “lavadoras termo desinfectadoras” que utilizam jatos de água quente e fria, realizando enxágue e drenagem automatizada, a maioria, com o auxílio dos detergentes enzimáticos, possui a vantagem de garantir um padrão de limpeza e enxágue dos artigos processados em série, diminuem a exposição dos profissionais aos riscos ocupacionais de origem biológica, que podem ser decorrentes dos acidentes com materiais perfuro- cortantes. As lavadoras ultrassônicas, que removem as sujidades das superfícies dos artigos pelo processo de cavitação, são outro tipo de lavadora para complementar a limpeza dos artigos com lumens.

A prestação de serviço da área de higienização tem as seguintes atividades:

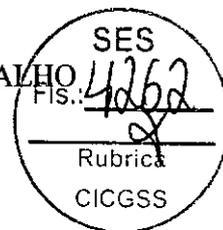
- Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido;
- Desinfetar e separar os materiais;
- Verificar o estado de conservação do material;
- Proceder à limpeza do material;
- Encaminhar o material para a área de preparo;

Preparo

A principal função a ser desenvolvida na área de preparo consiste em:

- Revisar e seleccionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza;
- Preparar, empacotar ou acondicionar os materiais e roupas a serem esterilizados;
- Encaminhar o material para esterilização devidamente identificado.

O rótulo dos produtos para saúde processados deve ser capaz de se manter legível e afixado nas embalagens durante a esterilização, transporte, armazenamento, distribuição e até o momento do uso. Os rótulos de identificação das embalagens devem conter:



- Nome do produto;
- Número do lote;
- Data da esterilização;
- Data limite de uso;
- Método de esterilização;
- Nome do responsável pelo preparo.

As embalagens utilizadas para o acondicionamento dos materiais determinam sua vida útil, mantêm o conteúdo estéril após o processamento, garante a integridade do material. As embalagens utilizadas podem ser:

- Tecido de algodão;
- Papel grau cirúrgico;
- Papel crepado.

Esterilização

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

O tipo de esterilização mais comum nas instituições de saúde é o vapor saturado sob pressão: Este processo está relacionado com o mecanismo de calor latente e o contato direto com o vapor, promovendo a coagulação das proteínas. Realizando uma troca de calor entre o meio e o objeto a ser esterilizado. Na Autoclave Pré-vácuo, por meio da bomba de vácuo contida no equipamento, podendo ter um, três ou cinco ciclos pulsáteis, o ar é removido dos pacotes e da câmara interna, permitindo uma dispersão e penetração uniforme e mais rápida do vapor em todos os pacotes que contém a respectiva carga. Após a esterilização, a bomba a vácuo faz a sucção do vapor e da umidade interna da carga, tornando a secagem mais rápida e



completando o ciclo. Os materiais submetidos à esterilização a vapor são liberados após checklist feito pelo colaborador de enfermagem da área.

Área de esterilização, funções:

- Executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instrução do fabricante;
- Observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves;
- Fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados.
- Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso;
- Os produtos esterilizados devem ser armazenados em local limpo e seco, sob proteção da luz solar direta e submetidos à manipulação mínima.

Desinfecção

A desinfecção é o processo de eliminação e destruição de microrganismos, patogênicos ou não em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos e objetos inanimados, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, chamados de desinfetantes ou germicidas, capazes de destruir esses agentes em um intervalo de tempo operacional de 10 a 30 min.

Alguns princípios químicos ativos desinfetantes têm ação esporicida, porém o tempo de contato preconizado para a desinfecção não garante a eliminação de todos os esporos.

São usados os seguintes princípios ativos permitidos como desinfetantes pelo Ministério da Saúde: aldeídos, compostos fenólicos, ácido peracético.

Armazenamento e distribuição

A sala de armazenamento e distribuição de produtos para saúde esterilizados no CME deve ser dimensionada de acordo com o quantitativo dos produtos e dimensões do mobiliário utilizado para armazenamento. O armazenamento de produtos para saúde deve ser



centralizado em local exclusivo e de acesso restrito, não podendo ocorrer em área de circulação, mesmo que temporariamente. As prateleiras devem ser constituídas de material não poroso, resistente à limpeza úmida e ao uso de produtos saneantes.

A sala de armazenamento e distribuição deve possuir:

- Equipamento de transporte com rodízio;
- Prateleiras ou cestos aramados e escadas, se necessário;

No momento da distribuição, o colaborador deverá realizar os seguintes procedimentos:

- Conferir e anotar a quantidade e espécie do material a ser distribuído aos setores;
- Verificar a inviolabilidade da embalagem;
- Analisar a validade do artigo;
- Conferir o rótulo se está completo;

Controles do processo

- Testes Químicos

Os testes químicos podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração.

- **Teste Bowie e Dick**

É realizado diariamente no primeiro ciclo de esterilização em autoclave com câmara fria e vazia.

- **Pacote desafio**

O monitoramento do processo de esterilização deve ser realizado em cada carga em pacote teste desafio com integradores químicos (classes 5 ou 6) sendo registrado a cada ciclo de esterilização.

- **Testes Biológicos**



Os testes biológicos são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização.

A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais.

Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos e devem ser feitos diariamente, em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME.

- **Controle de Qualidade do Ar**

Na área de lavagem e descontaminação, o sistema de ventilação deverá ser realizado por exaustão com pressão negativa de forma a evitar a disseminação dos microrganismos para as demais áreas. Nas áreas de preparo, esterilização, armazenagem e distribuição deverão ser utilizadas o sistema de ar condicionado, com pressão positiva e controle de temperatura e umidade.

- **Manutenção de equipamentos**

Devem ser estabelecidos protocolos de manutenção preventiva, de acordo com a recomendação do fabricante dos equipamentos e em conjunto com a área de Engenharia e Manutenção. O processo de validação dos equipamentos deve ser realizado anualmente por firma terceirizada.

A validação é o procedimento documentado para a obtenção de registro e interpretação de resultados desejados para o estabelecimento de um processo, que deve consistentemente fornecer produtos, cumprindo especificações predeterminadas. A validação da esterilização precisa confirmar que a letalidade do ciclo seja suficiente para garantir uma probabilidade de sobrevivência microbiana não superior a 10^{-6} .



2.7.2.3. Hotelaria Hospitalar

A hotelaria hospitalar é um setor de grande importância para o funcionamento do hospital, pois cabe a responsabilidade de administrar as equipes de limpeza, rouparia, lavanderia, coleta das roupas contaminadas e acompanhamento da segregação de resíduos de serviços de saúde. Ela se organiza por meio da interface dos diferentes serviços de apoio, com o objetivo de garantir à qualidade, eficiência, eficácia e resolutividade do atendimento ao cliente.

Procura criar um ambiente acolhedor dentro da realidade da unidade de saúde. Desmistifica a frieza e a falta de identidade de seus clientes e colaboradores.

A Hotelaria em Serviços de Saúde é a união de todos os serviços de apoio assistencial, a qual traz uma nova proposta de trabalho, baseada em conforto, qualidade e cuidado para com os pacientes, familiares e colaboradores.

As principais frentes de trabalho da Hotelaria é o serviço de processamento de roupas e a higienização dos ambientes.

Processamento de Roupas de Serviços de Saúde:

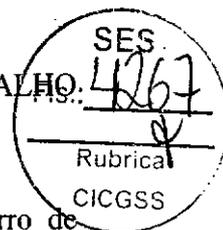
O processamento de roupas de serviços de saúde é uma atividade de apoio que influencia grandemente a qualidade da assistência à saúde, principalmente no que se refere à segurança e conforto do paciente, acompanhantes e colaboradores.

Planejamento e Organização de uma Unidade de Processamento de Roupas

A unidade de processamento da roupa de serviços de saúde é considerada um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar, e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde.

O processamento da roupa dos serviços de saúde abrange as seguintes atividades:

1. Retirada da roupa suja da unidade geradora e o seu acondicionamento: Na retirada da roupa suja da unidade geradora, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão, independente da sua origem ou do paciente que a usou. O carro utilizado para o transporte de roupa suja dentro do serviço de saúde deve ser exclusivo para esse fim, leve, de fácil higienização, possuir dreno para eliminação de líquido e confeccionado de material que permita o uso de produtos químicos para sua limpeza e desinfecção. Além disso, precisa estar



nitidamente identificado a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

2. Coleta e transporte da roupa suja até a unidade de processamento: A roupa suja deve ser imediatamente colocada em saco hamper, onde permanecerá até a sua chegada ao serviço de processamento.
3. Recebimento, pesagem, separação e classificação da roupa suja: Na área suja da unidade de processamento, a roupa deve ser classificada e pesada antes de iniciar o processo de lavagem. Nessas etapas mantêm-se as recomendações de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas.
4. Processo de lavagem da roupa suja: Após pesagem e classificação da roupa suja, a mesma é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem, é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa. O processo de lavagem da roupa consiste na eliminação da sujeira, deixando-a com aspecto e cheiro agradáveis, além do nível bacteriológico reduzido ao mínimo.
5. Centrifugação: A centrifugação tem o objetivo de remover o excesso de água presente na roupa. Esse processo é realizado em centrífuga ou em lavadora-extratora. Após a centrifugação, a roupa deve ser classificada levando-se em consideração o tipo de tecido, peça de roupa e a fase do processo de acabamento que a mesma será submetida.
6. Secagem, calandragem ou prensagem ou passadoria da roupa limpa: A secagem é a operação que visa retirar a umidade das roupas que não podem ser calandradas, como uniformes de centro cirúrgico, toalhas, cobertores e roupas de tecido felpudo.
7. Separação, dobra, embalagem da roupa limpa: A dobradura da roupa deve ser feita de acordo com a rotina do serviço e a necessidade do cliente. Pode ser realizada manualmente ou por dobradora mecânica acoplada à calandra.
8. Armazenamento, transporte e distribuição da roupa limpa: A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, responsável pelo armazenamento e distribuição da roupa limpa. A centralização em um único local permite controle eficiente da roupa limpa, do estoque e sua distribuição adequada, em qualidade e quantidade, às diversas unidades dos serviços de saúde.



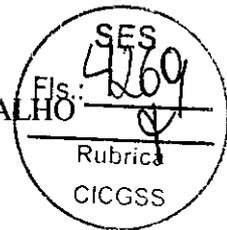
Etapas do processamento	Equipamentos
Coleta	Hamper e carro de transporte
Recepção e Separação	Carro de transporte e mesa de separação
Pesagem	Balança
Lavagem	Lavadora
Centrifugação	Centrífuga
Seleção	Carro de transporte
Secagem	Secadora e Carro de transporte
Calandragem	Calandra e Carro de transporte
Dobragem	Mesa de dobragem
Embalagem e preparação de Kits	Seladora e embalagens plásticas
Confecção e reparo	Máquina de costura
Distribuição do enxoval limpo	Carro de transporte

Serviço de Higienização e Desinfecção Hospitalar

A limpeza ambiental pode ser considerada como um dos primeiros itens na avaliação de qualidade que o paciente faz quando procura um serviço de saúde. Ela é considerada um “cartão de visitas” da Instituição e pode transmitir aos seus clientes a primeira impressão de segurança, conforto, bem estar e profissionalismo existente no serviço de saúde.

O Serviço de Higiene é o responsável direto pela manutenção de um ambiente limpo, seguro e com um mínimo de riscos ambientais. O relacionamento deste serviço com o Setor de Controle de Infecção Hospitalar é extremamente importante visto que deverão atuar em conjunto na elaboração das rotinas operacionais e ações educacionais, que devem ser estabelecidas em consenso.

Ao limpar superfícies de serviços de saúde, pretende-se proporcionar aos usuários um ambiente com menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução da possibilidade de transmissão de patógenos oriundos de fontes inanimadas, através de boas práticas em higiene e limpeza hospitalar.



A limpeza em serviços de saúde segue quatro princípios básicos:

- **Remoção de sujidades:**

O Serviço de Higienização/Limpeza tem sua efetividade diretamente relacionada com a remoção total ou não das sujidades do piso e superfícies, pois estas podem favorecer algum tipo de contaminação de profissionais ou pacientes.

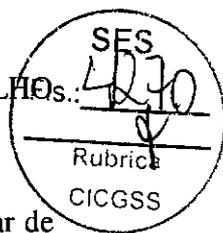
A remoção das sujidades deve ser realizada utilizando-se água e detergente. Os produtos químicos devem ser utilizados em áreas críticas e em superfícies com presença de matéria orgânica ou em caso de surtos, sob a orientação da CCIH da instituição.

Quando da utilização de produtos químicos, consultar a Portaria n.º 15 do Ministério da Saúde.

- **Sistematização:**

Sistematizar os processos de higienização do ambiente em unidades de saúde é um ponto muito importante. Algumas considerações devem ser seguidas na técnica de limpeza, como por exemplo: limpar um lugar mais limpo para depois limpar um lugar mais sujo. Esta técnica, que deve ser seguida em todos os casos, faz com que um agente microbiano não seja transportado de um local mais contaminado para um local menos contaminado. Outras considerações são:

- Nunca realizar movimentos de vaivém (os movimentos manuais devem ser sempre retos, paralelos, unidirecionais, de cima para baixo, do fundo para a porta de entrada, de dentro para fora);
- Iniciar a limpeza pelas paredes e por último, o piso;
- Outro ponto a ser considerado, é a utilização de dois baldes de cores diferentes, quando a limpeza estiver sendo realizada com rodo e pano de chão. Um dos baldes deve destinar-se à solução e o outro, para a água limpa de enxágue;
- Além disso, separar também os panos para as diferentes superfícies e áreas, por exemplo: flanela branca para móveis e flanela azul para pias, vaso sanitário, etc;



- o E importante que, ao se utilizar o Mop seco para limpeza de pisos, lembrar de não levantar o mesmo durante o procedimento de limpeza, com o objetivo de não provocar a dispersão das partículas de pó no ambiente.

- **Proteção do executor:**

O executor da limpeza deve sempre utilizar o uniforme básico incluindo: roupas, luvas de borracha, sapatos impermeáveis com meias e proteção de cabelo. Este uniforme básico deve ser utilizado somente no horário de trabalho, devendo ser retirado no vestiário após o plantão, onde o profissional deve tomar um banho completo. Além destes cuidados, ao limpar um isolamento ou área específica o executor deverá utilizar os equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados: máscaras comuns e especiais, óculos, aventais, vestimenta cirúrgica, etc.

- **Proteção do ambiente:**

Além da execução da limpeza, o executor deverá atentar-se para não tocar em locais como maçanetas de portas, botões de elevadores, parapeitos e grades de segurança, etc com a luva utilizada durante o procedimento de limpeza.

Outro cuidado com o ambiente é a recomendação de nunca utilizar a varrição seca nas áreas internas do ambiente hospitalar, relacionadas ao atendimento de pacientes, pois esta atitude favorece a dispersão de microrganismos que podem estar sendo veiculados junto com as partículas de pó. Portanto, somente a varrição úmida é permitida dentro dos hospitais.

PROCESSO DE LIMPEZA	DESCRIÇÃO
Tirar o pó	Passar flanela seca.
Limpar	Passar mop água e/ou pano umedecido em detergente e/ou desinfetante nos pisos. Passar flanela umedecida em desinfetante nas superfícies de móveis, paredes e portas.
Lavar	Aplicar solução detergente e/ou desengraxante através de escova, enceradeira, mop água, lavadora automática de pisos e/ou máquina de alta pressão, enxaguar e enxugar.



Fls.: 427
Rubrica
CICGSS

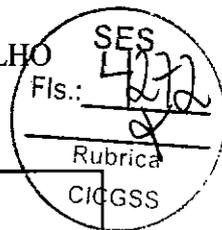
Lustrar	Lustrar o piso através de enceradeira. Lustrar móveis, revestimentos e metais com flanela seca e produtos adequados.
Encerar	Lavar com detergente, removendo a cera velha, aplicando em seguida nova camada de cera, apropriada ao tipo de piso.
Varrer	Varrer com os diferentes tipos de vassouras ou mop pó.
Aspirar Superficialmente	Aspirar superficialmente todas as áreas acarpetadas com aspirador de pó e/ou vassoura mágica.
Aspirar Profundamente	Aspirar todas as áreas acarpetadas com aspirador de pó, afastando móveis e objetos dos cantos para otimização do trabalho.
Recolher lixo	Recolher detritos com o auxílio de luvas em sacos plásticos e/ou carrinhos e transportá-los ao local apropriado.
Abastecer	Abastecer os sanitários com: papel higiênico, papel toalha, sabão líquido e sacos plásticos.
Conservar	Manter o local limpo e seco

MÓVEIS, DIVISÓRIAS E OBJETOS EM GERAL.

Madeira Natural e Encerada	Retirar o pó utilizando pano de limpeza em todos os lados. Colocar uma pequena quantidade de lustra-móveis em pano de limpeza e aplicá-lo no objeto a ser limpo. Dar polimento com flanela em todos os lados.
Madeira Envernizada	Retirar o pó utilizando pano de limpeza em todos os lados. Umedecer o pano de limpeza em água e passá-lo no objeto a ser limpo. Deixar secar por completo. Dar polimento com flanela por todos os lados.
Euraplac, Duraplac e Fórmica.	Retirar o pó utilizando pano de limpeza. Passar a fibra de limpeza branca com suporte limpa tudo,

572 *yo*

[Handwritten signatures and marks]

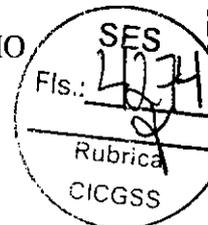


	<p>umedecida em detergente neutro no objeto a ser limpo.</p> <p>Passar no objeto pano de limpeza umedecido em água.</p> <p>Deixar secar por completo.</p> <p>Dar o polimento com flanela em todos os lados.</p>
Metais não Revestidos	<p>Retirar o pó utilizando pano de limpeza umedecido em detergente neutro em todos os lados.</p> <p>Enxaguar o excesso com pano umedecido em água.</p> <p>Limpar o excesso com pano.</p> <p>Dar polimento com flanela.</p>
Metais Inox e Cromado	<p>Retirar o pó utilizando pano de limpeza.</p> <p>Passar o pano de limpeza umedecido e/ou outro produto adequado por toda a superfície do objeto.</p> <p>Enxaguar o excesso com pano umedecido em água.</p> <p>Limpar o excesso com pano:</p> <p>Dar polimento com flanela.</p>
Metais Esmaltados, Acrílicos, Plásticos e Fibra de Vidro.	<p>Retirar o pó utilizando pano de limpeza.</p> <p>Umedecer a fibra de limpeza branca no Veja Multiuso, passar no objeto começando pela parte inferior e seguir até a parte mais alta.</p> <p>Enxaguar o excesso com pano umedecido em água.</p> <p>Dar polimento com flanela.</p>
Vidros	<p>Retirar o pó utilizando pano de limpeza.</p> <p>Passar a luva de limpeza com suporte limpa-vidro, umedecida em Vidrex na superfície a ser limpa.</p> <p>Dar polimento com flanela em todos os lados.</p>
Carpete	<p>Retirar o pó utilizando aspirador.</p> <p>Retirar manchas com utilização do removedor de manchas.</p>



SES
Fls.: 4233
Rubrica
CICSS

PAREDES, COLUNAS E FORRO.	
Remoção de Manchas	<p>Passar pano de limpeza na área manchada para retirar o pó.</p> <p>Umedecer a fibra de limpeza branca no detergente neutro e passar sobre a superfície manchada.</p> <p>Passar pano umedecido em água onde foi aplicado o detergente.</p> <p>Secar com pano de limpeza seco.</p>
Limpar/Lavar	<p>Limpeza das grelhas de ar condicionado com panos umedecidos em Veja Multiuso.</p> <p>Enxaguar o excesso com pano umedecido em água. (Não permitir secagem da solução na parede.)</p>
PISOS DUROS	
Lavação	<p>Recolher os detritos maiores com vassouras de pêlo e pá automática.</p> <p>Retirar pó com mop pó utilizando o movimento serpentina.</p> <p>Espalhar detergente removedor com mop água o suficiente para não secar durante o tempo de aplicação, agir por cinco minutos aproximadamente.</p> <p>Lavar os cantos e rodapés com suporte limpa-tudo e fibra de limpeza preta ou verde-escuro.</p> <p>Recolher o detergente do piso com mop água.</p> <p>Esperar o piso secar por completo.</p>
Enceramento	<p>Com o piso limpo passar o mop água levemente umedecida em água.</p> <p>Esperar o piso secar por completo.</p> <p>Espalhar a cera no piso com mop água.</p> <p>Deixar o piso secar por completo e, caso necessário, aplicar nova camada.</p> <p>Dar o polimento utilizando enceradeira com o disco branco.</p> <p>Dar o polimento nos cantos utilizando o suporte limpa-tudo e fibra de limpeza branca.</p>



SANITÁRIOS E VESTIÁRIOS

- Vasculhar o teto com vassouras limpa teto (antes da limpeza das paredes e piso).
- Remover sujeira visível nos ralos de pias e mictórios.
- Esfregar os azulejos com suporte limpa tudo e fibra verde, de baixo para cima e deixar o detergente agir.
- Esfregar os rejuntas dos azulejos com escova lava tanque.
- Enxaguar as paredes.
- Lavar interna e externamente as pias com fibra branca.
- Lavar as torneiras, registros, válvulas, saboneteiras e tubulações.
- Enxaguar as superfícies e outros aparelhos lavados.
- Lavar internamente os vasos sanitários com escova lavatina.
- Dar descarga até que toda a água seja trocada.
- Lavar externamente o vaso, assento, tampa e válvulas.
- Enxaguar e secar.
- Lavar os cestos de papéis com escova e detergente, enxaguar e secar.
- Limpar o piso utilizando mop-água e/ou enceradeira com disco verde ou preto.
- Lavar os ralos com escova lavatina e Veja Multiuso.
- Espalhar desinfetante com mop-água, o bastante para não secar durante o tempo de aplicação. Deixar agir por cinco minutos.
- Lavar os cantos e rodapés com os suportes limpa tudo e fibra de limpeza verde.
- Lavar o piso com enceradeira e disco verde ou preto.
- Recolher o detergente do piso com mop-água conjunto duplo.
- Enxaguar os ralos.
- Enxaguar o piso com mop-água até a água ficar limpa.
- Secar o piso com mop-água.
- Borrifar odorizador pelo ambiente.
- Limpar os espelhos com pano umedecido em detergente.
- Secar com pano limpo.
- Secar as paredes, vasos, tampas e pias com pano limpo.



- Polir as torneiras e metais com flanela.
- Recolocar o papel toalha, papel higiênico e cesto de lixo nos seus devidos lugares.
- Abastecer dispensadores com material de toalete, caso necessário.
- Tirar manchas das portas dos dois lados com pano úmido.
- Limpar os batentes com pano úmido em todos os lados.
- Limpeza das divisórias dos vasos sanitários com Multiuso.

Especificações dos Processos de Limpeza -

Desinfecção e prevenção de contaminação cruzada

A prática de higiene dentro das mais modernas técnicas, métodos e programação no campo da limpeza ambiental têm se mostrado como um eficiente agente de desinfecção e redução dos meios de contaminação cruzada.

- Boa aparência visual - efeito psicológico
- Boa limpeza física
- Ambiente seguro contra micro-organismos
- Custos condizentes à qualidade fornecida
- Estreito relacionamento com a S.C.I.H

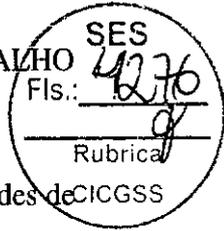
Procedimentos de higienização

Os procedimentos de Higiene a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente:

- Habilitar os profissionais de Higiene para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas crítica, semicrítica e não crítica
- Identificar e/ou sinalizar corredores e áreas de grande circulação, durante o processo de higienização, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



- Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho
- Não manusear lentes de contato durante o desempenho das atividades de trabalho
- Não consumir alimentos e bebidas durante as atividades de trabalho
- Não guardar alimentos em locais não destinados para esse fim
- Não fazer uso de calçados abertos
- Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive, quando realizados com a utilização de luvas
- Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área antes dos procedimentos de Higiene
- Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para frente e de dentro para fora
- Realizar a coleta de resíduos pelo menos, três vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. Os resíduos deverão ser transportados em carro próprio, impermeável, com cantos arredondados, sem emendas na sua estrutura; fechado com tampa, lavável, com dreno para
- escoamento de líquidos após a lavagem e identificado com o símbolo específico para cada tipo de resíduo
- Usar luvas, panos de limpeza, cabeleiras e baldes de cores padronizadas para cada procedimento
- Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (mops, esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes, etc.) nas salas de utilidades indicadas, segundo procedimento específico, ou no mínimo, diariamente

[Handwritten signatures and initials]



Classificação das áreas de Atuação

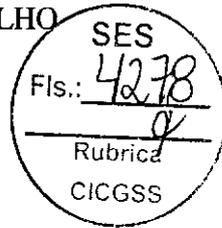
Área crítica
São áreas que oferecem maiores riscos de transmissão de infecção, ou seja, áreas que realizam um grande número de procedimentos de risco, onde se encontram pacientes imunodeprimidos, ou aquelas áreas que por suas especificidades necessitam que seja minimizada a presença de micro-organismos patogênicos. Ex: CC, CCO, UTI, laboratórios, Agência Transfusional, Banco de Sangue.
Área semi crítica
São áreas onde o risco de transmissão de infecção é baixo, por não haver procedimentos invasivos. Ex: ambulatórios médicos, quartos e enfermarias.
Área não-crítica
São todas as demais áreas, que não são ocupadas por pacientes.

Limpeza Concorrente

Limpeza concorrente é o processo de limpeza realizado diariamente em diferentes dependências: quartos e enfermarias, corredores, áreas administrativas. Têm por objetivo a remoção de sujidades aparentes e reposição de material de higiene.

Normas / procedimentos envolvidos

- Norma Regulamentadora nº 32
- Resolução RDC nº 306, de 07/12/ 2004
- NBR 12.807, NBR 12808 e NBR 12810
- Portaria MS nº 930 de 27/08/1994
- Portaria CVS nº 21, de 10/09/20084.
- Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005

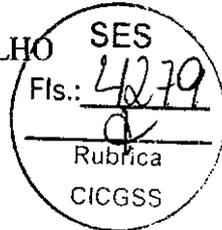


Procedimentos

1. Preparar o carrinho funcional com os materiais necessários e estacioná-lo no corredor, de forma a não obstruir a passagem;
2. Cumprimentar aos presentes, apresentar-se e explicar o que será feito;
3. Utilizar equipamentos de proteção coletiva;
4. Colocar os EPI necessários para a realização da limpeza.
5. Recolhimento de resíduos
6. Calçar as luvas de látex;
7. Em caso de presença de fluídos corpóreos, realizar a remoção dos mesmos, segundo procedimento descrito neste manual;
8. Recolher o resíduo dos recipientes, amarrando os sacos com dois nós ou lacre adotado pela instituição, antes de retirá-los;
9. Depositá-los no saco coletor do carrinho funcional ou diretamente no carro de coleta interna
10. Substituir os sacos de resíduos, de acordo com legislações vigentes e adotadas pela instituição;
11. Lavar as mãos enluvadas;
12. Retirar as luvas na técnica e colocá-las sobre o balde;
13. Lavar as mãos.

Piso

1. Utilizar mop pó (lamelo) com fibra refil descartável;
2. Colocar refil descartável e prendê-lo nas quatro presilhas existentes;
3. Limpar o piso com movimentos em forma de serpentina (oito), do fundo removendo as partículas maiores, como migalhas, cabelos, papéis etc;
4. Trazer sujidade até a porta de entrada do local a ser higienizado;
5. Calçar uma luva para desprender o refil das presilhas, com a outra mão segurar o cabo;
6. Retirar a luva;
7. Recolher detritos e o refil, empurrando os mesmos com próprio suporte da pá coletora e desprezar os resíduos no saco coletor do carro funcional;
8. Acomodar o mop pó (lamelo) no carrinho funcional;
9. Imergir mop água em um dos baldes (do sistema mop) com solução detergente;
10. Retirar o excesso de produto da cabeleira no espremedor do carrinho e iniciar a limpeza;
11. Iniciar do fundo à porta de entrada passando o mop com movimentos em forma de serpentina (oito deitado), com movimentos firmes e contínuos. Repetir operação quantas vezes for necessário;
12. Realizar enxágüe do mop no segundo balde com água limpa;



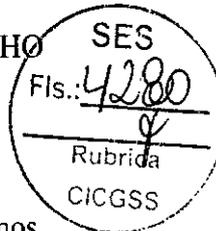
13. Retirar o excesso no espremedor do carrinho;
14. Repetir a operação.

Banheiros

1. Calçar luvas de látex;
2. Limpar as paredes com auxílio do suporte limpa tudo (LT) e fibra branca de uso geral embebida em solução detergente;
3. Promover o enxágüe;
4. Lavar as portas inclusive do Box com auxílio do suporte limpa tudo e fibra macia embebida em solução detergente;
5. Secar paredes e portas com pano limpo;
6. Limpar o espelho com auxílio de pano umedecido em solução detergente e secar com papel toalha a fim de evitar manchas;
7. Proceder à limpeza da pia, lavar primeiro a parte externa e depois a parte interna, utilizando-se fibra macia embebida em solução detergente;
8. Promover o enxágüe e secar com pano limpo;
9. Acionar a descarga ou mecanismo de lavagem do sanitário;
10. Lavar primeiro a tampa e assento, depois parte externa com fibra macia ou esponja dupla face embebida em solução detergente;
11. Esfregar o interior do vaso sanitário com escova lavatina, com solução detergente-desinfetante e acionar descarga ou mecanismo de lavagem (aproveitar para enxaguar a escova);
12. Lavar o piso com auxílio de suporte LT, fibra de uso geral embebida em solução detergente, esfregando todos os cantos e posteriormente o meio, do fundo para frente;
13. Promover o enxágüe do piso com água limpa, escoando para o ralo do banheiro, com o rodo;
14. Com as mãos enluvadas retirar os detritos do ralo com papel toalha e desprezar no saco coletor do carrinho funcional;
15. Finalizar com a secagem do piso com pano limpo e reposição dos materiais de consumo;
16. Encaminhar o carrinho funcional, junto com os mops e panos de limpeza até o DML para troca de água do balde, desinfecção dos panos e cabeleiras.

Isolamento

1. Verificar o tipo de isolamento de acordo com a enfermagem;
2. Verificar a necessidade de EPI a ser fornecido pela enfermagem;
3. Lavar as mãos;

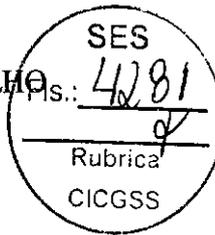


4. Calçar luvas;
5. Em caso de presença de fluídos corpóreos, realizar a remoção dos mesmos, conforme procedimento descrito neste manual;
6. Recolher os resíduos dos recipientes, amarrando os sacos com dois nós ou laço adotado pelo hospital, antes de retirá-los, depositando-os no saco coletor do carrinho funcional ou diretamente no carro de coleta interna l;
7. Substituir os sacos de resíduos, de acordo com legislação vigente adotada pela instituição;
8. Realizar toda a limpeza concorrente, mantendo a porta do quarto fechada, substituindo MOP por pano de limpeza de piso e rodo;
9. Na suspensão do isolamento, proceder à desinfecção dos equipamentos e materiais com detergente bactericida;
10. A higienização concorrente em isolamento deverá ser realizada com cloro orgânico diluído ou similar determinado em parceria com SCIH;
11. Lavar as mãos enluvadas;
12. Retirar luvas; lavar as mãos
13. Retirar demais EPI.

O material utilizado deverá permanecer restrito ao isolamento.

Unidades de Emergência e Salas de Diagnóstico

1. Lavar as mãos;
2. Utilizar equipamentos de proteção coletiva;
3. Calçar as luvas de látex;
4. Em caso de presença de fluídos corpóreos, realizar a remoção dos mesmos segundo procedimento de remoção de fluídos corpóreos descritos neste manual;
5. Recolher os resíduos dos recipientes, amarrando os sacos com dois nós ou laço adotado pelo hospital, antes de retirá-los, depositando-os no saco coletor do carrinho funcional;
6. Substituir os sacos de resíduos, de acordo com legislação vigente adotada pela instituição;
7. Realizar a limpeza concorrente conforme descrito neste manual;
8. Lavar as mãos enluvadas;
9. Retirar as luvas;
10. Lavar as mãos;
11. Realizar a limpeza do balcão de medicação, na parte externa, conforme procedimento descrito na limpeza do mobiliário, neste manual e mediante Plano de Trabalho específico de cada instituição.



Limpeza Terminal

É o processo de limpeza e/ou desinfecção realizado na técnica, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, mobiliários e equipamentos. Tem por objetivo remover a sujidade e diminuir a contaminação ambiental e abastecer as unidades com material de higiene. A periodicidade depende da área a ser limpa, sendo que em quartos e enfermarias, ocorre após óbito, alta ou transferência do paciente. A limpeza terminal não poderá ultrapassar um intervalo maior de 15 dias, podendo ser antecipada a critério do comando da S.C.I.H. do hospital.

Normas / procedimentos envolvidos

- Norma Regulamentadora nº 32
- Resolução RDC nº 306, de 07/12/ 2004
- NBR 12.807, NBR 12808 e NBR 12810
- Portaria MS nº 930 de 27/08/1994
- Portaria CVS nº 21, de 10/09/20084.
- Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005

Procedimentos

1. Preparar o carrinho funcional com os materiais necessários e estacioná-lo no corredor, de forma a não obstruir a passagem;
2. Utilizar equipamentos de proteção coletiva;
3. Calçar luvas de látex;
4. Em caso de presença de fluidos corpóreos, realizar o procedimento primeiro, conforme descrito neste manual;
5. Realizar abertura de janelas para o arejamento do ambiente;
6. Abrir armários e gavetas;
7. Recolher os resíduos dos recipientes, amarrando os sacos com dois nós ou lacre adotado pelo hospital, antes de retirá-los. Depositá-los no saco coletor do carrinho funcional ou diretamente no carro de coleta interna.
8. Substituir os sacos de resíduos, de acordo com legislação vigente adotada pela instituição;
9. Reunir os móveis e objetos de forma a facilitar a área a ser limpa;
10. Utilizar mop pó (lamelo) com fibra refil descartável;
11. Remover as partículas maiores com o mop pó(lamelo), direcionando os resíduos para a porta de entrada.



12. Calçar uma luva para desprender o refil das presilhas, com a outra mão segurar o cabo;
13. Retirar a luva;
14. Recolher detritos e o refil, empurrando os mesmos com próprio suporte da pá coletora e desprezá-los no saco coletor do carro funcional;
15. Acomodar o suporte mop pó (lamelo) no carrinho funcional.

Teto

1. Aplicar solução detergente, utilizando suporte limpa tudo e fibra macia, em movimentos uniformes, em sentido unidirecional;
2. Remover a solução detergente com pano úmido.

Paredes

1. Lavar as paredes e portas e peitoris com auxílio do suporte limpa tudo e fibra macia embebida em solução detergente;
2. Enxaguar com pano úmido e secar com pano limpo;
3. Lavar as mãos enluvadas;
4. Retirar luvas;
5. Lavar as mãos;
6. Atentar para a limpeza de janelas e persianas conforme o acordado com a instituição.

Mobiliário

1. Calçar luva descartável;
2. Limpar a superfície do mobiliário com pano para limpeza umedecido em solução detergente;
3. Remover a solução aplicada com pano umedecido em água;
4. Atentar para a limpeza de: parte interna e pés de mobiliários, luminárias, quadros e suportes de TV, interior de geladeiras.

Cama do paciente

1. Preparar 02 baldes, um com água limpa e outro com detergente neutro;
2. Dobrar o pano de limpeza manual em 8 (oito) partes iguais;
3. Calçar as luvas de látex;
4. Molhar o pano na solução e retirar o excesso de água;
5. Limpar a cabeceira na parte externa e interna, com movimentos unidirecionais, de dentro para fora;
6. Repetir a técnica na peseira;



7. Dobrar o colchão ao meio;
8. Limpar da cabeceira para o meio da cama, em sentido unidirecional;
9. Limpar o estrado, no sentido da cabeceira para o meio da cama;
10. Repetir a técnica na parte dos pés;
11. Fazer o enxágüe com pano umedecido em água limpa;
12. Limpar a parte inferior da cama, no sentido da cabeceira para o meio e da peseira para o meio, puxando ao seu encontro a sujidade;
13. Limpar as pernas da cama no sentido de cima para baixo;
14. Umedecer o pano na solução detergente;
15. Limpar as grades de proteção, no sentido de cima para baixo;
16. Limpar a parte superior da cama, obedecendo ao movimento da cabeceira para o meio, da peseira para o meio e puxando a sujidade para o seu encontro, Encaminhar material utilizado ao DML.

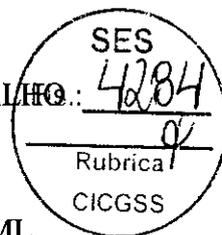
Piso

1. Identificar a área a ser limpa com equipamento de proteção coletiva;
2. Fazer a lavação com detergente, utilizando equipamento mecânico e disco próprio para lavação, com movimento unidirecional, do fundo do para a porta;
3. Remover a água da lavação com a própria máquina, aspirador de líquidos ou auxílio de rodo;
4. Secar o piso com Mop água;(bio)
5. Aplicar uma fina camada de cera líquida;
6. Após secagem da cera, dar brilho utilizando equipamento mecânico e disco próprio para polimento em movimentos laterais em toda a área;
7. Reorganizar o mobiliário nos devidos lugares;
8. Encaminhar carrinho funcional para reposição dos materiais e limpeza necessária ao DML.

Isolamento

1. Utilizar EPI de acordo com o orientado e fornecido pela enfermagem.
2. Lavar as mãos;
3. Calçar as luvas;
4. Recolher o resíduo dos recipientes, embalando duplamente, amarrando os sacos com dois nós ou lacre adotado pela instituição antes de retirá-los. Depositá-los no saco coletor do carrinho funcional ou diretamente no carro de coleta interna I;
5. Substituir os sacos de resíduos, de acordo com legislações vigentes;
6. Lavar as mãos enluvasadas;
7. Prosseguir técnica de limpeza terminal, substituindo solução detergente por solução desinfetante; cloro orgânico e Mop por pano de limpeza de piso e rodo;
8. Ao término da limpeza, os panos deverão ser desprezados como resíduo infectante;

[Handwritten signature and initials]



9. Proceder à desinfecção dos equipamentos, com desinfetante bactericida, no DML. (cabos, máquinas e baldes);
10. Lavar as mãos enluvadas;
11. Retirar as luvas;
12. Lavar as mãos.

Unidades de Emergência e Sala de Diagnóstico

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas;
3. Recolher o resíduo dos recipientes, embalando duplamente, amarrando os sacos com dois nós ou lacre adotado pela instituição antes de retirá-los; Depositá-los no saco coletor do carrinho funcional ou diretamente no carro de coleta interna;
4. Substituir os sacos de resíduos, de acordo com legislações vigentes;
5. Lavar as mãos enluvadas;
6. Prosseguir técnica de limpeza terminal, conforme descrito neste manual;
7. Lavar as mãos enluvadas;
8. Retirar as luvas;
9. Lavar as mãos;
10. Encaminhar o carrinho funcional até o DML para troca de água e desinfecção da cabeleira.

Sanitários

1. Calçar luvas de látex;
2. Limpar as paredes com auxílio do suporte limpa tudo (LT) e fibra branca de uso geral embebida em solução detergente;
3. Promover o enxágue;
4. Lavar as portas inclusive do Box com auxílio do suporte limpa tudo e fibra macia embebida em solução detergente;
5. Secar paredes e portas com pano limpo;
6. Limpar o espelho com auxílio de pano umedecido em solução detergente e secar com papel toalha a fim de evitar manchas;
7. Proceder à limpeza da pia, lavar primeiro a parte externa e depois a parte interna, utilizando-se fibra macia embebida em solução detergente;
8. Promover o enxágue e secar com pano limpo;
9. Acionar a descarga ou mecanismo de lavagem do sanitário;
10. Lavar primeiro a tampa e assento, depois parte externa com fibra macia ou esponja dupla face umedecida em solução detergente;
11. Esfregar o interior do vaso sanitário com escova lavatina, com solução detergente-desinfetante e acionar descarga ou mecanismo de lavagem (aproveitar para enxaguar a escova);



12. Lavar o piso com auxílio de suporte LT, fibra de uso geral embebida em solução detergente, esfregando todos os cantos e posteriormente o meio, do fundo para frente;
13. Promover o enxágüe do piso com água limpa, escoando para o ralo do banheiro, com o rodo;
14. Com as mãos enluvadas retirar os detritos do ralo com papel toalha e desprezar no saco coletor do carrinho funcional;
15. Finalizar com a secagem do piso com pano limpo e reposição dos materiais de consumo;
16. Encaminhar o carrinho funcional, junto com os mops e panos de limpeza até o DML para troca de água do balde, desinfecção dos panos e cabeleiras.

Vestiários

Limpeza de armários, cadeiras e/ou bancos

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas;
3. Limpar com pano de limpeza manual umedecido em solução detergente, passando por toda a superfície dos mobiliários;
4. Promover enxágüe da solução aplicada com pano umedecido em água limpa;
5. Secar com pano limpo;
6. Lavar as mãos enluvadas;
7. Retirar as luvas;
8. Lavar as mãos.

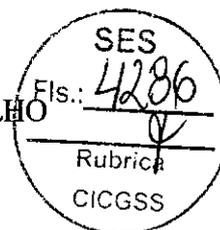
Limpeza de espelhos e pias

1. Limpar o espelho com auxílio de pano umedecido em solução detergente e secar com papel toalha a fim de evitar manchas;
2. Proceder à limpeza da pia, lavar primeiro a parte externa e depois a parte interna, utilizando-se fibra macia embebida em solução detergente;
3. Promover o enxágüe e secar com pano limpo;
4. Lavar as mãos enluvadas;
5. Retirar as luvas;
6. Lavar as mãos.

Limpeza do Piso

1. Lavar o piso com auxílio de suporte LT, fibra de uso geral embebida em solução detergente, esfregando todos os cantos e posteriormente o meio, do fundo para frente;
2. Promover o enxágüe do piso com água limpa, escoando para o ralo do banheiro, com o rodo;

[Handwritten signatures and initials]



3. Com as mãos enluvasdas retirar os detritos do ralo com papel toalha e desprezar no saco coletor do carrinho funcional;
4. Finalizar com a secagem do piso com pano limpo e reposição dos materiais de consumo.

Áreas Comuns - Corredores, Escadas

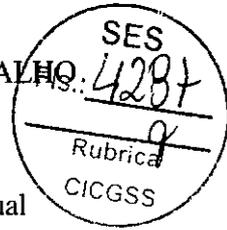
1. Preparar o carrinho funcional com os materiais necessários e estacioná-lo no corredor, de forma a não obstruir a passagem;
2. Utilizar equipamentos de proteção coletiva;
3. Calçar luvas de látex;
4. Em caso de presença de fluidos corpóreos, realizar o procedimento primeiro, conforme descrito neste manual;
5. Recolher os resíduos dos recipientes, amarrando os sacos com dois nós ou laço adotado pelo hospital, antes de retirá-los. Depositá-los no saco coletor do carrinho funcional ou diretamente no carro de coleta interna l;
6. Substituir os sacos de resíduos, de acordo com legislação vigente adotada pela instituição.

Mobiliário

1. Calçar luva descartável;
2. Limpar a superfície do mobiliário com pano para limpeza umedecido em solução detergente;
3. Remover a solução aplicada com pano umedecido em água.

Piso

1. Utilizar mop pó (lamelo) com fibra refil descartável;
2. Remover as partículas maiores com o mop pó;
3. Calçar uma luva para desprender o refil das presilhas, com a outra mão segurar o cabo;
4. Retirar a luva;
5. Recolher detritos e o refil, empurrando os mesmos com próprio suporte da pá coletora e desprezá-los no saco coletor do carro funcional;
6. Acomodar o suporte mop pó (lamelo) no carrinho funcional;



7. Limpar acessórios - quadros, extintores, telefones, com pano de limpeza manual umedecido em solução com água e detergente;
8. Secar com pano limpo;
9. Em caso de manchas, aplicar abrasivo no local e deixar agir até clarear;
10. Lavar as paredes, portas e peitoris com auxílio do suporte limpa tudo e fibra macia embebida em solução detergente;
11. Enxaguar com pano úmido e secar com pano limpo;
12. Lavar as mãos enluvadas;
13. Retirar luvas;
14. Lavar as mãos;

Limpeza de Piso de Corredores com Máquina

1. Preparar o carrinho funcional com os materiais necessários e estacioná-lo no corredor, de forma a não obstruir a passagem;
2. Dividir o corredor ao meio utilizando EPC (placa de sinalização, fitas zebreadas etc.) liberando assim, uma parte do corredor para o fluxo de pessoas;
3. Calçar luvas de látex;
4. Em caso de presença de fluidos corpóreos, realizar o procedimento primeiro, conforme descrito neste manual;
5. Recolher os resíduos dos recipientes, amarrando os sacos com dois nós ou laço adotado pelo hospital, antes de retirá-los. Depositá-los no saco coletor do carrinho funcional ou diretamente no carro de coleta interna I;
6. Substituir os sacos de resíduos, de acordo com legislação vigente adotada pela instituição;
7. Utilizar mop pó (lamelo) com fibra refil descartável;
8. Remover as partículas maiores com o mop pó;
9. Calçar uma luva para desprender o refil das presilhas, com a outra mão segurar o cabo;
10. Retirar a luva;
11. Recolher detritos e o refil, empurrando os mesmos com próprio suporte da pá coletora e desprezá-los no saco coletor do carro funcional;
12. Acomodar o suporte mop pó (lamelo) no carrinho funcional;
13. Aplicar solução detergente no piso com auxílio do MOP água;
14. Esfregar os cantos e rodapés com auxílio do suporte limpa tudo e fibra de uso geral;



15. Passar a máquina sobre o piso em sentido unidirecional;
16. Remover o excesso da solução, com auxílio da cabeleira MOP água;
17. Secar com mop água ou pano de chão e rodo;
18. Passar uma fina camada de cera;
19. Deixar secar e repetir o processo;
20. Liberar essa parte do corredor para a passagem de pessoas;
21. Repetir os procedimentos na outra metade do corredor.

Polimento do Piso

1. Remover a fita zebraada, mantendo as placas de sinalização;
2. Polir o corredor, utilizando equipamento mecânico (HIGHSPEED), de forma uniforme, abrangendo toda a sua extensão;
3. Lavar as mãos enluvadas;
4. Retirar luvas;
5. Lavar as mãos;
6. Recolher o material utilizado para o DML para descontaminação e reposição.

Frequência e Plano de Trabalho

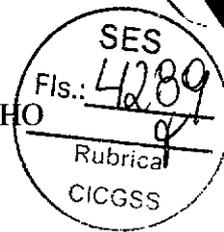
Resumo das Atividades

1. Limpeza e Conservação
2. Lavam Banheiros e abastecem com materiais higiênicos.
3. Lavam e enceram os pisos.
4. Limpam divisórias, escadarias e elevadores.
5. Manter constantes os estoques de produtos de limpeza e higiene.
6. Passam Mop nas áreas de piso frio.
7. Realizam todo o processo de limpeza e conservação nas áreas administrativas, de produção e dependências da empresa.
8. Demais atribuições em conformidade com normas do cliente.

Limpeza de Vidros

Atribuição das Atividades

589



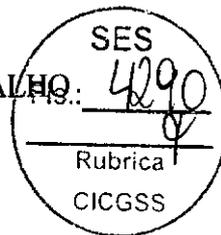
1. Lavam vidros de janelas de fácil acesso.
2. Limpam vidros de portas.
3. Limpa recintos e acessórios dos mesmos.
4. Zelam pelo patrimônio, tomando providências para a realização dos serviços.
5. Demais atribuições em conformidade com normas do cliente.

Encarregado / Líder

- Acompanhar a execução dos serviços e avaliar a qualidade
- Auxiliar o supervisor no preenchimento de informações relacionadas com o contrato
- Efetuar a diluição e manuseio de produtos químicos
- Liderar equipe de funcionários sob sua responsabilidade
- Manter contato com o cliente para levantar suas necessidades
- Manter quando necessário, o controle dos cartões de ponto, verificando faltas ou ausências no serviço, providenciando transferências e reposições de pessoal necessárias ao bom andamento das tarefas sob sua responsabilidade.
- Orientar e disciplinar um grupo de limpadores, designando o pessoal e ajudando na execução do serviço conforme as orientações da chefia imediata.
- Seguir e orientar os seus colaboradores sobre as normas de segurança e execução
- Treinar os limpadores em técnicas de limpeza e utilização de equipamentos.

Supervisão/Gestão

- Atuar como elemento de ligação entre a empresa e o cliente, na solução de problemas funcionais e administrativos.
- Conferir cartões de ponto dos funcionários, elabora relatórios relacionados com a sua função,
- providencia as reposições e preenchimento de vagas de funcionários.
- Elaborar planilha de custos para apresentação de proposta de até 2 funcionários.
- Identifica e registra quaisquer problemas da qualidade dos serviços.
- Inicia ações para prevenir ocorrência de não conformidade em serviços.
- Inicia, recomenda ou providencia soluções através de canais designados.
- Mantém contato com o cliente a fim de coletar informações que lhe permita uma melhor atuação e operação do contrato.
- Multiplicar treinamentos aos seus colaboradores.
- Supervisionar a execução de planos de trabalho a fim de que seja seguido, e ao cliente seja assegurada a qualidade da limpeza dentro dos padrões de qualidade estabelecidos no contrato.



- Cumprir com os horários estabelecidos (refeição, entrada e saída e os demais estabelecidos pela legislação vigente).

IMPLANTAÇÃO SERVIÇO DE HOTELARIA – HEMOCENTRO

Processamento de roupas / rouparia

08 leitos

Exoval: Lençol, fronha, colcha, toalha

Leito infantil:

Exoval RN, lençol-cama infantil, pijama infantil, toalha

Equipe técnica:

Uso de unissex padronizado

Utilização capote de tecido

Quantitativo aquisição:

Lençol: 150 unidades

Fronhas: 80 unidades

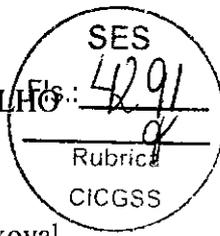
Colchas: 50 unidades

Toalhas: 50 unidades

Capotes: 400 unidades

Unissex: aproximadamente 250 funcionários = 400 conjuntos de unissex (verificar quantitativo de funcionários para calculo real)

Contrato com empresa terceirizada para processamento de exoval externo (coleta de roupas sujas em expurgo central, entrega de exoval limpo na rouparia_



Necessário contratação de 01 funcionário para rouparia e abastecimento de enxoval nas unidades e armários

O fornecimento de enxoval para unidades externas do hemocentro terá fornecimento de capote descartável.

Controle de Pragas:

Contratação de empresa terceirizada para controle de pragas e vetores – visita semanal.

Coleta de Resíduos:

Contratação de empresa especializada em recolhimento e tratamento de resíduos sólidos com fornecimento de containers para armazenamento de resíduos.

Serviço de Higienização:

Contratação serviço terceirizado (mão de obra + fornecimento de descartáveis)

Equipamentos: lavadora de piso, 02 carrinhos convencional, uso de mop plano e descartável

Produtos Químicos: A verificar com CCIH padronização para área crítica

Quantitativo de profissionais: 8 funcionários escala 6x1 (segunda a sábado) diurno + 04 funcionários escala 12x36 noturno (sendo 02 por noite)

Total de funcionários: 12 profissionais de higienização

Coleta de enxoval sujo será realizado pela equipe de higienização (coletor de resíduos)

Equipe de Supervisão de Hotelaria:



- Sistema da Prefeitura.

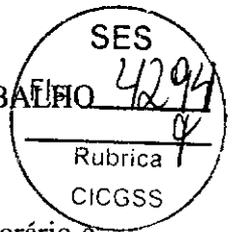
Cuidados especiais

- Verificar se o paciente possui autorização de agendamento;
- Verificar se o paciente se encontra no Sistema;
- Verificar se o paciente se encontra no regulado no SMS;
- Os usuários deverão ser esclarecidos no ato da compilação dos dados, quanto às consultas de retorno e de referência e contra referência, que serão informadas por telefone e que somente após este contato, o usuário deverá retirar o vale exames e providenciá-los para a consulta agendada;

Para agendamento de consulta com outras especialidades que não houver vagas para os próximos 02 (dois meses), os dados serão extraídos/copiados da ficha de contra referência, lançados no sistema para Central de Relacionamento, sendo orientado a dar entrada na Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência.

Sequencia do procedimento

- Recepcionista: Verificar no sistema SMS da prefeitura se o usuário está regulado;
- Recepcionista: Verificar no sistema e SMS se o paciente possui algum serviço autorizado para o dia e horário;
- Recepcionista: Consultar se há disponibilidade de vagas na especialidade solicitada exclusivamente para retornos obrigatórios e risco cirúrgico, os quais deverão ser agendados em tempo real, nas vagas solicitadas e/ou mais próximas.
- As solicitações de retorno e encaminhamentos de referência e contra referência serão copiadas/reproduzidas, acompanhadas de cópia de documento pessoal e dois números telefônicos que serão avaliadas por profissionais de saúde para os devidos fins (agendamento na unidade, encaminhamento para Central de Regulação) de acordo com as normas estabelecidas;
- Emitir o comprovante de marcação da consulta para agendamentos de consultas de retorno;



- Orientar o usuário no ato do agendamento as questões em relação à data, horário e local da realização da consulta, bem como da limitação de acompanhante e para evitarem acompanhantes menores;
- Para Consultas de Retorno e pedidos de Referência e Contra Referência, os dados copiados serão encaminhados à Central de Relacionamento para agendamento na vaga e/ou encaminhamento junto à Central de Regulação da Prefeitura de Goiânia. Os usuários serão orientados a aguardarem contato telefônico quanto à data, horário de consulta e profissionais que os atenderão;
- Orientar o usuário em relação à data, horário e local da realização da consulta, bem como da limitação de acompanhante e para evitarem acompanhantes menores.

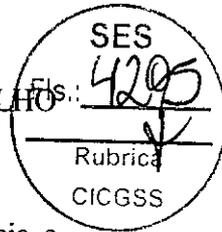
Ações corretivas

- Perda do expediente para autorização do agendamento pelo usuário: o recepcionista é orientado a procurar a chefia de enfermagem da seção do ambulatório médico especializado para que a mesma requeira com o médico especialista uma nova autorização de agendamento, após averiguação do histórico do paciente;
- Treinamentos, Reuniões Periódicas por Turno, Oficinas, Expedientes Circulares, etc;
- Usuário em situação irregular junto a Central de Regulação será orientado pelo Recepcionista II a procurar sua Secretaria de Saúde para sua regularização e posteriormente pleitear, vis SUS, a assistência desejada;

O usuário que não comparecer à consulta agendada deverá ser orientado a retirar senha para agendamento e comunicar ao colaborador do guichê para realizar o reagendamento em até três meses após a data da consulta perdida.

2.7.2.4.2. Confirmação de consultas

Objetivo



Realizar a confirmação de consultas de retorno, de primeira vez e de Referência e Contra Referência Interna, de forma padronizada e com celeridade.

Local de execução

Guichês da Seção de Fluxo Ambulatorial.

Responsável pela execução

Recepcionista II

Recursos necessários

- Encaminhamento da Unidade básica de saúde após regulação no SMS/CR;
- Guia de Autorização de agendamento ou Formulário de Referência e Contra Referência Interna
- Comprovante de agendamento;
- Documentos de identificação;
- Comprovante de endereço;
- Cartão do SUS;
- Números telefônicos para contato;
- Sistema de informação;
- Sistema de chamamento;
- Sistema da Prefeitura.

Cuidados especiais

- Verificar se o usuário está regulado na SMS;
- Verificar se o paciente se encontra cadastrado no Sistema;
- Confirmar endereço e números telefônicos atuais;
- Requerer Cartão SUS e ou orientar que o usuário providencie seu cartão junto a sua Secretaria de Saúde;
- Verificar o horário da consulta agendada previamente.

Sequência do atendimento



- O usuário será chamado através do sistema digital de senhas, sendo indicado em um painel eletrônico o número da sua senha (preferencial ou normal), bem como o número do guichê que terá que se apresentar;
- O colaborador solicitará a senha chamada para conferência e início de atendimento;
- Mediante checagem nos sistemas da SMS/CR e Sistema do serviço de hemoterapia, o colaborador constatará se o usuário possui algum serviço autorizado para o dia, o horário e a agenda do profissional;
- A confirmação será efetuada eletronicamente, sendo impressa uma etiqueta adesiva com nome do usuário para que o mesmo use em local visível;
- Após a conclusão desse processo, o usuário é orientado a aguardar sentado na ala correspondente o chamamento nominal pelo médico.

Sequência do atendimento

Ações corretivas

- **Em casos de perda da consulta devido a atrasos, etc:** o usuário será orientado a retirar outra senha para reagendamento de nova consulta em outra data, mediante apresentação de documentação pessoal;
- **Para usuário sem consulta agendada:** O mesmo será orientado a requerer seu agendamento mediante a apresentação da "Guia de Autorização de Consulta" ou formulário de referência e contra referência interna, acompanhado de documento de identificação, Cartão SUS;
- **Para usuários que perderam a Autorização de Agendamento:** o colaborador verificará a última consulta comparecida, avaliará a sua situação junto a Central de Regulação;
- **Em casos em que o usuário estiver com sua regulação ativa:** e não à consulta agendada, o mesmo deverá ser orientado a retirar uma senha para agendamento, dirigir-se ao guichê munido de documentos pessoais e informar que não pode comparecer e que necessita de um reagendamento;

[Handwritten signature and initials]



- **Para usuários com regulação inativa:** orientá-lo a iniciar processo junto a unidade básica de saúde mais próximo de sua residência.

2.7.2.4.3. Regulação de pacientes após alta hospitalar

Objetivo

Realizar a normatização do usuário no sistema de regulação via SMS visando o atendimento pós-internação para que o mesmo tenha acesso ao fluxo de consultas em andamento.

Local de execução

Portal de regulação interna

Responsável pela execução

Recepcionista II

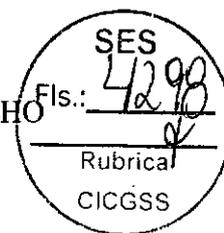
Recursos necessários

- Autorização de agendamento de retorno;
- Documentos de identificação;
- Comprovante de endereço;
- Cartão do SUS;
- Sistema de informação;
- Sistema da Prefeitura.

Cuidados especiais

- Verificar se o usuário tem AIH liberada, ou se foi solicitada;
- Verificar se o usuário está regulado na SMS;
- Verificar se o usuário se encontra cadastrado no Sistema de informação do serviço de hemoterapia.

Sequencia do procedimento



- Executor do Hospital dia: comparecer ao portal de regulação interna para regulação do usuário;
- Executor: deverá estar de posse dos documentos necessários para o processo e autorização de agendamento (CPF, SUS, Comprovante de Endereço, Autorização de Consulta de Retorno);
- Recepcionista: consultar os dados no sistema da SMS, e verificar se o usuário está internado ou se realizou procedimentos;
- Recepcionista: solicitar via sistema SMS, a regulação do usuário nesta unidade enviando uma justificativa à Central de Regulação.
- Atendente: agendar consulta do usuário, se este for regulado;
- Não sendo regulado, o usuário será orientado a aguardar no mínimo 72 horas, tempo previsto para sua regulação junto à SMS-CR;
- Usuário: retornar ao serviço de hemoterapia para agendar consulta.

Ações corretivas

Caso a regulação não tenha sido autorizada, a atendente entrará em contato com a Central de Regulação para obter maiores informações, reorientando o usuário a ligar novamente após 24h.

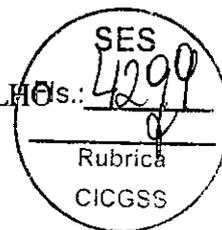
2.7.2.4.4. Emissão de Senhas de Atendimento Via Totem

Objetivo

Assegurar ao usuário o seu acesso organizado, democrático e igualitário por meio de entrega de senhas preferenciais e normais, tanto para confirmação de consultas quanto agendamentos de retorno, reagendamento de retornos, risco cirúrgico e referência e contra referencia interna.

Local de execução

Recepção da Seção do Fluxo Ambulatorial



Responsável pela execução

Recepcionista II

Recursos necessários

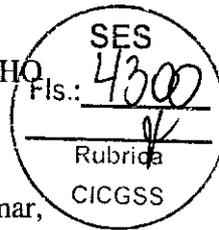
- Autorização de Agendamento de consultas de retorno;
- Encaminhamento interno ou da Unidade básica de saúde/formulário de Referência e Contra Referência;
- Comprovante de agendamento da consulta;
- Documentos de identificação;
- Cartão SUS
- Sistema de Chamamento;
- Totem eletrônico de senhas;
- Sistema de monitores para chamar senhas;
- Impressora térmica.

Cuidados especiais

- Identificar-se junto ao usuário verificando o serviço desejado;
- Verificar se o paciente possui autorização de agendamento;
- Verificar se o paciente possui comprovante de agendamento;
- O recepcionista verificará a necessidade de distribuição de senha preferencial ou não, orientando sobre o funcionamento dos painéis eletrônicos das salas de espera específicas;
- O colaborador deverá portar Crachá de identificação e Uniforme Padronizado;
- O colaborador observará a necessidade de atendimento especial em situações específicas, acionando seu responsável imediato para a situação verificada (intercorrências, preservação da integridade física, dignidade e humanização, etc.);

Obs: Em casos de demandas ou divergências prolongadas o usuário deverá ser encaminhado à gerência imediata.

Sequencia do procedimento



- Usuário se apresenta a Seção de Fluxo Ambulatorial/Totem Digital para confirmar, agendar ou reagendar consulta;
- Recepcionista verificará qual o serviço que usuário ira utilizar;
- Recepcionista emitirá a senha específica (preferencial ou normal), correspondente ao serviço identificado orientando-o sobre as salas interna e externa de espera, o funcionamento dos painéis digitais e do fluxo de chamamento.

Ações corretivas

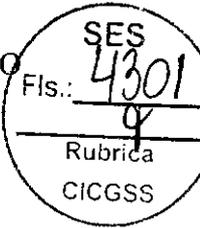
- Usuário foi triado corretamente? Se não, o recepcionista o orientará quanto às medidas necessárias, específicas para cada situação; ex: sem regulação, sem consulta agendada;
- Sem Regulação: Orientará o usuário a buscar inicialmente atendimento na unidade básica de saúde mais próxima de sua residência;
- Sem Consulta Agendada: Somente o médico assistente pode autorizar agendamento. Desta forma, o usuário tem de agendar contato telefônico.

2.7.2.5. Laboratório

MINUTA DE REGIMENTO INTERNO DA GERÊNCIA DE LABORATÓRIOS

A Gerência de laboratórios estará diretamente subordinada à Diretoria Técnica das unidades hemoterápicas assegurando a qualidade dos exames produzidos bem como de seus hemocomponentes.

CAPÍTULO I DA COMPETÊNCIA



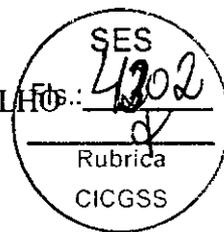
- I. Monitorar criticamente as metas e os indicadores estratégicos e da qualidade, referentes aos laboratórios de imunohematologia, de sorologia e laboratórios Especiais, visando assegurar o cumprimento dos mesmos;
- II. Assegurar que os requisitos do Controle de Qualidade e as Normas de Biossegurança sejam cumpridos;
- III. Alimentar indicadores relacionados à sua área de atuação;
- IV. Analisar as não conformidades relativas ao seu departamento e aplicar as medidas corretivas e planos de ações preventivas necessários conforme definição do Escritório da qualidade;
- V. Acompanhar as qualificações dos equipamentos e validações dos processos nos laboratórios;
- VI. Monitorar dados epidemiológicos e estatísticos que visem subsidiar a implementação de medidas e ações de melhoria na execução dos exames e emissão dos resultados, tanto para doadores de sangue como para pacientes;
- VII. Emitir relatórios das atividades desenvolvidas e dos resultados alcançados;
- VIII. Garantir o bom funcionamento dos laboratórios de paciente quanto a agendamento de coletas, realização dos exames e liberação dos resultados;
- IX. Propor adequações necessárias ao processo de trabalho;
- X. Elaborar as escalas de trabalho e serviços juntamente com os chefes de cada laboratório.

POP DE TESTE DE HEMÓLISE

Objetivo

Verificar previamente na transfusão, a presença de hemácias hemolisadas no concentrado de hemácias.

Responsáveis



- Supervisor da transfusão
- Técnico em hemoterapia
- Equipe médica

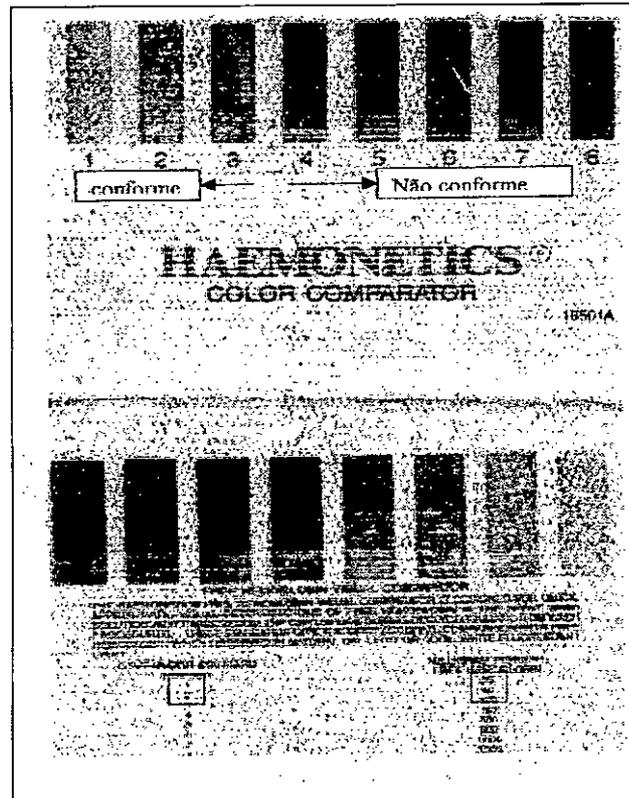
Materiais e equipamentos

- Centrífuga;
- Pipeta;
- Tubo de ensaio
- EPIs

Procedimento

1. Separar o (s) hemocomponente (s) selecionado (s);
2. Fazer ordenha no espaguete (rabicho);
3. Identificar o(s) espaguetes com uma etiqueta na qual deve constar o número do código da bolsa. Depois de coletada a amostra para teste de hemólise, o espaguete é guardado por 10 dias na geladeira com temperatura entre 2 a 8°C;
4. Colocar em um tubo de ensaio devidamente identificado 100 microlitros de concentrado de hemácias;
5. Adicionar 5 ml de solução fisiológica;
6. Centrifugar por 1 minuto à 3.400 rpm;
7. Verificar o grau de hemólise de acordo com a tabela.

Parâmetro de referência



Grau de hemólise 2 G2)

- Teste de Hemólise conforme: padrões 1,2 e 3
- Teste de hemólise não conforme: padrões 4,5,6,7 e 8.

Cuidados especiais

Observar o procedimento correto de ordenhar os rabichos de concentrados de hemácias seja necessário, verificar reintegração de hemocomponentes.

Registros

Mapa Diário de Transfusão

POP DE TESTE DE PROVA DE COMPATIBILIDADE

Objetivo

[Handwritten signature and initials]



Simular "in vitro" reações de incompatibilidade entre as hemácias do doador e o soro/plasma do receptor.

Responsáveis

- Supervisor transfusão
- Técnico em hemoterapia
- Médico

Materiais e equipamentos

- ID- Cartão "LISS/Coombs"
- ID-Diluent 2
- Incubadora
- Centrífuga
- Pipeta
- Aglutinoscópio
- Tubos de ensaio
- EPIs

Procedimento

1. Preparar a suspensão de hemácias a 0,8% do doador, colocando no tubo de suspensão 1 mL de ID-Diluyente 2 e 10 -12,5 microlitros de concentrado de hemácias do doador. Homogeneizar.
2. Identificar o Cartão ID-Cartão "LISS/Combs" com nome paciente, hospital, data do procedimento e responsável técnico.
3. Identificar os microtubos com o número da doação.
4. Retirar o lacre de alumínio até onde for utilizar.
5. Pipetar 50 microlitros das hemácias do doador nos microtubos correspondentes.



6. Adicionar 25 microlitros do soro/plasma do receptor nos referidos microtubos. Levar à ID- Incubadora por 15 minutos à 37°C.
7. Realizar o teste de hemólise das bolsas utilizadas, conforme descrito no POP de Teste de Hemólise.
8. Centrifugar o cartão durante 10 minutos em ID-Centrífuga.
9. Ler com auxílio do aglutinoscópio e anotar os resultados das reações na ficha de receptor.
10. Nos casos de transfusão de plasma, plaquetas ou crioprecipitado, os testes pré-transfusionais deverão incluir: tipagem ABO e RhD, pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares no sangue do receptor.

Interpretação

Reação Positiva: Células aglutinadas formando uma linha vermelha na superfície do gel ou dispersas ao longo do gel. Indica incompatibilidade do sangue do doador com o sangue do receptor.

Reação Negativa: Botão compacto de células no fundo do microtubo. Indica compatibilidade do sangue do doador com o sangue do receptor.

Parâmetros

TUBO



NEGATIVO



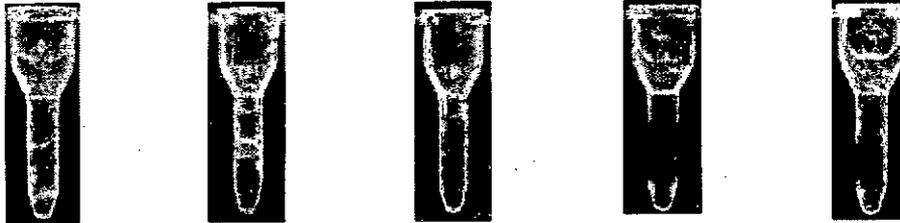
POSITIVO

606

[Handwritten signatures and initials]



GEL



.....NEGATIVO.....1+.....2+.....3+.....4+

Cuidados especiais

Não utilizar ID-Cartões que estejam com o lacre de alumínio danificado, que tenham sinais de ressecamento ou bolhas de ar (neste último caso centrifugar previamente os cartões).

Em casos de transfusão incompatível o médico do Hemocentro e do paciente deverão assinar o **TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE INCOMPATÍVEL**. Se possível, o paciente ou responsável também deverão assinar o termo.

Registros

Termo de Responsabilidade para Transfusão de Hemocomponente Incompatível- arquivo físico disponível por 20 anos.

Termo de Responsabilidade para autorização de transfusão sem prova de compatibilidade. - arquivo físico disponível por 20 anos.

POP DE PAINEL DE HEMÁCIAS

Objetivo

Identificação de anticorpos irregulares do paciente.

607



Responsáveis

- Supervisor de transfusão
- Auxiliar de transfusão
- Médico

Materiais e equipamentos

- ID- Cartão "LISS/Coombs"
- ID-Diluent 2
- Reagentes (hemácias- testes ID-DiaPainel)
- Incubadora
- Centrífuga
- Pipeta
- Aglutinoscópio
- EPI

Procedimento

1. Preparar a suspensão de hemácias a 0.8% do paciente, colocando em um tubo de ensaio 1 mL de ID-Diluyente 2, mais 10-12,5µL de hemácia do paciente.
2. Homogeneizar.
3. Identificar 2 ID-Cartões "LISS/Coombs" com nome do paciente e seqüência numérica dos microtubos de acordo com a hemácia-teste. Retirar o lacre de alumínio.
4. Pipetar 50µL de cada hemácia-teste nos microtubos correspondentes (1 a 11).
5. Adicionar 50µL da suspensão de hemácias do paciente no microtubo 12 (autocontrole).
6. Adicionar 50µL de soro/plasma do paciente nos 12 microtubos.
7. Incubar por 15 min a 37°C em ID-Incubadora.
8. Centrifugar o cartão durante 10 min. em ID-Centrífuga.
9. Ler com auxílio do aglutinoscópio e anotar os resultados das reações.



SES
 Fis.: 4309
 Rubrica
 CIGSS

Ao fazer a leitura, anotar os resultados em seqüência. Nos que forem positivos colocar (+), nos que forem negativos colocar (0). Após isto, com o auxílio do diagrama, identificar o tipo de anticorpo presente.

De acordo com o padrão de reação e a configuração antigênica, o antígeno presente pode, na maioria dos casos, ser identificado (o autocontrole deve ser negativo).

Reações positivas com todas as hemácias teste e um autocontrole negativo, pode ser devido a reações inespecíficas ou pode indicar presença de um aloanticorpo contra antígeno de alta freqüência.

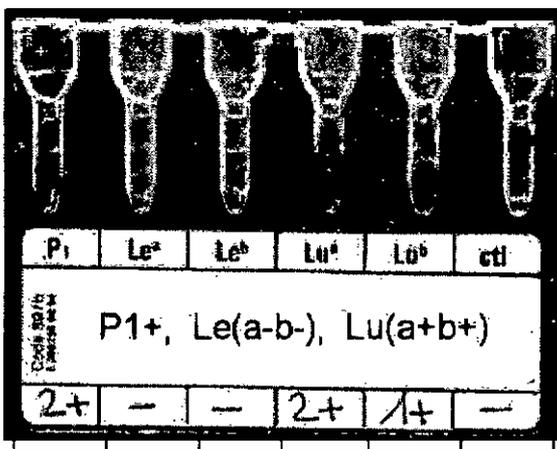
Reações positivas com todas as hemácias teste e um autocontrole positivo, pode ser devido a autoanticorpos.

Parâmetros de referência

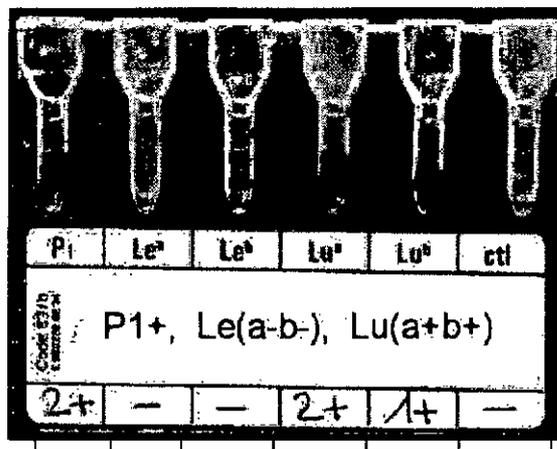
De acordo com o diagrama

POSITIVO: Células aglutinadas formando uma linha vermelha na superfície do gel ou dispersas ao longo do gel.

NEGATIVO: Botão compacto de células no fundo do microtubo.



MGS 12/04/2004



MGS 12/04/2004

[Handwritten signatures and initials]



Cuidados especiais

Verificar se o número do lote das hemácias teste corresponde ao número do lote indicado na tabela de antígenos.

As hemácias- teste e amostras devem atingir a temperatura ambiente antes do uso.

Não utilizar ID-Cartões que estejam com o lacre de alumínio danificado, que tenham sinais de ressecamento ou bolhas de ar (neste último caso centrifugar previamente os cartões).

Registros

- Folha de trabalho do Pannel de hemácias
- Ficha de Receptor Informatizada.

POP DE AUTOCONTROLE

Objetivo

Deteccção de autoanticorpos no receptor.

Responsáveis

- Supervisor transfusão;
- Técnico em Hemoterapia;
- Médico;

Materiais e equipamentos

- ID- Cartão "LISS/Coombs"
- ID-Diluent 2
- Incubadora
- Centrífuga
- Pipeta
- Aglutinoscópio

[Handwritten signature and initials]



- EPIs

Procedimento

Técnica em gel

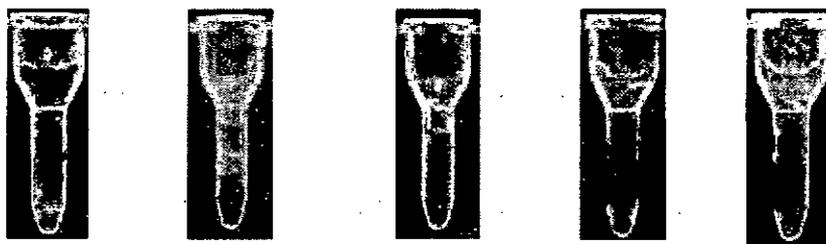
1. Preparar a suspensão de hemácias a 0,8% da amostra a ser testada, colocando no tubo de suspensão 1 mL de diluente ID-Diluyente2 e 10-12,5 microlitros de concentrado de hemácias. Homogeneizar.
2. Identificar o Cartão ID-Cartão "LISS/Commbs" com as iniciais do receptor.
3. Retirar o lacre de alumínio até onde for utilizar.
4. Pipetar 50 microlitros da hemácia a ser testada nos microtubos correspondentes.
5. Adicionar 25 microlitros do soro/plasma a ser testado nos referidos microtubos.
6. Levar à ID- Incubadora por 15 minutos à 37°C.
7. Centrifugar o cartão durante 10 minutos em ID-Centrífuga.
8. Ler com o auxílio do aglutinoscópio, e anotar os resultados das reações.

Reação positiva: Células aglutinadas formando uma linha vermelha na superfície do gel ou dispersas ao longo do gel (Presença de autoanticorpo no paciente).

Reação Negativa: Botão compacto de células no fundo do microtubo: (Ausência de autoanticorpo).

Parâmetros

GEL



NEGATIVO

1+

2+

3+

4+

Cuidados especiais

Caso o autocontrole seja positivo, comunicar o médico de plantão solicitando orientação.

[Handwritten signatures and initials]



Não utilizar ID-Cartões que estejam com o lacre de alumínio danificado, que tenham sinais de ressecamento ou bolhas de ar (neste último caso centrifugar previamente os cartões).

Registros

Ficha de Receptor Informatizada.

2.8. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS FINANCEIROS E GERAIS

2.8.1. ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS MULTIDISCIPLINARES

Considerando que o Ciclo do Sangue inclui captação e seleção do doador, triagem clínica epidemiológica, coletas de sangue internas e externas, doação de sangue por aférese, triagem laboratorial de amostras de sangue para pesquisa de doenças infecciosas transmitidas pela transfusão, incluídos os exames sorológicos, os de biologia molecular e os exames confirmatórios da sorologia, imuno-hematologia de doadores e pacientes, processamento, armazenamento, transporte e distribuição de hemocomponentes, procedimentos transfusionais e hemoterápicos, controle de qualidade de hemocomponentes, cadastro de pacientes portadores de Coagulopatias Hereditárias, Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias, armazenamento, distribuição e dispensação dos hemoderivados.

Diretoria Multidisciplinar responderá pela assistência complementar aos pacientes, garantindo a continuidade dos tratamentos ou procedimentos propostos pela equipe médica, por meio de procedimentos terapêuticos baseados em protocolos específicos, proporcionando aos pacientes uma recuperação mais rápida, alívio de sintomas dolorosos, redução das complicações e do tempo de internação, visando sobretudo otimizar o sucesso do tratamento. será composta. Para tanto será composta pelas seguintes Gerências:



Os profissionais: Assistente Social, Cirurgião Dentista, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo utilizarão procedimentos terapêuticos baseados em protocolos específicos, cada uma dentro das suas especificidades de atuação, quais sejam:

Gerência de Odontologia -Terá como missão realizar os procedimentos odontológicos em pacientes visando minimizar o risco de infecções e melhorar a qualidade de vida do paciente. Será realizado o tratamento odontológico para eliminação de foco de infecção (dentário) por meio de atendimento ambulatorial

Gerência de Psicologia- Terá como missão auxiliar o paciente em seu processo de adoecimento, visando à minimização do sofrimento provocado pela patologia e/ou tratamento.

Linhas de Atuação dos Profissionais:

- Suporte emocional e orientações para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas e dos procedimentos durante o tratamento ambulatorial;
- Treinamento de habilidades/hábitos;
- Estratégias psicológicas para mudanças de enfrentamento do paciente e familiares frente as situações de doença e tratamento;
- Orientações para as dificuldades comportamentais e cognitivas, dificuldades de manejo familiar/ambiental;
- Assistência psicológica breve e focal;

Gerência de Serviço Social – Terá como missão, prestar orientações aos pacientes e familiares sobre direitos e deveres (normas, códigos e legislação), serviços, recursos e programas sociais.

Linhas de Atuação dos Profissionais:



- Definição de estratégias voltadas para o aumento das doações de sangue.
- Monitoramento da movimentação das doações de sangue.
- Sensibilização dos usuários, familiares e comunidade para que os mesmos sintam-se participantes das campanhas de doação de sangue.
- Treinamento com os agentes multiplicadores em abordagens e orientações adequadas aos familiares dos pacientes.
- Elaboração de material publicitário/educativo (banners, folderes) para a captação e impresso de solicitação de doadores de sangue.
- Estabelecimento de meta de doações.
- Lançamento de campanhas internas de doação de sangue.
- Orientações acerca de serviços prestados pela unidade;
- Encaminhamentos das demandas sociais do paciente;
- Encaminhamento aos recursos existentes na comunidade;
- Orientações acerca de direitos previdenciários;
- Esclarecimentos sobre o acesso do usuário aos diversos serviços e programas sociais.

Gerência de Nutrição – Terá como missão, organizar, coordenar e supervisionar as atividades de nutrição, responsabilizando-se pelo funcionamento técnico da área competindo-lhe:

I - Gerir, supervisionar e avaliar as atividades da equipe de Nutrição;

II - Elaborar e aplicar protocolos técnicos relativos à gerência;

III- Zelar para que as refeições para pacientes, colaboradores e doadores, sejam cuidadosamente preparadas, mantendo a integridade nutricional do alimento, bem como sua segurança alimentar, sendo assim distribuídas:

Considerando que os pacientes com Coagulopatias hereditárias e, mais especificamente, os de Hemoglobinopatias os quais são portadores de doença crônica e complexa, o atendimento estará voltado para garantir o balanço energético dos pacientes,



fornecendo a alimentação equilibrada e o aporte de nutrientes necessários ao bom estado nutricional.

Linhas de atuação dos profissionais:

- Detecção de alterações nutricionais e intervenção na assistência;
- Avaliação do perfil dietético dos pacientes com a elaboração de estratégias dietoterápicas visando recuperar e/ou manter o estado nutricional do paciente;
- Prescrição e acompanhamento de dietas;

a) Lanches para os doadores:

Pré lanche: para pessoas que ficam muito tempo sem se alimentar, na espera, ou chegam sem terem comido nada em casa - composto de : 1 suco/ 1 fruta/ 1 pão com geleia.

Depois da coleta : 1 pão com presunto e queijo / 1 doce/ 1 suco.

b) Refeições para pacientes e acompanhantes:

Refeições completas: Serão completas, compostas de desjejum, almoço, lanche e jantar.

IV- Cuidar para que os doadores recebam a orientação de alimentação recomendável para Doação de Sangue:

Alimentação Recomendável Antes da Doação de Sangue

No dia da Doação pela manhã:

- Tomar café da manhã normalmente, fazendo uso de sucos, café, chá, pão, leite (preferencialmente leite desnatado ou de soja) e frutas (menos abacate e jaca);
- Evitar alimentos gordurosos, como: frituras, salgadinhos, manteiga, ovos e outros.



No dia da Doação à tarde:

- Doar sangue 02 (Duas) horas após o almoço (observar o período da digestão);
- Almoçar normalmente, de preferência, com carnes grelhadas, saladas, arroz, feijão;
- Evitar a ingestão de alimentos gordurosos (frituras, ovos, massas, maionese, sorvetes, chocolates, etc.).

Gerência de Fisioterapia – Considerando que as patologias caracterizadas dentro do grupo das coagulopatias hereditárias, levam o indivíduo a comprometimentos músculo-esqueléticos como limitações de movimentos articulares, hemartrose, hemorragias tissulares e aderências fibróticas, levando à alteração da marcha, assimetria de forças musculares, contraturas, sendo assim, apesar dessas complicações não oferecerem risco de vida ao indivíduo, as sequelas quando não tratadas e evitadas levam à importante incapacidade funcional. E a partir do exposto, mencionamos a importante relevância da Equipe de Fisioterapia, como parte integrante aos cuidados direcionados a esse público.

Linhas de atuação dos profissionais:

1. **Avaliação Fisioterapêutica Inicial:** Realizar anamnese, exame físico e provas funcionais, e estabelecer propedêutica de tratamento nas fases de hemorragia crônica ou aguda. Realizar testes e aferições tais como, goniometria articular, perimetria articular e muscular, provas de função muscular, análise da postura e da coluna vertebral, exames e testes de discrepância de membros inferiores, investigação de comprometimento respiratório e presença de quadro de dor limitante, analisar marcha, equilíbrio estático e dinâmico e teste de resistência.

2. **Plano de Tratamento:** A partir da Avaliação Fisioterapêutica Inicial, será definido um Plano de Tratamento Fisioterapêutico individualizado; considerando a fase do processo hemorrágico, a intensidade da hemorragia, o grau de dor, a idade do indivíduo e o grau de lesão. Serão utilizados recursos, cinesioterápicos e eletrotermoterápicos, além de talas de imobilização dependendo do grau e fase de lesão articular.



3. Objetivos do Tratamento Fisioterapêutico: Prevenir incapacidades e reabilitar funções, tendo como primícias; o controle da dor, prevenção de deformidades osteo-articulares, prevenção e de complicações respiratórias ou vasculares, recuperação da capacidade funcional de um músculo ou articulação comprometida com o processo, manutenção do equilíbrio estático e dinâmico do sistema músculo-esquelético, estimulando assim a reintegração do indivíduo no seu meio familiar, social e profissional.

Afim de atingir os objetivos ora citados, os indivíduos que preencherem os requisitos para participarem do programa de reabilitação proposto pela Fisioterapia, serão assistidos na fase aguda durante cinco dias consecutivos e após essa fase inicial, serão avaliados semanalmente, afim de avaliarmos força muscular e ADM articular, até que tenham atingido os valores anteriores à hemorragia articular. Após essa fase, serão entregue aos participantes do programa, um guia com sugestões de exercícios e atividades físicas seguras para que haja de fato o fortalecimento muscular, objetivando assim a proteção articular.

2.8.2. NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL.

A estrutura administrativa das unidades da Hemorrede será estruturada conforme realidade e características de cada uma, visando melhoria e humanização do atendimento, bem como proporcionar atividades alcance das metas preestabelecidas.

Cada unidade terá supervisão do respectivo responsável designado, bem como contará com estrutura e profissionais de apoio técnico-operacional e administrativa, que acompanharão os horários de funcionamento já estabelecidos na presente proposta de trabalho e preconizados no Edital.



Afetos as atividades administrativas desempenhadas, serão adotados fluxos, Procedimentos Operacionais Padrão e demais ferramentas aplicáveis a higienização e desinfecção das unidade, manutenção preventiva e corretiva da estrutura predial, máquinas, móveis e equipamentos, dedetização e desratização, normativas para gestão dos recursos humanos e serviço de medicina do trabalho conforme consta na legislação vigente, bem como adotados os regulamentos e normas para contratação de serviços, compras de itens para suprimento e resuprimento das unidades da Hemorrede, conforme normas e detalhes já explanados ao longo desta Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços da Hemorrede Pública Estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás.

2.8.3. NORMA PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS RECEBIMENTO GUARDA E DISTRIBUIÇÃO.

Esta norma foi apresentada com as devidas especificações no item 2.1.6.3 “Manual de Rotinas Administrativas para a Gerência de Almoxarifado e Patrimônio.” Onde foi apresentada a Política de Regulamentação Patrimonial, contendo as normas de controle e gestão de bens móveis e materiais de consumo, institucionalizada pelo Idtech e passível de Aplicação na Hemorrede.

2.8.4. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA



O Serviço de Farmácia da Hemorrede Pública de Goiás está subordinado à Diretoria Administrativo-financeira e tem o objetivo de gerenciamento e do estoque e dispensação dos medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde, Hemobrás e SES destinados ao tratamento das coagulopatias hereditárias, distribuição de medicamentos utilizados no tratamento da coagulopatias hereditárias aos hospitais que fazem parte da rede de atenção à saúde destes pacientes no território do Estado de Goiás.

Além disso, cabe ao Serviço de Farmácia a alimentação do Sistema Hemovida Web Coagulopatias do Ministério da Saúde.

A distribuição de medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde, Hemobrás e SES poderá ocorrer para os hemocentros regionais, hospitais atendidos ou para os próprios pacientes por meio do Programa de dose domiciliar.

Programa Dose Domiciliar

Geralmente o tratamento da hemofilia é realizado em centros especializados, distantes da residência do paciente. Por essa razão, o tratamento sob demanda (administração de fator coagulante, em ambiente hospitalar/ambulatorial, na vigência de sangramento) são oferecidos para aplicação domiciliar. Nesses casos, o paciente hemofílico precisará se dirigir até o centro de tratamento para início da terapia. Para evitar complicações maiores da doença, os pacientes passam por avaliação multiprofissional onde recebem orientações sobre os riscos do medicamento, cuidados com armazenamento, administração e condutas em casos de complicações.

A liberação dos medicamentos deverá ter controle rigoroso e ser registrada com data de entrega, nome do produto, quantidade e número do lote. Além disso, é necessário o registro do retorno dos frascos utilizados, para permitir um perfeito controle da utilização do medicamento.

O paciente deverá registrar cada aplicação e apresentar a anotação ao serviço, especificando data, produto, lote, local da hemorragia e ocasionais intercorrências da infusão (p. ex., reações alérgicas).

A participação de cada paciente deve ser reavaliada periodicamente pelo grupo multidisciplinar.



POP DE ENTRADA, SAÍDA E CONTROLE DE NOTAS FISCAIS

Objetivo

Estabelecer rotinas de fluxo de processo, lançamento e controle de notas fiscais de materiais e medicamentos, de forma a garantir adequada organização para o arquivamento, rastreamento e pagamento ao fornecedor, com eficiência e qualidade.

Local de execução

Setor de farmácia

Responsáveis

- Executor Administrativo;
- Auxiliar administrativo;
- Agente de processamento;
- Farmacêutico.

Recursos necessários

1. Computador com acesso ao sistema;
2. Grampeador;
3. Acesso ao programa de controle de protocolo de notas fiscais;
4. Carimbo específico;
5. Calculadora;
6. Impressora.

Cuidados especiais

Realizar o procedimento com calma e concentração, para minimizar a possibilidade de erros.



Procedimento

FLUXO DE PROCESSO - ENTRADA NO SISTEMA

Após finalizar procedimento de recebimento e conferência de materiais e medicamentos, encaminhar o documento para o lançamento dos produtos no sistema;

Gerar o relatório de entrada assinar e anotar o código de lançamento gerado pelo sistema;

PROCESSAMENTO

Grampear documentações de processamento na seguinte ordem: **1ª Via que será encaminhada ao IDTECH** – nota fiscal original + relatório de entrada gerado e assinado + cópia da ordem de fornecimento + boleto bancário; **2ª Via da CAF** – cópia da nota fiscal + cópia da ordem de fornecimento + relatório de entrada gerado e assinado + laudo de qualidade (quando disponível), (Colocar na pasta “Documentos a Conferir”).

ATESTES DE DOCUMENTOS

Verificar no Documento de Entrada:

- a. N° do documento de entrada;
- b. Natureza da operação;
- c. Nome e Razão social do destinatário;
- d. Data de emissão do documento de entrada;
- e. Data da entrega;
- f. Data da duplicata (N° de parcelas, vencimento e valor);
- g. Valor do frete;
- h. Valor total do documento de entrada;
- i. Verificar o boleto bancário (Dados do Emitente, Dados do Destinatário, data de vencimento, valor do boleto);

[Handwritten signatures and initials]



j. Conferir material e/ou medicamento confrontando a descrição do item com a ordem de fornecimento e o Documento de Entrada, verificando: se descrição completa da ordem de fornecimento está em acordo com a descrição do Documento de Entrada, se a marca do item entregue é igual ao cotado, informações adicionais, valor unitário, quantidade entregue e valor total do item.

2. **No Relatório de Entrada verificar:**

- a. Nome do fornecedor;
- b. Tipo;
- c. Série;
- d. Responsável pelo lançamento do documento de entrada no sistema;
- e. Duplicata (Parcela, vencimento e valor);
- f. Produtos lançados (Descrição, unidade, quantidade, valor unitário, valor total do item, valor total dos produtos, lote e validade);
- g. Carimbe e assine.

PROTOCOLO:

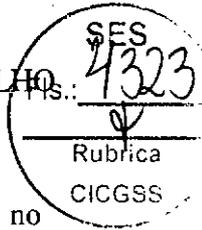
O Documento de entrada, 1º via - **IDTECH** é colocado na pasta: PRIMEIRA VIA IDTECH. O mesmo será protocolado em programa específico (programa de protocolo de notas). Serão impressos dois relatórios, encaminhados à Diretoria Administrativa para ciência e enviados ao IDTECH para pagamento ao fornecedor.

O Documento de Entrada, 2º via – CAF fica disponível em pasta própria para coleta de dados dos indicadores, onde posteriormente é arquivada.

Ações corretivas

Qualquer informação divergente entre todos os dados avaliados e conferidos, tanto no Documento de Entrada, Ordem de Fornecimento quanto no Relatório de Entrada devem ser listados e resolvidos pelo Farmacêutico, antes de finalizar o ateste de nota fiscal;

Dúvidas em relação ao recebimento de produto consulte o Farmacêutico;



Ao receber algum Documento de Entrada com discriminação de frete, ligar no Departamento de compras para as devidas orientações.

POP DE GUARDA E ESTOCAGEM DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Objetivo

Estabelecer rotinas de guarda, armazenamento, conservação e controle de materiais e medicamentos.

Local de execução

Setor de farmácia

Responsável

Farmacêutico/Auxiliar de almoxarifado

Recursos necessários

- Papel;
- Pincel atômico;
- Fita crepe;
- Fita adesiva;
- Porta-pallets.

Cuidados especiais

- Realizar o procedimento com calma e concentração;
- Cuidado com a ergonomia no manuseio de caixas pesadas;
- Verificar se não há rasgo, furo, vazamento da embalagem do item antes de guardar;
- Nenhum item pode ser movimentado, guardado, dispensado, jogado fora, antes da liberação oficial da farmácia, ou antes, da movimentação no sistema (qualquer dúvida procurar o farmacêutico);



- Qualquer discrepância entre o estoque físico e o virtual deve ser informada imediatamente;
- A estocagem nunca deve ser feita diretamente em contato com o solo/chão e sem contato com a luz solar direta;
- A área de estocagem deve ser livre de sujidades, pó, lixo, roedores, aves e insetos e quaisquer animais;
- Manter as prateleiras, porta-pallets, estantes, armários e geladeiras sempre limpos, livres de sujidades, bem como livres de caixas e/ou embalagens vazias;
- A distância mínima entre os porta-pallets, paredes, inclusive o teto é de 0,6 metros;
- Embalagens parcialmente abertas devem ser deixadas na frente para serem usadas primeiro;
- Itens que vencerão primeiro devem ser deixadas a frente;
- Uma vez por mês, deverá ser impresso no sistema o relatório de vencidos;
- Se for um item novo, (1ª aquisição), antes de guardar identificar o local de guarda com especificação correta cadastrada no sistema;
- Se a quantidade a ser guardada não couber no espaço reservado para este item (afixar informação de onde o restante do item será guardado) e guardar o restante em outro local do almoxarifado, sempre identificando o restante do item com nome, lote, validade, volume guardado.

Procedimento

Verificar o local correto de guarda de cada item: comprimidos, injetáveis, materiais, grandes volumes (soros, solução para hemodiálise, água para injeção, compressas, equipamentos, fraldas, etc), termolábeis; se for um item novo, antes de guardar identificar o local de guarda com especificação correta cadastrada no sistema.

Retirar o item que está estocado em local desapropriado e estocá-lo no local correto de guarda.

Os refrigeradores devem ser aproveitados também para a produção de gelo, a ser utilizado na remessa dos produtos e para a segurança do próprio equipamento e dos produtos



que ele contém, numa eventual falha do seu sistema interno de resfriamento ou queda do fornecimento de energia.

2.8.5. CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS.

Estes critérios foram abordados com as devidas especificações no item 2.1.5.5 “Logística de Suprimentos, Norma para realização dos procedimentos de aquisição de materiais recebimento guarda e distribuição na Unidade e Critérios para a Contratação de Terceiros”, onde foi apresentado o Regulamento de Compras e Contratações para A Gestão de Unidades Públicas Estaduais.

2.8.6. FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS LABORATORIAIS

2.8.6.1. Normas para o funcionamento do Serviço de Manutenção Predial preventiva e corretiva.

O Serviço de Manutenção Predial da Hemorrede, será responsável por toda a estrutura física das unidades. Sob o seu comando estarão às ações relativas manutenções preditiva, preventivas e corretivas.

Planejamento do Serviço de Manutenção

A estrutura das unidades que compõem a hemorrede deverá ser um organismo dinâmico, sempre em mutação: paredes e divisórias são seguidamente removidas, deslocadas e acrescidas; alterações espaciais se sucedem em decorrência de exigências normativas, administrativas e técnicas; novos equipamentos demandam suportes, apoios, suprimentos e instalações (água, energia elétrica e outros).

Didaticamente, as unidades abrangem em seu bojo várias “Arquiteturas”, como: Arquitetura-Infecção-Preditiva, Arquitetura-Segurança-Preditiva, Arquitetura-Administração-

625 p



Preditiva, Arquitetura-Humanização-Preditiva, Arquitetura Manutenção-Preditiva. É a manutenção predial por "Antecipação".

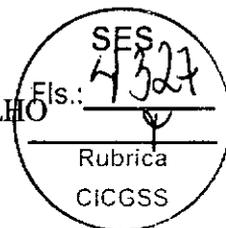
Continuidade Organizacional e Operacional

A Manutenção Orgânica encontra-se vinculada à Arquitetura, à Construção, às Instalações, aos Equipamentos e à Funcionalidade. A Manutenção Operacional é a que sucede e é a que dá continuidade à Manutenção Orgânica, prevenindo, conservando, reparando, preservando e assegurando a operacionalidade da Hemorrede.

Manutenção Orgânica, Arquitetura-Manutenção-Preditiva ou Arquitetura de Manutenção são direcionados para os requisitos arquitetônicos, construtivos, de instalação e de equipamentos, que a arquitetura deve prever e incorporar ao edifício, para viabilizar, facilitar e tornar econômica e racional a manutenção futura da hemorrede e, principalmente, para assegurar a imprescindível "Continuidade Operacional" (sem interrupção) de setores vitais e críticos.

A presente proposta de Serviço de Manutenção Predial cuida de aspectos de Manutenção Operacional, relacionados a Manutenção Preventiva, Condicionada a Manutenção Corretiva, com o objetivo é a abordagem de recursos e meios a serem incorporados, pela Arquitetura da hemorrede visando ir ao encontro e facilitar e tornar possível a correta Manutenção Preventiva, Manutenção Condicionada e Manutenção Corretiva e tornar viáveis e/ou menos problemáticas as alterações e novas incorporações, que se sucederão no dia-a-dia das unidades da hemorrede.

A Manutenção Preventiva Condicionada, como o nome sugere, é uma manutenção dependente de tecnologia mais avançada, visando apurar, com mais precisão, as condições e o estado da estrutura. O seu diagnóstico encontra-se condicionado a procedimentos técnicos, a recursos e instrumentos especializados, como: o ultrassom, que detecta fissuras estruturais; a espectrometria, que realiza diagnóstico através de análise da natureza de partículas presentes no lubrificante; a ferrografia, que quantifica o desgaste através de análises minuciosas; a Manutenção Preventiva Condicionada recorre, ainda, a outros indicadores e meios de diagnóstico precoce, como: aquecimento, velocidade, ruído, desgaste, folga, desbalanceamento, desalinhamento, desregulagem e outros.



Sistema de Gestão dos Serviços de Manutenção Predial

A durabilidade de uma edificação não depende apenas da qualidade dos materiais empregados em sua construção. É necessário garantir o uso adequado dos sistemas prediais, executar as ações de manutenção em conformidade e planejamento e tomar as ações de manutenção corretiva sempre que necessário.

Estas ações devem ser percebidas como investimento no patrimônio público.

Visando fornecer subsídios para o planejamento e execução das ações dos serviços de manutenção, apresentamos a seguir as Referências para os sistemas críticos, contendo as seguintes informações:

- Descrição do sistema;
- Cuidados de uso;
- Manutenção preventiva;
- Manutenção corretiva – critérios de inspeção.

Considera-se os seguintes serviços críticos:

- Instalações Hidrossanitárias;
- Instalações Elétricas;
- Revestimento de Paredes e Tetos;
- Revestimento Cerâmico e Rejunte;
- Revestimento de Pedras Naturais;
- Piso Cimentado e Pisos Acabados em Concreto;
- Pintura Interna e Externa;
- Esquadrias;
- Forros;
- Divisórias;
- Impermeabilização;
- Coberturas;
- Sistemas de Condicionamento de Ar.



É importante ressaltar que as recomendações contidas nas referências devem ser avaliadas quanto à sua pertinência para a estrutura do prédio em questão, devendo-se fazer as adaptações necessárias, principalmente no que se refere à periodicidade das manutenções preventivas. Outros itens porventura não citados aqui, porém necessários para garantir a conservação dos prédios que abrangem a hemorrede, e que podem ser acrescentados no planejamento da manutenção.

Instalações Hidrossanitárias

Descrição do Sistema: As Instalações Hidrossanitárias são constituídas pelas seguintes partes:

Água Fria e Água Quente:

- Pontos de água (fria e quente): pontos que alimentam os lavatórios, os vasos sanitários, os chuveiros, as pias, os tanques e as máquinas de lavar Tubulação de sucção: entre o ponto de tomada no reservatório inferior e a entrada da bomba. Tubulação de recalque: leva água do reservatório inferior para o reservatório superior. Barrilete: conjunto de tubulações de saída do reservatório superior que alimentam as colunas de distribuição (prumadas).
- Prumadas de água (fria): são constituídas por tubulações principais que trazem a água do reservatório superior.
- Ramais e sub ramais de distribuição de água (fria e quente): alimentadores dos diversos pontos, nos cômodos apropriados.
- Aquecedores: podem ser individuais ou centrais, de passagem ou por acumulação.
- Para estes equipamentos, seguir recomendações específicas dos fabricantes.

Registros:

- Registros de pressão: válvulas de pequeno porte, instaladas em sub ramais ou em pontos de utilização, destinadas à regulação da vazão de água ou fechamento.



- Registros de gaveta: válvulas de fecho para a instalação hidráulica predial, destinadas a interrupção eventual de passagem de água para reparos na rede ou ramal.

Esgoto:

- Pontos de esgoto: pontos por onde são liberadas as águas servidas de lavatórios, vasos sanitários, tanques etc, além dos ralos secos e sifonados.
- Tubulação de esgoto: dividida em ramais de descarga, ramais de esgoto, tubos de queda, subcoletores e coletores.
- Tubulação de ventilação: possibilita o escoamento dos gases emanados do coletor público.

Ralos e sifões:

- Ralos: devem possuir grelhas de proteção para evitar que detritos maiores caiam em seu interior, ocasionando entupimento.
- Ralos sifonados e sifões: possuem "fecho hídrico", que consiste numa pequena cortina de água, que evita o retorno do mau cheiro.

Águas pluviais:

- Águas de chuvas ou de lavagem: São normalmente coletadas pelas redes pluviais.
- Sistema de águas pluviais: tem a função de recolher e dispor adequadamente as águas pluviais. Composto por calhas e condutores horizontais e verticais, estes.

Sistemas hidráulicos de combate a incêndio:

- Constituídos por reserva de água específica, tubulação de incêndio, hidrantes, mangotinhos e sprinklers. Os sistemas hidráulicos de combate a incêndios trabalham com pressões e vazões mínimas superiores às de uma instalação predial convencional. Na maioria das vezes deve ser utilizado um sistema de bombas de incêndio para recalcar a água com pressão suficiente para produzir a vazão requerida ou, simplesmente, reforçar a pressão natural existente.



Cuidados de Uso

- Não lançar objetos nos vasos sanitários e ralos que possam causar entupimento, tais como: absorventes higiênicos, folhas de papel, cotonetes, cabelos, fio dental, etc.
- Não jogar gordura ou resíduo sólido nas pias e nos lavatórios. Jogá-los no lixo.
- Usar a grelha de proteção nos ralos das pias de cozinha.
- Não subir ou se apoiar nas louças e bancadas, pois podem se soltar ou quebrar, causando ferimentos graves. Não permitir sobrecarga sobre as bancadas.
- Não utilizar hastes, ácidos ou similares para desobstrução do esgoto.
- Banheiros, cozinhas e áreas de serviço sem utilização por longos períodos podem ocasionar mau cheiro, em função da ausência de água nos ralos e sifões. Para eliminar este problema, basta adicionar uma pequena quantidade de óleo de cozinha para a formação de uma película, evitando-se assim a evaporação.
- Durante longos períodos sem utilização de áreas molhadas, manter os registros de gaveta fechados.
- Não apertar em demasia os registros, torneiras e misturadores.
- Ao instalar filtros e torneiras não os atarraxar com excesso de força, pois pode danificar a saída da tubulação, provocando vazamentos.
- Não retirar elementos de apoio de peças de utilização ou bancadas (mão francesa, coluna do tanque, etc.).
- Manter desobstruído o extravasor (ladrão).
- Manter o ralo e seu entorno livre de detritos ou qualquer material que possa causar entupimento.
- Limpar os metais sanitários, ralos das pias e lavatórios, louças e cubas de aço inox em pias, com água e sabão neutro e pano macio. Nunca com esponja ou palha de aço e produtos abrasivos.
- O sistema de combate a incêndio não pode ser modificado e a água de reserva deve ser mantida.

[Handwritten signatures and initials]



- Manter instalações de incêndio sinalizadas.
- Nunca utilizar a mangueira do hidrante para qualquer outro uso que não seja combate a incêndio.
- Manter livre o acesso a hidrantes e extintores.
- Não utilizar a caixa de incêndio para depósito de materiais, mesmo que temporariamente.

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar, registrar e analisar a leitura do medidor de água. Utilizar como referência a Planilha Modelo para Acompanhamento de Consumo de Energia e Água.	Diária
Limpar ralos e grelhas das águas pluviais. Caso identifique-se grande quantidade de resíduos, fazer a limpeza diária.	Semanal
Alternar o funcionamento das bombas de recalque. Sugere-se ligar a bomba reserva por um dia a cada quinze dias.	Quinzenal
Verificar o funcionamento da bomba (ruído, apoios, vibração, estabilidade).	Mensal
Limpar os bicos removíveis das torneiras, pois é comum o acúmulo de resíduos provenientes da própria tubulação.	Mensal
Limpar e verificar a regulagem do mecanismo de descarga.	Mensal
Limpar caixas de inspeção e caixas de gordura. Pode-se alterar esta periodicidade para trimestral, caso o volume de resíduos seja pequeno.	Mensal
Verificar fechos hídricos das caixas sifonadas.	Mensal
Analisar consumo de água e efetuar testes de verificação de vazamentos, quando identificado na leitura do medidor aumento injustificado do consumo.	Mensal
Operar (fechar e abrir completamente) os registros de gaveta, principalmente dos barriletes e do subsolo;	Trimestral
Limpar crivo da válvula de pé.	Semestral



Limpar crivos dos chuveiros e arejadores.	Semestral
Efetuar limpeza dos reservatórios, com empresa especializada. Caso seja identificado algum indício de contaminação ou problemas no fornecimento de água potável pela rede pública, efetuar a limpeza em caráter extraordinário.	Semestral
Acionar tubulações que não são constantemente usadas, como o extravasor, de forma a evitar incrustações e entupimentos.	Semestral
Limpar calhas e buzinotes (planejar uma limpeza para antes das chuvas).	Trimestral
Limpar ralos e sifões das louças, tanques, lavatórios e pias, retirando todo material causador de entupimento (panos, fósforos, cabelos, etc.) e jogando água a fim de se manter o fecho hídrico nos ralos sifonados, evitando o mau cheiro proveniente da rede de esgoto.	Semestral
Verificar tubulações de captação e drenagem da água do jardim para detectar a presença de raízes que possam entupir a tubulação.	Anual
Verificar e substituir, quando necessário, as gaxetas, anéis <i>o'ring</i> e a estanqueidade dos registros de gaveta, visando evitar vazamento.	A cada 3 anos

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Realizar uma verificação visual dos pontos de saída de água, registros, válvulas, pontos de coleta de esgoto, ralos, etc., após a conclusão dos reparos.
- Verificar se os materiais utilizados nos reparos atendem às normas de referência (indicação nas peças) e se são compatíveis com os materiais já instalados.
- Verificar o correto funcionamento de registros e válvulas, após a conclusão da instalação de água fria. Para verificar o registro de gaveta, fechá-lo e abrir uma torneira. Um leve escoamento de água é aceitável nestes casos.



- Em caso de reparos em tubulações de água, solicitar que sejam realizados testes de pressão. Verificar se existem vazamentos, utilizando água sob pressão 50% superior à pressão estática máxima da instalação durante pelo menos 6 horas. Aguardar 1h para cada metro de coluna d'água antes de submeter a tubulação à pressão. Caso se faça teste de pressão, aguardar 12h.
- Verificar inclinações mínimas dos tubos de esgoto: 1% para DN 100 e 2% para DN 75.
- Verificar diâmetro mínimo dos tubos de esgoto:
- Ramal de descarga de esgoto secundário: DN 40
- Ramal de descarga que descarregue vaso sanitário: DN 100
- Tubo de queda que descarregue vaso sanitário: DN 100
- Coletor Predial: DN 100
- Cortes em tubos devem sempre ser executados perpendicularmente ao eixo da peça.
- Tubos cortados fora de esquadro podem originar vazamentos.
- Verificar inclinação mínima das calhas: 0,5%.

Instalações Elétricas

Descrição do Sistema:

Uma instalação elétrica é constituída por diversos elementos, tais como componentes elétricos, circuitos e quadro elétrico de distribuição, conforme descrito a seguir.

Componentes Elétricos:

- Tomadas de uso geral: para ligação de aparelhos de utilização móveis ou portáteis.
- Tomadas de uso específico: para ligação de equipamentos fixos e estacionários.
- Pontos de iluminação: para ligação de lâmpadas e luminárias.
- Interruptores: para acionamento dos pontos de iluminação.



- Quadro de distribuição (QD): recebe a energia do medidor e distribui para os diversos circuitos. Neles se encontram os dispositivos de proteção (disjuntores).

Condutores Elétricos:

- Tem a função de transportar energia elétrica necessária ao bom funcionamento de todos os equipamentos. São feitos comumente de cobre ou de alumínio, com
- isolamento de PVC.

Eletroduto:

- Tem função de proteger os condutores contra as ações mecânicas e corrosão. Tem também a função de proteger contra perigos de incêndio, resultante de superaquecimento de condutores. Podem ser tubos de metal ou de PVC, rígidos ou flexíveis.

Circuito:

- É um conjunto de tomadas de uso geral e específico, pontos de energia, pontos de iluminação e interruptores, cuja fiação se encontra interligada.

Quadro Elétrico:

- É composto por disjuntor geral com chave seccionadora ou dispositivo diferencial residual (DR), que desliga todos os circuitos, e por diversos disjuntores secundários, que desligam os seus respectivos circuitos. Esse disjuntor diferencial tem ainda a função de segurança de todos os circuitos elétricos contra as correntes de fuga provocadas por aparelhos eletrodomésticos ou instalação elétrica em más condições de conservação.

Sistema de Proteção Contra Descargas Atmosféricas (SPDA):

- É constituído pelos seguintes elementos: captores (para-raios, terminais), condutores de interligação ou descida, sistema de aterramento (hastes, cabos).

Sistema de Aterramento:



- Parte da instalação elétrica que visa proteger as edificações e as pessoas contra descargas atmosféricas e cargas eletrostáticas, por meio de ligação à terra. Constituído por condutor de proteção e eletrodo de aterramento (quando em barras rígidas, é chamado de haste de aterramento).

Cuidados de Uso

- Em caso de sobrecarga momentânea, o disjuntor do circuito atingido se desligará automaticamente. Neste caso, bastará religá-lo e tudo voltará ao normal. Caso ele volte a desligar, é sinal de que há sobrecarga contínua ou que está ocorrendo um curto em algum aparelho ou no próprio circuito. Neste caso, é preciso solicitar os serviços de um profissional habilitado.
- Sempre que for fazer manutenção, limpeza, reaperto nas instalações elétricas ou mesmo uma simples troca de lâmpadas, desligue o disjuntor correspondente ao circuito ou, na dúvida, o disjuntor geral.
- Em caso de necessidade de corte de energia, sobretudo havendo dúvida sobre o disjuntor específico, desligar o disjuntor geral ou disjuntor diferencial residual (DR).
- Ao adquirir aparelhos elétricos, verifique se o local escolhido para a sua colocação é provido de instalação elétrica adequada para o seu funcionamento nas condições especificadas pelos fabricantes.
- Utilizar proteção individual (ex.: estabilizadores, filtros de linha e etc.) para equipamentos mais sensíveis (como computadores, central de telefone, etc.).
- As instalações de equipamentos, lustres ou similares deverão ser executadas por técnico habilitado, observando-se em especial o aterramento, tensão (voltagem), bitola e qualidade dos fios, isolamentos, tomadas e plug's a serem empregados;
- Em instalações aparentes, os eletrodutos rígidos devem ser fixados de modo a constituírem um sistema de boa aparência e firmeza
- Não abrir furos em paredes próximas ao quadro de distribuição.
- Não utilizar "benjamins" ou extensões com várias tomadas, pois eles provocam sobrecargas.
- Nunca ligar aparelhos diretamente nos quadros de luz.

[Handwritten signatures and initials]



- Não ligar aparelhos com voltagem diferente das tomadas.
- Quaisquer serviços nos sistemas elétricos devem ser realizados por profissionais habilitados.
- Efetuar limpeza nas partes externas das instalações somente com pano seco.
- Em caso de incêndio, desligar o disjuntor geral do quadro de distribuição.
- Quando a edificação estiver sem uso, recomenda-se desligar a chave geral (disjuntor geral) no quadro de distribuição.
- Só instalar lâmpadas compatíveis com a tensão do projeto.
- Evitar contato dos componentes dos sistemas com água.
- Identificar a tensão das tomadas diferentes do padrão da edificação. (Ex: identificar tomadas em 220V quando o padrão geral for 127V)

Manutenção Preventiva, Periodicidade /Recomendações gerais:

- É de responsabilidade de contratantes e contratados cumprir a NR-10 – Segurança em Instalações e Serviços de Eletricidade.
- A manutenção deve ser executada com os circuitos desenergizados (disjuntores desligados);
- Permitir somente que profissionais habilitados tenham acesso às instalações e equipamentos.
- Sempre que for executada manutenção nas instalações, como troca de lâmpadas, limpeza e reabertos dos componentes, desligar os disjuntores correspondentes.

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar, registrar e analisar a leitura do medidor de energia. Utilizar como referência a Planilha Modelo para acompanhamento de Consumo de Energia e Água.	Diária
Fazer teste de funcionamento do sistema de iluminação de emergência;	Mensal

[Handwritten signatures and initials]



Verificar se os fusíveis do sistema de iluminação de emergência estão mal fixados ou queimados;	Bimestral
Rever estado de isolamento das emendas de fios.	Semestral
Testar o disjuntor tipo DR apertando o botão localizado no próprio disjuntor. Ao apertar o botão, a energia será cortada.	Semestral
Verificar o estado dos contatos elétricos, substituindo as peças que apresentarem desgaste (tomadas, interruptores, pontos de luz).	Semestral
Verificar a continuidade dos condutores em cobre nú do sistema de aterramento.	Anual
Desobstruir poços de inspeção das hastes de aterramento.	Anual
Verificar interligação das antenas ao sistema de aterramento.	Anual
Reapertar todas as conexões dos Quadros de Distribuição.	Anual
Realizar manutenção preventiva da subestação com empresa especializada.	A cada 2 anos
Efetuar manutenções previstas do grupo gerador;	Conforme fabricante

Revestimentos de Paredes e Tetos

Descrição do Sistema

Revestimento em Argamassa /Gesso

- São revestimentos utilizados para regularizar a superfície dos elementos de vedação e estruturais, servindo de base para receber outros acabamentos ou pintura. Auxiliam na proteção dos elementos de vedação e estruturais contra a ação direta de agentes agressivos.



Cuidados de Uso

- Antes de realizar quaisquer furos em paredes, verificar a posição das instalações hidráulicas, elétricas e impermeabilização.
- Para melhor fixação de objetos nas paredes e tetos, utilizar parafusos com buchas apropriadas ao revestimento. Evitar o uso de pregos para não danificar o acabamento.
- Evitar o choque causado por batida de portas.
- Não lavar as paredes e tetos com água e produtos abrasivos (ex: cloro líquido, soda cáustica ou ácido muriático).

Manutenção Preventiva Periodicidade

- Não há ações específicas para manutenção preventiva dos revestimentos de paredes. Deve-se, no entanto, executar inspeções periódicas e corrigir eventuais patologias (fissuras, trincas, umidade, etc) que sejam identificadas. Repintar paredes e tetos. A cada 3 anos

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar visualmente o aspecto final do revestimento, incluindo textura adequada à aplicação do acabamento final (pintura, textura ou cerâmica).
- Quando executado grandes reparos em paredes perpendiculares, verificar o esquadro entre as paredes com esquadro de alumínio.
- Verificar a planeza do revestimento utilizando uma régua de alumínio (tolerância: \pm 3 mm)

Verificar a regularidade dos cantos, também com o apoio de uma régua de alumínio.

Revestimento Cerâmico e Rejuntes

Descrição do Sistema

Azulejo / Cerâmica / Porcelanato

- Utilizados em revestimento de paredes e pisos para dar acabamento em áreas úmidas como cozinhas, banheiros, lavabos e áreas de serviço, protegendo estes



ambientes e aumentando o desempenho contra umidade e infiltração de água. Facilitam também a limpeza e tornam o ambiente mais higiênico, além de possuírem uma função decorativa. Devem ser assentados com argamassa colante.

- Podem ser classificados por vários critérios, entre eles o desgaste da superfície esmaltada (PEI), dureza e outros.

Argamassa colante

- Produto industrial, no estado seco, composto de cimento Portland, agregados minerais e aditivos químicos, que, quando misturado com água, forma uma massa viscosa, plástica e aderente, empregada no assentamento de placas cerâmicas para revestimento.

Rejuntas

- Tratamento dado às juntas de assentamento dos materiais cerâmicos e pedras naturais para garantir a estanqueidade e o acabamento final dos revestimentos de pisos e paredes e dificultar a penetração de água.
- Os rejuntas também têm a função de absorver pequenas deformações, por isso, existe um tipo específico de rejuntamento para cada local e tipo de revestimento.
- São utilizados no preenchimento das juntas de revestimentos cerâmicos em pisos e paredes, tanto internos(a) quanto externamente. Também são utilizados em pedras naturais, pastilhas de porcelana e pastilhas de vidro.

Cuidados de Uso

- Antes de perfurar qualquer peça, deve-se consultar os projetos de instalações para evitar perfurações em tubulações e camadas impermeabilizadas.
- Para fixação de móveis ou acessórios, utilizar somente parafusos com buchas especiais, evitando impacto nos revestimentos que possam causar fissuras.
- Utilizar sabão neutro para lavagem. Não utilizar produtos químicos corrosivos tais como cloro líquido, soda cáustica ou ácido muriático. O uso de produtos ácidos e alcalinos pode causar problemas de ataque químico nas placas cerâmicas e nos rejuntas.
- Na limpeza, tomar cuidado com o encontro de paredes e tetos em gesso.



- Não utilizar bomba de pressurização de água na lavagem, bem como vassouras de piaçava ou escovas com cerdas duras, pois podem danificar o rejuntamento.
- Evitar bater com peças pontiagudas, que podem causar lascamento nas placas cerâmicas.
- Cuidado no transporte de eletrodomésticos, móveis e materiais pesados. Não arrastá- los sobre o piso, a fim de evitar riscos, desgastes e/ou lascamentos.
- Não colocar vasos de planta diretamente sobre o revestimento, pois podem causar manchas.
- Não usar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza de cantos difíceis.
- Usar escova apropriada.
- Não raspar com espátulas metálicas. Usar, quando necessário, espátulas de PVC.
- Não utilizar palhas ou esponjas de aço na limpeza.
- Em áreas muito úmidas como banheiros, deixar sempre o ambiente ventilado para evitar fungo ou bolor nos rejuntos.

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar e completar o rejuntamento, a cada ano ou quando aparecerem falhas.	Anual
Lavar as paredes externas para retirar o acúmulo de sujeira, fuligem e fungos. Utilizar sabão neutro para lavagem. Não utilizar produtos químicos corrosivos.	Anual
No caso de fachadas e pisos, verificar as juntas de trabalho. Estas devem ser preenchidas com <i>mástique</i> e nunca com argamassa para rejuntamento.	Anual
Verificar se existem peças soltas ou trincadas e reassentá-las imediatamente com argamassa colante adequada.	Anual



Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar na embalagem se as características dos produtos (cerâmicas, argamassas colantes, rejuntas) atendem aos requisitos de uso.
- Verificar visualmente o nivelamento entre as peças, a planeza do revestimento, a variação na espessura das juntas e a presença de saliências.
- Verificar visualmente o preenchimento das juntas entre as peças, nas quais não devem haver falhas (falta ou excesso).

Verificar visualmente a limpeza das peças.

Revestimento em Pedras Naturais

Descrição do Sistema

Pedras naturais são mármore, granitos, ardósias, etc. São utilizadas em revestimento de pisos e paredes, internas e externamente. Além de ser elemento decorativo, podem evitar a passagem de água, presença de umidade e diminuir a propagação do som. São utilizadas também em tampos de pia e balcões.

As pedras são extraídas de jazidas naturais e podem ou não receber acabamento. Características como a dureza dependerão do tipo de cada pedra. As diferenças de tonalidade e desenho também são características destes tipos de revestimento.

As peças poderão ser assentadas sobre argamassa, com aplicação de argamassa colante ou utilização de peças metálicas, estas mais usuais em fachadas.

Cuidados de Uso

- Antes de perfurar qualquer peça deve-se consultar os projetos de instalações, para evitar perfurações em tubulações e camadas impermeabilizadas.
- Não usar máquina de alta pressão para a limpeza na edificação. Utilizar enceradeira industrial com escova apropriada para a superfície a ser limpa.



- Utilizar sabão neutro próprio para lavagem de pedras. Não utilizar produtos corrosivos que contenham em sua composição produtos químicos, tais como, cloro líquido, soda cáustica ou ácido muriático.
- Nos procedimentos diários de limpeza de pedras polidas, sempre procurar remover primeiro o pó ou partículas sólidas com um pano macio ou escova de pêlo nos tampos de pias e balcões. Nos pisos e escadarias, remover com vassoura de pêlo ou mop pó, sem aplicar pressão excessiva para evitar riscos e desgastes precoces devido ao atrito. Em seguida, aplicar um pano ou mop líquido (sempre bem torcidos, sem excesso de água) com água ou solução diluída de detergente neutro para pedras. Por fim, aplicar um pano macio de algodão para secar a superfície. Evitar a lavagem de pedras para que não surjam manchas e eflorescências e, quando necessário, utilizar detergente específico.
- Nunca tentar remover manchas com produtos genéricos de limpeza ou com soluções caseiras. Sempre que houver algum problema, procurar consultar empresas especializadas, pois muitas vezes a aplicação de produtos inadequados em manchas pode, além de danificar a pedra, tornar as manchas permanentes.
- No caso de pedras naturais utilizadas em ambientes externos, em dias de chuva poderá ocorrer acúmulo localizado de água, em função das características das pedras utilizadas. Se necessário, remover a água com auxílio de rodo.
- Sempre que possível, utilizar capachos ou tapetes nas entradas, para evitar o volume de partículas sólidas sobre o piso.
- Utilizar protetores de feltros e / ou mantas de borracha nos pés dos móveis.
- Evitar bater com peças pontiagudas.
- Cuidado no transporte de equipamentos, móveis e materiais pesados. Não arrastá-los sobre o piso.
- Não colocar vasos de planta diretamente sobre o revestimento, pois podem causar manchas.
- Não deixar cair sobre a superfície graxas, óleo, massa de vidro e tinta. Caso isto ocorra, limpar imediatamente.
- Sempre que produtos causadores de mancha (café, refrigerante, alimentos, etc) caírem sobre a superfície, procurar limpá-la com pano absorvente ou papel toalha.



- Em áreas muito úmidas, manter o ambiente ventilado para evitar o aparecimento de mofo (bolor).

Manutenção Preventiva Periodicidade

Em caso de reforma, cuidado para não danificar a camada impermeabilizante, quando houver.

No caso de fixação das pedras com elementos metálicos, não remover nenhum suporte e no caso de substituição contatar uma empresa especializada.

Manutenção	Periodicidade
Encerar pisos polidos com produtos específicos para proteger a pedra de agentes abrasivos. Em áreas de circulação intensa, intensificar a periodicidade (semanal ou diária).	Pelo menos mensal
Verificar e completar o rejuntamento, a cada ano ou quando aparecerem falhas.	Anual
No caso de fachadas e pisos, verificar as juntas de trabalho. Estas devem ser preenchidas com <i>mástique</i> e nunca com argamassa para rejuntamento.	Anual
Verificar se existem peças soltas ou trincadas e reassentá-las imediatamente com argamassa colante adequada.	Anual

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Para a recolocação de peças, atentar para o uso correto da argamassa colante para cada tipo de pedra e ambiente (interno e externo).
- Verificar na embalagem se as características das argamassas colantes atendem aos requisitos de uso.



- Verificar visualmente o nivelamento entre as peças, a planeza do revestimento, a variação na espessura das juntas e a presença de saliências.
- Verificar visualmente o preenchimento das juntas entre as peças, nas quais não devem haver falhas (falta ou excesso).
Verificar visualmente a limpeza das peças.

Pisos Cimentados e Acabados em Concreto

Descrição do Sistema:

São argamassas ou concreto, especificamente preparados, destinados a regularizar e dar acabamento final a pisos e lajes ou servir de base para assentamento de revestimentos como cerâmicas, pedras, carpete, pisos laminados e outros.

Cuidados de Uso

- Não utilizar máquina de alta pressão para a limpeza na edificação. Utilizar enceradeira industrial com escova apropriada para a superfície a ser limpa.
- Não deixar cair óleos, graxas, solventes e produtos químicos (ácidos, etc.).
- Em caso de danos, principalmente em garagens ou áreas externas, proceder à imediata recuperação do piso cimentado sob risco de aumento gradual da área danificada.
- Quando especificado para receber um determinado tipo de revestimento, este deve ser colocado, o mais rápido possível, para evitar danos.
- Evitar bater com peças pontiagudas.
- Cuidado no transporte de equipamentos, móveis e materiais pesados. Não arrastá-los sobre o piso.
- Não utilizar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza dos cantos de difícil acesso.
- Na limpeza, não raspar com espátulas metálicas. Utilizar, quando necessário, espátula de PVC.
- Promover o uso adequado e evitar sobrecargas, conforme definido nos projetos.



Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar a integridade física do piso cimentado, quando utilizado em garagens ou em áreas externas recompondo-o, quando necessário.	Anual
Verificar as juntas de trabalho. Quando necessário, reaplicar <i>mastiques</i> ou substituir junta <i>elastomérica</i> , nunca com argamassa ou silicone.	Anual

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- No caso de demolição parcial do piso, atentar para não provocar deformações, destacamentos, depressões, saliências, fissuras ou outras imperfeições, tanto no piso remanescente como no trecho novo.
- Verificar o caimento do contrapiso para os locais de escoamento da água. O caimento mínimo deve ser de 0,5% em áreas molhadas ou áreas externas. A verificação final pode ser feita jogando-se água no piso.
- Verificar visualmente o acabamento da superfície.
- Verificar aderência do piso à base através da percussão de martelo de borracha. Verificar a execução das juntas em pisos externos. Os quadros não devem ter dimensões maiores do que 2,5m.

Pintura (Interna e Externa)

Descrição do Sistema

- As pinturas proporcionam proteção às edificações como material de acabamento final, possibilitando uniformidade da superfície, proteção de elementos estruturais, tais como, reboco, gesso, madeira, etc, bem como conforto e beleza pela utilização de cores. A pintura é composta de fundos, massas, tintas, textura e, por fim, acabamento, conforme descrição a seguir.
- Tintas de fundo – parede Selador PVA: recomendado para reduzir e uniformizar a absorção de superfícies internas porosas, sem pintura, como reboco, concreto, tijolo, gesso, massas niveladoras.



- Preparador de paredes: recomendado para uniformizar ou reduzir a absorção de superfícies porosas como o gesso, tijolo aparente, telha cerâmica, concreto e pedras;
- bem como aumentar a coesão de superfícies friáveis e sem resistência mecânica como rebocos de baixa resistência mecânica e superfícies de caiação.
- Massas de regularização da superfície – parede Massa corrida (PVA): indicada para paredes internas, nivelando e corrigindo imperfeições. Aplicada com desempenadeira de aço, em camadas finas e sucessivas.
- Massa acrílica: é um produto indicado para corrigir, alisar e uniformizar superfícies de concreto e argamassa, em ambientes externos e internos, proporcionando um acabamento liso.
- Tintas de acabamento – parede Tinta látex PVA: tinta à base de água, de alta qualidade, torna-se mais econômica, porque contém mais sólidos e menos líquido, possuindo assim, maior poder de cobertura e durabilidade. Aplicáveis em superfícies internas. Recomendada para aplicação em superfície de alvenaria à base de cimento, concreto e gesso.
- Tinta acrílica: tinta à base de resina acrílica e pigmentos de alta qualidade, sendo solúvel em água. Apresenta secagem rápida, odor suave, cores vivas, firmes e resistentes à luz. Recomendada para aplicação em superfície de alvenaria à base de cimento, concreto e gesso.

Tintas de fundo – madeira

- Fundo fosco ou Fundo sintético nivelador (branco): melhora o rendimento e a
- qualidade dos esmaltes, proporcionando ótimo poder de enchimento e fácil lixamento. Uso interno e externo. Sua diluição é feita com aguarrás. Aplicado com pincel ou rolo de espuma.
- Seladora para madeiras (incolor): melhora o rendimento e a qualidade do acabamento dos vernizes, proporcionando ótimo poder de enchimento e maior maciez no lixamento. Utilizado em local interno.

Massa de regularização – madeira



- Massa a óleo para madeira: indicada para nivelar e corrigir imperfeições de superfícies externas e internas de madeira. Seu alto poder de enchimento esconde os veios da madeira. Para diluir, adicionar o aguarrás. Sua aplicação é feita com espátula e desempenadeira. Não deve ser aplicada diretamente sobre a madeira. É necessária a preparação da superfície usando o fundo preparador para madeira.

Tinta de acabamento – madeira

- Esmalte acetinado: é ideal para pintar superfícies internas e externas de metal e madeira. Além de fácil aplicação, ele também resiste às agressões do tempo.
- Esmalte brilhante: garante um resultado mais duradouro contra agressões do tempo. É ideal para pintar superfícies internas e externas de metal e madeira.
- Esmalte fosco: ideal para pintura de quadros escolares (lousas) e superfícies internas e externas de madeira e metais.
- Tinta a óleo: usado em superfícies externas e internas de madeira e metais. Sua diluição é com aguarrás.

Tinta de acabamento – madeira

- Verniz Copal: é fácil de aplicar e não altera a cor original da madeira. Serve como acabamento para uso interno e externo da madeira.
- Verniz marítimo: sua fina camada transparente protege o aspecto natural da madeira e proporciona um bom acabamento. Serve para uso interno e externo.
- Verniz tingidor: enverniza e altera a tonalidade de superfícies novas de madeira, recupera as madeiras que sofreram desbotamento pela ação do tempo e protege contra a ação do sol, chuva, maresia e poluição. Tinge a madeira, sem deixar de valorizar os seus veios naturais.

Outros produtos

- Aguarrás: indicado para a diluição de esmalte sintético, tinta a óleo, vernizes e para limpeza de equipamentos de pintura.
- Removedores: são produtos químicos destinados à remoção de tinta seca, para preparação de uma nova superfície a ser pintada.



Cuidados de Uso

- Evitar atrito nas superfícies pintadas, pois a abrasão pode remover a tinta, deixando manchas.
- Evitar pancadas que marquem ou trinquem a superfície.
- Evitar contato de produtos químicos de limpeza, principalmente produtos ácidos.
- Em caso de necessidade de limpeza, jamais utilizar esponjas ásperas, buchas, palha de aço, lixas e máquinas com jato de pressão.
- Evitar o contato com pontas de lápis ou canetas.
- Não utilizar álcool para limpeza de áreas pintadas.
- Nas áreas internas com pintura, evitar a exposição prolongada ao sol, utilizando cortinas nas janelas.
- Para remoção de poeira, manchas ou sujeiras em paredes e tetos, devem-se utilizar espanadores, flanelas secas ou levemente umedecidas com água e sabão neutro. Deve-se tomar o cuidado de não exercer pressão demais na superfície.
- Em caso de manchas de gordura, limpar com água e sabão neutro imediatamente

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Repintura de áreas internas e externas (fachada, muros, etc.).	3 anos

Recomendações gerais para execução de pinturas:

- Em caso de necessidade de retoque, deve-se repintar todo o pano da parede (de quina a quina), para evitar diferenças de tonalidade entre a tinta velha e a nova numa mesma parede.
- Rebocos novos devem ter sido executados há, pelo menos, 28 dias.
- Evitar realizar pintura em dias com muita umidade sujeitos a chuva.
- Partes soltas ou mal aderidas devem ser eliminadas, raspando, lixando ou escovando a superfície.
- Imperfeições profundas do reboco/cimentado devem ser corrigidas com argamassa.

[Handwritten signatures and initials]



- Imperfeições rasas das superfícies devem ser corrigidas com Massa Acrílica (reboco externo e interno) ou Massa Corrida (reboco interno).
 - Antes de iniciar a pintura: forrar o chão, retirar os espelhos dos interruptores e proteger rodapés e esquadrias.
 - Antes de executar a pintura de paredes e tetos, proteger as esquadrias de alumínio com fitas adesivas de PVC. As fitas tipo crepe costumam manchar as esquadrias quando em contato prolongado.
 - Remover a fita adesiva imediatamente após o uso.
 - Verificar visualmente se foram removidas as sujeiras, incrustações, partes soltas ou mal aderidas, etc., antes da pintura.
 - Verificar se os produtos foram aplicados na sequência correta e com número correto de demãos.
 - Verificar se a pintura de acabamento está com brilho, textura e cor uniformes e sem marcas de pincéis, falhas, emendas, escorrimentos e enrugamentos.
 - Verificar se as superfícies adjacentes às destinadas à pintura estão limpas, sem sinais de salpicos e escorridos e se a pintura fresca está protegida contra incidência de poeira e água.
- Verificar se as ferramentas foram deixadas limpas

Esquadrias

Descrição do Sistema:

Elementos de fechamento de vãos das edificações, que fornecem segurança, permitem a passagem de pessoas, iluminação e ventilação.

Uma boa esquadria deve atender requisitos de durabilidade ao ar e a água, além de apresentar facilidade de manuseio, sem exigir esforço do usuário nas operações de abrir e fechar.

As esquadrias também abrangem corrimão, guarda-corpo, batentes e outros elementos arquitetônicos.

As esquadrias podem ser confeccionadas dos seguintes materiais:

SES
Fls.: 4350
Rubrica
CICGSS

[A large, faint, curved line, possibly a signature or a large mark, spans across the upper and middle portions of the page.]

[Handwritten marks and signatures at the bottom right corner, including a large loop, a smaller loop, and a signature with a star-like mark.]

SES
Fls.: 4351
9
Rubrica
CICGSS

[A long, thin, slightly curved line drawn across the page, possibly representing a signature or a mark.]

[Handwritten signature or mark.]

[Handwritten initials or marks.]



- Madeira: pintada ou natural;
- Alumínio: anodizado ou pintado;
- Aço: chapa dobrada ou de perfilados;
- Sintéticos: PVC;
- Vidro: auto-portantes;
- Outros.

A seguir, seguem classificações das esquadrias, quanto à forma de funcionamento:
Charneira (“de abrir”): porta ou janela com movimento de rotação sobre o eixo vertical na borda da folha, como a maioria das portas.

- Pivotante: porta ou janela com movimento de rotação sobre o eixo vertical, através de pivôs, passando por um ponto entre as bordas da folha (muito comum nas portas de vidro temperado).
- Basculante: janela com movimento de rotação sobre o eixo horizontal (muito comum em janelas de sanitários). Proporcionam ventilação ao ambiente limitando / impedindo o acesso de água da chuva.
- Guilhotina: janela com movimento de translação na direção vertical. Deve-se ter especial atenção com o dispositivo de fixação da parte móvel.
- De correr: porta ou janela com movimento de translação na direção horizontal. Não interferem nas áreas externas ou internas, permitindo, no caso de janelas, o uso de telas, persianas ou cortinas. Oferecem a possibilidade de regulagem da abertura das folhas, propiciando maior conforto na aeração do ambiente.

Cuidados de Uso

- As janelas devem correr suavemente, não devendo ser forçadas.
- Não arrastar objetos através dos vãos de janelas e portas maiores que o previsto, pois podem danificar seriamente as esquadrias.
- Providenciar batedores de porta a fim de não prejudicar as paredes e maçanetas.
- Manter as portas permanentemente fechadas ou travadas, evitando assim o seu empenamento ou danos devidos às rajadas de vento.



- Em caso de ventos fortes, manter fechados ou travados os basculantes evitando que os mesmos se fechem bruscamente, o que pode quebrar os vidros e danificar os caixilhos.
- Não usar detergentes com saponáceos, esponjas de aço ou qualquer outro material abrasivo.
- Não usar produtos ácidos ou alcalinos. Sua aplicação poderá causar manchas na pintura.
- Não utilizar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza dos "cantinhos" de difícil acesso. Essa operação poderá ser feita com o auxílio de pincel.
- Não utilizar vaselina, removedor, thinner ou qualquer outro produto derivado do petróleo, pois além de ressecar plásticos e borrachas, fazendo com que percam sua função de vedação, estes produtos possuem componentes que vão atrair partículas de poeira que agirão como abrasivo, reduzindo em muito a vida útil do acabamento superficial.
- Não remover as massas de vedação.
- As esquadrias de alumínio modernas são fabricadas com acessórios articuláveis (braços, fechos e dobradiças) e deslizantes (roldanas e rolamentos) de nylon, que não exigem nenhum tipo de lubrificação. Suas partes móveis, eixos e pinos são envolvidos por uma camada de material autolubrificante, de grande resistência ao atrito e às intempéries.

Esquadrias de Madeira

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Limpar as esquadrias com um pano umedecido e logo após um pano seco. Antes, deve-se ter o cuidado de retirar o excesso de pó com um espanador ou escova.	Bimestral
Limpar trilhos inferiores em portas e janelas de correr, evitando-se o acúmulo de poeira que podem comprometer o desempenho das roldanas e exigir a sua troca precoce.	Bimestral

[Handwritten signatures and initials]



Reapertar com chave de fenda (sem excesso de força) todos os parafusos dos fechos, fechaduras, puxadores, fixadores e roldanas, sempre que necessário.	Trimestral
Reaplicar verniz nas esquadrias com acabamento envernizado.	Anual
Verificar a vedação e fixação dos vidros.	Anual
Repintar esquadrias com acabamento em pintura, com o uso correto da tinta.	3 anos
Raspar totalmente e reaplicar verniz nas esquadrias envernizadas.	3 anos
Esquadrias de Ferro	Trimestral
Repintar as esquadrias, após o tratamento devido dos pontos de oxidação, com as mesmas especificações da pintura original.	A cada 2 anos
Verificar a vedação e fixação dos vidros.	Anual

Esquadrias de Alumínio

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Limpar as esquadrias como um todo, inclusive guarnições de borracha e escovas, com solução de água e detergente neutro a 5%, com auxílio de esponja macia.	Bimestral
Limpar trilhos inferiores em janelas e portas de correr, evitando-se o acúmulo de poeira que podem comprometer o desempenho das roldanas e exigir a sua troca precoce.	Bimestral
Limpar os drenos (orifícios) dos trilhos inferiores, para evitar entupimentos e vazamento de água para o interior do ambiente, principalmente em épocas de chuva.	Bimestral
Reapertar com chave de fenda (sem excesso de força) todos os parafusos dos fechos, fechaduras, puxadores, fixadores e roldanas.	Trimestral
Verificar a vedação e fixação dos vidros.	Anual

(Handwritten signatures and initials)



Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar se as folhas da janela possuem gaxetas – peças de vedação em borracha – ou escovas fixadas ao longo de todo o perímetro das folhas.
 - Pressionar a janela fechada, de dentro para fora. A pressão não deve provocar abertura alguma entre as gaxetas. Para que a janela seja totalmente estanque é indispensável que todas as gaxetas permaneçam comprimidas quando as folhas estiverem fechadas. Procedimento de avaliação: colocar uma folha de papel (de preferência celofane) entre as folhas de abrir e a fixa. Depois é só fechar e puxar o papel. Se ele não sair, a vedação está boa.
 - Verificar se o trinco está firme e se ele fecha sem sofrer ou causar deformações.
 - Verificar a existência de pequenos rasgos ou furos nos trilhos inferiores, que permitam o escoamento da água de chuva.
 - Verificar se as peças estão perfeitamente parafusadas.
 - Verificar se os parafusos estão íntegros, sem pontos de ferrugem.
 - Verificar se os vidros estão bem fixados e em tamanho adequado à folha da esquadria.
- Verificar se a pintura ou anodização está homogênea, sem riscos nem amassamentos.

Forros

Descrição do Sistema:

Revestimento interno aplicado no teto das construções. Contribuem para a estética e para o conforto do usuário. São executados após finalização dos revestimentos verticais e das instalações a serem embutidas.

Os forros são normalmente compostos por um fixador (que o prende ao teto), um porta painel e um painel. Os painéis podem ser de diversos materiais, como:

- Madeira
- PVC (em placas removíveis ou lâminas)
- Gesso (em placas e acartonado)



- Fibra mineral
- Isopor
- Lã de vidro
- Metal

Os forros com painéis removíveis (PVC, fibra, isopor, etc) têm a vantagem de facilitar o acesso às instalações embutidas para execução de reparos ou modificações.

Cuidados de Uso:

Forros de Madeira

- Fazer a impermeabilização da madeira para evitar possíveis problemas como: rachaduras e presença de fungos.
- Água proveniente de vazamento ou de vapor gerado nos banheiros e cozinhas pode comprometer a durabilidade do forro. Uma ventilação adequada pode evitar problema de menor intensidade.
- A limpeza pode ser feita com o uso de pano seco ou por aspiração mecânica.
- Forros de PVC
- É necessário ter cuidado com a instalação de luminárias, pois os forros podem sofrer deformações ou manchas devido ao excesso de calor.
- De preferência, as luminárias devem estar fixadas na estrutura de apoio e não nas placas de PVC.
- As lâminas utilizadas nesta estrutura devem ter tons pastel: branco, bege ou cinza claro. Outras tonalidades estão sujeitas a manchas.
- Para limpeza, utilizar um pano embebido em detergente ou sabão neutro e água.
- Não forçar o forro para evitar danos ao mesmo.

Forros de Gesso

- Não lavar o forro com água e produtos abrasivos.
- Não fixar suportes para pendurar vasos ou quaisquer outros objetos, pois o forro não é dimensionado para suportar pesos.
- Evitar impactos no forro que possam danificá-los.



- Manter os ambientes ventilados, evitando o aparecimento de bolor nos tetos.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar a adequada fixação das peças do forro.
- Verificar o nivelamento do forro.

Verificar visualmente a homogeneidade do forro de gesso, o acabamento do rejunte e se não há presença de marcas das emendas em relevo.

Divisórias

Descrição do Sistema:

Elementos, normalmente de pequena espessura quando comparado com as paredes de alvenaria, que permitem a divisão de ambientes. A rapidez na instalação e a possibilidade de montar e desmontar facilitam modificações de lay-out.

São normalmente compostas por:

- Perfis metálicos: ficam fixados nas paredes, pisos e tetos, e dão suporte aos painéis.
- Painéis: podem ser encontrados em diversos materiais, sendo mais comuns os painéis de gesso acartonado e chapas de madeira reconstituída (“chapa dura”, tipo Eucatex), revestidas com laminado melamínico. Há ainda painéis em madeira revestida por placas cimentícias que possuem maior resistência a impactos e aos esforços mecânicos.
- Enchimentos: normalmente em fibras de vidro ou lã de rocha, visam melhorar o isolamento termoacústico.
- Vidros e acessórios.

Cuidados de Uso

- Evitar choques e sobrecargas. Não forçar as divisórias.
- Limpar com pano macio seco ou levemente umedecido. Nunca molhar as divisórias.
-



Manutenção Preventiva	Periodicidade
Verificar e ajustar portas e fechaduras em divisória.	Semestral
Verificar situação dos perfis e parafusos quanto à oxidação.	Anual
Verificar fixação dos vidros e estabilidade dos conjuntos.	Anual
Verificar condições de acabamento das chapas.	Anual

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

A manutenção corretiva das divisórias deve ser realizada sempre com os mesmos materiais das divisórias originais. O sistema de gesso acartonado possui arremates, acessórios e parafusos próprios do sistema. Não improvisar. Atentar para a cor do acabamento das chapas e dos perfis.

- Verificar estabilidade dos painéis e fixação dos vidros, após a instalação das divisórias.
- Verificar prumo das divisórias com auxílio de uma régua de prumo.

Verificar visualmente o acabamento das chapas e das emendas das divisórias de gesso acartonado.

Impermeabilização

Descrição do Sistema:

É o tratamento dado em partes e/ou componentes da construção para garantir estanqueidade e impedir a infiltração de água e vapor. Existem vários tipos de materiais empregados nas impermeabilizações, tais como mantas pré-fabricadas, membranas asfálticas, argamassas poliméricas, resinas acrílicas termoplásticas, membranas acrílicas, etc.

A seguir, estão conceituados alguns tipos de impermeabilização, classificados em impermeabilização rígida e flexível, conforme NBR 9575 – Seleção e Projeto.

- Sistema Rígido: conjunto de materiais ou produtos aplicáveis nas partes construtivas não sujeitas a fissuração, devido a variações térmicas diferenciadas, grandes vibrações, exposição solar, tais como reservatórios de água enterrados e subsolos.

[Handwritten signatures and initials]



- Argamassa impermeável com aditivo hidrófugo: tipo de impermeabilização não industrializada aplicada em substrato de alvenaria ou concreto, constituído de areia, cimento, aditivo hidrófugo e água, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.
- Argamassa modificada com polímero: tipo de impermeabilização não industrializada aplicada em substrato de alvenaria ou concreto, constituído de agregados minerais inertes, cimento e polímeros, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.
- Argamassa polimérica: tipo de impermeabilização industrializada aplicada em substrato de concreto e alvenaria, constituída de agregados minerais inertes, cimento e polímeros, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.
- Sistema Flexível: conjunto de materiais ou produtos aplicáveis nas partes construtivas sujeitas a fissuração, devido a variações térmicas, grandes vibrações, exposição solar, tais como, lajes (maciças, mistas ou pré-moldada), espelhos d'água, calhas de grandes dimensões, jardineiras e floreiras, pisos frios (banheiros, cozinhas, áreas de serviço).
- Membrana de asfalto modificado: produto impermeabilizante, moldado no local, com ou sem estruturante, sendo o asfalto modificado um produto sólido de cor entre preta e marrom escura, obtido pela modificação do cimento asfáltico de petróleo com polímeros, que se funde gradualmente pelo calor, de modo a se obter determinadas características físico-químicas.
- Membrana de emulsão asfáltica: produtos impermeabilizantes, moldados no local, com ou sem estruturante, sendo a emulsão asfáltica um produto resultante da dispersão de asfalto em água, através de agentes emulsificantes. Este produto pode ser aplicado em áreas menores, sem grandes movimentações (jardineiras, floreiras, pequenas lajes, calhas, pisos frios, etc).
- Membrana de solução asfáltica: produto impermeabilizante, moldado no local, com ou sem estruturante, sendo a solução asfáltica um produto resultante da dispersão de asfalto em solvente especiais, através de agentes emulsificantes. Este produto pode ser aplicado em áreas menores, sem grandes movimentações (jardineiras, floreiras, pequenas lajes, calhas, pisos frios, etc).



- Manta asfáltica: produto impermeável, pré fabricado, estruturado, obtido por calandragem, extensão ou outros processo, com características definidas. Este produto pode ser aplicado em áreas maiores, sujeitas a tráfego e grandes movimentações (estacionamentos, coberturas, piscinas, terraços, etc).

Cuidados de Uso

- Evitar acúmulo de água nos pisos, se necessário lavar, remover excesso de água com rodo.
- Evitar plantas com raízes agressivas que possam danificar a impermeabilização ou obstruir os drenos de escoamento.
- Manter o nível de terra em jardineiras no mínimo 10 cm abaixo da borda, para evitar infiltrações indesejáveis.
- Não permitir a fixação de antenas, postes de iluminação ou outros equipamentos sobre lajes impermeabilizadas através da utilização de buchas, parafusos ou chumbadores. Sugere-se a utilização de base de concreto sobre a camada de proteção da impermeabilização, sem removê-la ou danificá-la.
- Não fixar pregos ou parafusos e buchas, nem chumbadores nos revestimentos das platibandas, rufos, muros e paredes impermeabilizadas.
- Para qualquer tipo de instalação de equipamento sobre superfície impermeabilizada, deve-se solicitar a presença de uma empresa especializada em impermeabilização.
- Lavar os reservatórios com produtos de limpeza e materiais adequados, mantendo a caixa vazia somente o tempo necessário para limpeza. Não utilizar máquinas de alta pressão, produtos que contenham ácidos nem ferramentas como espátula, escova de aço ou qualquer tipo de material pontiagudo. É recomendável que esta lavagem seja feita por empresa especializada.
- Tomar os devidos cuidados com o uso de ferramentas como picaretas, enxadões, etc. nos serviços de plantio e manutenção dos jardins, de modo a evitar danos à camada de proteção mecânica existente.
- Não permitir que se introduzam objetos de nenhuma espécie nas juntas de trabalho.



Manutenção Preventiva	Periodicidade
Inspecionar os rejuntamentos dos pisos, paredes, soleiras, ralos e peças sanitárias, pois, através das falhas nos mesmos, poderá ocorrer infiltração de água.	Anual
Inspecionar a camada drenante do jardim, verificando se não há obstrução na tubulação e entupimento dos ralos.	Anual

- Verificar a inclinação do substrato das áreas horizontais: deve ser de no mínimo de 1% em direção aos coletores de água. Para calhas e áreas internas é permitido o mínimo de 0,5%.
- Verificar a estanqueidade através da colocação de água (piscina rasa) após a conclusão da impermeabilização.
- Verificar a integridade da sobreposição das faixas de manta em relação ao aspecto de colagem (fusão das mantas). Esta sobreposição deve ser de 10cm.
- Verificar os acabamentos em cantos, tubos emergentes, canaletas, soleiras e ralos.
- Verificar a existência de reforços em cantos e ralos.
- Verificar o aspecto final da impermeabilização.

Descrição do Sistema:

A função das coberturas é proteger o espaço interno do edifício das intempéries do ambiente exterior (como a chuva, o vento, entre outros), também concedendo aos usuários privacidade e conforto (através de proteção acústica, térmica, etc).

As coberturas podem ser feitas com lajes impermeabilizadas (horizontais ou inclinadas), com telhados ou mistas.

As principais partes componentes dos telhados são definidas a seguir:

- **Telhamento:** constituído por telhas de diversos materiais e dimensões, tendo a função de vedação. Podem-se agrupar a telhas em elementos de pequenas e grandes dimensões. As telhas de pequenas dimensões são normalmente de cerâmica ou de concreto. As telhas de grandes dimensões são fixadas diretamente nas terças, a exemplo das telhas metálicas e de fibrocimento. Quando necessário podem ser



utilizadas telhas termoacústicas, que melhoram o isolamento térmico e acústico do ambiente.

- Trama: constituída geralmente por terças, caibros e ripas, tendo como função a sustentação das telhas.
- Estrutura de Apoio: constituída geralmente por tesouras, oitões, pontaletes ou vigas, tendo a função de receber e distribuir adequadamente as cargas verticais ao restante do edifício.
- Sistemas de Águas Pluviais: constituídos geralmente por rufos, calhas, condutores verticais e acessórios, tendo como função a drenagem das águas pluviais

Cuidados de Uso

- Para lajes impermeabilizadas (seguir recomendações de Impermeabilização).
- Evitar caminhar sobre as telhas já colocadas. Para telhas de grandes dimensões, seguir orientações dos fabricantes quanto ao local e a forma adequada de caminhar sobre as telhas.

Manutenção Preventiva	Periodicidade
Fazer limpeza das calhas e coletores. Quando necessário, intensificar a periodicidade, principalmente em épocas de chuva e quando houver alta incidência de sujeira (ex: árvores próximas).	Trimestral
Inspeccionar rufos, fazendo os reparos necessários para garantir a estanqueidade.	Trimestral
Verificar a presença de telhas partidas ou trincadas e efetuar a substituição (devem ser utilizadas telhas da mesma especificação).	Trimestral
Verificar o deslizamento de telhas e proceder os ajustes necessários.	Trimestral
Verificar a situação das borrachas de vedação de parafusos e efetuar substituição, quando necessário.	Anual

[Handwritten signatures and initials]



Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar visualmente a uniformidade da distribuição e acabamento dos caibros sobre as terças. Verificar se o espaçamento entre os caibros atende ao projeto.
- Verificar visualmente a uniformidade da distribuição e acabamento das ripas sobre os caibros. Verificar se o espaçamento entre as ripas atende à galga da telha.
- Verificar o sentido de telhamento (horizontal e vertical), de acordo com as orientações do fabricante e incidência predominante do vento.
- Verificar visualmente o alinhamento e acabamento das telhas.
- Verificar fixação das telhas, incluindo a vedação dos elementos de fixação.
- Verificar inclinação mínima (0,5%) e estanqueidade das calhas. Sugere-se a colocação de água para esta verificação.

Sistema de Condicionamento de Ar

Descrição do Sistema:

Condicionamento de ar é o controle de temperatura, umidade, movimentação, pressão e qualidade do ar, dentro de um determinado ambiente.

O mercado oferece grande número de alternativas capazes de satisfazer às necessidades de um projeto. A seleção e combinação dessas opções devem basear-se nos seguintes critérios: desempenho, capacidade, local ocupado, custo inicial, custo operacional, flexibilidade, manutenção e durabilidade. Os sistemas de condicionamento de ar podem ser divididos em expansão direta e indireta.

No grupo de expansão direta, fazem parte os modelos em que o resfriamento ocorre diretamente em contato com o ar externo, por meio da serpentina de resfriamento. Neste grupo se destacam:

- Condicionador de Ar de Janela (ACJ)
- Split
- Self Contained

[Handwritten signatures and marks]



No grupo de expansão indireta, o ar é resfriado por um líquido que não seja o gás refrigerante, como por exemplo, água ou etileno glicol. Neste grupo se destacam:

- Fan coils
- Painel radiante.

As recomendações a seguir, referem-se especificamente para Condicionadores de Ar de Janela e Splits. No PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle de Condicionadores de Ar) em anexo, são apresentadas as recomendações para os demais sistemas.

Cuidados de Uso

- Ao ligar o condicionador de ar, mantenha as portas, as janelas e as cortinas sempre fechadas. Verificar se não existem frestas nas esquadrias ou em outros locais que permitam o escape do ar.
- Evitar ligar e desligar o sistema de condicionamento de ar diretamente no disjuntor ou na tomada.
- Manter limpos o gabinete e as grelhas bem como a área ao redor da unidade.
- Não exagerar na intensidade da temperatura (muito quente ou muito fria).
- Nos períodos que não usar o condicionador de ar, ligá-lo, uma vez ao mês, por alguns minutos. Se o modelo for QUENTE/FRIO, ligar no aquecimento.
- Para a limpeza da frente plástica e do gabinete do ACJ ou da unidade evaporadora do split, usar uma flanela ou um pano macio embebido em água e sabão neutro. Não usar esponja de aço ou produto abrasivo para não riscar o aparelho. Não utilizar detergente ou álcool diretamente na frente plástica.
- Não utilizar o condicionador de ar sem o filtro, pois a poeira e as impurezas irão danificá-lo ou exigir limpeza especializada.

[Handwritten signatures and initials]

**IDTECH**INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO
idtech.org.br

PROPOSTA DE TRABALHO

SES
Fls.: 4365
Rubrica
CICGSS

Manutenção Preventiva (Condicionador de Ar de Janela)

a) Ventiladores

Verificar a existência de sujeira, danos, corrosão e fixação do conjunto.	Mensal
Limpar o conjunto.	Mensal
Eliminar focos de corrosão.	Mensal
Verificar vibrações e ruídos anormais.	Mensal
Verificar o aquecimento anormal dos mancais.	Mensal
Lubrificar os mancais.	Mensal
Verificar o estado dos amortecedores de vibração.	Mensal
Verificar o estado e a instalação dos dispositivos de proteção.	Mensal
Verificar aperto dos parafusos em geral.	Mensal

b) Quadro de Comando Elétrico

Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão.	Mensal
Verificar os elementos quanto ao funcionamento eletromecânico e fixação.	Mensal
Medir e registrar tensão e correntes elétricas dos equipamentos ligados ao quadro.	Mensal
Verificar fiações, barramentos e sistemas de aterramento.	Mensal
Medir e registrar as tensões de entrada no quadro elétrico.	Mensal
Verificar a instalação e suas condições locais.	Semestral
Limpar os elementos e eliminar pontos de corrosão.	Semestral
Reapertar os terminais, barramentos e elementos de fixação.	Semestral

c) Motor

Verificar o sentido de rotação.	Mensal
Verificar vibrações e ruídos anormais.	Mensal
Medir e registrar tensão e correntes elétricas.	Mensal
Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão.	Semestral
Limpar os elementos.	Semestral

663

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO - IDTECH

Av. 01, 04.03, 11.02/05, n.º 44 - Jéssica, Vila Costão, CEP 24.113-041 - Curitiba - Paraná - CEP n.º 07.966.940/0001-23
Fone/Fax (0*) 41 3209.9700 - www.idtech.org.br - contato@idtech.org.br



Eliminar focos de corrosão.	Semestral
Lubrificar os mancais.	Semestral
Verificar a instalação e fixação dos protetores.	Semestral
Medir e registrar o isolamento elétrico.	Semestral
Verificar o aterramento elétrico.	Semestral
Verificar aperto dos parafusos de fixação das bases dos motores.	Semestral

d) Compressores Alternativos e Parafusos

Verificar vibrações e ruídos anormais.	Mensal
Medir e registrar tensão e correntes elétricas.	Mensal
Verificar a existência de sujeira externa, danos e corrosão.	Semestral
Limpar externamente.	Semestral
Eliminar focos de corrosão	Semestral
Medir e registrar o isolamento elétrico.	Semestral
Verificar o aterramento elétrico.	Semestral
Executar teste de vazamento.	Semestral
Verificar os parafusos de fixação das bases dos compressores.	Semestral

e) Circuito Refrigerante

Limpar externamente.	Mensal
Verificar a existência de danos, corrosão externa e fixação.	Semestral
Eliminar focos de corrosão.	Semestral
Verificar a existência de danos no isolamento.	Semestral
Verificar a existência de danos externos nos compensadores de vibração.	Semestral
Verificar a existência de vazamento.	Semestral
Verificar o comportamento do filtro 1 ou 2 saídas.	Semestral
Verificar as condições do tubo capilar expensor.	Semestral

f) Serpentina Evaporadora

Verificar a existência de agentes que possam prejudicar a troca térmica.	Mensal
--	--------

[Handwritten signatures and initials]



Limpar o sistema de drenagem.	Mensal
Limpar superfícies de troca de calor.	Semestral
Verificar o isolamento térmico de componentes próximos	
Verificar a existência de vazamentos.	Semestral

g) Serpentina Condensadora

Verificar a existência de agentes que possam prejudicar a troca térmica.	Mensal
Limpar o sistema de drenagem.	Mensal
Limpar as superfícies de troca de calor.	Semestral
Verificar o isolamento térmico do componente (inspeção Visual).	Semestral
Verificar a existência de vazamentos	Semestral

h) Filtro de Ar

Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão.	Mensal
Limpar o elemento filtrante (quando recuperável).	Mensal
Substituir o elemento filtrante.	Mensal
Limpar e vedar frestas da estrutura.	Semestral
Eliminar focos de corrosão.	Semestral
Verificar o ajuste da moldura do filtro na estrutura.	Semestral

i) Gabinete / Chassis

Limpar bandejas.	Mensal
Verificar a operação de drenagem de água da bandeja.	Mensal
Limpar o gabinete do condicionador.	Mensal
Verificar o nível de líquido no tanque de expansão.	Mensal
Ajustar o nível de líquido no tanque de expansão.	Mensal
Verificar o funcionamento dos dispositivos de controle e segurança.	Mensal
Verificar e eliminar sujeira, danos e corrosão no gabinete, na moldura da serpentina e bandeja.	Semestral
Verificar o estado de conservação do isolamento termo-acústico.	Semestral



Verificar a vedação dos painéis de fechamento do gabinete.	Semestral
Lavar as bandejas com remoção do biofilme (lodo), sem uso de produtos desengraxantes e corrosivos.	Semestral
Purgar o ar	Semestral
Drenar para eliminação de sujeira	Semestral

j) Instrumentação

Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão externa.	Mensal
Limpar externamente.	Mensal
Registrar e informar quais os instrumentos necessitam de calibração ou substituição.	Mensal
Verificar a existência de sujeira, danos, corrosão e fixação do conjunto.	Mensal

Manutenção Preventiva (Split) Periodicidade

a) Ventiladores

Limpar o conjunto.	Mensal
Eliminar focos de corrosão.	Mensal
Verificar vibrações e ruídos anormais.	Mensal
Verificar o aquecimento anormal dos mancais.	Mensal
Lubrificar os mancais.	Mensal
Verificar vazamentos nas junções flexíveis.	Mensal
Verificar o estado dos amortecedores de vibração.	Mensal
Verificar o estado e a instalação dos dispositivos de proteção.	Mensal
Limpar o sistema de drenagem.	Mensal
Verificar aperto dos parafusos em geral.	Mensal
Verificar a operação dos controles de vazão.	Trimestral
Verificar a existência de sujeira, danos, corrosão e fixação do conjunto.	Semestral

b) Polias e Correias

[Handwritten signatures and initials]



Verificar a existência de sujeira, danos e desgastes.	Mensal
Limpar os elementos.	Mensal
Verificar a tensão de esticamento e o alinhamento.	Mensal
Substituir o jogo de correias.	Mensal
Verificar a instalação e fixação dos protetores.	Mensal
Ajustar o conjunto.	Trimestral
Verificar a fixação das polias.	Semestral

c) Quadros Elétricos

Verificar a instalação e suas condições locais.	Mensal
Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão.	Mensal
Limpar os elementos e eliminar pontos de corrosão.	Mensal
Verificar os elementos quanto ao funcionamento eletromecânico e fixação.	Mensal
Reapertar os terminais, barramentos e elementos de fixação.	Mensal
Medir e registrar tensão e correntes elétricas dos equipamentos ligados ao quadro.	Mensal
Verificar o funcionamento dos alarmes visuais e sonoros.	Mensal
Verificar a operação nas funções manual, automática e remota.	Mensal
Verificar fiações, barramentos e sistemas de aterramento.	Mensal
Medir e registrar as tensões de entrada no quadro elétrico.	Mensal
Eliminar focos de corrosão.	Trimestral
Regular os elementos de proteção, operação e controle conforme as condições de referência.	Semestral

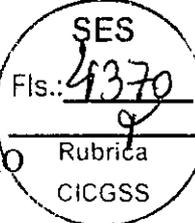
d) Acionamento (motores)

Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão.	Mensal
Limpar os elementos.	Mensal
Verificar o sentido de rotação.	Mensal
Verificar vibrações e ruídos anormais.	Mensal
Lubrificar os mancais.	Mensal
Verificar a instalação e fixação dos protetores.	Mensal
Medir e registrar tensão e correntes elétricas.	Mensal
Verificar aperto dos parafusos de fixação das bases dos motores.	Mensal

R
X

**IDTECH**INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO
idtech.org.br

PROPOSTA DE TRABALHO



Eliminar focos de corrosão.	Semestral
Medir e registrar o isolamento elétrico.	Anual
Verificar o aterramento elétrico.	Anual

e) Compressores Alternativos e Parafusos

Verificar a existência de sujeira externa, danos e corrosão.	Mensal
Limpar externamente.	Mensal
Verificar vibrações e ruídos anormais.	Mensal
Verificar o nível de óleo no visor.	Mensal
Verificar o funcionamento do separador de óleo.	Mensal
Medir e registrar tensão e correntes elétricas.	Mensal
Medir e registrar o isolamento elétrico.	Mensal
Verificar o aterramento elétrico.	Mensal
Verificar o funcionamento do aquecedor de óleo.	Mensal
Verificar a operação, durante a partida, do dispositivo de redução de capacidade.	Mensal
Verificar o funcionamento das válvulas de serviços.	Mensal
Executar teste de vazamento.	Mensal
Verificar e ajustar o funcionamento dos dispositivos de segurança.	Mensal
Verificar os parafusos de fixação das bases dos compressores.	Mensal
Medir e registrar a pressão de sucção junto ao compressor.	Trimestral
Medir e registrar a temperatura do gás de sucção e do gás de descarga junto ao compressor.	Trimestral
Medir e registrar a temperatura junto ao compressor.	Trimestral
Medir e registrar a pressão do óleo.	Trimestral
Eliminar focos de corrosão	Semestral
Completar o nível de óleo.	Semestral
Verificar o teor de acidez do óleo.	Semestral

f) Circuito Refrigerante

Verificar a existência de danos, corrosão externa e fixação.	Mensal
Verificar a existência de danos no isolamento.	Mensal



Verificar a existência de danos externos nos compensadores de vibração.	Mensal
Verificar a existência de vazamento.	Mensal
Limpar externamente.	Mensal
Verificar o comportamento do filtro da linha de líquido.	Mensal
Verificar o visor de líquido	Mensal
Verificar as condições do tubo capilar da válvula de expansão.	Mensal
Verificar a operação das válvulas solenóides.	Trimestral
Reapertar conexões.	Trimestral
Ajustar os parâmetros de operação.	Semestral
Eliminar focos de corrosão.	Semestral

g) Trocador de Calor – Evaporador

Verificar a existência de agentes que possam prejudicar a troca térmica.	Mensal
Verificar os fluxos dos fluidos refrigerante e refrigerado	Mensal
Verificar o isolamento térmico de componentes próximos (inspeção visual).	Mensal
Limpar o sistema de drenagem.	Mensal
Verificar a existência de vazamentos.	Mensal
Limpar superfícies de troca de calor.	Trimestral
Determinar e registrar o superaquecimento.	Semestral

h) Trocador de Calor – Condensador

Verificar a existência de agentes que possam prejudicar a troca térmica.	Mensal
Verificar os fluxos dos fluidos.	Mensal
Verificar vazamentos internos e externos.	Mensal
Limpar o sistema de drenagem.	Mensal
Determinar e registrar o subresfriamento.	Mensal
Verificar a operação dos dispositivos de segurança.	Trimestral
Limpar as superfícies de troca de calor.	Trimestral



SES
Fls.: 4372
Rubrica
CICGSS

Medir e registrar as temperaturas e as pressões na condição de plena vazão de ambos os fluidos nos pontos de entrada e de saída.	Semestral
Verificar o isolamento térmico do componente (inspeção visual).	Semestral

i) Filtro de Ar

Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão.	Mensal
Limpar e vedar frestas da estrutura.	Mensal
Verificar o ajuste da moldura do filtro na estrutura.	Mensal
Limpar o elemento filtrante (quando recuperável).	Mensal

j) Gabinete

Verificar e eliminar sujeira, danos e corrosão no gabinete, na moldura da serpentina e bandeja.	Mensal
Limpar bandejas.	Mensal
Verificar a operação de drenagem de água da bandeja.	Mensal
Verificar o estado de conservação do isolamento termo-acústico.	Mensal
Verificar a vedação dos painéis de fechamento do gabinete.	Mensal
Lavar as bandejas e serpentinas com remoção do biofilme (lodo), sem uso de produtos desengraxantes e corrosivos.	Mensal
Limpar o gabinete do condicionador.	Mensal
Eliminar focos de corrosão.	Semestral
Substituir o elemento filtrante.	Anual
Medir e registrar o diferencial de pressão.	Anual

k) Desumidificador (Caso Exista)

Testar a ação dos termostatos.	Mensal
Testar o funcionamento das resistências de desumidificação.	Mensal
Medir tensão e corrente nas resistências de desumidificação.	Mensal
Testar o intertravamento elétrico, quando da parada do ventilador do evaporador.	Mensal

[Handwritten signatures and initials]



Testar termostatos de controle do ambiente e de segurança das resistências.	Mensal
---	--------

l) Distribuição e Difusão de Ar

Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão.	Mensal
Limpar os elementos.	Mensal
Verificar funcionamento mecânico	Mensal
Lubrificar mancais de acionamento	Mensal
Verificar a existência de danos na isolação térmica da rede de dutos (inspeção visual)	Mensal
Eliminar focos de corrosão.	Semestral
Ajustar para restabelecimento das condições de referência	Semestral
Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão nos dutos, onde for acessível.	Anual
Limpar a rede de dutos, onde for acessível.	Anual
Diagnóstico microbiológico e visual da distribuição e difusão de ar dos sistemas.	Anual
Limpeza mecânica e descontaminação da rede de duto, com utilização de fumígenos (se necessário, de acordo com o diagnóstico acima).	Anual

m) Instrumentação

Verificar a existência de sujeira, danos e corrosão externa.	Mensal
Limpar externamente.	Mensal
Registrar e informar quais os instrumentos necessitam de calibração ou substituição.	Mensal
Eliminar focos de corrosão.	Trimestral
Verificar se o instrumento está fornecendo informação sobre a grandeza que está medindo.	Anual
Verificar e registrar a validade do período de calibração do instrumento, através de etiqueta, selo ou certificado.	Anual

[Handwritten signatures and initials]



Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar se estão sendo utilizadas peças adequadas para os reparos. Quando aplicável, devem ser utilizadas peças originais. Evitar improvisos.
- Verificar o adequado funcionamento dos equipamentos: controle de ventilação, temperatura de resfriamento, termostato, movimentação das paletas dos difusores, etc.
- Verificar visualmente o aspecto do equipamento, incluindo a limpeza das partes componentes.
- Verificar a vedação em torno dos condicionadores de ar de janela.
- Verificar a instalação das unidades condensadoras e evaporadoras dos splits. Estas devem estar livres de quaisquer tipos de obstrução das tomadas de ar de retorno ou insuflamento.
- Verificar a existência de calços de borracha junto aos pés da unidade condensadora para evitar ruídos indesejáveis.
- Verificar nivelamento das unidades evaporadoras e condensadoras dos splits.

Verificar posicionamento e adequado funcionamento dos drenos. A drenagem na unidade condensadora é imprescindível quando instalada no alto, causando risco de gotejamento.

Sistemática de Implantação do Serviço de Manutenção Predial da Hemorrede

A Sistemática do Serviço de Manutenção Predial para a Hemorrede, consiste na determinação das atividades essenciais de manutenção, sua periodicidade, os responsáveis pela execução e os recursos necessários.

A responsabilidade pela elaboração desta programação será de responsabilidade do gestor predial, profissional especializado para auxiliar na elaboração e no gerenciamento do mesmo.



O funcionário destacado para exercer a função de gestor predial deverá exercer as seguintes atividades:

- observar o estabelecido nas normas técnicas e no manual de operação, uso e manutenção de sua edificação, se houver;
- assessorar o gestor do prédio nas decisões sobre manutenção da edificação, inclusive na organização do sistema de manutenção;
- providenciar e manter atualizados os registros da edificação;
- realizar as inspeções da edificação, apresentando relatórios periódicos sobre suas condições, identificando e classificando os serviços de manutenção necessários;
- definir planos de manutenção;
- realizar ou supervisionar a realização de projetos e programação dos serviços de manutenção;
- orçar previamente / estimativamente os serviços de manutenção;
- assessorar na contratação de serviços de terceiros para a realização da manutenção da edificação, na forma das regulamentações próprias do IDTECH;
- supervisionar a execução dos serviços de manutenção;
- orientar os usuários sobre o uso adequado da edificação em conformidade com o estabelecido nas normas técnicas e no Manual de Manutenção Predial.

A sistemática proposta visa auxiliar os gestores prediais na implementação de um processo de gestão da manutenção, que privilegie o planejamento das manutenções preventivas e a previsão de recursos para sua execução. Além disso, esta sistemática visa incorporar à rotina para realização de controles da manutenção e de registros das ações tomadas, de forma prover evidências da conformidade do serviço realizado e manter um histórico das ações executadas.

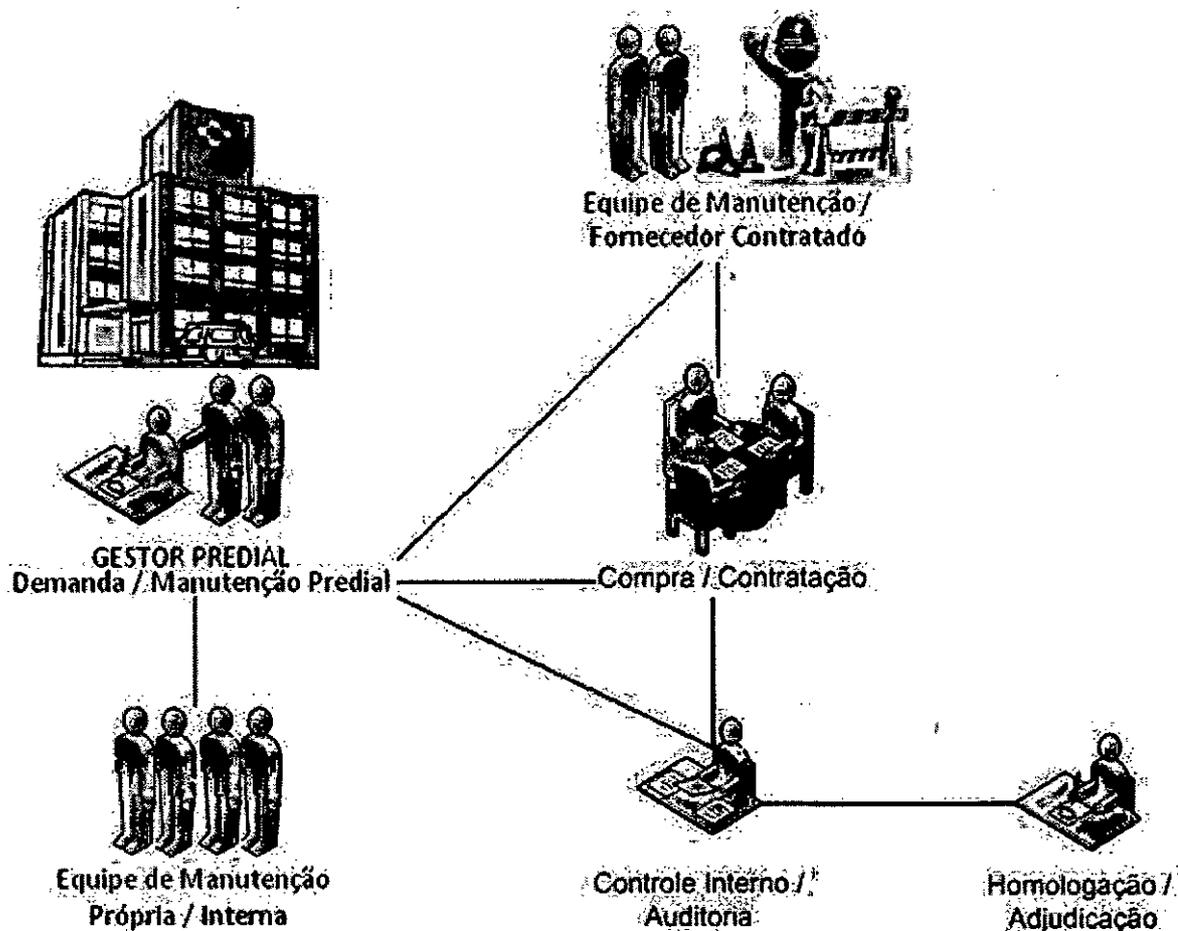
Vale lembrar a importância da contratação de empresas especializadas, de profissionais qualificados e da realização de treinamento adequado da equipe de manutenção para a execução dos serviços.



Sempre deverá ser utilizados materiais de boa qualidade, preferencialmente, seguindo as especificações de materiais utilizados na construção original da edificação. No caso de peças de reposição de equipamentos, sugere-se fortemente o uso de peças originais, na forma da legislação vigente.

Esta sistemática envolve a descrição do fluxo do processo de gestão predial, bem como as planilhas para realização das atividades de manutenção preventiva e corretiva, além de controles de registros.

Fluxo de Gestão da Manutenção Predial



[Handwritten signatures and marks]

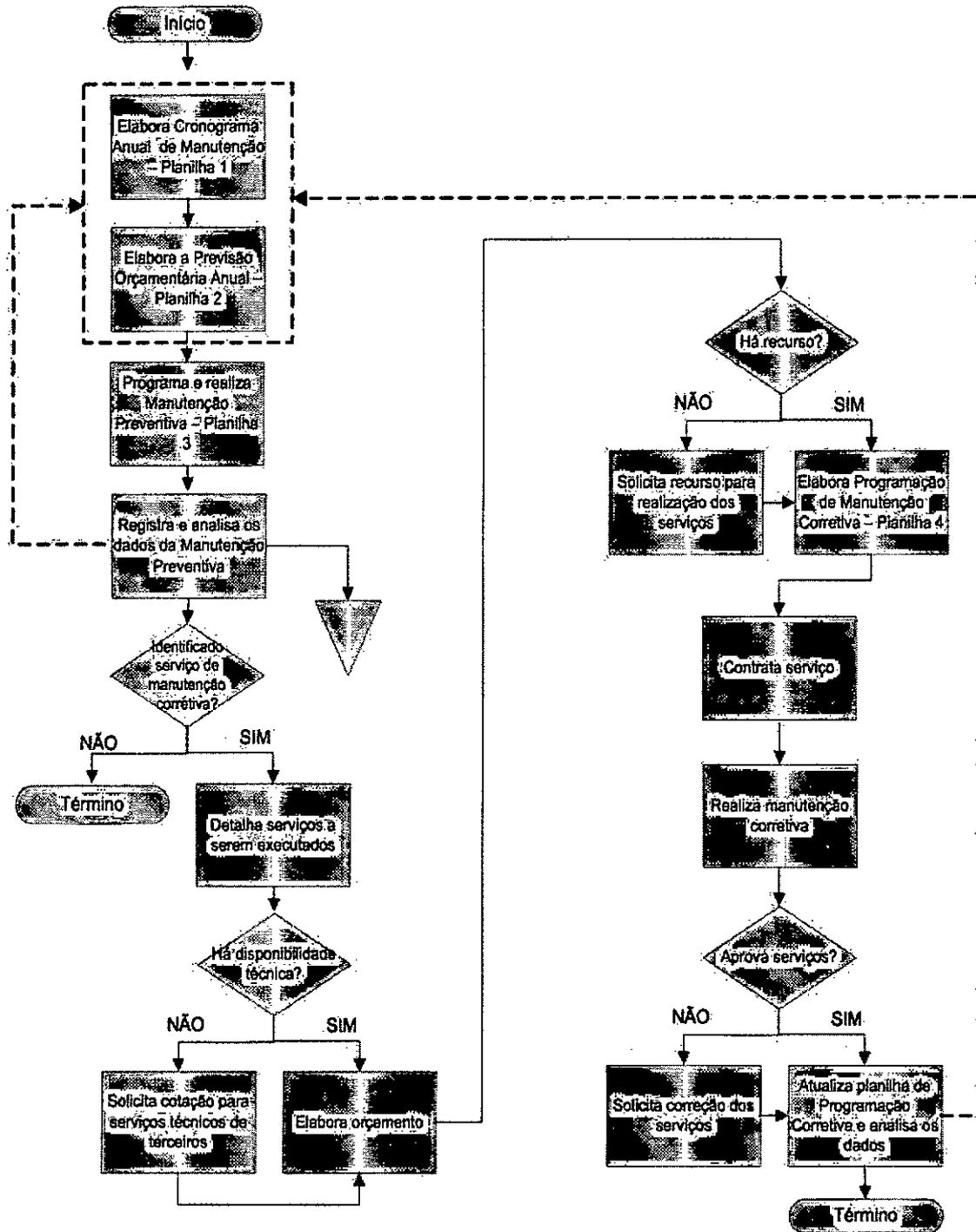


O fluxo de gestão da manutenção predial visa descrever as atividades deste processo, explicitando suas entradas, programação, controles e retroalimentação.

O fluxo da gestão da manutenção predial inicia-se com a elaboração do Cronograma Anual de Manutenção, assim como a Previsão Orçamentária Anual. Com base nestas duas planilhas, é elaborada a Programação de Manutenção Preventiva e a Programação de Manutenção Corretiva.

Tanto para a manutenção preventiva quanto para a manutenção corretiva, são previstos controles através da verificação das ações executadas. Caso uma ação não seja aprovada, o serviço deverá ser refeito, até que a solução dada seja satisfatória.

Por fim, o fluxo do processo de dos serviços de manutenção predial envolve a retroalimentação das informações, que ocorre a partir da análise de dados tanto das manutenções preventivas quanto corretivas, gerando novas informações para a revisão do cronograma anual de manutenção e previsão orçamentária anual. Esta retroalimentação está representada pela linha tracejada.



676

[Handwritten signatures and initials]



Planejamento e Controle da Manutenção Predial da Hemorrede

A sistemática para planejamento e controle da gestão predial é composta por sistema com adaptação às necessidades de cada unidade, caso necessário.

Modelo a ser Implantado do Plano de Manutenção, Operação e Controle dos Serviços de Manutenção Predial

Não somente manter as condições originais das máquinas e equipamentos, mas as atividades de manutenção atualmente possuem um escopo mais abrangente. Elas também introduzem melhorias que permeiam a efetivação de condições que contribuem para o aumento da produtividade e qualidade dos serviços, assim, sendo divididas em atividades de Manutenção e Melhoria.

As atividades de manutenção têm o objetivo de manter ou reestabelecer às condições de operação e desempenho corrigindo eventuais deteriorações. Enquanto as atividades de melhoria focam-se na identificação de metodologias, ferramentas e processos que contribuam para o aprimoramento e maximização dos recursos possibilitando a antecipação e mitigação de falhas ou interrupções indesejadas.

O planejamento efetivo do setor de manutenção predial deve-se pautar em seu cronograma de atendimento, realizando e identificando as atividades de melhoria e manutenção, as quais se desmembram, conforme já citamos em:

- ✓ **Manutenção Preditiva:** baseia-se em planejamentos exímios e elaborados onde os componentes de uma máquina possam ser substituídos em períodos pré-programados, baseados em estudos e históricos de cada componente, aproveitando ao máximo sua vida útil, e trocando-os antes de entrarem em colapso.
- ✓ **Manutenção Preventiva:** São atividades planejadas que prezam a conservação dos equipamentos e suas características produtivas ou de trabalho antecipando a ocorrência de falhas/quebras.



- ✓ **Manutenção Corretiva:** Possuem caráter emergencial e sem planejamento. Consiste em substituir peças ou componentes que se desgastaram ou falharam e que levaram a máquina/equipamento a uma interrupção.

Com o intuito de adotar boas práticas de trabalho o setor de manutenção predial ira elaborar um conjunto de procedimentos direcionados, visando padronizar e racionalizar as atividades a serem desenvolvidas no decorrer do ano pelo setor e através deste planejamento torna-las de conhecimento e possibilitando sua efetividade na Hemorrede sendo as mesas acompanhadas através de sistema e com monitoração de indicadores.

Tabela abaixo

Manutenção Civil

ITEM	REFERÊNCIA	PERIODICIDADE						
		DIÁRIA	SEMANAL	QUINZENAL	MESESAL	TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL
1.1	Verificação da pintura / textura / fulgor das fachadas e áreas comuns	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
2.1	Verificar a existência de placas soltas desniveladas ou com o acabamento danificado, bem como o estado dos apoios. Quando necessário realizar a reposição	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.1	Inspecionar esquadrias: sistemas de abertura e fechamento, fixação dos vidros e puxadores	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4.1	Verificar a existência de umidade, trincas ou demais defeitos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

678



5.1	Realizar o estado de impermeabilização e proteção, acabamento em cantos, tubos emergentes, canaletas soleiras, ralos e rufos. Quando necessário realizar reparos.								
5.2	Verificar funcionamento de ralos na cobertura, limpeza das calhas e coletores. Em épocas de chuva, intensificar a periodicidade (passara para quinzenal). Quando necessário, realizar limpeza ou desentupimento.								
5.3	Verificar presença de telhas partidas ou trincadas e a estanqueidade e integridade do sistema de fixação, bem como deslizamento ou demais deslocamentos. Quando necessário, efetuar a substituição (devem ser utilizadas telhas da mesma especificação) ou reforço da fixação.								
6.1	Verificar a existência de oxidação da armadura ou deslocamento. Quando necessário, realizar recuperação da armadura e do revestimento.								

Manutenção Hidráulica

PERIODICIDADE

ITEM	REFERÊNCIA	PERIODICIDADE						
		DIÁRIA	SEMANAL	QUINZENAL	MESESAL	TRIMESTRAL	SEMIESTRAL	ANUAL
1.1	Verificar, registrar e analisar a leitura do medidor de água. Analisar consumo de água e efetuar teste de verificação de vazamentos, quando identificados na leitura do medidor aumento injustificado do consumo							
1.2	Limpar ralos, sifões, calhas, grelhas e buzinotes							
1.3	Verificar a regulagem do mecanismo das descargas. Quando necessário, realizar regulagem ou substituição de reparos.							
1.4	Limpar caixas de gordura. Identificar a necessidade de acordo com o local especificado.							

[Handwritten signatures and marks]



1.5	Inspeccionar os sistemas e tubulações de redes coletoras de resíduos líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	Verificar posicionamento dos drenos existentes quanto a direcionamento para redes coletoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7	Inspeccionar os registros de gaveta para evitar vazamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	Inspeccionar torneiras misturadores e registros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Manutenção Mecânica

PERIODICIDADE

ITEM	REFERÊNCIA	PERIODICIDADE						
		DIÁRIA	SEMANAL	QUINZENAL	MESESAL	TRIMESTRAL	SEMIESTRAL	ANUAL
1.1	Verificação da tensão de alimentação de energia elétrica nas 3 fases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Controle de gotejamento de água pela gaxeta de bombas de dreno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Verificação da existência de ruídos anormais, elétricos ou mecânicos nos equipamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Verificação da existência de vazamento de gás e / ou de água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Inspeção dos drenos e ralos de escoamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	Inspeção das juntas elásticas das conexões hidráulicas de água gelada e de condensação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7	Verificação de aquecimento nos motores e compressores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	Limpeza da casa de máquinas e dos equipamentos tipo self	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9	Verificação do funcionamento elétrico e mecânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Handwritten signatures and marks]



	dos motores e compressores							
1.10	Verificação da existência de ruído anormal, elétrico ou mecânico nos motores e compressores					•		
1.11	Verificação dos condicionadores quanto a existência de ruídos anormais, elétricos ou mecânicos					•		
1.12	Inspeção no quadro elétrico dos condicionadores quanto a fusíveis dos motores dos condicionadores					•		
1.13	Verificação do aquecimento nas chaves de partida e bases fusíveis dos motores dos condicionadores					•		
1.14	Limpeza da sala de máquina central e do equipamento					•		
1.15	Verificação dos parafusos de fixação dos motores dos ventiladores das torres					•		
1.16	Inspeção do estado de conservação das bases e parafusos de regulagem e alinhamento					•		
1.17	Limpeza interna dos dutos						•	
1.18	Inspeção dos isolamentos da tubulação hidráulica de água quanto a conservação verificação de fios e cabos e entrada e saída do quadro elétrico dos motores e compressores					•		
1.19	Verificação de fios e cabos e entrada e saída do quadro elétrico dos motores e compressores					•		
1.20	Aferição de amperagem dos motores e compressores					•		
1.21	Verificação das regulagens dos dampers de ar exterior					•		
1.22	Verificação dos fechos das tampas e parafusos dos painéis dos condicionadores					•		
1.23	Inspeção do estado dos fios na entrada dos quadros elétricos dos condicionadores					•		
1.24	Limpeza dos ralos de escoamento das salas dos condicionadores					•		
1.25	Lavagem dos filtros de tomada de ar exterior					•		

[Handwritten signature and initials]



	segurança							
2.7	Verificar em todos os pavimentos, as botociras, indicadores luminosos, portas e soleiras, aceleração e desaceleração, nivelamento, fechos eletromecânicos e fechos hidráulicos					•		
2.8	Verificar na casa de máquinas: proteções e conexões (painel de força), quadro de comando, bateria e fonte de luz de emergência, máquina e cabos de tração, motor de indução, freio de contato e regulador de velocidade					•		
2.9	Verificar na parte superior da cabine: porta e contato de emergência, aparelho de segurança, operador de portas e condições do teto e estrutura					•		
2.10	Verificar no poço: limites inferiores, aparelho de segurança, desliza do contrapeso e limpeza do poço					•		
2.11	Verificar os cabos de aço como fator de segurança					•		
2.12	Verificar na caixa de corrida: polia de desvio. Limites superiores, guias e suportes, portas de pavimento e limite de redução de descida					•		
2.13	Efetuar reaperto geral nos componentes dos quadros de comando e agregados na cabine e parte superior da mesma					•		
2.14	Efetuar testes de simulação de falha em módulos, placas eletrônicas e contadoras					•		
2.15	Verificar na parte superior da cabine as corredeiras superiores, sustentação dos cabos e chaves de indução					•		
2.16	Verificar no poço: corredeiras inferiores, aparchoques e cornija, polia, cabos, correntes de compensação e polia tensora					•		
2.17	Verificar na caixa corrida: contra peso, cabos de manobra e fiações					•		
3.1	Avaliações e verificações do sistema de segurança	•						
3.2	Avaliações e verificações dos visores de nível	•						



3.3	Avaliações e verificações do sistema de descarga de fundo da garrafa de nível	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Avaliações e verificações do sistema de descarga de fundo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Avaliações e verificações do sistema de alimentação de água	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Avaliações e verificações do sistema de alimentação de tratamento de água	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	Visita Técnica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9	Avaliações e verificações Manutenção do sistema de segurança	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10	Avaliações e verificações Manutenção dos visores de nível	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11	Avaliações e verificações Manutenção do sistema de descarga de fundo da garrafa de nível	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12	Avaliações e verificações Manutenção do sistema de descarga de fundo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13	Avaliações e verificações Manutenção do sistema de alimentação de água	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14	Avaliações e verificações Manutenção do sistema de alimentação de tratamento da água	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.15	Avaliações dos eletrodos ou trocas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.16	Avaliações e verificações Manutenção do queimador se necessário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.17	Abertura da boca de visita da caldeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.18	Verificações internas dos tubos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.19	Avaliações e verificações Manutenção de toda tubulação interna de água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.20	Abertura da caldeira sistema de gases parte interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.21	Verificações internas das passagens dos gases e queimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.22	Verificações do sistema de isolamento da caldeira (Refratário)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.23	Inspeção de segurança NR 13	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				



SES
 Fls.: 4307
 CIGSS

3.24	Calibração das válvulas de segurança									•
3.25	Calibração dos pressostato									•
3.26	Calibração dos manômetros									•
3.27	Calibração do termômetro									•
3.28	Troca do refratário se necessário									•
3.29	Avaliações e verificações Manutenção dos espelhos									•
3.30	Verificação do trapézio da tampa traseira e dianteira da caldeira (Refratário)									•

Manutenção Elétrica

ITEM	REFERÊNCIA	PERIODICIDADE						
		DIÁRIA	SEMANAL	QUINZENAL	MESESAL	TRIMESTRAL	SEMIESTRAL	ANUAL
1.1	Ler os instrumentos de medição, inclusive entrada, e anotar	•						
1.2	Verificar o aquecimento e funcionamento dos disjuntores termomagnéticos e cabos de alimentação	•						
1.3	Verificar a existência de quaisquer anormalidades elétricas ou mecânicas (ruídos, odores) que possam caracterizar o mau funcionamento de algum componente	•						
1.4	Verificar as condições gerais de segurança no funcionamento do quadro geral	•						
1.5	Tomar nota das anormalidades verificadas durante os serviços e efetuar as correções necessárias	•						

[Handwritten signatures and marks]



1.6	Inspeccionar as chaves seccionadoras dos disjuntores termomagnéticos para os andares e cuidar para que não superem as tabelas de amperagens máximas permitidas para cada pavimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7	Inspeccionar os isoladores e conexões da saída dos disjuntores, evitando assim pontos de resistência elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	Verificar a pressão das molas dos disjuntores termomagnéticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9	Verificar os contatos de entrada e saída dos disjuntores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10	Verificar a regulagem do disjuntor geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11	Inspeccionar os cabos de alimentação para prevenir aquecimento (estado de isolamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.12	Verificar o equilíbrio das fases nos alimentadores (circuitos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.13	Inspeccionar as ligações da carcaça dos quadros à terra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.14	Lubrificar as dobradiças das portas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.15	Limpar externamente o quadro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.16	Efetuar testes de isolamento à corrente contínua	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.17	Efetuar limpeza geral nas conexões e disjuntores	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.18	Recapitar parafusos de fixação do barramento, conexões e ferragens	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]								
2.1	Verificar o aquecimento dos condutores de alimentação e distribuição	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Verificar o aquecimento dos disjuntores	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Verificar o aquecimento nos disjuntores "no-fuse" geral em todos os quadros de distribuição	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Verificar a existência de ruídos anormais.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Handwritten signature]



	elétricos ou mecânicos, cheiros de queimados e outros							
2.5	Verificar as condições gerais de segurança do funcionamento dos quadros de distribuição de luz		•					
2.6	Reapertar os parafusos de contato dos disjuntores		•					
2.7	Reapertar a fixação e estado dos barramentos		•					
2.8	Limpar externamente os quadros		•					
3.1	Verificar a existência de ruídos anormais, elétricos ou mecânicos	•						
3.2	Verificar a existência de fusíveis queimados	•						
3.3	Inspeccionar a pressão de contato dos fusíveis	•						
3.4	Inspeccionar o estado das bases de fusíveis quanto ao aquecimento	•						
3.5	Verificar o fechamento correto das tampas dos porta-fusíveis				•			
3.6	Inspeccionar o estado das chaves magnéticas				•			
3.7	Verificar o contato dos porta-fusíveis para evitar fusões				•			
3.8	Verificar o ajuste dos relés de sobrecarga				•			
3.9	Verificar o estado de conservação das bases dos fusíveis				•			
3.10	Reapertar os bornes de ligação das chaves magnéticas				•			
3.11	Reapertar os parafusos de contato dos botões de comando						•	
4.1	Medir a amperagem da fiação e verificação da concordância com as tabelas de amperagem máxima permitida					•		

[Handwritten signature and initials]



5.1	Verificar as luminárias quanto à ocorrência de lâmpadas queimadas ou com operação insuficiente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Verificar contatos internos, reapertar os parafusos de fixação e contatos externos dos soquetes, caso as lâmpadas ainda não fiquem iluminadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Verificar as condições gerais de segurança no funcionamento do sistema de iluminação	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Trocar os reatores quando se fizerem necessários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	Medir o nível de iluminação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6	Efetuar limpeza das luminárias e lâmpadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.7	Testar a carga das baterias de emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8	Testar o funcionamento das lâmpadas de emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1	Controlar a amperagem nas diversas secções do barramento, corrigindo sobrecargas e desbalanços de corrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Controlar as tensões, terminais, corrigindo eventuais quedas de tensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Limpar contatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Inspeccionar cobres, sobreaquecimentos de contatos e vibrações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.5	Medir nível de isolamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.6	Limpar a blindagem dos barramentos com sopro de ar comprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.7	Verificar e corrigir aterramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.8	Combater corrosão e retocar pintura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1	Reapertar carcaças e tomadas na tubulação do piso/divisórias/paredes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

[Handwritten signatures and initials]



SES
 Fls.: 4391
 Rubrica
 CIGSS

8.1	Verificar a malha de aterramento e suas condições normais de uso, conexões, malha de cobre nu, etc.								
8.2	Verificar a resistência ôhmica que não poderá superar 10(dez) Ohms, adotando as medidas de correção, quando necessário								
8.3	Reapertar os bornes que ligam as hastes aos cabos								
9.1	Subestação								
9.2	Quadro Geral de Força								
9.3	Barramentos								
9.4	Quadros de Distribuição de Luz e Força								
9.5	Quadros de Comando (Geradores, Bombas, etc.)								
9.6	Quadros dos circuitos de tomada e iluminação dos pavimentos								
9.7	Quadros de circuitos de energia estabilizada e no-break.								
10.1	Verificar estado geral do captor								
10.2	Verificar condutividade entre captor e haste								
10.3	Verificar isoladores castanha quanto a tricas ou rachaduras, substituindo se necessário								
10.4	Verificar conexão de aterramento								
10.5	Verificar oxidação de partes metálicas, estruturas e ligações								
10.6	Apertar fixações e verificar terminais								
10.7	Verificar ligação para terra								

(Handwritten signatures and initials)



10.8	Limpar cuidadosamente o conjunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1	Vistoria geral por unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2	Vistoria nas conexões elétricas, barramentos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3	Reaperto geral das conexões mecânicas da unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4	Limpeza geral do equipamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5	Verificação do bom estado dos ventiladores, disjuntores e demais peças mecânicas etc. (ruídos e vibrações)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.6	Níveis referenciais de tensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.7	Registrar a corrente de flutuação (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.8	Atuação das proteções de alarmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.9	Bom funcionamento de sinalização e painel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.10	Níveis de tensão do barramento C.C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.11	Verificar se o UPS está em fase com a rede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.12	Recarga das baterias se detectada sua necessidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.13	Ajuste das partes eletrônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.14	Ajuste de disparo dos tiristores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.15	Efetuar ajuste do NO-Break, com e sem carga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.16	Teste de supervisão de defeitos do retificador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.17	Relacionar os materiais para correção de falhas caso necessária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.18	Verificar chave estática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.19	Verificar disjuntores, contadores, fusíveis e componentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.20	Efetuar limpeza dos componentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.21	Verificar fixação dos componentes internos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Handwritten signature and initials]



11.22	Reapertar todas as conexões e barramentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11.23	Efetuar simulação de falta de energia, sem carga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11.24	Efetuar simulação de falta de energia, com carga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11.25	Efetuar teste da chave by-pass, automático. (Chave Estática)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11.26	Efetuar teste da chave by-pass manual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11.27	Testar transferências entre inversor e chave estática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11.28	Verificar o sincronismo interno do inversor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11.29	Verificar as condições do barramento do shunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11.30	No religamento da unidade, observar o procedimento indicado pelo fabricante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11.31	Avaliar necessidade de atualização dos softwares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11.32	Relacionar os materiais para correção de falhas caso necessária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12.1	Inspeccionar conexões (aperto, graxa, etc). se necessário substituir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2	Leitura da tensão total da bateria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3	Efetuar nova leitura da tensão total das baterias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4	Limpeza geral dos elementos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5	Verificar recipiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.6	Verificar conectores e buchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7	Verificar válvulas de segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.8	Verificar fixação de estantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.9	Verificar polo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.10	Verificar torque das interligações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Handwritten signatures and initials]



CAPÍTULO I
DA COMPETÊNCIA

Compete à Gerência de Engenharia Clínica:

- I. Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- II. Realizar atividades referentes a manutenção de materiais e equipamentos hospitalares, no próprio hospital ou terceirizados, solicitando autorização da Diretoria Administrativa;
- III. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. Estabelecer cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos;
- V. Requisitar, conforme cronograma pré-estabelecido, sob a supervisão da Gerência de Almoarifado e Patrimônio a substituição; a calibração e manutenção de equipamentos médico hospitalares que estiverem em comodato;
- VI. Manter suporte durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia para casos de contingências;
- VII. Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Diretoria Administrativa;
- VIII. Manter contato com a Gerência de Compras, Gerência de Almoarifado e Patrimônio e a Diretoria Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços de manutenção;
- IX. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hemocentro;
- X. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XII. Elaborar Plano de Gerenciamento dos Equipamentos, bem como mantê-lo atualizado.
- XIII. Elaborar parecer técnico para validar desativação/descarte e/ou aquisição de novos equipamentos e/ou de serviços de manutenção externa;
- XIV. Acompanhar e validar o recebimento de novos equipamentos, peças e acessórios, em conjunto com a Gerência de Almoarifado e Patrimônio;

Apresentar até o terceiro dia útil subsequente o relatório de atividades à Diretoria Administrativa.



2.8.7. SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME r

O Prontuário é o dossiê que contém todo o histórico do paciente, sendo elemento essencial não só para o tratamento de sua saúde como também servindo de fonte de pesquisas científicas, segurança jurídica para os profissionais e instituições de saúde.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução n.º 1.638/02, define prontuário como:

“documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”

Atualmente, o Código de Ética Médica, aprovado pela resolução n.º 1246/88, estabelece, no artigo 69, a obrigatoriedade de elaboração de prontuário para cada paciente.

Apesar da definição de prontuário médico ou outras denominações, o conjunto de registros sobre o atendimento ao paciente é elaborado por uma equipe multiprofissional que atua diretamente no tratamento do paciente.

“O prontuário do paciente representa segurança para os médicos cultos e conscienciosos, ameaça constante para audazes sem escrúpulos, ignorantes incorrigíveis e uma barreira intransponível contra reclamações e caprichos de clientes descontentes.”
(Lacassagne)

Dada a importância do registro da assistência prestada ao paciente o Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME, também conhecido como Serviço de Prontuário do Paciente - SPP ou ainda como Serviço de Informação do Paciente - SIP surgiu da necessidade de se ter um setor responsável pelo recebimento, manuseio e armazenamento dos

[Handwritten signature and initials]



prontuários, auxiliando no ensino e pesquisa, além de realizar análises estatísticas que auxiliam a gestão da unidade de saúde.

A guarda do prontuário é da responsabilidade do hospital ou da clínica que lhe presta atendimento, em se tratando de pacientes institucionais e do médico no caso de pacientes de consultório privado.

Com a difusão da tecnologia da microfilmagem as instituições que dispunham de maiores recursos financeiros passaram a optar pelo prontuário microfilmado, o que reduzia drasticamente o espaço necessário para a instalação de um SAME convencional; ou seja, com prontuários em papel.

A evolução da informática trouxe inovações que repercutiram também na redução do quadro de funcionários deste serviço, haja vista que os softwares passaram a filtrar e gerar relatórios que antes eram realizados manualmente, com grande risco de falhas e longos prazos para serem concluídos.

O prontuário eletrônico é a fronteira mais recente desse avanço tendo contribuído diretamente na assistência, sobretudo quanto à segurança dos pacientes; pois os softwares existentes no mercado permitem criar alertas relacionados a interação medicamentosa; por exemplo.

Atualmente a abertura do número do prontuário se dá automaticamente, não havendo mais a necessidade de um setor específico para esta finalidade. A estatística também é realizada mediante a formulação de relatórios específicos, conforme a necessidade definida. O arquivamento, também eletrônico, oferece agilidade e multiplicidade de acesso, independentemente da distância que se esteja da unidade de saúde.

A certificação digital (assinatura eletrônica) dos prontuários também se tornou em um avanço tecnológico que aumentou a segurança dos registros nos prontuários, dando maior transparência a todo processo assistencial, contribuindo assim com o serviço de Contas/Faturamento, bem como as auditorias técnicas e orçamentárias.

Toda essa evolução veio seguida de um arcabouço jurídico que além de tentar acompanhar a modernidade tecnológica, visa garantir a segurança de todos os envolvidos na assistência dos pacientes.

Com o propósito de garantir a qualidade e a ética das informações registradas pela equipe de assistência ao paciente no atendimento que lhe é ou foi prestado, a Resolução CFM



n.º 1.638/2002 tornou obrigatória a constituição e atuação da Comissão de Revisão de Prontuário nas instituições de assistência médica em todo o País.

O SAME deverá apresentar a total efetividade da apresentação dos prontuários solicitados garantindo a segurança da guarda e sigilo do conteúdo. Esta efetividade deverá ser apresentada em indicador específico, o qual irá demonstrar a razão entre o número total de solicitações e o total de prontuários apresentados no período.

Dado o sigilo do prontuário, nenhum profissional poderá, sem o consentimento do paciente, dar a conhecer a terceiros o conteúdo do prontuário ou da ficha médica. Desta forma, o acesso aos registros do atendimento ao paciente deverá ser regulado por norma específica da unidade de saúde, considerando a legislação vigente.

MINUTA

PORTARIA N.º ____/20__, DE __ DE ____ DE 20__

O Coordenador Executivo do Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano – IDTECH, no uso de suas obrigações legais e estatutárias, dispõe que:

CONSIDERANDO:

1 – A necessidade de regulamentação da forma de acesso aos prontuários de pacientes da Hemorrede, sobretudo com relação ao acesso a estes documentos por auditores e pesquisadores médicos;

2 – A organização do SAME – Serviço de Arquivo Médico e de Estatística com a digitalização dos prontuários e a evolução da implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente;

[Handwritten signatures and initials]



3 – A realização de pesquisas médicas previamente aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa;

4 – A solicitação de acesso aos prontuários por auditores do Sistema Único de Saúde, bem como pelos diversos órgãos fiscalizadores;

RESOLVE:

1 – Criar normas que disciplinem acerca das cópias dos prontuários de pacientes da Hemorrede, nos seguintes termos:

- a) Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente são confidenciais e protegidas por lei;
- b) As cópias de prontuários só poderão ser liberadas com a devida autorização do paciente ou de seu representante legal, conforme regramento da Resolução CFM nº 1605/2000 e da Recomendação CFM nº3/14;
- c) O acesso (total ou parcial) a quaisquer informações do prontuário do paciente somente será possível mediante a apresentação de consentimento, por escrito, do paciente ou de seu representante legal. Este consentimento deverá ser declarado por meio do formulário próprio (Anexo I). Havendo qualquer tipo de impedimento do paciente, a autorização para acesso às informações do prontuário seguirá a seguinte ordem:
 - I.- Representante legal atuante de direito;
 - II - Guardião ou responsável, no caso de menores e incapazes.
- d) Quando a solicitação da cópia for realizada pessoalmente pelo paciente, e este indicar no formulário Anexo I o nome da pessoa autorizada a retirar o prontuário, não haverá a necessidade de procuração para esse fim;
- e) Se a pessoa indicada pelo paciente não puder retirar a cópia, aplicar-se-á o previsto nos incisos I ou II da alínea “c”;
- f) Se no momento da retirada do prontuário pela pessoa indicada/autorizada pelo paciente através do Anexo I, constatar-se



que o paciente faleceu, aplicar-se-á o previsto na Recomendação CFM nº3/14.

- g) Segundo a Recomendação CFM nº3/14, o fornecimento do prontuário de paciente falecido deverá ser liberado quando solicitado pelo cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente, pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária.
- h) Segundo o Parecer nº 6/10 do Conselho Federal de Medicina, a liberação do prontuário de paciente falecido só deve ocorrer mediante Decisão Judicial ou requisição dos Conselhos de Medicina (Federal e Regional).
- i) O prontuário só será disponibilizado na ocorrência de uma das circunstâncias acima indicadas.
- j) Pessoas que não possuem aptidão para praticar pessoalmente os atos da vida civil, exemplificativamente, os incapazes e/ou menores de idade, deverão seus pais, tutores, curadores ou representantes legais promover o pedido por escrito, com firma reconhecida, e apresentar no momento da retirada do prontuário, documento de identificação oficial com foto. É obrigatório anexar ao formulário de solicitação, cópia autenticada da documentação que comprove a situação de representante legal, guardião, responsável, curador ou tutor do paciente. A retirada da cópia deverá ser feita pelo próprio representante legal solicitante, não podendo ser delegada a terceiros tal mister;
- k) Os prazos estabelecidos para a entrega do documento solicitado são:
 - I - Cópia integral ou parcial de prontuários: 10 (dez) dias úteis;
 - II - Declarações: 7 (sete) dias úteis.
- l) Os documentos ficarão disponíveis para retirada por 90 (noventa) dias. Após este período, serão inutilizados;
- m) As cópias solicitadas não serão cobradas;



2 - Em caso de extravio do prontuário ou da sua cópia, o Diretor Técnico da Unidade deverá ser automaticamente informado pelo médico assistente, devendo-se ser tomadas as seguintes medidas:

- a) Comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina;
- b) Comunicar o fato ao paciente ou seu representante legal;
- c) Elaborar novo prontuário, onde anotar a ocorrência de extravio anterior, bem como registrar que o paciente teve ciência do ocorrido;
- d) Em caso de suspeita de roubo, furto ou outra situação criminal, o médico assistente deverá registrar o fato mediante um Boletim de Ocorrência na Delegacia de Polícia.

3 - Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente são **confidenciais e protegidas** por legislação vigente, em especial, as seguintes leis que se aplicam ao sigilo médico e às solicitações de cópias de prontuários:

- a) Código de Ética Médica;
- b) Nota Técnica do Conselho Federal de Medicina nº 02/2012;
- c) Parecer do Conselho Federal de Medicina nº 06/2010;
- d) Parecer do Conselho Federal de Medicina nº 22/2000;
- e) Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.605/2000.

4 - A(s) cópia(s) do prontuário deverá(ão) ser solicitada(s) pelo próprio paciente ou por seu representante legal ou guardião/responsável mediante o preenchimento do formulário próprio, o qual segue na forma de Anexo I desta Portaria.

5 - O acesso aos prontuários por auditores se dará mediante preenchimento de formulário próprio, o qual segue na forma de Anexo II desta Portaria:

6 - O acesso aos prontuários por médicos pesquisadores se dará com a solicitação formal do orientador/coordenador da pesquisa, incluindo o preenchimento do formulário



próprio, na forma de Anexo II desta Portaria, acompanhada da apresentação da Carta de Aprovação da pesquisa emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hemocentro.

7 – O acesso aos prontuários por auditores e pesquisadores se dará através do sistema eletrônico de prontuários digitalizados e/ou pelo prontuário eletrônico do paciente (PEP), em sala previamente especificada pelo SAME.

- a) a) No caso de o acesso ao prontuário físico, este não poderá ser retirado sem a prévia e expressa autorização da Diretoria Técnica do Hemocentro.

8 – Fica terminantemente proibida a realização de fotografias e/ou filmagens do prontuário ou de partes do mesmo; sob pena de responder a processo ético-disciplinar e administrativo.

A solicitação de declaração para a confirmação de que determinada pessoa foi acompanhante e/ou visitante de algum(a) paciente se dará mediante o preenchimento de formulário próprio, o qual segue na forma de Anexo III desta Portaria.

- a) A declaração de acompanhante ou visitante só apresentará dados referentes ao próprio solicitante; salvo se solicitada pelo próprio paciente ou procurador ou decisão judicial, quando poderá apresentar dados de todos os acompanhantes e visitantes.
- b) A confirmação de acompanhante ou visitante de paciente só será possível caso o próprio prontuário ou sistema de cadastro de pessoas na Entrada/Portaria, registrarem tais situações;
- c) O prazo estabelecido para a entrega e disponibilização da declaração são os mesmos previstos no inciso II da alínea "T" e da alínea "m"; ambos do item 1 desta Portaria.
- d) As declarações solicitadas não serão cobradas.

A presente Portaria entrará em vigor na presente data e, a partir de sua publicação.

[Handwritten signatures and initials]



CUMpra-SE E PUBLIQUE-SE.

GOIÂNIA – GO, AOS ____ DIAS DO MÊS DE _____ DO ANO DE DOIS MIL E _____.

José Cláudio Romero
 Coordenador Executivo

ANEXO I

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO(A) PACIENTE

Ilmo. Sr. DIRETOR TÉCNICO DA UNIDADE HEMOTERÁPICA

Eu,

 portador(a) do RG _____, CPF _____, telefone _____
 _____, residente na _____
 _____ Setor _____
 _____, cidade _____

na qualidade de: () **PRÓPRIO(A) PACIENTE** ou () **REPRESENTANTE LEGAL do(a) paciente**, conforme comprovação por documento anexo (cópia de RG/ procuração/ certidão de nascimento/ de casamento) venho por meio deste com fulcro no artigo 88 da Resolução CFM n.1931/2009 (Código de Ética Médica), e na Portaria .../20..., .../.../20..., solicitar as providências cabíveis no sentido de fornecer cópias do prontuário médico de: () **INTERNAÇÃO** e/ou () **ATENDIMENTO AMBULATORIAL** do(a):

PACIENTE: _____ Nasc.: ____/____/____

Nome da mãe do(a) Paciente:

Período de pesquisa: ____/____/____ a : ____/____/____ Finalidade: _____

[Handwritten signatures and initials]



Fica autorizada desde já a retirada das cópias pela pessoa do(a) Sr(a) _____, portador do RG/CPF _____

Declaro estar ciente que as cópias do prontuário serão entregues no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis a contar da autorização da Diretoria Técnica e que se não retiradas no prazo de 90(noventa) dias serão incineradas.

Nestes Termos, pede deferimento.

Goiânia/GO, ____ de _____ de _____

Assinatura _____ do(a) _____ Requerente:

Uso exclusivo da Diretoria Técnica/ UNIDADE HEMOTERÁPICA

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA: () DEFERIDA () INDEFERIDA

Goiânia/GO, ____ de _____ de _____

 Diretor Técnico/ UNIDADE HEMOTERÁPICA

Uso exclusivo do SAME/SPP e Diretoria Administrativa/ UNIDADE HEMOTERÁPICA

SAME/SPP - Autorização recebida em: ____/____/____ Assinatura: _____

Dir. Adm - Prontuário apresentado em: ____/____/____ Assinatura: _____

COMPROVANTE DE ACESSO À CÓPIA DO PRONTUÁRIO MÉDICO

Declaro para os devidos fins e direito que tive acesso nesta data, ao prontuário médico do(a) paciente.

Por oportuno, comprometo-me, sob as penas da lei, a não divulgar ou dar publicidade as referidas peças.

Goiânia/GO, ____ de _____ de _____

(Handwritten signatures and initials)



Assinatura do(a) Requerente/Autorizado(a): _____

Protocolo de Solicitação do Prontuário:

PACIENTE:

Solicitado em: ___/___/___ Assinatura: _____

ANEXO II

SOLICITAÇÃO DE ACESSO AO PRONTUÁRIO MÉDICO DO(A) PACIENTE

Ilmo. Sr. DIRETOR TÉCNICO DO UNIDADE HEMOTERÁPICA

Na qualidade de: () Médico(a) **AUDITOR(a)** ou () Médico(a) **PESQUISADOR(a)**, conforme Carta de Aprovação do CEP (anexar) ou () **Outro** (_____)

Venho por meio deste com fulcro no artigo 88 da Resolução CFM n.1931/2009 (Código de Ética Médica), e na Portaria/2014, .../.../20..., solicitar as providências cabíveis no sentido de disponibilizar o acesso ao prontuário de: () **INTERNAÇÃO** e/ou () **AMBULATORIAL** do(a):

PACIENTE: _____ Nasc.: ___/___/___

Nome da mãe do(a) Paciente: _____

Período de pesquisa: ___/___/___ a: ___/___/___

Para fins de: _____

Declaro estar ciente que o prontuário será apresentado eletronicamente; e caso seja necessário o arquivo físico, este não poderá sair da "sala de estudos/auditoria", sendo que o prazo para o acesso aos prontuários é de no máximo 10 (dez) dias úteis a contar da autorização da Diretoria Técnica.

Nestes Termos, pede deferimento.

Goiânia/GO, ___ de _____ de _____

705



SES
 Fls.: 4408
 Rubrica
 CIGSS

Assinatura do(a) Requerente/Nome e CRM/CPF (ou Carimbo)

 Uso exclusivo da Diretoria Técnica/ UNIDADE HEMOTERÁPICA

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA: () DEFERIDA () INDEFERIDA

Goiânia/GO, ____ de ____ de ____

 Diretor Técnico/ UNIDADE HEMOTERÁPICA

 Uso exclusivo do SAME/SPP e Diretoria Administrativa/UNIDADE HEMOTERÁPICA

SAME/SPP - Autorização recebida em: ____/____/____ Assinatura: _____

Dir. Adm - Prontuário apresentado em: ____/____/____ Assinatura: _____

COMPROVANTE DE ACESSO AO PRONTUÁRIO MÉDICO

Declaro para os devidos fins e direito que tive acesso nesta data, ao prontuário médico do(a) paciente.

Por oportuno, comprometo-me, sob as penas da lei, a não divulgar ou dar publicidade às respectivas informações sobre o(a) paciente.

Goiânia/GO, ____ de ____ de ____

Assinatura do(a) Requerente/Nome e CRM (ou carimbo): _____

Protocolo de Solicitação do Prontuário (Auditoria/Pesquisa):

PACIENTE: _____

Solicitado em: ____/____/____ Assinatura: _____

[Handwritten signatures and initials]



ANEXO III
SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE/VISITANTE A
PACIENTE

Ilmo. Sr. DIRETOR ADMINISTRATIVO DA UNIDADE HEMOTERÁPICA

Eu,

portador(a) do RG _____, CPF _____, telefone _____

_____ residente na _____

_____ Setor _____

_____, cidade _____

Venho por meio deste com fulcro no artigo 88 da Resolução CFM n.1931/2009 (Código de Ética Médica), e na Portaria/20...., .../.../20..., solicitar as providências cabíveis no sentido de disponibilizar declaração que comprove a minha situação como: () **ACOMPANHANTE** e/ou () **VISITANTE** do(a):

PACIENTE: _____ Nasc.: ____/____/____

Nome da mãe do(a) Paciente: _____

Período de pesquisa: ____/____/____ a : ____/____/____

Para _____ fins _____ de:

Declaro estar ciente que a declaração será entregue no prazo máximo de 07 (sete) dias úteis e que se não retirada no prazo de 90 (noventa) dias será incinerada.

Nestes Termos, pede deferimento.

Goiânia/GO, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Requerente: _____

Use exclusivo da Diretoria Administrativa/ UNIDADE HEMOTERÁPICA

SOLICITAÇÃO: () **CONFIRMADA** () **NÃO CONFIRMADA**

Goiânia/GO, ____ de _____ de _____

[Handwritten signatures and initials]



Quanto a sistemática de aplicação de ações corretivas está descrito no Manual da Qualidade descrito no item 2.3.1 desta proposta de trabalho.

Para tanto, serão propostos os seguintes indicadores:

- I. Números de doadores aptos;
- II. Índice de inaptidão clínica;
- III. Índice de doadores de repetição;
- IV. Índice de doadores espontâneos;
- V. Tempo médio do processo de doação de sangue;
- VI. Índice de inaptidão sorológica;
- VII. Perda por validade de todos os hemocomponentes;
- VIII. Índice de estoque insuficiente para componentes críticos;
- IX. Índice de componentes produzidos não conformes;
- X. Índice de excedente (estoque estratégico);
- XI. Taxa de ocupação do hospital dia;
- XII. Índice de transfusões ambulatoriais;
- XIII. Índice de consultas médicas;
- XIV. Índice de consultas não médicas;
- XV. Índice de triagens clínicas realizadas;
- XVI. Índice de coletas de sangue para transfusão;
- XVII. Índice de coletas de sangue por aférese;
- XVIII. Índice de processamento de sangue;
- XIX. Índice de coletas de sangue para exame de histocompatibilidade (medula óssea);
- XX. Índice de desleucotização de concentrado de hemácias;
- XXI. Índice de desleucotização de concentrado de plaquetas;
- XXII. Índice de identificação de anticorpos séricos irregulares com painel de hemácias;
- XXIII. Índice de irradiação de sangue e hemocomponentes destinados à transfusão;
- XXIV. Índice de pesquisa de hemoglobina S;
- XXV. Índice de exames imunohematológicos em doadores de sangue;



- XXVI. Índice de fenotipagem do sistema RH-Hr;
- XXVII. Índice de fenotipagem do sistema K, FYA, JYA, JKB em gel;
- XXVIII. Índice de sorologias I e II;
- XXIX. Índice de dosagem de fator IX;
- XXX. Índice de dosagem de fator VIII;
- XXXI. Índice de dosagem de fibrinogênio;
- XXXII. Índice de dosagem de fator VIII (inibidor);
- XXXIII. Índice de determinação de tromboplastina parcial (TTPA);
- XXXIV. Índice de determinação de protombina (TAP);
- XXXV. Índice de hemograma;
- XXXVI. Índice de aplicação de fator de coagulação ambulatorial;
- XXXVII. Índice de transfusão de concentrado de hemácias;
- XXXVIII. Índice de transfusão de concentrado de plaquetas;
- XXXIX. Índice de transfusão de crioprecipitado;
 - XL. Índice de transfusão de concentrado de plaquetas por aférese;
 - XLI. Índice de transfusão de plasma fresco;
 - XLII. Índice de transfusão de plasma isento de crioprecipitado;
 - XLIII. Índice de preparo de componentes lavados;
 - XLIV. Índice de preparo de componentes aliquotados;
 - XLV. Índice de sorologia para doadores da Central de Transplantes;
 - XLVI. Tempo médio de treinamento por funcionário;
 - XLVII. Índice de satisfação do cliente
- XLVIII. Índice de entrega dos fornecedores críticos;
- XLIX. Índice de aprovação da segregação de resíduos na origem;

Indicadores Financeiros

- L. Índice de Liquidez Corrente
- LI. Índice de Liquidez Imediata
- LII. Índice de Participação de Capital de Terceiros
- LIII. Garantia do Patrimônio Social ao Capital de Terceiros
- LIV. Composição dos Exigíveis (tipo de obrigação)
- LV. Composição dos Exigíveis (por vencimento)



- LVI. Índice de Gastos Administrativos
- LVII. Índice de Acumulação de Superávit

2.9. CIÊNCIA E TECNOLOGIA

2.9.1. ESTÁGIOS CURRICULARES, TREINAMENTOS E RESIDÊNCIAS

A proposta de convênio de Cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências está contemplada no item 2.3.5 Comissão de Ensino e Pesquisa /Comitê de Ética e Pesquisa.

2.9.2. PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA HEMOTERÁPICA.

Inicialmente, o HEMOGO poderá compor os programas de residência existentes na Secretaria de Saúde, oferecendo estágios para os médicos residentes e profissionais da área da saúde. Fortalecer as atividades de ensino e pesquisa como uma estratégia de melhoria da qualidade de serviço ofertados aos usuários do SUS. Promover atualização técnico-científica de servidores, por meio da organização de eventos científicos, tais como seminários, cursos e palestras em eventos internos e externos.



A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) por meio da RESOLUÇÃO Nº 02 /2006, de 2006, define os requisitos mínimos para abertura de um programa de residência médica em Hematologia e Hemoterapia. Assim, para formação de especialista, o médico residente necessita de cenários de prática, que envolve os serviços do HEMOGO.

Especificamente no campo da pesquisa, participar da formação de recursos humanos por meio de orientação de estudantes de graduação e pós-graduação. Assim, desenvolver projetos de pesquisa que resultem na elaboração de teses e dissertações, além da publicação de artigos científicos. Ademais, firmar parcerias com universidades e instituições de pesquisa, no Estado de Goiás e no âmbito federal, é importante para a produção científica e aquisição de aporte financeiro das agências de fomento à pesquisa, como a Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPEG). Salienta-se que, socializar o conhecimento por meio de publicações científicas traz mais um incentivo para a melhoria dos serviços na instituição.

Para o adequado desenvolvimento de políticas públicas e privadas para as ações de saúde, mister se faz entender melhor vários aspectos críticos do processo, tais como: identificação de perfis, demandas, interação entre os atores, fluxos relevantes do conhecimento, atividades de inovação, dentre outros.

Após o correto mapeamento e identificação das áreas de pesquisas de interesse do serviço, deverão ser feitos contatos iniciais com as Instituições que apresentem potencial para o estabelecimento de parcerias com objetivo de desenvolvimento científico.

Em nível Federal deverão ser desenvolvidos projetos a serem apresentados à ANVISA, Ministério da Saúde, CNPq, Empresa Brasileira de Inovação e Pesquisa-Finep e demais órgãos que tenham por escopo o apoio ao desenvolvimento científico.

Em nível Estadual, deverão ser feitas gestões junto às Secretarias de Estado para o desenvolvimento de projetos, que possibilitem a troca de conhecimentos. Os resultados constituirão uma linha de base para desenvolvimento de políticas públicas. As parcerias firmadas na área da pesquisa, certamente, nortearão os gestores na tomada de decisões, possibilitando um elevado índice de acerto.



Os projetos de pesquisas deverão ser desenvolvidos observando os critérios estabelecidos por Comissão Científica, a ser criada para este fim.

Em relação às Agências de Fomento, o HEMOGO deverá estar atento aos chamamentos públicos e apresentar projetos de nível técnico adequado e competitivos.

O ensino e pesquisa no HEMOGO terá papel fundamental na área da saúde, tanto na assistência, como na geração de novos conhecimentos. Uma vez que, terá a visão de ser um centro de excelência e um polo deflagrador de pesquisa em vários campos da Hematologia e Hemoterapia.

O HEMOGO poderá articular todas as instâncias da hemorrede por meio do ensino e pesquisa, além de integrar programas educacionais que atendam estudantes desde o ensino fundamental até o nível superior, vinculando-se à formação profissional e ao estudo científico na área da saúde.

2.10. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Em todas as ações e Projetos bem sucedidos que o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano – IDTECH promoveu desde a sua fundação, destacam-se o empenho, dinamismo, profissionalismo e eficácia do seu bem mais precioso, que é o seu quadro de Recursos Humanos.

Como valorização deste patrimônio e, conforme políticas institucionais adotadas pelo IDTECH, inspirados em tecnologias e modelos de sucesso, durante o processo de Gestão de Recursos Humanos, serão utilizadas metodologias analíticas e de gestão que possibilitam a integração e humanização das relações interpessoais internas e externas à Instituição.

A Gestão de Recursos Humanos do IDTECH, sobretudo a proposta para os colaboradores atuantes na Unidade Hemoterápica, é uma ferramenta de gestão calçada sob os pilares administrativos de Planejar, Organizar, Dirigir e Controlar, promovendo a responsabilidade das tarefas designadas relacionadas com a valorização pessoal e profissional que, por consequência, garantirão um colaborador mais motivado e comprometido com os serviços prestados à população.



Agregadas às ferramentas de Planejamento e Controle, a Gestão de Recursos Humanos do IDTECH promove processos que permitem que se agregue, integre, incentive, desenvolva, mantenha e acompanhe as pessoas desde o seu ingresso na Instituição.

Gestão em Recursos Humanos



São enfocadas as aplicações de práticas gerenciais e seus padrões de trabalho para que as pessoas sejam capacitadas a desenvolver e utilizar seu pleno potencial, em alinhamento com as estratégias da Organização na gestão da Rede. Desta forma, os esforços são concentrados para criar um ambiente de trabalho que conduza à excelência do desempenho, à plena participação e ao crescimento pessoal e da Instituição.

A Gestão de Recursos Humanos do IDTECH tem como objetivo desenvolver processos de avaliação, gestão e qualificação continuada destinada aos colaboradores, a partir de uma política de desenvolvimento voltada para um melhor nível de qualidade de vida no trabalho, que visem a potencialização destes como agentes de transformação social no desempenhar de suas funções.

[Handwritten signatures and initials]

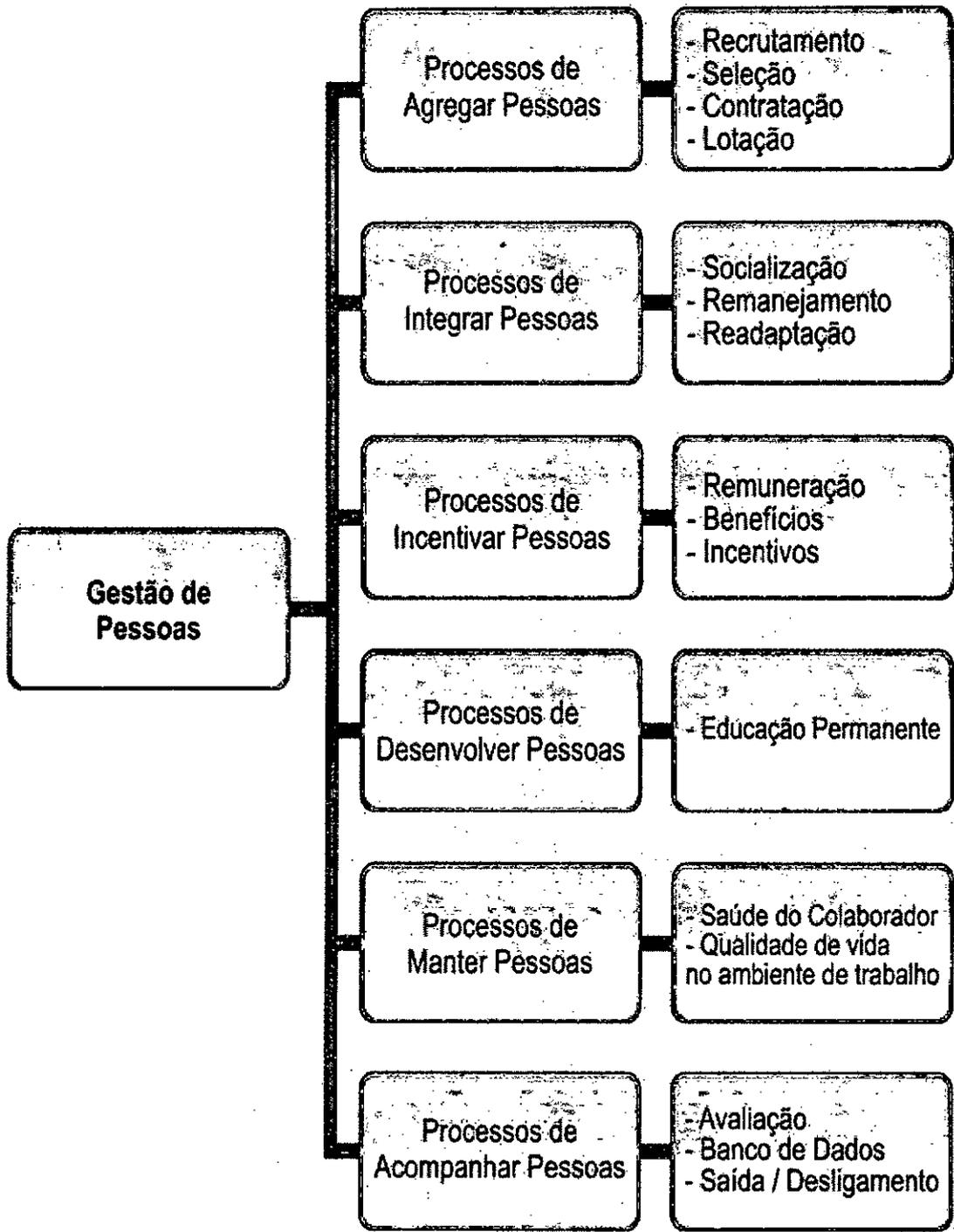


2.10.1. PROCESSOS NA GESTÃO DE PESSOAS

A promoção dos processos elencados acima é baseada em princípios norteadores do IDTECH e que primam pela ética, competência, valorização e qualificação do colaborador, compromisso, socialização, inovação, qualidade, humanização e respeito aos princípios do SUS, como o da integralidade, universalidade, equidade e resolutividade.



SES
Fls.: 4418
Rubrica
CICGSS





2.10.1.1. Detalhamento dos Processos

Processo	Características / Definições
<p>Processos de Agregar Pessoas</p>	<p>Os critérios de inclusão de novos colaboradores se darão pelo perfil das competências técnicas e comportamentais, e experiência dos candidatos com as atividades propostas. Todos os critérios serão isonômicos e pontuados nas competências elencadas acima, tendo ainda a política de agregar pessoas para exercerem suas atividades, pautada nos seguintes princípios e ações:</p> <ul style="list-style-type: none">• Os processos de recrutamento, seleção, contratação e lotação serão baseados no princípio ético da transparência e do livre acesso a todos os interessados;• A Organização Social deverá instituir um processo de dimensionamento de pessoal, considerando as necessidades, a ampliação dos serviços e a realidade epidemiológica;• A definição dos cargos deverá retratar o desenho organizacional contemplado em manual de cargos e atribuições com atualizações periódicas;• O processo de recrutamento e seleção de novos colaboradores obedecerá a rotinas estabelecidas em programas específicos;• A área de recursos humanos deverá auxiliar a coordenação no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada setor;• O departamento de pessoal, ou setor correspondente disponibilizará à Coordenação seus relatórios gerenciais atualizados, com quantitativos reais;• A lotação do colaborador se dará de acordo com a necessidade institucional e, sempre que possível, conciliando com a experiência do mesmo. <p>Recrutamento e seleção - As ferramentas de recrutamento e a seleção de</p>

[Handwritten signatures and initials]



pessoal são utilizadas para suprimento de duas demandas. A seleção visa escolher a pessoa potencialmente capaz para ocupar o cargo em questão. Além da seleção de novos colaboradores, o IDTECH vale-se da utilização, também, do recrutamento interno. Tal medida visa sobretudo valorizar seu capital humano e dar a este a oportunidade de potencializar sua capacidade de trabalho.

Contratação - Após seleção do trabalhador, os ritos de contratação são tomados com base na legislação vigente e normas Institucionais do IDTECH e, após cumpridos tais requisitos o colaborador passa pelo devido treinamento.

A política de integrar pessoas está pautada nos seguintes princípios e ações:

- O processo de integração, ambientação e socialização dos colaboradores deverá ser realizado junto com as direções e chefias imediatas, fazendo a inserção do novo colaborador no ambiente de trabalho, com programas intensivos de treinamento inicial destinados aos novos membros, para familiarizá-los com a linguagem usual da organização, com os usos e costumes internos (cultura organizacional), a estrutura de organização (as áreas ou departamentos existentes), os principais produtos e serviços, a missão e os objetivos organizacionais;
- Todo colaborador passará por um programa visando a sua integração e adaptação à Instituição, podendo o mesmo passar por remanejamento, readaptação e reintegração, a critério da instituição, atendendo a legislação pertinente.
- A Gerência de Recursos Humanos estabelecerá um programa de readaptação funcional, buscando-se definir os papéis e limites de autoridade e responsabilidade dos diferentes agentes responsáveis por este processo, bem como definindo critérios para o remanejamento interno dos colaboradores, buscando aproveitar as competências de cada um.

**Processos de
Integrar
Pessoas**

[Handwritten signatures and initials]



**Processos de
Incentivar
Pessoas**

O Incentivo é uma ferramenta que visa garantir a motivação do colaborador em todos os projetos administrados pelo IDTECH. As necessidades e desejos humanos são motivações que nos levam a agir e a política de incentivar pessoas está pautada nos seguintes princípios e ações:

- O Setor de Pessoal / Gerência de Recursos Humanos ou setor correspondente deverá articular-se, no sentido de buscar soluções às situações específicas dos colaboradores, garantindo procedimentos isonômicos e impessoais aos processos de incentivos, que deverão ocorrer por meio de critérios técnicos e conforme avaliação de desempenho e capacitação do colaborador. As normas e regulamentações deste processo serão pontuadas pela Diretoria e pelas Coordenações do IDTECH, conforme peculiaridades e especificidades das ações a serem empreendidas na Unidade Hemoterápica;

- O Incentivo de colaboradores proposto pelo IDTECH não se resume somente à remuneração destes de acordo com o mercado laboral, mas também é incrementado pela aplicação e satisfação de outras necessidades dos mesmos. Conforme Abraham Maslow, este estabelece necessidades e se refere a uma pirâmide que representa uma divisão hierárquica a respeito das necessidades humanas. Na base da pirâmide estão as necessidades de nível mais baixo, sendo que, apenas quando satisfeitas escala-se em direção às hierarquias superiores para atingir a auto-realização que é o nível mais alto. Segundo este, muito do comportamento do ser humano pode ser explicado pelas suas necessidades e pelos seus desejos. Quando uma necessidade em particular se torna ativa, ela pode ser considerada um estímulo à ação e uma impulsionadora das atividades do indivíduo. Essa necessidade determina o que passa a ser importante para o indivíduo e molda o seu comportamento como tal. Na teoria de Maslow, portanto, as necessidades se constituem em fontes de motivação.

O comportamento motivado pode ser encarado como uma ação que o indivíduo se obriga a tomar para aliviar a tensão (agradável ou



desagradável) gerada pela presença da necessidade ou desejo. A ação é intencionalmente voltada para um objeto ou objetivo que aliviará a tensão interior. O comportamento humano é explicado por Maslow através de cinco níveis de necessidades. Estas necessidades são dispostas em ordem hierárquica, desde as mais primárias e imaturas (tendo em vista o tipo de comportamento que estimulam) até as mais civilizadas e maduras.

Na base da pirâmide, encontra-se o grupo de necessidades que Maslow considera ser o mais básico e reflexivo dos interesses fisiológicos e de sobrevivência. Este é o nível das necessidades fisiológicas, que estimulam comportamentos caracterizados pelo verbo ter.

O segundo nível da hierarquia é constituído por uma série de necessidades de segurança. Uma vez atendidas as necessidades fisiológicas, a tendência natural do ser humano será a de manter. Na seqüência, quando a segurança é obtida, surgem as necessidades de pertencer a grupos, associar-se a outras pessoas, ou seja, de se igualar. Estas necessidades são chamadas de sociais ou de associação. O passo seguinte na escala de necessidades é o da estima ou de "status". Neste ponto, as necessidades de destaque, proeminência, reconhecimento e admiração por parte do grupo são manifestadas por ações que buscam diferenciar.

Embora as necessidades de estima sejam difíceis de serem superadas, dada sua dependência à receptividade de terceiros, Maslow sugere que em alguns casos elas podem ser adequadamente satisfeitas, liberando assim os indivíduos para atingir o nível mais alto da hierarquia. Quando isto ocorre, as necessidades de maximizar as potencialidades e de testar a própria capacidade farão com que as ações do indivíduo sejam dirigidas em busca do vencer. Este é o nível das necessidades mais maduras e construtivas da hierarquia de Maslow, conhecidas como necessidades de auto-realização.

Para o Ministério da Saúde, *"a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz*



**Processos de
Desenvolver
Pessoas**

sentidos, e sugere a transformação das práticas profissionais estando baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004, p. 9).

Neste contexto, o IDTECH propõe processos que visam o desenvolvimento pessoal e profissional de todos colaboradores de forma continuada, ampliando os conhecimentos, as capacidades e suas habilidades, a fim de aprimorar seu desempenho funcional no cumprimento das ações de atendimento à população na Unidade de Saúde.

Desta forma, o IDTECH buscará desenvolver as competências de seus colaboradores (conhecimentos, habilidades e atitudes) através de capacitações, visando a sua ascensão na carreira funcional e, também, o desenvolvimento da Instituição. Para tanto, a política de desenvolver pessoas está pautada nos seguintes princípios e ações:

- Haverão programas específicos voltados a garantir a devida cobertura da vida funcional do colaborador;
- A capacitação dos colaboradores será adequada à necessidade institucional e deverá contemplar, além dos aspectos técnico e comportamentais, programas com estratégias voltadas a promover momentos de reflexão sobre o trabalho do dia a dia numa instituição, voltados a ampliar a visão do colaborador, pautada nos valores éticos e humanos, como um sistema aberto que interage no meio ambiente em que atua;
- As ações de capacitação deverão ser estruturadas no sentido de permitir ao colaborador ascender em sua carreira funcional, oportunizando ao mesmo tempo o aperfeiçoamento nas suas atividades diárias com uma melhor aplicação de seus conhecimentos e habilidades;
- Será implantado um Programa de Capacitação visando a capacitação

[Handwritten signatures and initials]



técnica dos colaboradores para o exercício dos cargos de chefias, além de promover uma reflexão do perfil gerencial desejável inserido no sistema hospitalar;

- Serão realizados levantamentos periódicos das necessidades para a atualização do plano de capacitação, visando estimular o crescimento e o desenvolvimento do colaborador e, a partir das necessidades identificadas, deverá ser operacionalizado diferentes cursos voltados às áreas técnico-operacionais e administrativas, prevendo a devida reciclagem anual,
- Serão criados espaços de promoção e divulgação do potencial artístico e cultural dos colaboradores, incluindo a criação de um banco de talentos;
- Haverão incentivos viabilizando a participação dos colaboradores em cursos e eventos de curta duração de interesse da sua área de atuação, dentre outros.

Visando a criação de condições ambientais psicológicas satisfatórias para as atividades dos colaboradores no desempenhar de suas atividades na Unidade Hemoterápica, o IDTECH propõe processos que visam a manutenção das pessoas em seu quadro laboral. Tais processos se baseiam na administração da cultura organizacional, clima, disciplina, higiene, segurança e qualidade de vida e manutenção de relações interpessoais.

Após o indivíduo ser recrutado, selecionado, socializado, aceito e ter começado a trabalhar na organização, por uma série de motivos – entre os quais os custos mencionados anteriormente – passa a ser recomendado mantê-lo dentro dela. O conceito de manutenção na gestão de pessoas valoriza o contrato psicológico, que começa a assumir a forma de um contrato mais objetivo, mediado por relações de trabalho (MALIK,1998). No processo de manter pessoas, busca-se a valorização pessoal e profissional, sempre adequada aos fins institucionais, tendo como princípios e ações:

Processos de Manter Pessoas



SES
Fls.: 4425
Rubrica
CICGSS

- A representação dos trabalhadores terá importante papel na manutenção do planejamento estratégico, visando dar voz aos atores institucionais.
- A instituição deverá garantir condições adequadas de trabalho, incluindo as normas de biossegurança, na forma da legislação vigente;
- A instituição deverá garantir o desenvolvimento de ações de vigilância voltadas à prevenção de riscos dos possíveis agravos à saúde resultantes do exercício profissional e promoção da saúde.
- Haverá um canal de comunicação e serão realizadas pesquisas para conhecer o nível de satisfação dos colaboradores em seus locais de trabalho, visando o melhoramento contínuo das condições laborais e atendimento à população;
- Serão aplicados os programas de controle da saúde dos colaboradores, incluindo exames periódicos e a criação de parcerias para desenvolvimento de estratégias sócio-recreativas voltadas à interação entre os colaboradores.

A Gestão de Recursos Humanos, proposta para aplicação na Unidade Hemoterápica, demanda pelo acompanhamento constante do colaborador pois, conforme referenciado acima, após este ser recrutado, selecionado, socializado, aceito e ter começado a atuar nas suas funções, passa a ser recomendado mantê-lo dentro do quadro de colaboradores, salvo os casos em que a execução das suas atividades não mais representam ganhos para o atendimento à população.

**Processos de
Acompanhar
Pessoas**

Os processos utilizados para acompanhar e controlar as atividades das pessoas e verificar resultados incluem avaliação, banco de dados e sistemas de informações gerenciais voltados à gestão de pessoas, conforme:

Avaliação - *“As abordagens participativas ou centradas nos usuários tem como objetivo engajar os atores no processo de avaliação visando à sua capacitação e desenvolvimento, além de evitar ou minimizar*



eventuais efeitos negativos de uma avaliação" (FURTADO, 2001, p. 169). Entende-se, portanto, que a avaliação significa emitir um juízo de valor, sendo importante lembrar que mesmo que se instituem métodos quantitativos, objetivos, os resultados sempre serão julgados a partir de méritos e valores impossíveis de serem objetivados. O processo de avaliação constitui-se numa ferramenta que auxilia o trabalhador a clarear para si e para a organização, quais competências possui, quais deverá buscar desenvolver ou incrementar, sendo que as competências individuais devem estar alinhadas às competências essenciais da própria organização.

Neste contexto, a avaliação dos colaboradores deverá seguir critérios pré-estabelecidos que contemplem o desenvolvimento das competências técnicas e comportamentais, éticas, relacionais e políticas, tendo por finalidade de instrumentalizar as chefias no que concerne ao acompanhamento do colaborador, bem como indicativos para educação continuada e poderá servir também em processos internos de seleção.

Já o sistema de informações gerenciais é compreendido de um sistema informatizado que possibilita acompanhar a vida funcional do colaborador, contendo todo seu histórico, avaliações, advertências, experiências e capacitações, faltas e demais informações que poderão ser consultadas, a qualquer momento, oportunizando a melhor gestão e avaliação da atuação do mesmo.

Para possibilitar o processo de acompanhar pessoas, foram definidos os seguintes princípios e ações:

- O processo de avaliação deverá incluir indicadores com base nas metas estabelecidas pelos gestores, com conhecimento dos colaboradores;
- A avaliação deve ser um processo contínuo e permanente de reflexão-ação, democrático, ético, participativo, inclusivo, periódico e sistemático, contemplando aspectos relacionados às especificidades do cargo que ocupa, dando uma conotação de individualidade; contemplando suas diversas dimensões (técnica, comportamental, ética, relacional, política);



- O processo de avaliação objetiva, também, a efetivação de mudanças e de motivação das pessoas, valorizando o potencial das equipes na busca da excelência do serviço e da instituição;
- Serão realizados processos de avaliação dos serviços bianualmente, sob a responsabilidade de cada diretoria setorial, contemplando o desenvolvimento das competências técnicas e comportamentais, éticas, relacionais.

Notas:

A Gestão de Recursos Humanos do IDTECH deverá manter em sua estrutura organizacional uma equipe de apoio à gestão de pessoas, vinculado diretamente à Gerência Administrativa.

Tal equipe deverá replicar suas atuais ações e deverá ter como objetivo desenvolver processos de qualificação continuada destinadas aos colaboradores técnico-operacionais e administrativos, à partir de uma política de desenvolvimento voltada para um melhor nível de qualidade de vida no trabalho e no processo de formação, que visem a potencialização destes como agentes de transformação social e bons servidores da população que buscam o atendimento.

Tem ainda como objetivo coordenar programas de administração de pessoal e gerenciamento do processo de trabalho, otimizando uma política que vise um melhor nível de qualidade de vida no trabalho dos colaboradores, além de desenvolver e implementar políticas de promoção à saúde e à segurança do trabalho, otimizando o processo de interação no trabalho.

Tal setor possuirá serviços para o desenvolvimento das atividades inerentes a pessoal, responsável pela vida funcional do colaborador, no tocante a contratos, salários, gratificações e adicionais, avaliação, cadastro e arquivo, benefícios e licenças.

A equipe de apoio à gestão de pessoas participará junto às Diretorias da Unidade Hemoterápica, Coordenações do IDTECH e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA de algumas questões relativas à segurança no trabalho e saúde ocupacional do colaborador.



Seguem abaixo alguns dos programas relacionados aos processos de Gestão de Recursos Humanos a serem adotados.

2.10.2. PROGRAMAS UTILIZADOS NA GESTÃO DE PESSOAS

2.10.2.1. Programa de Integração Institucional

Objetivo

Garantir ao novo colaborador, conhecer seus direitos e deveres, além do conhecimento geral da instituição, incluindo seus valores, normas e padrões de comportamento pautados na Missão institucional e peculiaridades da Unidade Hemoterápica/IDTECH.

Garantir ao novo colaborador, conhecer seus direitos e deveres, além do conhecimento geral da instituição, incluindo seus valores, normas e padrões de comportamento pautados na Missão institucional e peculiaridades da Unidade Hemoterápica/IDTECH.

Procedimentos:

- A equipe de pessoal fará o acolhimento inicial dos novos colaboradores;
- Serão dadas as boas vindas fazendo um breve histórico já apresentando a missão, visão e valores institucionais pautados no Planejamento estratégico;
- Serão apresentados aos novos colaboradores um vídeo institucional, conforme o caso;
- Serão informados os direitos e deveres, normas de proteção e segurança no trabalho, bem como farão a ambientação do novo colaborador nas áreas específicas;
- A Chefia imediata fará a ambientação no local de trabalho, descrição das funções e o acompanhamento do novo colaborador;

Avaliação:



- Na vigência do período de experiência, será feita uma avaliação com o novo colaborador do IDTECH / Unidade Hemoterápica em relação à ambientação e desenvolvimento das funções;
- A Chefia imediata fará o acompanhamento do novo colaborador por um período inicial, registrando em formulário próprio;
- O acompanhamento do colaborador até a sua efetivação será realizado mediante as etapas de avaliação do estágio probatório, realizado por comissão designada para tal fim;
- Nos casos de rescisão contratual caberá ao setor de pessoal informar a decisão ao colaborador a ser desligado;
- Durante todo o processo de integração, a equipe de apoio à gestão de pessoas dará suporte às chefias imediatas

2.10.2.2. Programa de Readaptação Funcional

Objetivo:

Garantir ao colaborador afastado por motivo de saúde que, no seu retorno ao trabalho, seja assegurada a investidura em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação, verificada no exame médico-pericial, que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, garantindo a transparência no processo de readaptação funcional assegurando os direitos e deveres do trabalhador e da instituição.

Procedimentos:

- Caso o colaborador seja capaz de executar mais de 70% das atribuições de seu cargo, deverá retornar ao trabalho, na sua própria função, mesmo que seja necessário evitar algumas das atribuições. Será emitido parecer à chefia imediata, determinando as atribuições que não deverão ser executadas devido à incapacidade relativa do colaborador, designando a restrição por um caráter temporário ou permanente da restrição.



- Caso o colaborador não consiga atender a um mínimo de 70 % das atribuições de seu cargo, deverá ser sugerida a sua readaptação, nos termos da legislação vigente. A área de Pessoal fará a indicação dos cargos afins e suas atribuições, buscando a melhor alocação do trabalhador a ser readaptado, respeitando as habilitações exigidas.

- A área de Pessoal tomará as providências necessárias para a Readaptação do colaborador, devendo acompanhar todo o processo funcional assegurando os direitos e deveres do trabalhador e da instituição.

2.10.2.3. Programa de Remanejamento Interno

Objetivo:

Normalizar o fluxo de remanejamento interno dos colaboradores lotados no IDTECH / Unidade Hemoterápica, garantindo a transparência e a padronização nos processos internos de remanejamento.

Procedimentos:

- A Gerência de Recursos Humanos e a equipe de apoio da Unidade Hemoterápica será responsável pela comunicação e ampla divulgação da abertura de vagas (considerando inclusive os candidatos já cadastrados no seu banco de dados);

- A Comissão de Seleção será designada pelo Coordenação Executiva / IDTECH e composta pela: Gerência de Recursos Humanos – GRH / IDTECH, representante da área técnica da Unidade Hemoterápica envolvida, demais setor a ser deliberado, na qual deverão ser adotados critérios definidos posteriormente

2.10.2.4. Programa de Capacitação Gerencial

Objetivo:

728



Instrumentalizar os candidatos a cargos gerenciais numa reflexão clara do papel esperado para o cargo, com reflexões sobre o processo de trabalho inerente, limites de autoridade e responsabilidade, bem como a inserção no processo institucional, assegurando o devido preparo das chefias para o desempenho das funções inerentes ao cargo a ser exercido no IDTECH / Unidade Hemoterápica.

Procedimentos:

- Serão identificados os requisitos pessoais necessários para condução de um trabalho em grupo;
- A Administração fará uma reflexão sobre o que é esperado no papel gerencial, bem como das diferentes etapas que envolvem o planejamento de um serviço (planejamento, desenvolvimento, controle e ação corretiva);
- A Gerência Administrativa fará uma explanação sobre os direitos e deveres do profissional enquanto respondendo por um determinado serviço, bem como informará sobre as rotinas e encaminhamentos referentes;
- A Diretoria de áreas fará a explanação de sua estrutura inserida no contexto institucional, já considerando também o planejamento institucional;
- A área de Segurança no Trabalho informará sobre normas de proteção e segurança no trabalho.

Avaliação:

As novas chefias deverão ser escolhidas por critérios de meritocracia, acompanhadas e apoiadas pela Gerência Administrativa, e, quando necessário, por uma comissão coordenada pela chefia imediata e representantes de demais setores a serem designadas pelas Coordenações do IDTECH.

2.10.2.5. Processo Seletivo e de Admissão – Colaboradores IDTECH



Conforme normatizado pela Portaria nº. 295/2011 – COEX / IDTECH, considerando o cumprimento dos princípios administrativos que regem a missão institucional do IDTECH e a necessidade de imprimir medidas que promovam melhor gestão e agilidade aos procedimentos internos desta Instituição, empreendendo ações conjuntas mais céleres, confiáveis, padronizadas e efetivas nos processos de seleção de novos colaboradores o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano – IDTECH utiliza-se dos seguintes fluxos:

Recebimento de Currículos:

a) Os currículos serão cadastrados no site do Instituto para compor o Banco de Dados;

c) Além das Coordenações, terão acesso ao Banco de Dados a Assessoria de Tecnologia da Informação – ASTEC, Gerência de Recursos Humanos – GRH / IDTECH, e, exclusivamente colaboradores diretamente ligados na gestão de pessoas, mediante autorização própria da Coordenação Executiva;

Processo Seletivo e de Admissão de novos Colaboradores:

a) Conforme já explanado na Presente Proposta de Trabalho, após detectada a demanda por nova(s) contratação(ões) para atuar na Unidade de Saúde, à Gerência de Recursos Humanos irá triar os currículos recebidos e em banco de dados para seleção dos candidatos mais apropriados ao cargo pretendido, necessário para exercício das atividades desta Instituição;

O processo seletivo será composto pelas seguintes fases:

I – Análise curricular;

II – Teste de Digitação ou Prova de Conhecimento Específico

III – Avaliação Psicológica e/ou Dinâmica de Grupo

IV – Entrevista por Competências Técnicas e Comportamentais;

V – Exame Médico-Admissional;

VI – Contratação.

[Handwritten signature and initials]



VII – Treinamento Introdutório;

Notas:

- Os candidatos aos cargos de Agente de Atendimento, Agente de Processamento e Recepcionista, dentre outros, deverão passar por Teste de Digitação, coletivo ou não, antes da entrevista;

- Após a contratação, os candidatos aprovados passarão por treinamento e capacitação. No treinamento são ministradas informações e técnicas pertinentes às áreas de atuação, bem como são repassadas orientações acerca das normas gerais de atuação.

- Os critérios de seleção serão impessoais e isonômicos e a classificação dos candidatos se dará pelo perfil das competências técnicas e comportamentais e experiência dos mesmos, relacionada ao cargo pretendido;

- Durante a primeira seleção para formação de equipe de atuação, será garantido cadastro reserva com o fim de cobrir qualquer desistência e manter a equipe/quadro de pessoal completo, com intuito de não haver postos de trabalho descobertos, sem prejudicar as atividades e atendimento na Unidade Hemoterápica.

- O exame admissional será realizado por empresa especializada em Medicina do Trabalho, contratada pelo IDTECH. Anualmente, ou em período definido pela empresa de Medicina do Trabalho, cada colaborador realiza o exame periódico;

- As contratações terão prazo de experiência de 45 (quarenta e cinco) dias, podendo ser prorrogada por igual período e, após avaliação, o colaborador será efetivado por tempo indeterminado, na forma da legislação vigente;

- A avaliação, ao final do segundo período do contrato de experiência, é feita pelo superior imediato através do Formulário de Avaliação de Desempenho para Contrato de Experiência;

a) São documentos indispensáveis para a contratação:

8
9
A



Documentos Originais

- CTPS – Carteira de Trabalho
- Documentos relativos ao processo de seleção (Formulário de Registro do Candidato com foto 3x4 recente, Currículo e demais documentos de avaliações realizadas)
- Exame Admissional
- Laudo Médico de Especialista (no caso de Pessoas com Deficiência – PCD)

Fotocópias de Documentos

- Carteira de Identidade, CPF, PIS, Título de Eleitor, Comprovante de Votação na última eleição e Comprovante de Endereço (Água, luz ou telefone com CEP e recente);
- Certificado de Reservista (para empregados do sexo masculino)
- Certidão de Casamento, RG e CPF do cônjuge (caso haja);
- Certidão de Nascimento e CPF dos filhos menores de 14 anos (se menor de 7 anos, adicionar cópia do cartão de vacinação/se maior de 7 anos adicionar declaração de frequência escolar);
- Comprovante de escolaridade (com o original para conferência)
- Certificado de cursos de extensão
- Prova de registro profissional e Certidão de quitação de anuidade no Conselho da categoria (quando for o caso)
- Cartão de vacinação
- Comprovação de experiência na área pretendida para atuar (Cópia das páginas da CTPS que contém foto, dados pessoais e as páginas de registro profissional e/ou declaração ou certidão de tempo de serviço, em papel timbrado expedido pela área de Recursos Humanos do respectivo órgão).

Nota: Os documentos acima, com exceção da Carteira de Trabalho, ficarão arquivados em dossiê próprio, na Gerência de Pessoal – GEP do IDTECH, bem como na Gerência Administrativa da Unidade Hemoterápica.



2.10.3. NORMATIZAÇÕES E REGULAMENTAÇÕES DE TRABALHO

No ato da contratação, cada colaborador recebe Cartilhas contendo as Regulamentações de Trabalho que deverão ser seguidas, além de exemplar do Estatuto Social da Instituição e Folder sobre ergonomia no ambiente de trabalho. Tais cartilhas passam por constante revisão e melhoria, com vistas a melhor se adequarem à atuação dos colaboradores. Os colaboradores da área administrativa e operacional recebem ainda a Cartilha das Normas de Controle de Bens Móveis e Materiais de consumo no âmbito do IDTECH – Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano.

Quando há o descumprimento da normatização de trabalho, dos protocolos, do regimento interno, das normas estatutárias, bem como de ordens expressas do superior imediato, os colaboradores poderão, conforme o caso, ser advertidos, suspensos ou até mesmo demitidos sem ou por justa causa, dependendo da situação.

Benefícios:

Vale Transporte - No ato da contratação, os colaboradores fazem a opção se querem ou não receber vale transporte e ao final de cada mês, o IDTECH repassa o benefício do mês seguinte, em quantidade necessária para deslocamento residência-trabalho e vice-versa, conforme escala de trabalho.

Quando um colaborador necessita mais que 02 (duas) unidades de vale transporte para o seu deslocamento, o mesmo deverá preencher requerimento de acréscimo, que após análise da rota, poderá ser deferido ou indeferido.

Vale Alimentação/Refeição - O IDTECH mantém contrato com empresa especializada em prestação de serviços de fornecimento de vale refeição e vale alimentação caso não haja fornecimento de alimentação na própria Unidade de Saúde.

Seguro de Vida - Todos os colaboradores do IDTECH, a partir do primeiro dia de trabalho, têm direito ao seguro de vida em grupo e assistência funeral.

Acesso à Cultura, Saúde, Recreação e Laser - Conforme regime de contratação de seus colaboradores, com base na Consolidação das Leis do Trabalho, através dos serviços oferecidos pelo Serviço Social do Comércio – SESC, são oportunizados a estes o acesso à



cultura, saúde, turismo, recreação e laser, de forma a contribuir para o bem-estar social e a melhoria do padrão de vida dos colaboradores e suas famílias, e, bem assim, para o aperfeiçoamento moral e cívico da coletividade.

2.10.4. CONTROLE DE FREQUÊNCIA – REGISTRO DE PONTO DE COLABORADORES

Conforme já normatizado pelas Portarias nº. 096/2009 e 768/2011 – COEX / IDTECH de 26 de Março de 2009 e de 30 de Agosto de 2010, respectivamente, o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano – IDTECH instituiu o Programa de Tratamento de Registro de Ponto – SREP e o consequente sistema de **Registro Eletrônico de Ponto dos Colaboradores** lotados na sede/administração e nas diversas unidades que compõem sua estrutura operacional.

Tais normatizações estão em acordo com a legislação vigente, e considera, sobretudo, as Portarias e instruções Normativas do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE.

O programa compreende o conjunto de rotinas informatizadas que tem por função tratar os dados relativos a marcação dos horários de entrada e saída, gerando relatório do Espelho de Ponto Eletrônico, o Arquivo Fonte de Dados Tratados - AFDT e Arquivo de Controle de Jornada para Efeitos Fiscais – ACJEF, devendo os referidos arquivos e relatórios serem disponibilizados aos auditores fiscais, no caso de fiscalização, sendo que os colaboradores deverão cumprir a jornada de trabalho estabelecida pelo IDTECH, não sendo permitida a realização de horas extras, salvo quando houver autorização da Coordenação Executiva, conforme Portaria nº168/2008 de 23 de Junho de 2008.

Para o Registro Eletrônico de Ponto, o IDTECH utiliza equipamentos de última geração, homologados pelo Ministério do Trabalho e Emprego e que possibilitam o fiel controle e gestão dos recursos humanos. O espelho de ponto e controle de intervalos deverão ser assinados pelos colaboradores e pelos superiores imediatos, sendo que a Gerência Administrativa, com apoio da Assessoria de Tecnologia da Informação – ASTEC, é encarregada de atender ao disposto nas Portarias acima referenciadas e ao estabelecido na legislação em vigor.



Os colaboradores deverão registrar no Ponto Eletrônico o horário de entrada, saída para intervalo de refeições, retorno do intervalo e no final do dia de trabalho, segundo o horário de trabalho constante da escala de trabalho / quadro de horário afixado em local visível e, caso os colaboradores esqueçam de registrar o ponto eletrônico nos horários estabelecidos, os mesmos serão advertidos por escrito.

Outrossim, os ocupantes dos Cargos de Coordenação e Assessoramento Superior e dos cargos de Coordenação e Assessorias Intermediárias poderão ser dispensados do registro eletrônico de ponto, mediante deliberação superior, podendo utilizar o Sistema Manual de Registro de Frequência.

2.10.5. PROCESSO DE PROMOÇÃO E/OU REENQUADRAMENTO DE COLABORADORES

Conforme já explanado ao longo desta Proposta de Trabalho, dentro do contexto da Gestão de Recursos Humanos o IDTECH possui uma política de motivação e valorização dos seus colaboradores. Faz parte desta política o Recrutamento Interno, no qual seleciona os colaboradores que obtiveram bons desempenhos na execução de suas ações e cujas competências os permite a ascensão e início de nova jornada com sua respectiva promoção e/ou reenquadramento. Tal procedimento passa pelos seguintes passos:

a) Após detectada a demanda pela promoção e/ou reenquadramento de colaboradores, a Coordenação interessada deverá elaborar documento justificando os fatos, momento em que será aberto processo administrativo próprio e a Gerência de Recursos Humanos – GRH será consultada sobre o preenchimento dos requisitos;

b) Os critérios de promoção e/ou reenquadramento se darão por competências técnicas e comportamentais, perfil, experiência, esforço e compromisso do candidato para com as atividades desta Instituição e, caso as Coordenações deliberem favoravelmente à respeito, será baixada Portaria própria e feita dos trâmites subsequentes.



2.10.6. PROCESSO DE DESLIGAMENTO DE COLABORADORES

Visando normatizar o desligamento de colaboradores do quadro de pessoal do IDTECH lotados na Unidade Hemoterápica, serão adotados os seguintes procedimentos:

a) Todo desligamento, motivado por parte do colaborador ou da instituição, deverá ser precedido de aviso e de processo administrativo para juntada dos documentos, exame demissional, e guias de pagamentos de encargos e verbas rescisórias, podendo ou não haver cumprimento de aviso prévio, na forma da legislação vigente;

b) O desligamento dos colaboradores da área administrativa deverá ser precedido de processo administrativo, concluído antes da homologação da rescisão, no qual deverão ser apuradas responsabilidades, pendências, danos e débitos oriundos das atividades e ações;

c) No caso da motivação de desligamento partir do colaborador interessado, e se este atuar na área administrativa, torna-se obrigatório que antes de se dirigir à Gerência Administrativa, comunique o fato ao Titular da Coordenação / Assessoria à qual está subordinado.

2.10.7. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREAS DE ATIVIDADE PROFISSIONAL



Hemocentro Coordenador

HEMOCENTRO COORDENADOR			
Item	Especificação		Total de Profissionais
	Cargo	Função	
1	Assessor de Comunicação	Assessor de Comunicação	1
2	Assistente Administrativo	Assistente Administrativo	1
3	Assistente Administrativo III	Assistente Administrativo III	1
4	Assistente Social	Assistente Social	6
5	Auxiliar Administrativo I	Auxiliar Administrativo I	4
6	Auxiliar Administrativo II	Auxiliar Administrativo II	1
7	Auxiliar Administrativo III	Auxiliar Administrativo III	2
8	Auxiliar de Almoxarifado	Auxiliar de Almoxarifado	2
9	Auxiliar de Consultório Dentário	Auxiliar de Consultório Dentário	2
10	Auxiliar de Farmácia	Auxiliar de Farmácia	4
11	Auxiliar de Faturamento	Auxiliar de Faturamento	1
12	Biomédico	Biomédico	32
13	Copeira	Copeira	2
14	Diretor Administrativo/Financeiro	Diretor Administrativo/Financeiro	1
15	Diretor Geral	Diretor Geral	1
16	Diretor Técnico	Diretor Técnico	1
17	Enfermeiro	Enfermeiro	17
18	Engenheiro Clínico	Engenheiro Clínico	1
19	Farmacêutico	Farmacêutico	13
20	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta	2
21	Gerente de Análises Clínicas	Gerente de Análises Clínicas	1
22	Gerente de Enfermagem	Gerente de Enfermagem	1
23	Gerente de Farmácia	Gerente de Farmácia	1
24	Gerente de Faturamento	Gerente de Faturamento	1
25	Gerente de Recursos Humanos	Gerente de Recursos Humanos	1
26	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	1
27	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	1
28	Médico	Médico	14
29	Motorista	Motorista	5
30	Odontólogo	Odontólogo	2
31	Psicologia	Psicologia	2
32	Recepcionista	Recepcionista	10

[Handwritten signatures and initials]



33	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	40
34	Técnico de Laboratório	Técnico de Laboratório	23
35	Técnico em TI	Técnico em TI	2
36	Telefonista	Telefonista	4
Total de Profissionais / Unidade			204

Hemocentro Regional de Rio Verde

Item	Especificação		Total de Profissionais
	Cargo	Função	
1	Assistente Administrativo III	Assistente Administrativo III	1
2	Assistente Social	Assistente Social	2
3	Auxiliar Administrativo I	Auxiliar Administrativo I	1
4	Biomédico	Biomédico	8
5	Copeira	Copeira	2
6	Diretor Administrativo Financeiro	Diretor Administrativo Financeiro	1
7	Diretor Técnico	Diretor Técnico	1
8	Enfermeiro	Enfermeiro	4
9	Farmacêutico	Farmacêutico	2
10	Gerente de Análises Clínicas	Gerente de Análises Clínicas	1
11	Gerente de Enfermagem	Gerente de Enfermagem	1
12	Gerente de Farmácia	Gerente de Farmácia	1
13	Gerente de Faturamento	Gerente de Faturamento	1
14	Gerente de Recursos Humanos	Gerente de Recursos Humanos	1
15	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	1
16	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	1
17	Médico	Médico	8
18	Motorista	Motorista	2
19	Recepcionista	Recepcionista	4
20	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	12
21	Técnico de Laboratório	Técnico de Laboratório	12
22	Telefonista	Telefonista	2
Total de Profissionais / Unidade			69

Hemocentro Regional de Ceres

[Handwritten signatures and marks]



HEMOCENTRO CERES			
Item	Especificação		Total de Profissionais
	Cargo	Função	
1	Assistente Administrativo III	Assistente Administrativo III	1
2	Assistente Social	Assistente Social	2
3	Auxiliar Administrativo I	Auxiliar Administrativo I	1
4	Biomédico	Biomédico	4
5	Copeira	Copeira	1
6	Diretor Administrativo Financeiro	Diretor Administrativo Financeiro	1
7	Diretor Técnico	Diretor Técnico	1
8	Enfermeiro	Enfermeiro	4
9	Farmacêutico	Farmacêutico	2
10	Gerente de Análises Clínicas	Gerente de Análises Clínicas	1
11	Gerente de Enfermagem	Gerente de Enfermagem	1
12	Gerente de Farmácia	Gerente de Farmácia	1
13	Gerente de Faturamento	Gerente de Faturamento	1
14	Gerente de Recursos Humanos	Gerente de Recursos Humanos	1
15	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	1
16	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	1
17	Médico	Médico	4
18	Motorista	Motorista	2
19	Recepcionista	Recepcionista	4
20	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	12
21	Técnico de Laboratório	Técnico de Laboratório	5
22	Telefonista	Telefonista	2
Total de Profissionais / Unidade			53

Hemocentro Regional de Catalão

HEMOCENTRO CATALÃO			
Item	Especificação		Total de Profissionais
	Cargo	Função	
1	Assistente Administrativo III	Assistente Administrativo III	1
2	Assistente Social	Assistente Social	2
3	Auxiliar Administrativo I	Auxiliar Administrativo I	1
4	Biomédico	Biomédico	3
5	Copeira	Copeira	1
6	Diretor Administrativo Financeiro	Diretor Administrativo Financeiro	1
7	Diretor Técnico	Diretor Técnico	1
8	Enfermeiro	Enfermeiro	4
9	Farmacêutico	Farmacêutico	1
10	Gerente de Análises Clínicas	Gerente de Análises Clínicas	1



SES
Fls. 442
Rubrica
CICGSS

11	Gerente de Enfermagem	Gerente de Enfermagem	1
12	Gerente de Farmácia	Gerente de Farmácia	1
13	Gerente de Faturamento	Gerente de Faturamento	1
14	Gerente de Recursos Humanos	Gerente de Recursos Humanos	1
15	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	1
16	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	1
17	Médico	Médico	4
18	Motorista	Motorista	2
19	Recepcionista	Recepcionista	4
20	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	12
21	Técnico de Laboratório	Técnico de Laboratório	5
22	Telefonista	Telefonista	2
Total de Profissionais / Unidade			51

Hemocentro Regional de Jataí

HEMOCENTRO JATAÍ			
Item	Especificação		Total de Profissionais
	Cargo	Função	
1	Assistente Administrativo III	Assistente Administrativo III	1
2	Assistente Social	Assistente Social	2
3	Auxiliar Administrativo I	Auxiliar Administrativo I	1
4	Biomédico	Biomédico	3
5	Copeira	Copeira	1
6	Diretor Administrativo Financeiro	Diretor Administrativo Financeiro	1
7	Diretor Técnico	Diretor Técnico	1
8	Enfermeiro	Enfermeiro	3
9	Farmacêutico	Farmacêutico	1
10	Gerente de Análises Clínicas	Gerente de Análises Clínicas	1
11	Gerente de Enfermagem	Gerente de Enfermagem	1
12	Gerente de Farmácia	Gerente de Farmácia	1
13	Gerente de Faturamento	Gerente de Faturamento	1
14	Gerente de Recursos Humanos	Gerente de Recursos Humanos	1
15	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	1
16	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	1
17	Médico	Médico	4
18	Motorista	Motorista	2
19	Recepcionista	Recepcionista	4
20	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	10
21	Técnico de Laboratório	Técnico de Laboratório	5
22	Telefonista	Telefonista	2
Total de Profissionais / Unidade			48

[Handwritten signatures and marks]



Unidade de Coleta e Transfusão de Formosa

UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO - FORMOSA			
Item	Especificação		Total de Profissionais
	Cargo	Função	
1	Assistente Administrativo III	Assistente Administrativo III	2
2	Assistente Social	Assistente Social	2
3	Auxiliar Administrativo I	Auxiliar Administrativo I	4
4	Biomédico	Biomédico	3
5	Copeira	Copeira	1
6	Diretor Administrativo Financeiro	Diretor Administrativo Financeiro	1
7	Diretor Técnico	Diretor Técnico	1
8	Enfermeiro	Enfermeiro	4
9	Farmacêutico	Farmacêutico	2
10	Gerente de Análises Clínicas	Gerente de Análises Clínicas	1
11	Gerente de Enfermagem	Gerente de Enfermagem	1
15	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	1
16	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	1
17	Médico	Médico	4
18	Motorista	Motorista	2
19	Recepcionista	Recepcionista	4
20	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	8
21	Técnico de Laboratório	Técnico de Laboratório	3
22	Telefonista	Telefonista	2
Total de Profissionais / Unidade			47

Unidade de Coleta e Transfusão de Quirinópolis

UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO - QUIRINÓPOLIS			
Item	Especificação		Total de Profissionais
	Cargo	Função	
1	Assistente Administrativo III	Assistente Administrativo III	2
2	Assistente Social	Assistente Social	2
3	Auxiliar Administrativo I	Auxiliar Administrativo I	4
4	Biomédico	Biomédico	3
5	Copeira	Copeira	1
6	Diretor Administrativo Financeiro	Diretor Administrativo Financeiro	1
7	Diretor Técnico	Diretor Técnico	1
8	Enfermeiro	Enfermeiro	4
9	Farmacêutico	Farmacêutico	2
10	Gerente de Análises Clínicas	Gerente de Análises Clínicas	1

[Handwritten signatures and marks]



11	Gerente de Enfermagem	Gerente de Enfermagem	1
15	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	1
16	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	1
17	Médico	Médico	4
18	Motorista	Motorista	2
19	Recepcionista	Recepcionista	4
20	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	8
21	Técnico de Laboratório	Técnico de Laboratório	3
22	Telefonista	Telefonista	2
Total de Profissionais / Unidade			47

Unidade de Coleta e Transfusão de Porangatu

UNIDADE DE COLETA E TRANSFUÇÃO - PORANGATU			
Item	Especificação		Total de Profissionais
	Cargo	Função	
1	Assistente Administrativo III	Assistente Administrativo III	2
2	Assistente Social	Assistente Social	2
3	Auxiliar Administrativo I	Auxiliar Administrativo I	4
4	Biomédico	Biomédico	3
5	Copeira	Copeira	1
6	Diretor Administrativo Financeiro	Diretor Administrativo Financeiro	1
7	Diretor Técnico	Diretor Técnico	1
8	Enfermeiro	Enfermeiro	4
9	Farmacêutico	Farmacêutico	2
10	Gerente de Análises Clínicas	Gerente de Análises Clínicas	1
11	Gerente de Enfermagem	Gerente de Enfermagem	1
15	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	1
16	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	1
17	Médico	Médico	4
18	Motorista	Motorista	2
19	Recepcionista	Recepcionista	4
20	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	8
21	Técnico de Laboratório	Técnico de Laboratório	3
22	Telefonista	Telefonista	2
Total de Profissionais / Unidade			47

Unidade de Coleta e Transfusão de Iporá

[Handwritten signature and scribbles]



UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO - IPORÁ			
Item	Especificação		Total de Profissionais
	Cargo	Função	
1	Assistente Administrativo III	Assistente Administrativo III	2
2	Assistente Social	Assistente Social	2
3	Auxiliar Administrativo I	Auxiliar Administrativo I	4
4	Biomédico	Biomédico	3
5	Copeira	Copeira	1
6	Diretor Administrativo Financeiro	Diretor Administrativo Financeiro	1
7	Diretor Técnico	Diretor Técnico	1
8	Enfermeiro	Enfermeiro	4
9	Farmacêutico	Farmacêutico	2
10	Gerente de Análises Clínicas	Gerente de Análises Clínicas	1
11	Gerente de Enfermagem	Gerente de Enfermagem	1
15	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	Gerente do Serviço de Apoio e Diagnóstico	1
16	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	Gerente do Serviço de Arquivo Médico	1
17	Médico	Médico	4
18	Motorista	Motorista	2
19	Recepcionista	Recepcionista	4
20	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	8
21	Técnico de Laboratório	Técnico de Laboratório	3
22	Telefonista	Telefonista	2
Total de Profissionais / Unidade			47

Modelo de Escala do Corpo Clínico

[Handwritten signatures and initials]



PROPOSTA DE TRABALHO

Logomarca	Escala de Médicos Plantonistas						FORMULÁRIO 113	
							Elaborador:	
							Aprovador:	
							Data criação: 15/12/2017	
							Data aprovação:	
		Versão: 01						
Sator: Banco de Sangue								
Responsável pelo Sator:								
Jan/18								
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sabado	Domingo	Observação	
01. Médico 1	02. Médico 3	03. Médico 2	04. Médico 4	05. Médico 1	06. Médico 4	07. Médico 5		
08. Médico 1	09. Médico 4	10. Médico 5	11. Médico 1	12. Médico 2	13. Médico 3	14. Médico 4		
15. Médico 1	16. Médico 3	17. Médico 2	18. Médico 3	19. Médico 5	20. Médico 2	21. Médico 5		
22. Médico 1	23. Médico 5	24. Médico 1	25. Médico 5	26. Médico 4	27. Médico 3	28. Médico 4		
29. Médico 2	30. Médico 3	31. Médico 2						
CONTATOS								
Médico:	Médico 1 / CRM GO -			Contato:				
Médico:	Médico 2 / CRM GO -			Contato:				
Médico:	Médico 3 / CRM GO -			Contato:				
Médico:	Médico 4 / CRM GO -			Contato:				
Médico:	Médico 5 / CRM GO -			Contato:				
Médico Responsável pela Escala:								



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GOIÁS. Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria nº 70/2017-GAB/SES, de 16 de janeiro de 2017.** Diário Oficial do Estado de Goiás, Goiânia, GO, 16 de jan. 2017. Seção Secretaria de Saúde SES. p.22. Disponível em: Disponível em: < http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=19539 >. Acesso em: 22/01/2018;

GOIÁS. Lei nº 19.145, de 29 de dezembro de 2015. Dispõe sobre a Política de Segurança e Saúde no Trabalho dos Servidores Públicos do Poder Executivo e dá outras providências. **Diário Oficial**, Goiânia, GO. 30 dez. 2015. Disponível em: < http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=19539 > Acesso em: 22/01/2018;

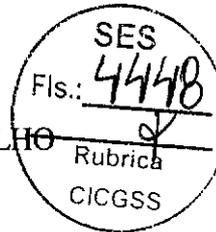
BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NORMA REGULAMENTADORA 5 NR 5 - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES** Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR5.pdf>> Acesso em: 20/01/2018;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 158/2016** que redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos de 04 de janeiro de 2016. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0158_04_02_2016.html> Acesso em: 22/01/2018;

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 34 de 11 de junho de 2014.** Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2867975/RDC_34_2014_COMP.pdf/283a192e-eee8-42cc-8f06-b5e5597b16bd?version=1.0. Acesso em: 22/01/2018.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Decreto nº 35.054 de 31/12/2013 o novo Regimento Interno da Fundação Hemocentro de Brasília (FHB)** que tem como competência coordenar, normatizar e gerenciar o Sistema de Sangue, Componentes e Hemoderivados. Diário Oficial do Distrito Federal do dia 09/01/2014.

MARANHÃO, Mauriti e Maria Elisa Bastos Macieira. **O processo nosso de cada dia: modelagem de processos de trabalho.** Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 2004.



DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. Subsecretaria de Modernização da Gestão. **Manual de Análise e Melhoria de Processos**. Disponível em: <[http://www.seplan.df.gov.br/manuais/modernizacaoDaGestao/Analise %20e Melhoria Pr ocessos.pdf](http://www.seplan.df.gov.br/manuais/modernizacaoDaGestao/Analise%20e%20Melhoria%20de%20Processos.pdf)>. Acesso em: 18/01/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO - RDC Nº 36 , DE 25 DE JULHO DE 2013**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013 .htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.htm) >

Manual para Controle de Qualidade de Sangue Total e Hemocomponentes Redsang - Sibratec

Linked consultoria - ferramenta “5 porquês” na causa-raiz. – acessado em 20 de julho de 2017. No endereço: <http://leanked.com/blog/2017/05/11/ferramenta-5-porques-na-causa-raiz/>

Legislação Arquivística Brasileira e Correlata – Conselho Nacional de Arquivos – CONARQ Disponível em: <[http://conarq.arquivonacional.gov.br /images/coletanea/ maio_ 2016/jan_2017/CONARQ_legarquivos_janeiro_2017_pdf.pdf](http://conarq.arquivonacional.gov.br/images/coletanea/maio_2016/jan_2017/CONARQ_legarquivos_janeiro_2017_pdf.pdf)>

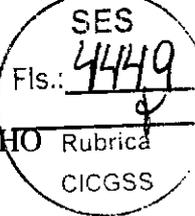
BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Manual Técnico do sistema de Informação Hospitalar. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0066 _M.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0066_M.pdf)>. Acesso em: 19/01/2018.

CEARA. Secretaria de Saúde. Manual para Unidades Associadas – Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará/Hemoce. Disponível em: <[http://www.hemoce.ce.gov.br/images/PDF/ manual%20das%20unidades%20associadas%2014.10%20dra%20luciana novo.pdf](http://www.hemoce.ce.gov.br/images/PDF/manual%20das%20unidades%20associadas%2014.10%20dra%20luciana%20novo.pdf)>



IDTECH
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO
idtech.org.br

PROPOSTA DE TRABALHO



ANEXOS

Documentação comprobatória de Experiência e Qualificação Técnica

Modelo de Planilha de Custos/Despesas Mensais

Folderes de Campanhas de Doação de Sangue

Material de divulgação e informações sobre campanhas de Doação de Sangue

MODELO DE PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS

RECEITAS OPERACIONAIS	MÊS 1 - ANO	MÊS 2 - ANO	MÊS 3 - ANO	MÊS 4 - ANO	MÊS 5 - ANO	MÊS 6 - ANO	MÊS 7 - ANO	MÊS 8 - ANO	MÊS 9 - ANO	MÊS 10 - ANO	MÊS 11 - ANO	MÊS 12 - ANO	TOTAL
Repasso Contrato de Gestão / Convênio (Fixo + Variável)	6.243.870,75	6.777.720,36	7.311.569,97	7.845.419,57	8.379.269,18	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	98.949.681,36
Repasso Programas Especiais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total (1)	6.243.870,75	6.777.720,36	7.311.569,97	7.845.419,57	8.379.269,18	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	98.949.681,36
SUS / Ambulatório	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Resultado de Aplicação Financeira	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reembolso de Despesas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Obtenção de Recursos Externos à SES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Demais Receitas (Convênios)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Receitas Extras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras Receitas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total (3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total Geral das Receitas (1) + (2) + (3)	6.243.870,75	6.777.720,36	7.311.569,97	7.845.419,57	8.379.269,18	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	98.949.681,36
DESPESAS OPERACIONAIS													
1. Pessoal	4.321.514,99	4.691.003,59	5.060.492,20	5.429.980,80	5.799.469,40	6.168.958,01	6.168.958,01	6.168.958,01	6.168.958,01	6.168.958,01	6.168.958,01	6.168.958,01	68.485.167,02
1.1. Ordenados	2.872.180,54	3.117.751,36	3.363.322,18	3.608.893,00	3.854.463,82	4.100.034,64	4.100.034,64	4.100.034,64	4.100.034,64	4.100.034,64	4.100.034,64	4.100.034,64	45.516.853,43
1.2. Encargos Sociais	874.141,90	948.880,85	1.023.619,80	1.098.358,74	1.173.097,69	1.247.836,63	1.247.836,63	1.247.836,63	1.247.836,63	1.247.836,63	1.247.836,63	1.247.836,63	13.852.955,39
1.3. Provisões (13ª+Férias)	115.062,35	124.900,15	134.737,96	144.575,76	154.413,57	164.251,38	164.251,38	164.251,38	164.251,38	164.251,38	164.251,38	164.251,38	1.823.449,42
1.4. Benefícios	14.903,42	16.177,66	17.451,90	18.726,14	20.000,38	21.274,62	21.274,62	21.274,62	21.274,62	21.274,62	21.274,62	21.274,62	236.181,80
1.5. Outras Formas de Contratação	445.226,77	483.293,57	521.360,36	559.427,15	597.493,95	635.560,74	635.560,74	635.560,74	635.560,74	635.560,74	635.560,74	635.560,74	7.055.726,98
2. Mat/Med	560.097,63	607.985,86	655.874,09	703.762,31	751.650,54	799.538,77	799.538,77	799.538,77	799.538,77	799.538,77	799.538,77	799.538,77	8.876.141,81
2.1. Materiais Médico - Hospitalares	346.305,10	375.914,11	405.523,12	435.132,13	464.741,14	494.350,15	494.350,15	494.350,15	494.350,15	494.350,15	494.350,15	494.350,15	5.488.066,66
2.2. Medicamentos	213.792,54	232.071,75	250.350,97	268.630,18	286.909,40	305.188,62	305.188,62	305.188,62	305.188,62	305.188,62	305.188,62	305.188,62	3.388.075,15
3. Materiais Diversos	40.698,13	44.177,81	47.657,49	51.137,17	54.616,85	58.096,53	58.096,53	58.096,53	58.096,53	58.096,53	58.096,53	58.096,53	644.963,18
3.1. Materiais de Higienização	933,72	1.013,55	1.093,39	1.173,22	1.253,05	1.332,89	1.332,89	1.332,89	1.332,89	1.332,89	1.332,89	1.332,89	14.797,14
3.2. Gêneros Alimentícios	1.531,09	1.661,99	1.792,90	1.923,81	2.054,72	2.185,62	2.185,62	2.185,62	2.185,62	2.185,62	2.185,62	2.185,62	24.263,89
3.3. Materiais de Expediente	10.676,74	11.589,60	12.502,46	13.415,32	14.328,18	15.241,04	15.241,04	15.241,04	15.241,04	15.241,04	15.241,04	15.241,04	169.199,60
3.4. Combustível	777,33	843,79	910,25	976,71	1.043,17	1.109,63	1.109,63	1.109,63	1.109,63	1.109,63	1.109,63	1.109,63	12.318,68
3.5. GI/P	9.181,64	9.966,67	10.751,70	11.536,73	12.321,75	13.106,78	13.106,78	13.106,78	13.106,78	13.106,78	13.106,78	13.106,78	145.505,96
3.6. Materiais de Manutenção	10.400,58	11.289,83	12.179,08	13.068,33	13.957,57	14.846,82	14.846,82	14.846,82	14.846,82	14.846,82	14.846,82	14.846,82	164.823,15
3.7. Outras Despesas com Materiais Diversos	7.197,02	7.812,37	8.427,71	9.043,06	9.658,40	10.273,74	10.273,74	10.273,74	10.273,74	10.273,74	10.273,74	10.273,74	114.054,77
4. Seguros/Impostos/Taxas	12.133,63	13.171,06	14.208,48	15.245,90	16.283,33	17.320,75	17.320,75	17.320,75	17.320,75	17.320,75	17.320,75	17.320,75	192.287,64
4.1. Seguros (Imóvel e Automóvel)	6.243,87	6.777,72	7.311,57	7.845,42	8.379,27	8.913,12	8.913,12	8.913,12	8.913,12	8.913,12	8.913,12	8.913,12	98.949,68
4.2. Impostos / Taxas	5.889,76	6.393,34	6.896,91	7.400,48	7.904,06	8.407,63	8.407,63	8.407,63	8.407,63	8.407,63	8.407,63	8.407,63	93.337,96
5. Gerais	260.807,60	283.106,60	305.405,59	327.704,59	350.003,58	372.302,58	372.302,58	372.302,58	372.302,58	372.302,58	372.302,58	372.302,58	4.133.145,99
5.1. Telefonia	1.482,95	1.609,75	1.736,54	1.863,33	1.990,12	2.116,92	2.116,92	2.116,92	2.116,92	2.116,92	2.116,92	2.116,92	23.501,11
5.2. Água	42.433,86	46.061,95	49.690,04	53.318,12	56.946,21	60.574,30	60.574,30	60.574,30	60.574,30	60.574,30	60.574,30	60.574,30	672.470,26
5.3. Energia Elétrica	27.808,37	30.185,98	32.563,59	34.941,19	37.318,80	39.696,41	39.696,41	39.696,41	39.696,41	39.696,41	39.696,41	39.696,41	440.692,82
5.4. Outras Despesas Gerais	189.082,42	205.248,92	221.415,43	237.581,94	253.748,44	269.914,95	269.914,95	269.914,95	269.914,95	269.914,95	269.914,95	269.914,95	2.996.481,80
6. Depreciação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Prestação de Serviços de Terceiros	1.048.618,76	1.138.275,44	1.227.932,12	1.317.588,80	1.407.245,48	1.496.902,16	1.496.902,16	1.496.902,16	1.496.902,16	1.496.902,16	1.496.902,16	1.496.902,16	16.617.975,73
7.1. Assistenciais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.1.1. Pessoa Jurídica	481.511,02	522.680,11	563.849,20	605.018,29	646.187,38	687.356,47	687.356,47	687.356,47	687.356,47	687.356,47	687.356,47	687.356,47	7.630.741,27
7.1.2. Pessoa Física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.1.3. Cooperativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.2. Administrativos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.2.1. Pessoa Jurídica	567.107,74	615.595,33	664.082,92	712.570,51	761.058,10	809.545,69	809.545,69	809.545,69	809.545,69	809.545,69	809.545,69	809.545,69	8.987.234,46
7.2.2. Pessoa Física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.2.3. Cooperativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total Geral das Despesas	6.243.870,75	6.777.720,36	7.311.569,97	7.845.419,57	8.379.269,18	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	8.913.118,79	98.949.681,36
Déficit / Superávit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Investimentos													
8.1. Equipamentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.2. Móveis e Utensílios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.3. Obras e Construções	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.4. Veículos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de Investimentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

De acordo com o item 7.6 da Minuta do Contrato de Gestão anexo ao Instrumento de Chamamento "os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse"

FS. 1450
SES

Sou AMIGO de
SANGUE DO HGG



No Carnaval todos lembram da folia.
Mas a vida não pode esperar.

O HGG precisa de sua doação.
Doe sangue aqui mesmo no
hospital.



Data: 08/02/2013 (sexta-feira)

Horário: 09 às 17h30

Local: Térreo - HGG



Hospital
Alberto Rassi
HGG

Para doar é preciso:

- Gozar de boa saúde
- Estar com peso acima dos 50 quilos
- Ter entre 16 e 67 anos



Sou AMIGO de SANGUE DO HGG



Hospital Alberto Rassi HGG



Seja amigo de sangue do HGG

Muita gente pensa que só pessoas acidentadas precisam de doação de sangue. Mas para muitos procedimentos hospitalares é preciso desse material humano. O Hospital Alberto Rassi - HGG consome cerca de 3.500 bolsas de sangue por ano. Por isso, no Dia Nacional do Doador de Sangue, aproveite para praticar esse ato de solidariedade e de apoio às vidas do HGG.

Doações no Hemocentro de Goiás
Avenida Anhanguera, 5.195, Setor Coimbra.
Telefones: (62) 3201-4570 / (62) 3201-4580
Horário de funcionamento: Segunda à sexta-feira, das 7h30 às 18 horas

Para doar é preciso: Gozar de boa saúde / Estar com peso acima dos 50 quilos / Ter entre 16 e 69 anos



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS



Handwritten signature or initials.

Bloco de anotação

Capa:

Formato: 15x20,5 cm

Papel: Reciclato 180g

Impressão: Frente em quadricromia (4/0)

Miolo:

Formato: 10x15 cm

Papel: Reciclato 75g

Nº Folhas: 50

Impressão: Sem impressão



SECRETARIA
E ESTADO DA SAÚDE



**A solidariedade
corre em
suas veias**



**25 de Novembro
Dia Nacional do Doador de sangue**

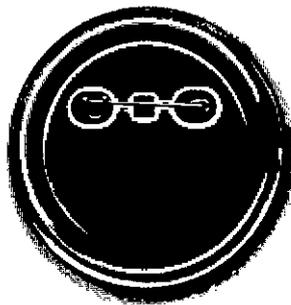
O Hemocentro de Goiás agradece
você por ter salvado uma vida

Adesivo



[Handwritten signatures]

Botton



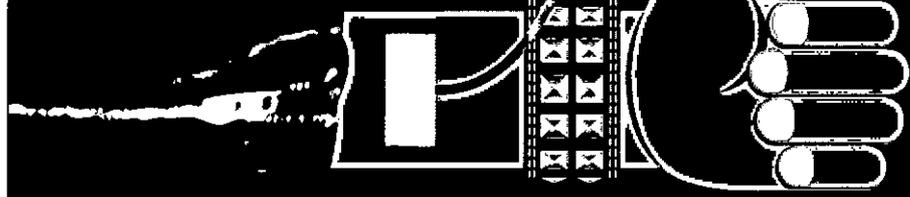
A handwritten signature or scribble in black ink, consisting of several overlapping loops and lines.

Doe sangue Ao som do Rock'n Roll

2ª EDIÇÃO

Milhares de pessoas precisam de sangue para continuar na estrada. E você pode ajudar!

Data: 21 de novembro
Horário: 9 às 14 horas
Local: Hospital Alberto Rassi - HGG
Endereço: Avenida Anhanguera, 6.479, Setor Oeste, Goiânia.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE
GOIÁS



[Handwritten signatures and marks]

Doe sangue

Ac som do Rock'n Roll



acesse:
www.hospitalalbertorassi.org.br

Show com
a banda



[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

DOE SANGUE AO SOM DO ROCK!

3ª EDIÇÃO

Milhares de pessoas precisam de sangue para continuar na estrada. E você pode ajudar!

Participe do grande evento que une música, motocicletas e solidariedade:

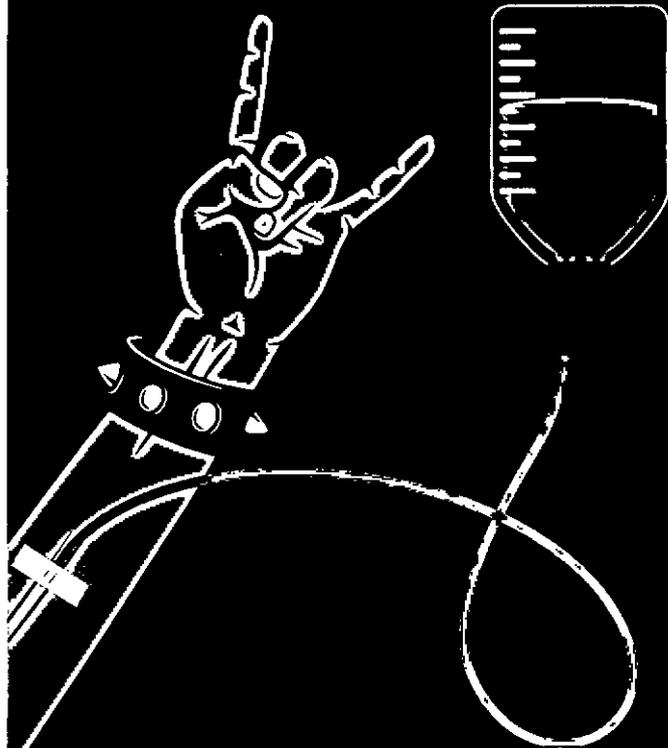
Data: 26/11/2016 (Sábado)

Horário: 9 às 14 horas

Local: Hospital Alberto Rassi – HGG
(Av. Anhanguera, 6.479, St. Oeste)

Show com a banda

Balaclava



REALIZAÇÃO



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Handwritten initials and a signature.

Doe sangue

Ae sem do Rock'n Roll

Milhares de pessoas precisam de sangue para continuar na estrada. E você pode ajudar!

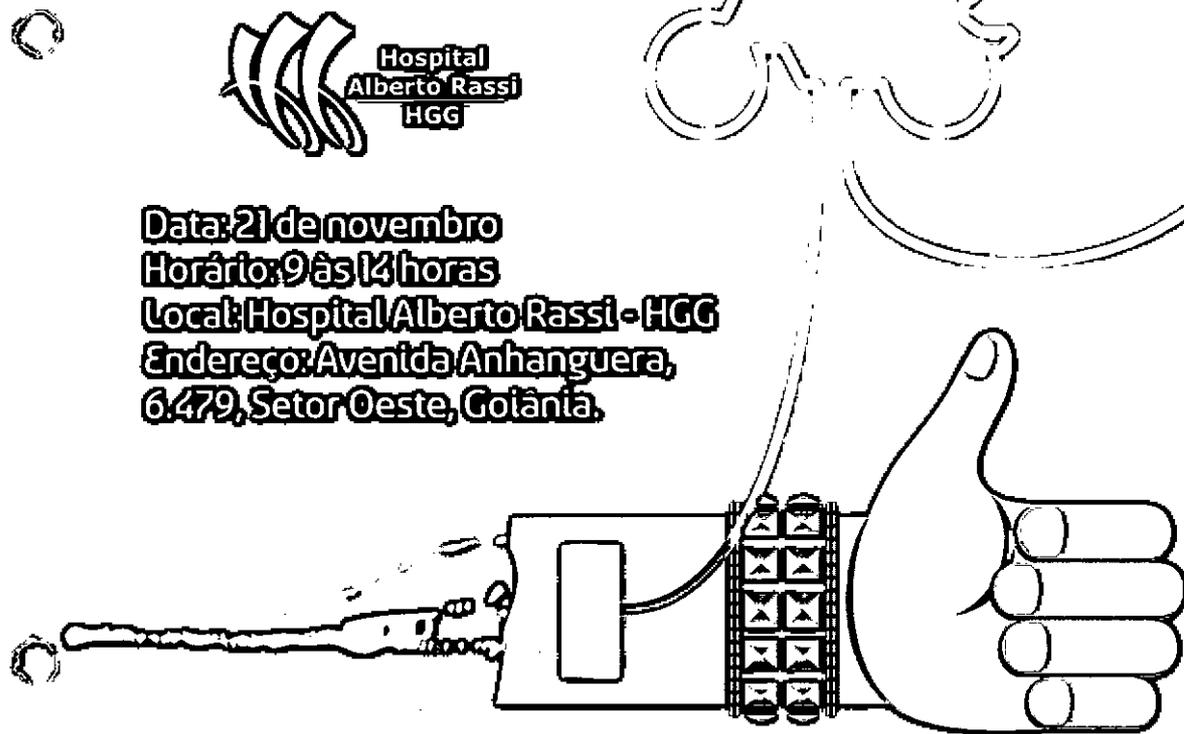
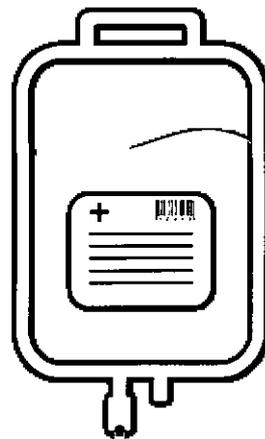


Show com a banda



Hospital Alberto Rassi HGG

Data: 21 de novembro
Horário: 9 às 14 horas
Local: Hospital Alberto Rassi - HGG
Endereço: Avenida Anhanguera, 6.479, Setor Oeste, Goiânia.



DOE SANGUE AO SOM DO ROCK!

3ª EDIÇÃO

Show com a banda
Balaclava



Hospital
Alberto Rassi
HGG

Acesse:
www.hospitalalbertorassi.org.br

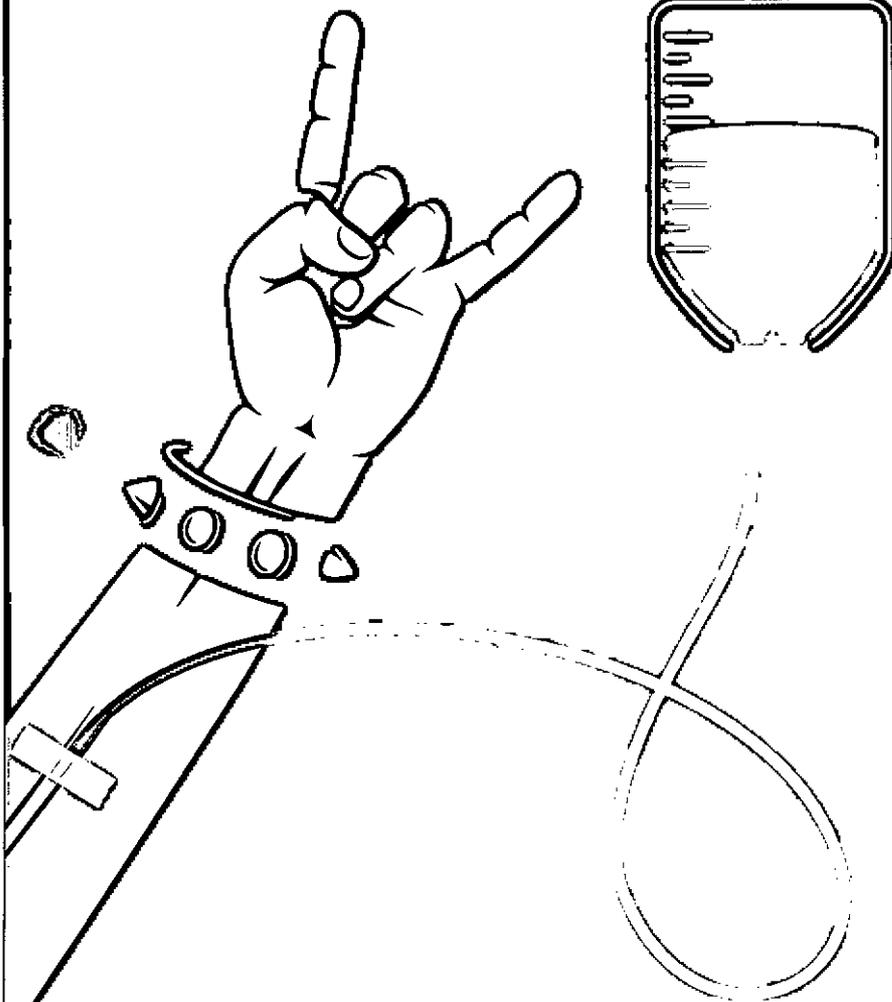
APOIO



Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

ODE SANGUE AO SOM DO ROCK!

3ª EDIÇÃO



Milhares de pessoas precisam de sangue para continuar na estrada! E você pode ajudar!

Participe do grande evento que une música, motocicletas e solidariedade:

Data: 26/11/2016 (Sábado)

Horário: 9 às 14 horas

Local: Hospital Alberto Rassi - HGG (Av. Anhanguera, 6.479, St. Oeste)

Show com a banda

Ra Iaclava

Acesse:

www.hospitalalbertorassi.org.br

APOIO



REALIZAÇÃO



DOE SANGUE AO SOM DO ROCK!

4ª EDIÇÃO

APOIO

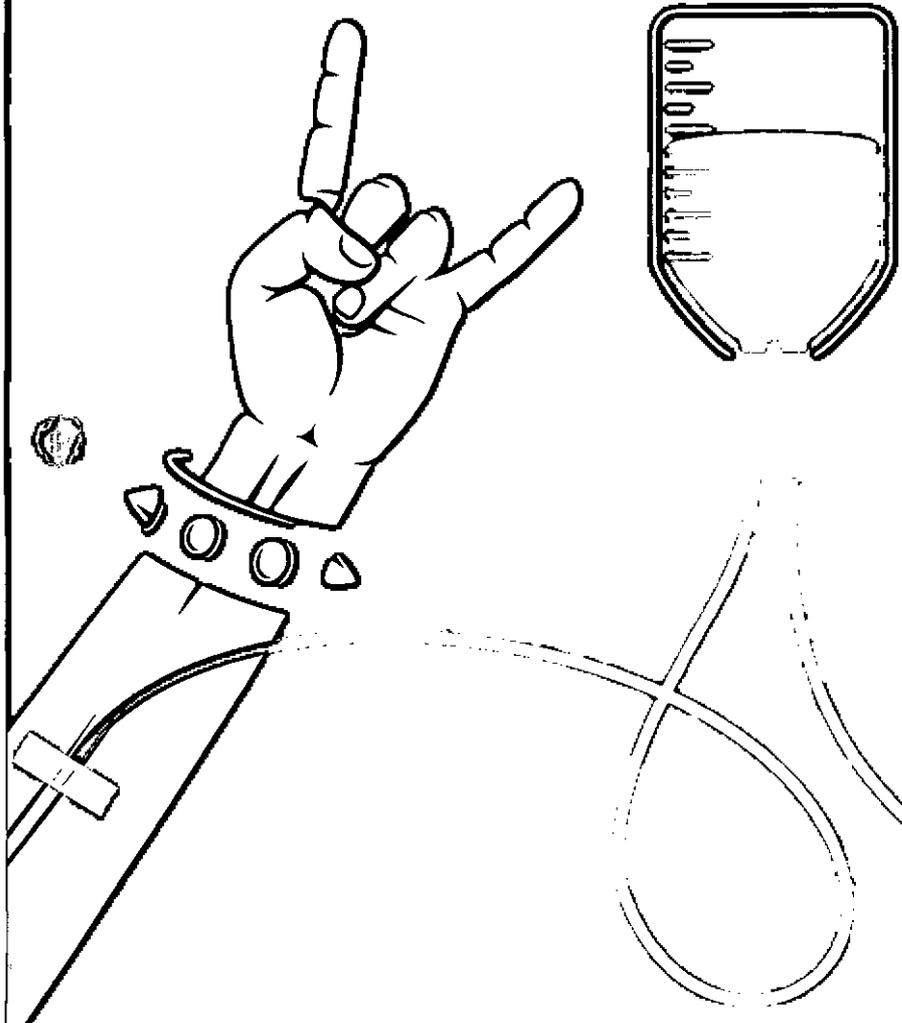


p

[Handwritten signatures]

DOE SANGUE AO SOM DO ROCK!

4ª EDIÇÃO



Milhares de pessoas precisam de sangue para continuar na estrada. Participe do grande evento que une música, motocicletas e solidariedade:

Data: 25/11/2017 (sábado)

Horário: 9 às 14 horas

Local: Hospital Estadual Alberto Rassi - HGG (Av. Anhanguera, 6.479, St. Oeste)

Show com as bandas:



Acesse: www.hospitalalbertorassi.org.br

APOIO



REALIZAÇÃO



MÉDICOS

Evitem suspensões
de cirurgias por
falta de sangue!

Conversem com os
pacientes para que
familiares e amigos
façam a reposição
de sangue no
Hemocentro.

Lembre-se: No ato da
doação, os doadores
devem informar que
foram encaminhados
pelo HGG.



Hospital
Alberto Rassi
HGG



[Handwritten signatures]



Agora você pode doar sangue no próprio HGG!

Provavelmente, algum familiar ou amigo
eu precisa ou já precisou de sangue.
Então, que tal ajudar a salvar a vida
deles e de outras pessoas?



Unidade Coletora de Sangue do HGG

Horário de funcionamento:
8 às 16 horas

Local: Térreo (acesso pela
Portaria A – Av. Anhanguera)



Muita gente pensa que só pessoas acidentadas precisam de doação de sangue. Mas, para muitos procedimentos hospitalares, principalmente cirurgias, é preciso desse material exclusivamente humano.

São cerca de 3.500 bolsas de sangue consumidas pelos pacientes do HGG todos os anos. Contribua!

Requisitos básicos

- Estar em boas condições de saúde;
- Apresentar documento oficial e original com foto;
- Ter idade entre 16 e 69 anos (o menor só poderá doar com autorização presencial e por escrito do responsável legal);
- Pesar acima de 50 Kg;
- Outras condições que poderão impedir a doação serão avaliadas durante as triagens hematológica e clínica.

Recomendações para uma boa doação

- Faça um repouso mínimo de 6h, anterior à doação;
- Nunca doe em jejum;
- Evite alimentos gordurosos antes da doação;
- Evite fumar 2h antes e depois da doação;
- Não ingerir bebidas alcoólicas nas 12h anteriores.

Handwritten signatures and initials.

Panfleto



**Nós podemos mudar o mundo.
Você pode salvar uma vida.**

Não há nada que substitua o sangue.
A doação é um pequeno gesto
de solidariedade que pode
ajudar várias pessoas.

Quem pode doar:

- Gozar de boa saúde
- Estar com peso acima dos 50 quilos
- Pessoas com idade entre 16 e 67 anos

Procure o Hemocentro de Goiás – Hemogo

Avenida Anhanguera, nº 5.195, Setor
Coimbra – entre o terminal Praça A e
Lago das Rosas

Horário de funcionamento:
7h30 às 18 horas

**HEMAGO**
HEMOCENTRO DE GOIÁS

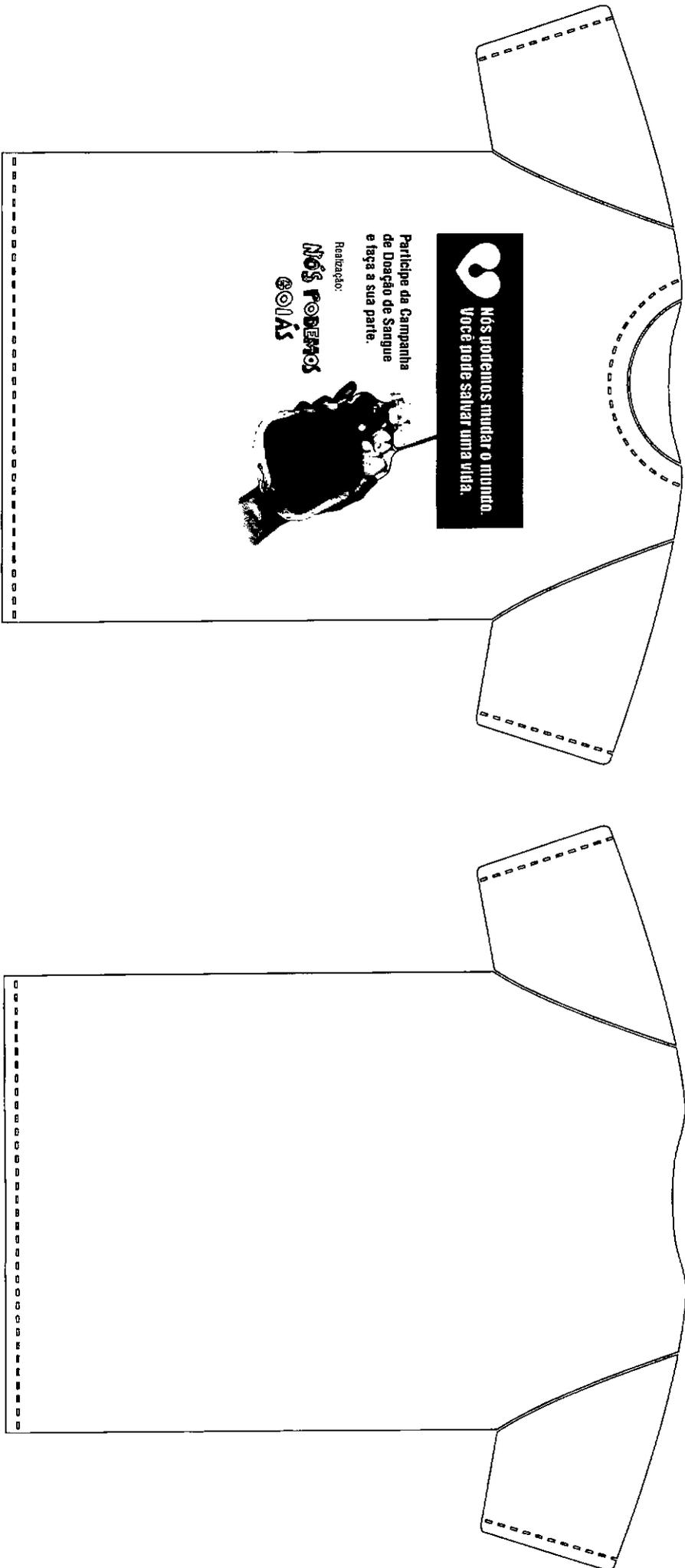
**NÓS PODEMOS
GOIÁS**

**IDTECH**
idtech.org.br



P
#

SES
Fls.: 4468
Rubrica
CICGSS



[Handwritten signature]

Movimento Nós Podemos Goiás promove campanha de doação de sangue



No dia 7 de julho, sábado, a partir das 8 horas, no Parque Areião, unidade serão realizadas atividades com o tema dos oito objetivos do milênio



**Nós podemos mudar o mundo.
Você pode salvar uma vida.**

Participe da mobilização em prol da Doação de Sangue e faça a sua parte.

Dia 7 de julho - sábado
Local: Parque Areião
Horário: 8 às 12 horas

Aferimento de pressão • Orientações de saúde • Oficinas de reciclagem
Apresentações culturais • Distribuição de brindes.

Realização:  Apoio:  



O Movimento Nós Podemos Goiás promoverá no dia 7 de julho, sábado, a campanha de doação de sangue "Nós Podemos mudar o mundo. Você pode salvar uma vida", no Parque Areião. Será montada uma grande tenda, das 8 às 12 horas, para a realização de atividades voltadas para o tema dos oito objetivos do milênio, principalmente nas áreas da saúde e do meio ambiente.

O objetivo do evento é despertar o espírito solidário das pessoas, mostrando que cada um pode fazer a sua parte. No caso da doação de sangue, um doador pode ajudar até outras três que precisam de transfusão. A iniciativa do Nós Podemos Goiás vai de encontro à proposta central do movimento: o envolvimento de todos nas causas sociais e do meio ambiente, contemplando em especial os oito objetivos do milênio.

Em julho, o número de doadores de sangue cai cerca de 30%, por isso, é tão importante que a população se conscientize dessa necessidade. Podem doar sangue pessoas com idade entre 18 e 65 anos, o peso deve estar acima dos 50 Kg e gozar de boa saúde. Os interessados em fazer a doação deverão ir até o Hemocentro de Goiás (Hemog), que funciona de segunda à sexta-feira, das 7h30 às 18 horas, na Avenida Anhanguera, nº 5.195, Setor Coimbra - entre o terminal Praça A e Lago das Rosas.

É preciso apresentar documento original com foto, comprovante de endereço e se possuir, número do

SES
Fls.: 4470
Rubrica
CICGSS

cartão SUS. "A doação de sangue deve ser voluntária, anônima, altruísta, não devendo o doador receber qualquer remuneração ou benefício, direta ou indiretamente", explica a chefe da divisão de Triagem e Coleta do Hemogo, Tânia Aparecida de Paula Camargo. No prazo de um mês, o doador poderá pegar o exame com informações sobre sua tipagem sanguínea, se foi identificada doença de chagas, sífilis, hepatite B e C ou o vírus HIV.

Entre as atividades previstas no evento, está a aferição de pressão por meio do Projeto Rondon@ Goiás e do Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano (Idtech). Acadêmicos de medicina voluntários farão palestras sobre saúde e prevenção de doenças. A Agência Municipal de Meio Ambiente (Amma) fará oficinas de reciclagem e orientações de preservação ambiental e a Saneago oferecerá água aos participantes.

Também estão programadas apresentações culturais e distribuição de brindes das instituições apoiadoras do evento: Consciente Construtora, Realize Consultorias, Bio Coleta, Feijão Barão, Drogasil, entre outras. Está prevista a participação do motoclube Hog, que reúne cerca de 300 amantes da Harley Davidson, que ajudarão nessa grande mobilização em prol da saúde.

Movimento Nós Podemos

● Nós Podemos Goiás é um movimento de voluntários apartidário, ecumênico e plural, que visa ao alcance dos ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Estado. É constituído por adesão de empresas socialmente responsáveis, instituições e órgãos do poder público.

Entre as instituições que compõe o núcleo de Goiás estão Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, Idtech, Governo de Goiás, Federação das Indústrias do Estado de Goiás (Fieg), Associação Comercial e Industrial do Estado de Goiás (Acieg), Consciente Construtora, Osceia, Agência Municipal do Meio Ambiente (Amma) e Realize Consultorias.

HGG recebe doações de sangue nesta quinta-feira, 6 de dezembro

SES
Fls.: 447
Rubrica
CICGSS

Hospital Alberto Rassi abrirá as portas para os doadores, das 8 às 16 horas. Coleta será feita pelo Hemocentro de Goiás. A ação inédita visa abastecer o banco de sangue, que fica com estoque reduzido no final de ano



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



[Handwritten signatures]

O Hospital Alberto Rassi – HGG vai abrir as portas nesta quinta-feira, dia 06 de dezembro, para receber doadores de sangue. No final de ano, poucas pessoas vão até o Hemocentro de Goiás (Hemogo) fazer doações, o que ocasiona uma queda de até 40% em seus estoques. Para tentar reduzir este impacto, o banco de sangue do Estado em parceria com o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano (Idtech), organização social gestora do hospital, vão promover uma ação inédita de captação na própria unidade de saúde: a campanha “Sou amigo de sangue do HGG”.

SES
Fls.: 4472
Rubrica
HGGSS

Os interessados em fazer a doação deverão comparecer entre 8 às 16 horas, à portaria A, localizada na Avenida Anhanguera. Eles receberão um crachá especial de doador de sangue. O Hemocentro montará estrutura para fazer a coleta de até quatro doadores simultaneamente e a ação vai contar com uma equipe composta por 20 profissionais, entre médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

“A coleta de sangue no HGG atrairá um público diferente do acostumado a ir ao Hemocentro. Por isso, além das bolsas que serão doadas na quinta-feira, sem dúvida as pessoas se sensibilizarão para a causa e procurarão o banco de sangue em outras oportunidades, para contribuir com o hospital”, disse a coordenadora de coleta de sangue do Hemogo, Katiuscia Christiane Freitas.

Para viabilizar a coleta de sangue no HGG, o Idtech improvisou uma área no hospital, com quatro salas, que servirá de estrutura para cumprir todas as etapas da coleta: cadastro, pré-triagem, triagem, captação e lanche. “Todas as providências foram tomadas, como por exemplo, a climatização da sala onde será a coleta do sangue”, disse o diretor administrativo, Alessandro Purcino.

A campanha também vem para mostrar a necessidade do uso do sangue, que é impossível de ser comprado ou produzido, para a realização dos procedimentos de saúde. Para se ter uma ideia, são consumidos cerca de 3.500 bolsas de sangue por ano no HGG, mas apenas 400 pessoas vão até o Hemocentro para doações encaminhadas por este hospital.

“O paciente não precisa e nem é obrigado a fazer com que seus amigos e parentes doem sangue. Mas vamos fazer um trabalho permanente de conscientização para que este público desperte para a necessidade deste ato solidário”, explica a biomédica responsável pela agência transfusional do HGG, Emylia Locatelli.

HGG e Hemocentro promovem campanha de doação de sangue

Colaboradores e acompanhantes dos pacientes do HGG deram exemplo de solidariedade, na quinta-feira, dia 6 de dezembro.



Os colaboradores do Hospital Alberto Rassi – HGG deram exemplo de solidariedade na última quinta-feira, dia 6 de dezembro, durante a campanha “Sou amigo de sangue do HGG”. O Hemocentro de Goiás (Hemogo) esteve no hospital disponibilizando a estrutura para a coleta de sangue e conseguiu arrecadar 40 bolsas em apenas oito horas. Este resultado foi considerado bastante positivo, porque, além das doações, o objetivo maior do evento era sensibilizar novos doadores para este ato voluntário que pode literalmente salvar vidas.

O primeiro colaborador a doar sangue para o HGG foi o técnico do trabalho Walter Pereira dos Santos. “A cada quatro meses faço a doação e acho muito importante uma iniciativa com esta, para quem não tem como ir até o hemocentro”, disse. Ele, que tem o tipo mais raro de sangue, O negativo, sabe o quanto é difícil encontrar doadores em momentos críticos. “Quando meu pai sofreu um acidente, foi uma luta para conseguir sangue. Por isso, temos que fazer a nossa parte e evitar essas situações”, considera.

O médico residente da cirurgia geral Pedro Zamino Neto de Oliveira, elogiou a campanha. “A coleta feita por aqui fica mais fácil para quem não tem tempo de ir até o hemocentro”, disse. Foi a primeira vez que o colaborador doou sangue. A chefe de enfermagem, Natalie Alves, a subgerente do Centro de Terapia Intensiva (CTI), Fernanda Resende, também deram exemplo fazendo a doação e incentivaram que suas equipes participassem da campanha.

Além dos colaboradores, a campanha se estendeu aos acompanhantes e familiares dos pacientes

internados no hospital. De acordo com o Hemogo, apenas 400 pessoas são encaminhadas pelo HGG para o banco de sangue fazer a doação. Quantitativo muito menor do que o consumo de bolsas pelo hospital, que chega a 3.500 por ano. Esse número sensibilizou a dona de casa Divina Viana da Silva, filha de um dos pacientes. "Sempre quis ajudar o hospital e desta vez tive a oportunidade. A gente não deve esperar alguém da família precisar com urgência para doar sangue", disse.

SES
4474
Fila: 9
Rubrica
CICSS

Divina ficou tão envolvida com a campanha, que levou também o seu marido para fazer a doação. Outro que ficou sensibilizado foi o comerciante Cláudio José de Lima, de Palmelo, pequena cidade a 126 quilômetros de Goiânia. Primeiro a chegar ao hospital para fazer a doação, disse que tinha um conterrâneo fazendo tratamento no HGG. "Não o conheço, mas depois que a minha esposa precisou de sangue quando minha filha nasceu, não deixo mais de doar", contou.

De acordo com o diretor geral do Hemocentro, Mauro Silva, a parceria com o HGG e Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano (Idtech), permitiu que a campanha fosse realizada em um dos momentos mais críticos no abastecimento do banco de sangue. "Com a chegada das festas de fim de ano e das férias escolares, muitos viajam e o número de doadores cai 40%. Esse tipo de campanha, na qual tivemos uma ótima estrutura, ajuda abastecer o estoque e fidelizar novos doadores", explica.

O diretor técnico do hospital, Alexandre Amaral, considerou que a primeira edição da campanha "Sou amigo do HGG" foi bastante válida. "Nós plantamos uma semente, mostrando a importância de doar sangue para o hospital. Juntamente com a equipe de enfermagem, psicologia e assistência social, vamos implantar um projeto permanente que incentive colaboradores e familiares dos pacientes para irem até o Hemocentro", informa.

Uma nova edição da campanha "Sou amigo de sangue do HGG" está prevista para o final de janeiro, às vésperas do carnaval, quando o estoque do Hemogo cai ainda mais. Para viabilizar a coleta de sangue no próprio HGG, o Idtech improvisou uma área no hospital, com quatro salas, que serviu de estrutura para cumprir todas as etapas da coleta: cadastro, pré-triagem, triagem, captação e lanche.

A coordenadora de coleta do Hemogo, Katiúscia Christiane Freitas, considerou o número de doadores significativo: 52. Após passar pela triagem, apenas 12 foram rejeitados por diversos fatores, como por exemplo, ter tido hepatite ou por estar tomando medicamentos. "Normalmente o índice é de 30%, mas no HGG, menos de 20% não passaram pela triagem", disse. Quem ainda tiver interesse em fazer a doação pode procurar o Hemocentro entre 7h30 e 18 horas, na Avenida Anhanguera, antes da Praça A.

HGG promove campanha de doação de sangue no pré-carnaval

SES
4475
Rubrica
CICGSS

Para contribuir com os estoques do Hemocentro, hospital receberá doadores nesta sexta-feira, dia 8 de fevereiro, a partir das 9 horas. É a segunda edição da campanha "Sou amigo de sangue do HGG"



Sou AMIGO de SANGUE DO HGG

No Carnaval todos lembram da folia. Mas a vida não pode esperar.

O HGG precisa de sua doação. Doe sangue aqui mesmo no hospital.

Data: 08/02/2013 (sexta-feira)
Horário: 09 às 17h30
Local: Térreo - HGG

Para doar é preciso:

- Gozar de boa saúde
- Estar com peso acima dos 50 quilos
- Ter entre 16 e 67 anos

Hospital Alberto Rassi HGG



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Antes do carnaval começar, o Hospital Alberto Rassi - HGG e Hemocentro de Goiás - Hemogo se uniram outra vez para não deixar faltar sangue para a unidade de saúde. Às vésperas da folia, poucos se lembram de fazer a doação e os estoques do banco de sangue ficam reduzidos a praticamente zero. Por isso, nessa sexta-feira, dia 8 de fevereiro, as portas estarão abertas para os doadores de sangue que tiverem interesse em ajudar o hospital. A coleta ocorrerá entre 9h e 17h30.

A segunda edição da campanha "Sou amigo de sangue do HGG", promoção do Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano (Idtech) e Hemogo, tem como objetivo sensibilizar as pessoas de que a saúde não pode esperar, mesmo no Carnaval. Para se ter uma ideia, o HGG consome por mês cerca de 300 bolsas de sangue para a realização dos seus procedimentos médicos. Esse "insumo" não se compra. A doação de sangue deve ser espontânea e solidária.

Os interessados em doar sangue devem entrar pela portaria A do HGG, localizada na Avenida Anhanguera. O Hemocentro montará estrutura para fazer a coleta de até quatro doadores simultaneamente e vai contar com uma equipe composta por 20 profissionais, entre médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Para viabilizar a ação, o Idtech improvisou uma área no hospital, com quatro salas, que servirá de estrutura para cumprir todas as etapas da doação, cadastro, pré-triagem, triagem, captação e lanche.

HGG recebe doações de sangue



Idtech e Hemocentro realizam segunda edição da campanha "Sou amigo de sangue do HGG", na véspera de Carnaval. Colaboradores, visitantes e acompanhantes dos pacientes contribuíram



Na véspera do Carnaval, o Hospital Alberto Rassi – HGG recebeu a doação de sangue de seus colaboradores, visitantes e acompanhantes dos pacientes. Um gesto solidário de quem vive de perto a realidade da saúde pública, assim como a estudante Juliana Guimarães de Oliveira, que viu sua mãe precisar de dez bolsas de sangue por causa de uma cirurgia. A campanha "Sou amigo de sangue do HGG", promovida pelo Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano (Idtech) e Hemocentro de Goiás (Hemogo), teve a sua segunda edição nesta sexta-feira, dia 8 de fevereiro.

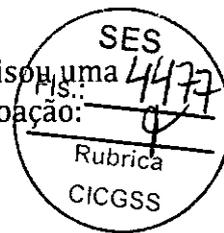
"É a primeira vez que estou doando. É uma forma de retribuir o sangue que a minha mãe precisou quando teve os pés amputados por conta da diabete", explica Juliana. A mãe continua internada no HGG. De acordo com o Hemocentro, muitos dos doadores de sangue são pessoas que já passaram por um problema de saúde na família. A cozinheira Ângela Terezinha Santos Carvalho também acompanha o sobrinho que está internado no hospital. "Já sou doadora. Estou me sentindo muito útil, pois o gesto de doação é como salvar vidas", disse.

O diretor-geral do Hospital Alberto Rassi, André Braga, foi o primeiro colaborador a doar sangue na campanha. "Meu exemplo serve para sensibilizar outros colegas da instituição e da classe médica." Para ele, a doação é um compromisso cívico. "Esta é uma obrigação social. Se todos tivessem essa consciência, não teríamos problemas de falta de sangue nas unidades de saúde", disse. Ele explica que a campanha desenvolvida pelo Idtech em parceria com o Hemocentro foi extremamente importante porque fortalece a gestão da política nacional de humanização e das diretrizes da saúde.

"Estou muito feliz em poder colaborar. Era o meu maior sonho, mas nunca tive a oportunidade", disse a diarista Maria de Fátima Lima, de Goianira. Acompanhante de sua mãe, que está em tratamento no HGG, disse que era a primeira vez que doava sangue e que não sentiu nenhuma dor na hora da doação. A campanha ocorreu entre 9 e 17 horas. O Hemocentro montou estrutura para fazer a coleta de até quatro doadores simultaneamente e contou com uma equipe composta por 20 profissionais, entre

A handwritten signature in the bottom right corner of the page.

médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Para viabilizar a ação, o Idtech improvisou uma área no hospital, com quatro salas, que serviu de estrutura para cumprir todas as etapas da doação: cadastro, pré-triagem, triagem, captação e lanche.

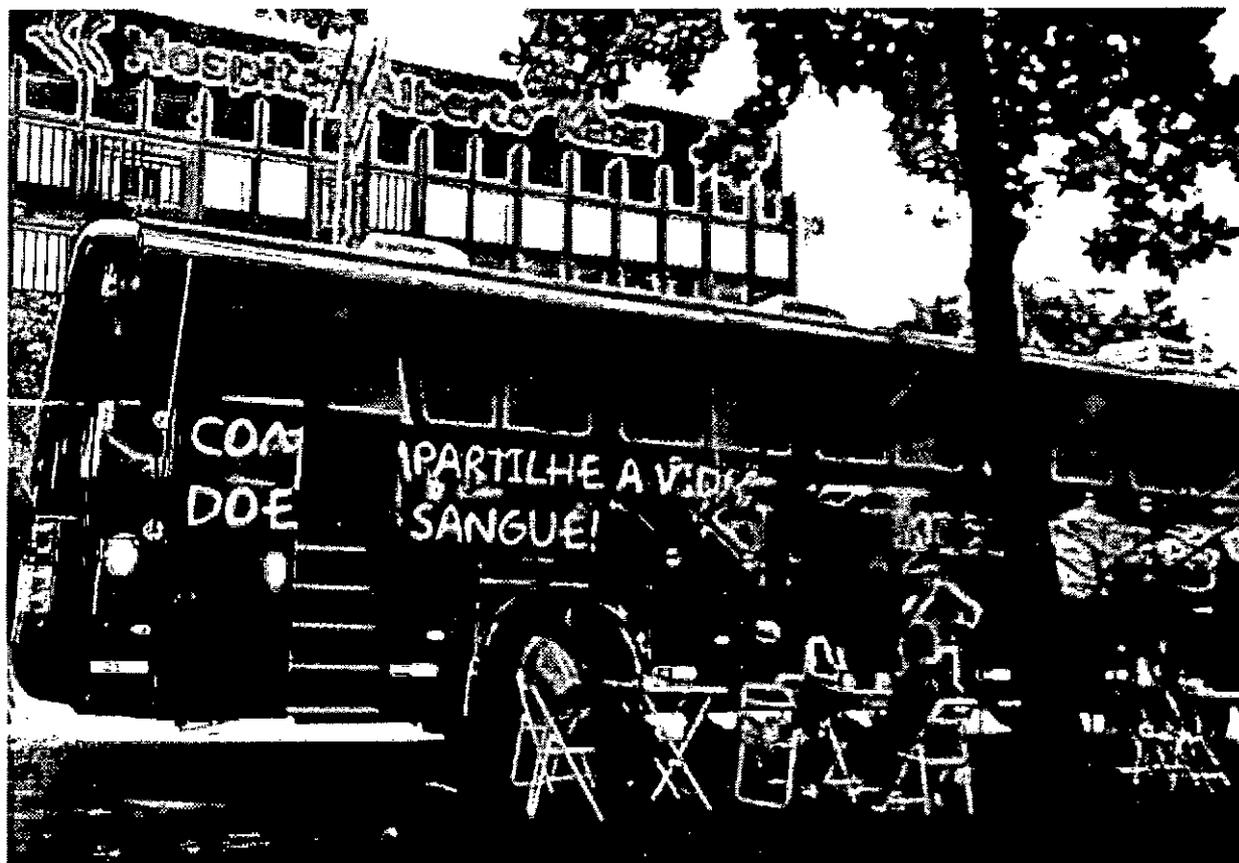


A large, stylized handwritten signature or scribble in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping loops and lines.

Coleta de sangue movimentou o HGG



Novo ônibus do Hemocentro de Goiás passou o Dia Nacional do Doador de Sangue na porta do Hospital Alberto Rassi, na segunda edição da campanha para incentivar doações



Doador de sangue há 39 anos, o engenheiro civil Luiz Fernando Passerotti não hesitou quando viu o ônibus do Hemocentro de Goiás parado na porta do Hospital Alberto Rassi – HGG, nesta segunda-feira, 25 de novembro. Enquanto a mulher, Neuma, fazia um exame no hospital, ele doava sangue. Ele foi o primeiro doador a passar pelo posto de coleta móvel, instalado no HGG no Dia Nacional do Doador de Sangue. A segunda edição da campanha “Sou amigo de sangue do HGG”, que tem como objetivo incentivar esse ato voluntário que salva vidas, movimentou o hospital. Acompanhantes de pacientes internados e colaboradores do HGG fizeram doações, assim como pessoas da comunidade que foram ao local para isso.

“Se cada um tivesse um pouco de consciência e doasse um pouquinho, não haveria tantos problemas de falta de sangue”, disse Luiz Fernando. Ele vê a doação de sangue como um gesto de caridade. A oportunidade de contribuir para salvar vidas também foi o que motivou a jovem Fernanda Afonso de Souza Lima, de 22 anos. Ela procurou o ônibus para doar pela primeira vez. “Estou com minha mãe internada no HGG e resolvi colaborar”, contou, enquanto se acomodava na poltrona para iniciar a coleta. A enfermeira Fabrícia Cândida Faria foi a primeira servidora do HGG a participar da campanha, incentivando outros colaboradores a repetir seu gesto.

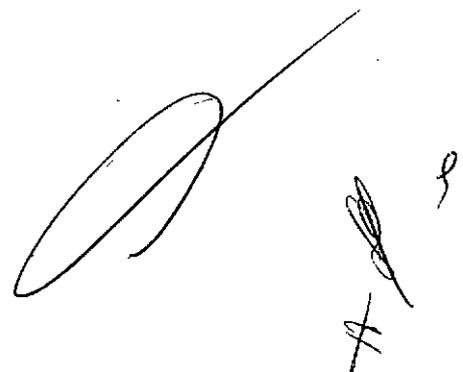
Esta foi a primeira vez que o novo ônibus do Hemocentro foi utilizado. O evento marcou o início da Semana do Doador, promovida pelo Hemocentro de Goiás, que realizou uma homenagem aos principais colaboradores da unidade, entre eles, o HGG, que recebeu o certificado de unidade de saúde parceira do Hemocentro em projetos de captação de doadores de sangue. O diretor-geral do HGG, André Braga, recebeu a homenagem. Ele também fez a entrega do diploma para Arléia Salette Korzune, do Movimento Sangue é Vida, da Paróquia Nossa Senhora de Fátima, de Goiânia, que foi o maior movimento de doação de sangue de 2013 ao Hemocentro.

A campanha “Sou amigo de sangue do HGG” será permanente no hospital. Segundo a médica

A handwritten signature in the bottom right corner of the page.

hematologista Yana de Sousa Rabelo, responsável pela Agência Transfusional do HGG, foram feitos diversos informativos para o esclarecimento sobre transfusão para os profissionais da enfermagem e da equipe médica, além de um panfleto para incentivar a doação de sangue. "Todos os pacientes internados e seus acompanhantes serão convidados a participar da campanha, lembrando que a doação de sangue é um gesto solidário", diz. Só o HGG consome anualmente cerca de 3,5 mil bolsas de sangue.

SES
Fb.: 4479
Rubrica
CICGSS

A large, stylized handwritten signature is written in the bottom right corner of the page. Below it, there are several smaller handwritten marks, including what appears to be the initials 'H' and 'R'.

Ônibus fará coleta de sangue para o HGG



No Dia do Doador de Sangue, Hospital Alberto Rassi promove segunda edição de campanha para incentivar doações. Coleta ocorrerá das 9 às 17 horas, em frente o hospital

Sou AMIGO de SANGUE DO HGG

Seja amigo de sangue do HGG

Data: 25/11/2013 (segunda-feira)
Horário: 9 às 17 horas
Local: Em frente ao Hospital Alberto Rassi - HGG
(Avenida Anhanguera, 6.479 Setor Oeste)

Para doar é preciso:

- Gozar de boa saúde
- Estar com peso acima dos 50 quilos
- Ter entre 16 e 69 anos

Hospital Alberto Rassi HGG

IDTECH HEMAGO HEMOCENTRO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE GOIÁS SUS

Nesta segunda-feira, 25 de novembro, Dia Nacional do Doador de Sangue, o Hemocentro de Goiás levará sua unidade móvel para o Hospital Alberto Rassi - HGG. As coletas acontecerão no ônibus em frente da unidade hospitalar, das 9 às 17 horas. É a segunda edição da campanha "Sou amigo de sangue do HGG", que tem como objetivo incentivar este ato voluntário que pode salvar muitas vidas, não tão somente de pessoas acidentadas.

Será a primeira vez que o novo ônibus de coleta será utilizado. O evento marca o início das atividades da Semana do Doador, promovida pelo Hemocentro. De acordo com a coordenadora de coleta do banco de sangue, Ludmilla Faria Ferreira, muitos doentes precisam da transfusão sanguínea. "Pessoas com queimaduras, com anemia, que fazem hemodiálise, enfim, vários doentes precisam do sangue", disse. Somente no HGG são consumidas cerca de 3.500 bolsas por ano.

Este mês, o Ministério da Saúde aumentou a faixa de idade das pessoas que podem doar sangue para até 69 anos. Também são requisitos estar com peso acima dos 50 quilos e gozar de boa saúde. Ludmilla Ferreira informa que os homens podem doar até 4 vezes ao ano e as mulheres três vezes. "O importante de campanhas como esta do HGG é atingir novos candidatos à doação, que se tornam doadores contínuos", disse.

A campanha "Sou Amigo de Sangue do HGG" será permante no hospital. Segundo a médica hematologista responsável pela Agência Transfusional do HGG, Yana de Sousa Rabelo, foram

desenvolvidos diversos materiais informativos para o esclarecimento sobre transfusão para 65.:
profissionais da enfermagem e equipe médica, além de um panfleto para incentivar a doação de
sangue.



“Todos os pacientes internados e seus acompanhantes serão convidados a participar da campanha. Lembrando que a doação de sangue é um ato solidário. Nós não podemos e não vamos obrigar alguém a doar ou condicionar qualquer procedimento em troca da doação”, explica a médica.

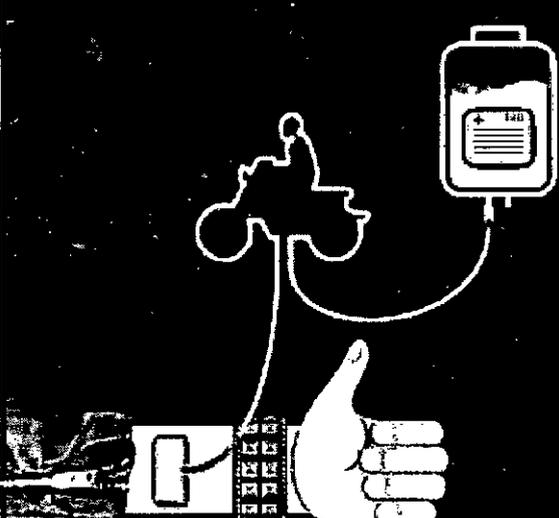
Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page. There is a large, stylized signature, followed by a star-like symbol and another smaller signature.

Hemocentro e HGG promovem coleta de sangue ao som do rock

SES
Fls.: 4482
Rubrica
CICGSS

Evento neste sábado, dia 22, abrirá Semana do Doador de Sangue e contará com bandas e apoio dos clubes de motociclistas de Goiás

CONVITE



Hospital
Alberto Rassi
HGG

Doe sangue Ao som do Rock'n Roll

O Hospital Alberto Rassi - HGG e o Hemocentro de Goiás (Hemogo) convidam para o evento "Doe sangue ao som do Rock'n Roll". Esta será a primeira atividade da Semana do Doador de Sangue e tem como objetivo reunir os clubes de motociclismo em Goiás para um encontro descontraído, embora essencial para a vida de milhares de pessoas que precisam de sangue para continuar na estrada.

DATA: 22/11/2014 (sábado)
HORÁRIO: 9h30
LOCAL: Hospital Alberto Rassi - HGG (Avenida Anhanguera, nº 6.479, Setor Oeste)

IDTECH
HEM+GO
HEMOCENTRO DE GOIÁS

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE
GOIÁS

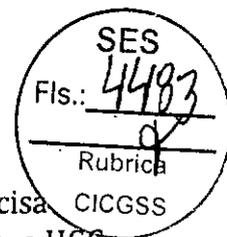
SUS

Interessados em doar sangue poderão praticar este ato de solidariedade ao som de bandas de rock and roll, neste sábado, dia 22 de novembro, das 9 às 14 horas, no Hospital Alberto Rassi - HGG. Trata-se de um evento especial do Hemocentro de Goiás em parceria com o Idtech, que abrirá a Semana do Doador de Sangue. Os principais clubes de motociclistas do Estado estarão presentes, mostrando que além de aventureiros, são companheiros com aqueles pacientes que precisam de ajuda para continuar na estrada.

Já são nove motoclubes confirmados para o evento no HGG, onde são esperados cerca de 200 motociclistas, além de outros grupos que aderiram à ideia, como o Clube da Flor de Lis, que reúne escoteiros. A confraternização ocorrerá na recepção do Ambulatório de Medicina Avançada (AMA), que terá seu espaço aproveitado para uma estrutura provisória de coleta de sangue composta por cadastro, pré-triagem, entrevista, sala de coleta e outra para o lanche.

Para a coordenadora de coleta do Hemocentro de Goiás, Katiúscia Freitas, o evento envolvendo os motociclistas ajudará a quebrar preconceitos sobre os doadores de sangue. "Muita gente acredita que pessoas com tatuagem por exemplo não podem doar. Mas podem, desde que tenha sido feita em um período superior a um ano", explica. São outros requisitos para a doação: ter acima de 50 quilos, ter

até 69 anos e gozar de boa saúde.



O Hemocentro de Goiás, ao abastecer os hospitais públicos do Estado, entre eles o HGG, precisa constantemente de doações. De acordo com a chefe do Serviço de Hematologia, Yana Rabelo, o HGG precisa de cerca de 400 bolsas de sangue por mês para a realização de cirurgias, para a terapia intensiva ou mesmo para tratamento clínico. Todos os pacientes estão sujeitos a transfusão de sangue. E este é um tipo de material exclusivamente humano, que não existe para comprar ou qualquer outro substituto", explica a médica.

Semana do Doador

Além da atividade no HGG, a Semana do Doador de Sangue continuará até o sábado seguinte. O Hemocentro fará um evento com homenagens especiais aos doadores que comparecerem no Dia Nacional do Doador Voluntário de Sangue, 25 de novembro.

A large, stylized handwritten signature in black ink.

Small handwritten initials or marks, possibly 'A' and 'P'.

Mais de 150 motociclistas comparecem ao evento de doação de sangue no HGG

Apoio dos motoclubes foi fundamental para a realização do evento "Doe sangue ao som do Rockn Roll", promovido pelo Idtech e Hemocentro de Goiás. Sangue coletado é capaz de ajudar mais de 200 pacientes



Motores, música, companheirismo e solidariedade. Esta foi a fórmula do sucesso do evento "Doe sangue ao som do Rockn Roll" realizado no Hospital Alberto Rassi - HGG na manhã do último sábado, dia 22 de novembro. Mais de 150 motociclistas compareceram à campanha promovida pelo Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano (Idtech) e Hemocentro de Goiás (Hemogo), que teve como objetivo incentivar a doação de sangue e quebrar paradigmas em torno dos critérios para se tornar um doador.

Um dos doadores foi o policial militar Hugo Vinícius de Souza Andrade, do motoclubes Cruz de Ferro. Mesmo com uma grande tatuagem no braço esteve apto para a doação. De acordo com o Hemocentro, é possível doar, desde que o desenho tenha sido feito há mais de um ano. Sobre a iniciativa, o motociclista elogiou o fato de unir a paixão do motociclismo e a solidariedade. "É sempre bom ajudar o próximo. Não custa nada doar", disse.

Logo cedo chegou a motociclista Arikelli Aparecida Florêncio Guerreiro, do motoclubes QBU, junto com o seu marido. Apaixonada por motos há oito anos, a gerente financeira também aprovou o evento. "A gente sempre fica sabendo que está faltando sangue, mas também precisamos saber destas iniciativas para a gente tomar a iniciativa de vir. Temos a sensação que é muito burocrático e quando chegamos aqui percebemos que é muito mais fácil doar", comentou ela, que vai incentivar outras pessoas a fazer o mesmo.

Durante o evento, 77 pessoas se candidataram e destas 51 estavam aptas e fizeram a doação. Estas bolsas de sangue poderão ajudar cerca de 200 pacientes, já que cada uma é capaz de salvar até quatro vidas. Este número é suficiente para atender quase dois meses da demanda do HGG, por isso, a doação deve ser algo permanente. É o que alerta o funcionário público Guilherme de Castro do motoclubes

Lemurianos. "Tomara que aqui sirva, mais até do que a oportunidade de doar sangue, para incentivar as pessoas que vieram aqui para continuar doando sempre", destacou. Para homens, é possível fazer nova doação após dois meses e mulheres depois de três meses.

SES
2485
Rubrica
CICGSS

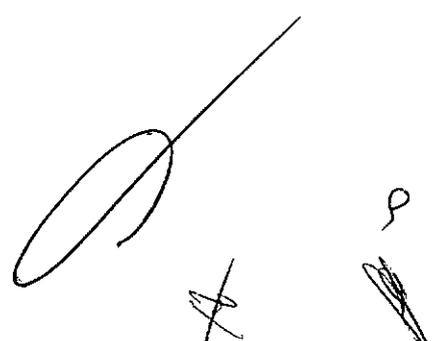
O evento contou ainda com a presença do secretário estadual de Saúde, Halim Girade, o superintendente executivo da SES, Oldair Marinho de Fonseca, e o diretor do Hemocentro, Mauro Silva.

Shows de rock

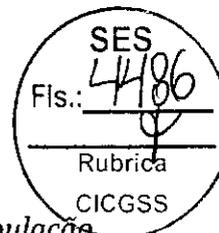
A solidariedade foi movida a rock and roll. Duas bandas estiveram voluntariamente no palco do Hospital Alberto Rassi - HGG neste sábado. A primeira a se apresentar foi a Doctor Gyn, cujo baterista é médico anesthesiologista da unidade, Marcelo Roriz. O grupo empolgou os presentes com os clássicos nacionais e internacionais, como Barão Vermelho e Guns N Roses. Já a banda Dry Mouth levou o peso do heavy metal, com covers do Deep Purple, Scorpions e Pink Floyd.

O paciente Sirlane Simões não resistiu ao som das bandas e foi para o Ambulatório ver de perto o show ao vivo. "Já estou há 43 dias internado porque vou fazer a cirurgia bariátrica e a música ajuda a passar o tempo. É uma iniciativa muito interessante. Nunca imaginei que ia ver uma banda de rock, em estilo que adoro, dentro do hospital", disse o artesão.

O vocalista da Dry Mouth, Jordan Guimarães, acostumado a se apresentar em bares e eventos de rock disse também nunca ter passado pela cabeça que seu próximo palco seria um hospital. "O hospital é um ambiente que lembra sofrimento e dor. Você trazer a música para este local e ver o paciente sorrindo, batendo pé, é gratificante", declarou. Ele ainda destacou o papel do rock em uma iniciativa que visa a solidariedade. "O rock passa essa mensagem da união e esperamos que este evento seja o primeiro de muitos."



Junho Vermelho no HGG incentiva doação de sangue



Durante este mês, a fachada do HGG estará iluminada de vermelho. Ação visa incentivar a população para doações de sangue



O Junho Vermelho surgiu com a ideia de conscientizar a população sobre a importância da doação de sangue como hábito constante. Como forma de chamar a atenção sobre a campanha, o Hospital Alberto Rassi – HGG manterá iluminado em vermelho, durante todo o mês de junho, a fachada da unidade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a recomendação é que, no mínimo, 5% da população seja doadora. No Brasil essa porcentagem não chega aos 2%. Em 2014, foram coletadas cerca de 3,6 milhões de bolsas de sangue, quantidade responsável por 3.127.957 transfusões ambulatoriais e hospitalares.

De acordo com a chefe da Agência Transfusional do hospital, Yana Rabelo, o HGG precisa de cerca de 450 bolsas de sangue por mês para a realização de cirurgias, para a terapia intensiva ou mesmo para tratamento clínico. “Essa campanha é muito importante porque os brasileiros não possuem o hábito de doar sangue. Não apenas em Goiás, mas no país inteiro os bancos públicos sofrem com o estoque baixo”, afirmou.

No Estado, as doações podem ser feitas no Hemocentro que fica na Avenida Anhanguera, nº 5195, Setor Campinas, em Goiânia. Os telefones de contato são (62) 3201-4570 / 3201-4580 / 3201-4564. O Hemocentro funciona de segunda à sexta das 7h30 às 18 horas. Nos finais de semana e feriado, funciona em horários especiais. Confira a seguir as condições para fazer a doação:

Condições básicas para doar sangue

- Gozar de boa saúde;
- Pesar acima de 50 quilos;
- Ter entre 16 e 69 anos (desde que a primeira doação tenha sido feita até 60 anos). Menores de 18 anos precisam de autorização;
- Além disso, antes da doação, o candidato passa por triagens (Hematológica e Clínica) para verificar se está em condições de doar ou não.

Quem não pode doar sangue?

- Pessoas que tiveram Hepatite ou Doença de Chagas;
- Pessoas com Malária ou Sífilis;
- Usuários de drogas que compartilham seringas injetáveis;
- Homens e mulheres com múltiplos(as) parceiros(as) sexuais e que mantenham suas relações com penetrações, sem o uso de preservativo (camisinha);
- Parceiros sexuais de pessoas infectadas pelo HIV ou enfermos com AIDS;
- Pessoas com histórias prévias, recentes, de doenças sexualmente transmissíveis;
- Mulheres grávidas.
- Outros (restrições / inaptidões de acordo com a RDC 153 de 14/06/2004).



A large handwritten signature and several smaller initials or marks at the bottom right of the page.

Evento reúne motociclistas para doação de sangue no HGG

SES
4188
Fis. *[assinatura]*
Rubrica
SIGSS

Segunda edição do "Doe sangue ao som de Rock'n Roll" acontece neste sábado, dia 21 de novembro, a partir das 9 horas, no Hospital Alberto Rassi - HGG. Iniciativa visa contribuir para a reposição dos estoques de sangue do Hemocentro de Goiás

Doe sangue
Ao som do Rock'n Roll

2ª EDIÇÃO

Milhares de pessoas precisam de sangue para continuar na estrada. E você pode ajudar!

Data: 21 de novembro
Horário: 9 às 14 horas
Local: Hospital Alberto Rassi - HGG
Endereço: Avenida Anhanguera, 6.479, Setor Oeste, Goiânia.

Hospital Alberto Rassi HGG

IDTECH
HEMOGO
HEMOCENTRO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GOVERNO DE GOIAS
SUS

Muito rock nas veias! Neste sábado, dia 21 de novembro, o Hospital Alberto Rassi - HGG e Hemocentro de Goiás (Hemogo) promovem a segunda edição do evento "Doe sangue ao som do Rock'n Roll, unindo o útil ao agradável: música e solidariedade. Com o apoio de 15 grupos de motociclistas do Estado, o encontro terá ainda o show da banda Dry Mouth, que interpreta os principais clássicos do heavy metal.

O evento ocorre das 9 às 14 horas e abrirá as comemorações da Semana do Doador Voluntário de Sangue. Sua primeira edição aconteceu em 2014, quando 150 pessoas compareceram ao hospital. Durante a ação, 77 pessoas se candidataram e destas 51 estavam aptas e fizeram a doação. Em 2015, a expectativa é superar estes números, explica o assessor de Tecnologia do Idtech e membro do grupo motociclista "Metal & Óleo", Adonai Andrade. Ele, que é um dos colaboradores que apoiam a iniciativa, comenta que 250 pessoas já confirmaram presença no evento. "Nós conhecemos a realidade do Hemocentro, e sabemos que por mais que campanhas sejam realizadas e diversas coletas sejam feitas diariamente, a demanda é muito grande. Por isso, estamos fazendo a nossa parte para suprir um pouco dessa necessidade."

O Hemocentro de Goiás é responsável por abastecer os hospitais públicos do Estado, entre eles o HGG. Por isso, a unidade precisa constantemente de doações. De acordo com o coordenador da Divisão de Captação de Doadores do Hemocentro, Marcos Antônio de Oliveira, eventos como este são de extrema importância para atingir novos doadores. "Ainda mais com a proximidade das festas de final de ano,

[assinaturas]

que nossos estoques caem muito. Com estas doações vamos poder deixar o Banco de Sangue em um nível aceitável para manter as cirurgias eletivas e de emergência”, destaca.



De acordo com a gerente do Banco de Sangue do hospital, Emilya Locatelli, o HGG consome, cerca de 400 bolsas de sangue por mês. “Nós sabemos que o evento não vai conseguir suprir 100% a necessidade do Hemocentro hoje, e nem resolver o problema por um longo prazo. Mas, temos consciência que promovendo ações assim vamos abrindo os olhos das pessoas para a importância da doação de sangue, é um trabalho social”, explica.

Requisitos

Emilya esclarece que para doar o voluntário precisa estar em bom estado de saúde, ter idade entre 16 e 69 anos, não estar em jejum, ter o peso corporal acima de 50 quilos, não fumar duas horas antes e não ingerir bebida alcoólica no período anterior há 12 horas da doação. Além disso, pessoas com tatuagem e/ou maquiagem definitiva devem aguardar o prazo de um ano após o procedimento para doar, e nos casos de piercing, seis meses.

Evento de rock e doação de sangue no HGG reúne mais de 170 motociclistas



Segunda edição do "Doe Sangue ao Som do Rock'n Roll" conseguiu arrecadar 84 bolsas de sangue. O resultado superou em 65% o quantitativo arrecadado em 2014



Show de rock em um hospital já é algo inusitado. Imagine ainda reunir mais de 170 motociclistas em uma manhã de sábado em torno de uma causa: a doação de sangue. No último sábado, dia 21 de novembro, o Hospital Alberto Rassi - HGG e Hemocentro de Goiás (Hemogo) promoveram a segunda edição do evento "Doe Sangue ao Som do Rock'n Roll, que conseguiu arrecadar 84 bolsas de sangue, quantidade 65% maior do que a campanha de 2014.

O colete preto, as tatuagens, o gosto pelo rock e a cara de mau podem formar estereótipo dos motociclistas. Mas engana-se quem acha que os caras estão nem aí para o próximo. Teve clube de motociclistas que veio de São Paulo especialmente para o evento no HGG. "Saímos às 4 horas da manhã de Araras e rodamos 780 quilômetros para estar aqui", contou Carlos Eduardo Silveira Moraes, vulgo "Pombo", do motoclub Sinistro, que viajou com mais dois amigos.

Para o bombeiro e motociclista do Lemurianos, Valdir de Lima Freitas, o evento serviu também para desmistificar a imagem do motociclista. "Faço doação de sangue rotineiramente. Todos podem precisar de sangue, ainda mais a gente, que está sempre na estrada", disse. O casal Arikelli Aparecida Guerreira e Wanderley Sartin foram os primeiros a chegar no HGG. Integrantes do QBU, estiveram na primeira edição do evento e repetiram o gesto. "Achei muito legal a proposta e vou continuar vindo sempre", disse Arikelli.

O HGG recebeu o apoio de 15 motoclubes. Engana-se que só homens são amantes das máquinas. As Ladies of Harley estiveram no evento e elogiou a iniciativa. "Estivemos ontem no Hospital do Câncer e hoje não poderíamos deixar de vir e apoiar esta causa", disse a presidente do motoclub, Ana Clay da Silva Oliveira, que já está acostumada a participar de campanhas de solidariedade.

O Hemocentro montou uma estrutura para receber até oito doadores simultâneos, o que agilizou o

processo de captação. Com o apoio dos colaboradores do HGG, a equipe de atendimento foi formada por 30 profissionais. Enquanto não estavam doando sangue, os participantes puderam assistir ao show da banda de heavy metal Dry Mouth, que empolgou a galera com os clássicos do Iron Maiden, Deep Purple, Scorpions e outros.

SES
Fls.: 4491
Rubrica
HGGSS

Presenças

O 'Doe Sangue ao Som do Rock'n Roll' foi prestigiado pela superintendente de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS, Irani Ribeiro, que agradeceu os participantes e explicou a importância de todos para a divulgação da importância da doação de sangue. Ela aproveitou a ocasião para conhecer as transformações do HGG após a gestão da Organização Social e ficou entusiasmada com os projetos de humanização hospitalar.

Também esteve presente a ex-deputada estadual Marina Sant'Anna, que é adepta do motociclismo. Outro visitante ilustre, que deu exemplo e doou sangue, foi o Jeff Boy, motociclista da Rádio Interativa, responsável por noticiar a situação do trânsito na cidade.



Junho Vermelho: HGG incentiva doação de sangue



Na tarde desta quarta-feira, 8 de junho, a coordenadora de captação do Hemocentro, Maria Tereza Costa esteve no Hospital Alberto Rassi para conscientizar os pacientes sobre a importância da doação de sangue



O Hospital Alberto Rassi – HGG, em parceria com o Hemocentro de Goiás, promoveu na tarde desta quarta-feira, 8 de junho, uma ação com o propósito de conscientizar os pacientes da unidade sobre a importância de doar sangue. A coordenadora de captação do Hemocentro, Maria Tereza Costa, esteve no Ambulatório de Medicina Avançada (AMA) do HGG para falar sobre o Junho Vermelho, campanha que incentiva a doação em todo o território nacional. Além de esclarecer os mitos e verdades sobre o ato, também foram distribuídos panfletos informativos para os usuários.

Maria Tereza revelou que menos de 2% da população brasileira é doadora de sangue, porém a cada dois segundos, algum paciente necessita de transfusão no Brasil. De acordo com ela, a geladeira do Hemocentro comporta mais de duas mil bolsas, porém o estoque atual conta com apenas 400. “Nós atendemos mais de 150 hospitais no Estado. Se a gente tiver uma epidemia e as pessoas precisarem de transfusão, pode morrer todo mundo. Uma bolsa contém 450 ml de sangue, e pode salvar até quatro vidas. Embora a ciência esteja avançando, ainda não descobriram algum substituto para o sangue. Por isso é importante nos conscientizarmos”, alertou.

A dona de casa Odília Pereira de Souza estava no Ambulatório aguardando por uma consulta com cardiologista. Ela é paciente no HGG há muitos anos e explica que já passou por diversos procedimentos na unidade como cirurgia bariátrica, implante de silicone, abdominoplastia e retirada de hérnia. Odília conta que sempre teve vontade doar sangue, porém tinha muitas dúvidas. “Doar sangue é doar vida. Não há dinheiro que pague isso. Quando o meu filho era vivo, ela era doador e eu sempre achei linda essa atitude. Mas agora vou até a triagem do Hemocentro para verificar se eu também posso doar”, explicou.

A aposentada Maria Aparecida Rezende da Silva aprovou a iniciativa da campanha Junho Vermelho e conta que sempre que pode, ela doa sangue. “Quando tem algum conhecido ou amigo que precisa, eu sempre faço a doação. Acredito que esse trabalho que vocês estão fazendo incentivam as pessoas a

doarem. Eu falo por mim, porque tinha muito tempo que eu não doava, e agora apareceu o alerta que já está passando de hora de doar", explicou a aposentada que está acompanhando o marido em uma consulta.



Além da palestra, o HGG também promoveu uma ação de aferição de pressão, medição de Índice de Massa Corpórea (IMC) e entrevistas para verificar se a pessoa está apta para a doação. Cerca de 80 pessoas foram atendidas.

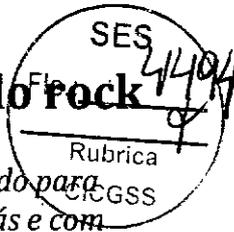
Requisitos básicos para doação de sangue:

- Estar em boas condições de saúde;
- Ter entre 16 e 69 anos, desde que a primeira doação tenha sido feita até 60 anos (menores de 18 anos, precisam de autorização);
- Pesar no mínimo 50 kg;
- Estar descansado (ter dormido pelo menos 6 horas nas últimas 24 horas);
- Estar alimentado (evitar alimentação gordurosa nas 4 horas que antecedem a doação);
- Apresentar documento com foto emitido por órgão oficial.

Para doar, basta ir até o Hemocentro no endereço Avenida Anhanguera nº5.195, Setor Campinas, Goiânia Telefones: (62) 3201-4570 / 3201-4580 / 3201-4564

HGG e Hemocentro promovem coleta de sangue ao som do rock

No sábado, dia 26 de novembro, das 9 às 14 horas, o Hospital Alberto Rassi estará preparado para receber os doadores de sangue. Evento conta com o apoio de mais de 20 motoclubes de Goiás e com apresentação da banda Balaclava



DOE SANGUE AO SOM DO ROCK!
3ª EDIÇÃO

Milhares de pessoas precisam do sangue para continuar na estrada. E você pode ajudar!

Particpe do grande evento que une música, motocicletas e solidariedade.

Data: 26/11/2016 (Sábado)
Horário: 9 às 14 horas
Local: Hospital Alberto Rassi - HGG (Av. Anhanguerá, 6.479, St. Oeste)
Show com a banda **BALACLAVA**

Acesse: www.hospitalalbertorassi.org.br

O Hospital Alberto Rassi - HGG e Hemocentro de Goiás (Hemogo) promovem no sábado, dia 26 de novembro, a terceira edição do evento "Doe sangue ao som do rock", com o apoio de vários motoclubes regionais e nacionais. Entre 9 e 14 horas, a unidade hospitalar estará preparada para receber os doadores de sangue, que poderão, além de praticar um ato de solidariedade, curtir a banda de rock clássico Balaclava e admirar as centenas de motos, desde as mais possantes às com customizações diferenciadas, que serão exibidas no estacionamento.

Nesta edição, o evento conta com o apoio de 20 motoclubes e quatro empresas especializadas. Para os doadores, haverá a distribuição de botons e a empresa RM Personalização também entregará patches (bordados para as jaquetas dos motociclistas) com a temática do evento. Além de todas as atrações, o motociclista Cláudio Simões Ventriglia vai divertir os pacientes vestido de papai noel, só que, em vez de trenó, ele chegará de moto.

Somadas as duas edições já realizadas, em 2014 e 2015, foram captadas 135 bolsas de sangue, que puderam beneficiar até 540 pessoas. De acordo com o assessor administrativo do Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano (Idtech), organização social gestora do HGG, Henrique Torres, a expectativa é de aumentar ainda mais este número. "A adesão dos motociclistas vem crescendo bastante a cada ano. Em 2016, conseguimos o apoio de grandes clubes nacionais e a galera está empenhada", destacou ele, que é membro do motoclube Lemurianos.

Adonai Andrade, assessor de Tecnologia da Informação do Idtech e membro do motoclube Metal & Óleo, também é um dos organizadores do evento. Ele estima a participação de mais de 200 pessoas

nesta edição. "Sabemos que, por mais que campanhas sejam realizadas pelo Hemocentro e diversas coletas sejam feitas diariamente, a demanda é muito grande. Por isso, estamos fazendo a nossa parte para suprir um pouco dessa necessidade", destacou.



Requisitos

De acordo com a gerente da Agência Transfusional do hospital, Emilya Locatelli, o HGG consume, cerca de 300 bolsas de sangue por mês. Para doar o voluntário precisa estar em bom estado de saúde, ter idade entre 16 e 69 anos, não estar em jejum, ter o peso corporal acima de 50 quilos, não fumar duas horas antes e não ingerir bebida alcoólica no período anterior há 12 horas da doação. Além disso, pessoas com tatuagem e/ou maquiagem definitiva devem aguardar o prazo de um ano após o procedimento para doar, e nos casos de piercing, seis meses.

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page. There is a large, stylized signature and several smaller initials or marks.

Palestra no HGG incentiva a doação de sangue

Enfermeira Eva das Chagas, que atua no Hemocentro de Goiás abordou sobre o tema com os pacientes do Ambulatório de Medicina Avançada (AMA), na manhã desta quarta-feira, 23 de novembro



Na semana em que se comemora o Dia do Doador de Sangue, o Hospital Alberto Rassi – HGG e o Hemocentro de Goiás promovem ações com o objetivo de aumentar o estoque dos bancos de sangue do Estado. Na manhã desta quarta-feira, 23 de novembro, a enfermeira que atua no Hemocentro, Eva das Chagas, esteve no HGG e abordou com os usuários do Ambulatório de Medicina Avançada (AMA) sobre a importância da doação de sangue.

Eva explicou que a doação de uma pessoa pode salvar até quatro vidas. “Não vim falar apenas de doação de sangue, mas de vida. Não tem como desvincular os dois. Normalmente as pessoas só pensam em fazer a doação quando tem um parente que necessita, porém precisamos lembrar que todos os dias existe alguém precisando de doação. O sangue não tem como ser comprado ou fabricado em laboratório, depende da boa vontade de alguém”, ressaltou.

Os mitos, de acordo com a enfermeira, muitas vezes impedem as pessoas a procurar um banco de sangue para doar. “O processo para doação é muito seguro, é feito um cadastro e exames no doador. Para doar é simples: é necessário apresentar documento original com foto, estar com bom estado de saúde, não pode estar em jejum, ter dormido bem durante a noite, ter entre 16 e 69 anos de idade, pesar acima de 50 quilos, não ingerir bebidas alcoólicas nas últimas doze horas anterior à doação; se é fumante, recomenda-se ficar sem fumar duas horas antes e depois da doação”.

A aposentada Iraci Angélica Moreira tem 62 anos e relatou que já tentou doar sangue porém como estava com o colesterol alto, não foi possível. “Quando as taxas do colesterol estão altas, podem interferir na qualidade do sangue e aí pode impedir a pessoa de doar”, respondeu a enfermeira. No entanto, Iraci disse que não desistiu. “Eu quero ajudar e queria doar todo dia se possível. Fico com pena de quem precisa, vejo muito na televisão as pessoas precisando de sangue, e a gente com tanto sangue guardado”, brincou.



"Doe sangue ao som do rock"

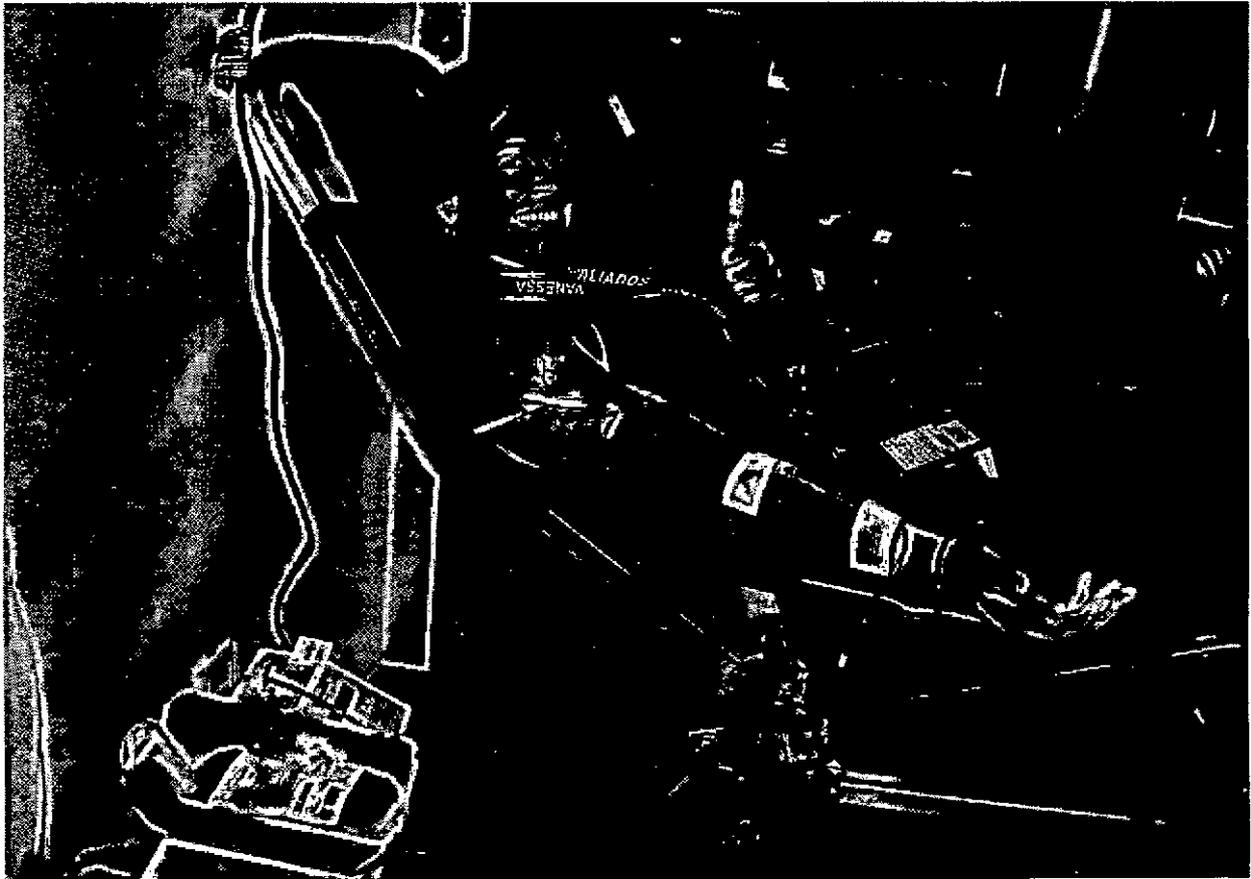
Neste sábado, 26 de novembro, o Hospital Alberto Rassi - HGG e Hemocentro de Goiás promovem a terceira edição do evento "Doe sangue ao som do rock", com o apoio de vários motoclubes regionais e nacionais. Entre 9 e 14 horas, a unidade hospitalar estará preparada para receber os doadores de sangue, que poderão, além de praticar um ato de solidariedade, curtir a banda de rock clássico Balaclava e admirar as centenas de motos, desde as mais possantes às com customizações diferenciadas, que serão exibidas no estacionamento.

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large signature and several smaller initials.

Doação de sangue ao som do rock reúne mais de 250 pessoas



Evento promovido pelo Hospital Alberto Rassi – HGG neste sábado e Hemocentro de Goiás, 26 de novembro, conseguiu coletar 123 bolsas de sangue, batendo o recorde das últimas edições



Para quem via de fora, o Hospital Alberto Rassi – HGG parecia apenas um local de encontro de motociclistas: muitas pessoas vestidas de preto, bandeiras dos motoclubes e banda de rock. Mas, o que acontecia ali, era também uma verdadeira manifestação de solidariedade. O evento Doe Sangue ao Som do Rock, promovido neste sábado, dia 26 de novembro, pela unidade e Hemocentro de Goiás, conseguiu coletar 123 bolsas de sangue, um recorde das últimas edições.

Quase de 250 pessoas compareceram ao evento, que contou com a parceria de 20 motoclubes de Goiás. A iniciativa está em sua terceira edição e supera o número de arrecadação a cada ano. “Em 2016 conseguimos mais apoiadores e junto com o Hemocentro, aumentamos os pontos de coleta de sangue e a equipe de atendimento, agilizando as doações”, declarou o diretor geral do HGG, José Cláudio Romero. Comparado ao ano de 2015, o incremento de bolsas coletadas foi de 46%.

Contando que, para cada bolsa é possível ajudar até quatro pessoas, a iniciativa com o apoio dos motociclistas pode salvar quase 500 pessoas. O motociclista Wanderley Sartil, do QBU, participou de todas as três edições do evento e doou sangue mais uma vez. “Sangue é vida e neste mundo violento, com tantos acidentes, acho que não custa nada a gente dar um pouco de esperança”, disse.

O vice-presidente do motoclube Metal & Óleo, Olavo Júnior, veio de Brasília para prestigiar o evento: “Já participei no ano passado e quando soube, fiz questão de vir novamente porque não tem como não contribuir. Isso aqui não pode acabar jamais e tem de servir de exemplo para outros motoclubes e para a sociedade geral, pois doar sangue é doar vida”, destacou ele, que parabenizou pela iniciativa.

E não é que até o papai-noel chegou de moto para visitar os pacientes e divertir os doadores de sangue? Vestido com a tradicional roupa vermelha e o colete do seu motoclube, ele chegou ao som do barulho dos motores. “Já vim em outras edições, mas o papai noel em mim é novo e estou recebendo muitas cartinhas”, contou.

A terceira edição do Doe Sangue ao Som do Rock foi embalada pela banda Balaclava, que tocou os maiores clássicos do metal, como Pink Floyd, Black Sabbath e AC/DC. Os doadores de sangue receberam bottons e pacts (bordados para os coletes) com a temática do evento. O Grupo de Intervenção Rápida e Ostensiva (Giro) da Polícia Militar e a escola de Vigilantes de Goiás também participaram do encontro.

SES
Fls.: 4490
Rubrica
CICGSS



Hemocentro conscientiza pacientes do HGG sobre importância da doação de sangue

SES
Fls. 4500
Rubrica
CICGSS

Enfermeira Miriã Faria Duarte ministrou palestra no Ambulatório de Medicina Avançada (AMA) do hospital nesta quarta-feira, 15 de fevereiro. Pacientes aprovaram a iniciativa



O vendedor Juvêncio Henrique Fialho Fogaça é doador de sangue há pelo menos 25 anos. Ele explica que sempre que pode, vai até aos bancos de sangue para fazer a doação, e que faz questão de ajudar quando algum familiar ou amigo está precisando. Na tarde desta quarta-feira, 15 de fevereiro, ele participou da palestra no Ambulatório de Medicina Avançada (AMA) do Hospital Alberto Rassi - HGG, que esclareceu sobre os mitos e verdades relacionadas à doação de sangue.

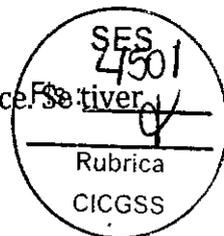
Ele estava na unidade acompanhando a irmã, que aguardava consulta com a equipe de ortopedia, e aproveitou para compartilhar com os demais usuários sobre a importância do ato. "Sempre fiz as doações por pensar que qualquer um pode precisar de sangue, pode ser eu, ou alguém da minha família. Somente no ano passado passei por cinco cirurgias e precisei receber sangue. É muito importante que as pessoas tenham essa consciência", explicou.

A enfermeira do Hemocentro de Goiás (Hemogo), Miriã Faria Duarte esteve na unidade para alertar que nesta época do ano muitas pessoas tiram férias, ou viajam para aproveitar o feriado prolongado de Carnaval, o que ocasiona em uma baixa nos estoques de sangue do Hemocentro. Além disso, acontece o aumento do número de acidentes nas estradas em decorrência do maior movimento de carros trafegando.

Miriã explicou que a cada 100 brasileiros, apenas 2 são doadores regulares. "Para doar, basta apresentar documento com foto, ter entre 16 e 69 anos, com peso acima de 50 quilos. É importante nunca doar sangue em jejum, não ingerir bebidas alcoólicas nas 12 horas anteriores à doação, evitar fumar por pelo menos duas horas antes e depois, e evitar ingerir alimentos gordurosos", explicou.

A aposentada Nelci Peixoto tem 70 anos e não pode mais doar, porém ela defende que as campanhas para conscientização sejam feitas constantemente. "Seria um prazer ajudar ao próximo, mas devido a minha idade não posso mais. Acho que o governo deveria investir em campanhas para lembrar as

Se tiver
pessoas sobre a importância de doar sangue, porque às vezes a gente não doa porque esquece. Se tiver
uma campanha sempre lembrando, acho que poderia ajudar", declarou.



A collection of handwritten marks at the bottom right of the page, including a large, stylized signature, a smaller signature, and some initials.

Palestra alerta pacientes sobre a importância da doação de sangue

SES
Fls.: 4502
Rubrica
CICGSS

No dia 14 de junho, Dia Mundial do Doador de Sangue, enfermeira do Hemocentro falou sobre a importância da doação de sangue, esclarecendo ainda mitos e dúvidas dos pacientes que aguardavam consulta no HGG



Junho, oficialmente conhecido como o mês dos namorados e das festas juninas, há três anos também passou a ser o mês da doação de sangue, ganhando o nome de Junho Vermelho. A escolha não foi por acaso, já que em 14 de junho celebra-se o Dia Mundial do Doador de Sangue, data instituída pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004. Sabendo disto, nesta quarta-feira, 14 de junho, o Hospital Alberto Rassi - HGG, em parceria com o Hemocentro, promoveu a palestra Doação de Sangue: mitos e verdades, ministrada pela enfermeira Keila Fábila Guilarlucci Ribeiro, no Ambulatório de Medicina Avançada (AMA) do HGG.

A enfermeira falou sobre a importância da doação para salvar vidas, explicando que uma bolsa pode salvar até três pacientes. Detalhou ainda as quatro etapas da doação de sangue, que incluem a chegada com um documento, a pré-triagem - medição de pressão, temperatura e verificação se há anemia -, entrevista e a coleta.

Ressaltou que doar sangue não dói, um medo da maioria das pessoas por falta de informação, e sobre os pré-requisitos para ser um doador, como ter mais de 50 quilos, ter entre 16 e 69 anos e não ter feito tatuagem, pigmentação de sobrancelhas ou colocação de piercing nos últimos quatro meses, entre outros.

Outra informação importante dada pela profissional foi sobre o cadastro no banco de doadores de medula, que pode ocorrer no ato da doação de sangue informando a vontade de ser doador. A partir daí, a pessoa entra em um cadastro nacional e, caso haja um paciente compatível, o transplante será realizado, sendo que o mesmo também não causa dor ao doador.

Aguardando uma consulta, Cleiton de Castro Sales, de 27 anos, achou interessante a palestra e aproveitou para tirar a dúvida se pessoas que tomam remédios controlados também podem doar. "Eu

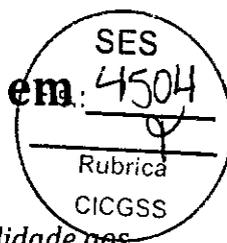
nunca doei sangue, mas tenho vontade de doar. Uma prima tinha me dito que como eu tomo remédios eu não poderia, ou deveria ficar dois dias sem tomar para doar, mas agora já sei que talvez eu possa fabricar contou o rapaz.

SES
Fls. 4503
CICGSS

“Esse trabalho que fazemos de conscientização com palestras, levando o ônibus para coleta em empresas e locais são muito importantes, pois conseguimos um aumento nas doações, que não é o ideal, mas já é alguma coisa”, explicou a enfermeira. A doação se torna ainda mais importante nesta época por se tratar do início do inverno e a chegada de frentes frias que baixam a temperatura em diversas regiões, e por compreender as férias. “Nesta época há uma menor incidência de doações, fazendo com que o estoque do Hemocentro fique muito abaixo da média”, pontuou Keila.

Handwritten signature and initials

Obras de unidade coletora de sangue do HGG já estão em andamento



Objetivo é aumentar a captação de sangue para pacientes do hospital, trazendo mais comodidade aos familiares e amigos doadores



O Hospital Alberto Rassi - HGG iniciou as obras de sua unidade coletora de sangue. A unidade faz parte da estratégia do hospital para aumentar a captação de doações de sangue para os pacientes e não correr o risco de suspender as cirurgias. O HGG realiza cirurgias eletivas e de emergência encaminhadas pela Central de Regulação do Município de Goiânia, e, por este motivo, a reserva de sangue é essencial para a segurança dos pacientes que passarão por cirurgias.

A diretora de enfermagem do HGG, Natalie Alves Andraschko, explica que somente a coleta será feita no hospital, que encaminhará as bolsas de sangue doadas para que o Hemocentro faça o processamento. "O sangue doado pode gerar outros hemoderivados, como hemácias, plasma, plaquetas e crioprecipitado; por isso uma bolsa de sangue pode salvar a vida de até quatro pessoas adultas ou até dez crianças, já que cada unidade de sangue pode ser dividida de acordo com a necessidade do paciente. À medida que hospital demande bolsas de sangue, elas serão solicitadas ao Hemocentro, que fará o envio", disse. Natalie ressaltou ainda que a unidade coletora no HGG trará praticidade aos doadores. "O HGG dará maior comodidade aos familiares e amigos de pacientes internados, que poderão doar sangue no próprio hospital no momento da internação ou quando vierem fazer as visitas."

A diretora de Serviços Multidisciplinares do HGG, Rogéria Cassiano, destaca que, embora tenham sido implantadas e intensificadas ações multidisciplinares de orientação e conscientização, a quantidade de doações ainda está abaixo da que o hospital necessita, que é de cerca de 350 bolsas por mês. "Historicamente, o HGG vive uma realidade em que o número de doadores de sangue é menor do que o número de pacientes que recebem transfusão sanguínea. A unidade coletora dentro do hospital busca descentralizar a captação de doações de sangue, com objetivo de incrementar a coleta de bolsas, garantindo maior estoque de hemocomponentes para o HGG", explicou.

A unidade coletora contará com duas cadeiras de doação e será instalada no térreo da unidade, onde funcionava a morgue, setor em que se colocam e identificam os cadáveres. A morgue passará a ter seu acesso por meio da portaria B e funcionará em uma área que era usada para outra finalidade e passou por adaptações. "Essa alteração vai propiciar maior acessibilidade, maior controle dos fluxos e garantir a segurança no processo de entrega de óbitos institucionais", explica Rogéria.

HGG realiza pela quarta edição evento Doe Sangue ao som do Rock



Neste sábado, das 9 às 14h, duas bandas embararão motociclistas e interessados em doarem sangue e aumentarem o estoque do Hemocentro

Doe Sangue ao Som do Rock!
4ª EDIÇÃO

Milhares de pessoas precisam de sangue para continuar na estrada. Participe do grande evento que une música, motocicletas e solidariedade:

Data: 25/11/2017 (sábado)
Horário: 9 às 14 horas
Local: Hospital Estadual Alberto Rassi - HGG (Av. Anhanguera, 6.479, St. Oeste)

Show com as bandas:

ACORDE 7 BLUES BAND
SUNROAD

Acesse: www.hospitalalbertorassi.org.br

REALIZAÇÃO

HOSPITAL ALBERTO RASSI HGG
HEMOCENTRO DE GOIÁS
SUS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
GOVERNO DE GOIAS

No Dia Nacional do Doador de Sangue, 25 de novembro, o Hospital Estadual Alberto Rassi - HGG, em parceria com o Hemocentro de Goiás (Hemogo), realiza pelo quarto ano o evento Doe Sangue ao som do Rock. Das 9 às 14 horas, as bandas Sunroad e Acorde 7 Blues Band embararão com muito rock e blues motociclistas de cerca de 30 motoclubes que se reunirãõ com o único propósito de doarem sangue e aumentarem os estoques do Hemocentro, que atualmente se encontra com apenas 10% de sua capacidade.

Na última edição, o evento recebeu cerca de 250 pessoas e coletou 123 bolsas de sangue e este ano é esperado que o número de participantes seja ainda maior, acredita o assessor administrativo do Idtech e membro do motoclube Lemurianos, Henrique Torres, um dos colaboradores da iniciativa. "A cada ano estamos batendo o recorde de participantes, e considerando que tivemos uma adesão de ainda mais motoclubes do que no ano passado, esperamos que a coleta ultrapasse o volume anterior de bolsas e possamos ajudar ainda mais pessoas", aposta.

Cada bolsa de sangue coletada pode ajudar até quatro pessoas adultas ou até 10 crianças, já que cada unidade de sangue pode ser dividida de acordo com a necessidade do paciente. Além de celebrar o Dia Nacional do Doador de Sangue e chamar a atenção para a doação, a ação é oportuna para aumentar o estoque do Hemocentro para os meses de dezembro e janeiro, período em que há um aumento na demanda, como explica o diretor administrativo do Hemocentro, Arione de Paula: "Estamos muito felizes e satisfeitos com essa ação e acredito que vai ajudar bastante a captação para fortalecer nosso estoque para os próximos meses, quando há uma demanda em torno de 20% maior por sangue."

devido aos acidentes e pelo afastamento do doador regular, pelo período de festas e férias”, por



Unidade Coletora de Sangue

O HGG iniciou as obras de sua unidade coletora de sangue. A unidade faz parte da estratégia do hospital para aumentar a captação de doações de sangue para os pacientes e não correr o risco de suspender as cirurgias. O HGG realiza cirurgias eletivas e de emergência encaminhadas pela regulação municipal, e, por este motivo, a reserva de sangue é essencial para a segurança dos pacientes que passarão por cirurgias.

Sobre as Bandas

Com quatro anos, a Acorde7 Blues Band tem se destacado com releituras de grandes clássicos musicais do blues, aliado ao jazz, soul e rock, presentes nas influências pessoais de cada um dos quatro músicos que formam a banda. Além de apresentações em bares, pub's e eventos da capital, a Acorde7 Blues Band se prepara para o lançamento do seu primeiro seu álbum com 10 composições próprias, e já tem na agenda de 2018 apresentações em Austin, Texas (USA) e em Baku, no Azerbaijão, ainda no primeiro semestre.

Com sua formação inicial, em 1996, atualmente a Sunroad tem em sua formação os músicos André Adonis, Netto Mello, Akasio Angels e Fred Mika. O som do Sunroad pode ser definido como um hard rock bastante dinâmico pela sua influência do blues e do rock progressivo. Com álbuns lançados no Brasil e exterior, a Banda se apresenta em grandes festivais nacionais, já tendo feito a abertura de artistas internacionais como, Joe Lynn Turner, ex-vocalista do Deep Purple, Doogie White, e bandas, entre elas as americanas Petra, Whitecross e Stryper e a alemã Mad Max. Atualmente, tem trabalhado nas composições do sétimo álbum.

Serviço:

Evento Doe Sangue ao som do Rock

Data: 25 de novembro, sábado

Horário: das 9h às 14h

Local: Hospital Estadual Alberto Rassi - HGG

Entrada gratuita

Técnica do Hemocentro palestra sobre doação de sangue no

AMA

SES
Fl. no 4507
Rubrica
CICGSS

Profissional falou da importância da doação, esclareceu dúvidas e mitos que impedem muitas pessoas de doarem



Em celebração ao Dia Nacional do Doador de Sangue, celebrado no dia 25 de novembro, a palestra de promoção da saúde desta semana trouxe no dia 23 de novembro a técnica de enfermagem do Hemocentro, Keila Fábila Guillarducci Ribeiro, para falar aos pacientes do Ambulatório de Medicina Avançada (AMA) do HGG, sobre a importância da doação de sangue, esclarecendo ainda mitos e dúvidas do público que acompanhou a palestra.

Não podem ser doadores, pessoas que tiveram hepatite após os 11 anos de idade, mulheres grávidas ou que estejam amamentando, pessoas com doenças transmissíveis pelo sangue, como AIDS, hepatite, sífilis e doença de Chagas. O intervalo entre uma doação e outra deve ser de dois meses ou até quatro doações ao ano para homens e três meses e no máximo três doações anuais para as mulheres.

Para ser um doador de sangue é preciso estar em boas condições de saúde, ter entre 16 e 69 anos, pesar no mínimo 50 quilos, estar descansado (ter dormido pelo menos 6 horas nas últimas 24 horas), estar alimentado, contudo tendo evitado alimentos gordurosos nas três horas que antecedem a doação, e após o almoço aguardar duas horas e portar documento original com foto.

Entre o público que assistiu à palestra, muitas dúvidas, entre elas, se diabéticos e portadores de doenças cardíacas podem doar. A aposentada Maria de Fátima Rodrigues Matias, de 70 anos, nunca doou sangue, mas contou que já precisou receber uma transfusão de sangue. "Nunca doe, mas já precisei e tive meus filhos e amigos que doaram. Desde pequena eu tenho enfisema pulmonar e nunca procurei me informar se eu podia doar. É importante doar, salva vidas", contou.

A técnica de enfermagem explicou que o preconceito e a falta de informação é o principal fator para a não doação. "O pessoal tem muito medo de agulha, principalmente da doação de medula, achando que é colhido material na coluna vertebral e, na verdade, não é. É falta de conhecimento, por isso é necessário esclarecer essas dúvidas e ressaltar que doação de sangue é uma doação de amor e pode salvar três vidas e é só alguns minutinhos. Só quem precisa do sangue sabe da necessidade da doação e de como é importante a conscientização para a doação".

[Handwritten signatures and marks]

HGG e Hemocentro arrecadam mais de 100 bolsas de sangue ao som do rock



No Dia do Doador de Sangue, 25 de novembro, evento reuniu cerca de 300 pessoas no Hospital Estadual Alberto Rassi, onde duas bandas se apresentaram



O Dia do Doador de Sangue, 25 de novembro, foi comemorado com muita solidariedade e rock no Hospital Estadual Alberto Rassi – HGG. Em parceria com o Hemocentro de Goiás (Hemogo), foi realizada a quarta edição do evento “Doe sangue ao som do rock” que reuniu cerca de 300 pessoas e arrecadou 119 bolsas de sangue. As doações servirão para atender a demanda do banco de sangue neste fim de ano.

Dezenas de motoclubes apoiaram o evento em 2017 e teve motociclista que veio de longe especialmente para a iniciativa. Raimundo Portela Barbosa Neto, aposentado, do grupo Metal e Óleo, viajou de Oeiras, Piauí, para Goiânia. Foram quase 2 mil quilômetros e dois dias de viagem. “ Vim para me solidarizar com este momento extremamente necessário. Nós, motociclistas, estamos mais suscetíveis a acidentes e quando a gente está doando, pode estar doando a si próprio”, disse.

O professor Olavo Medeiros também saiu da sua cidade, Brasília, para acompanhar pela quarta vez o evento no HGG. “Temos de apoiar em ações como esta, pois quem mais precisa de sangue são os motociclistas. Vir aqui não é gasto e sim investimento, saúde é investimento”, considerou. Também é público cativo do “Doe Sangue ao som do Rock” o casal Arikelli Aparecida Guerreira e Wanderley Sartin, do motoclube QBU. Eles são sempre os primeiros a chegar e doam sangue juntos. “Participamos de todas as edições. É uma ótima oportunidade para reunir a galera e ainda fazer uma boa ação”, disse Wanderley.

Esposa de um motociclista do motoclube Abutres, Severina Almeida Costa viu nas redes sociais sobre o evento e fez questão de participar. “Eu sou um exemplo vivo de que o sangue pode salvar vidas. Eu fiz uma cirurgia e precisei de sangue. Se eu não tivesse um doador, provavelmente não estaria aqui para doar. Ou seja, fui receptora e agora sou doadora”, disse orgulhosa.



Não foram apenas motociclistas que participaram do evento. Dezenas de fiéis da igreja Universal do Reino de Deus estiveram presentes para doar sangue. "Aproveitamos este evento para somar. Todos aqui têm o mesmo objetivo, o de salvar vidas. Nossa igreja faz a política da boa vizinhança e estamos todos em comunhão. Sempre mobilizamos para a doação de sangue e pela primeira vez estamos no HGG", contou o pastor Carlos Lopes.

Rock e presentes

Nesta edição, o "Doe Sangue ao Som do Rock" contou com a apresentação de duas bandas voluntárias de renome. A primeira foi a Sunroad, com seu hard rock bastante dinâmico pela sua influência do blues e do rock progressivo. Depois, a Acorde 7 se destacou com releituras de grandes clássicos musicais do blues, aliado ao jazz, soul e rock. A banda já está produzindo o seu sétimo álbum.

Além de doar sangue, os clubes também fizeram outra boa outra ação: anteciparam o Natal para os pacientes internados no HGG. O motociclista Cláudio Simões Ventriglia chegou vestido de papai-noel em grande estilo e, junto com os colegas de motoclubes, distribuíram abraços e presentes nas enfermarias da Clínica Médica.

RELATÓRIO FOTOGRÁFICO

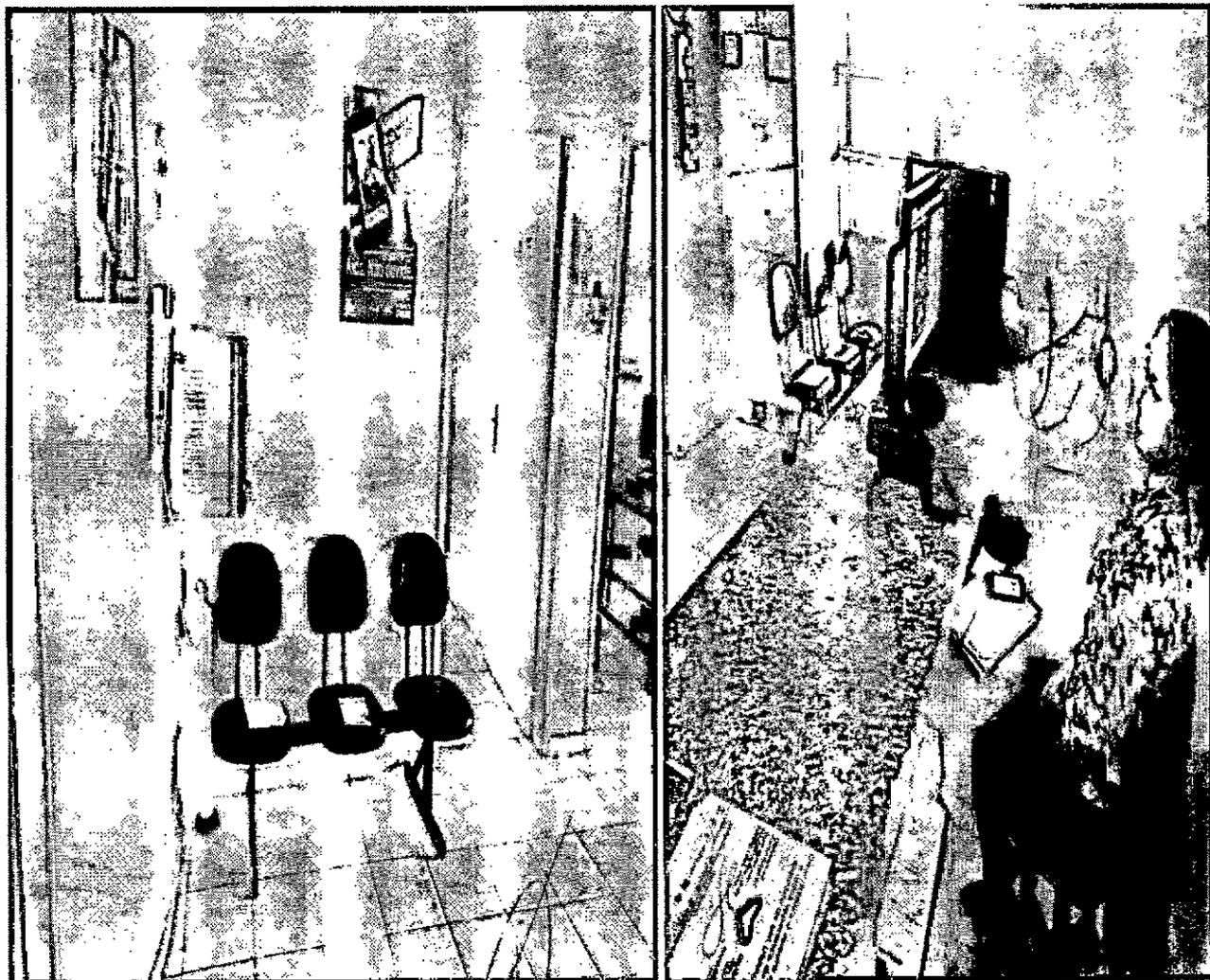
VISITA TÉCNICA – HEMOCENTRO – REGIONAL CERES / GOIÁS

SES
Fls.: 4510
Rubrica
CICGSS

ACOMPANHAMENTO: DRA. ADRIANA OLIVEIRA ROCHA – COORDENADORA DA AT – 06/02/2018



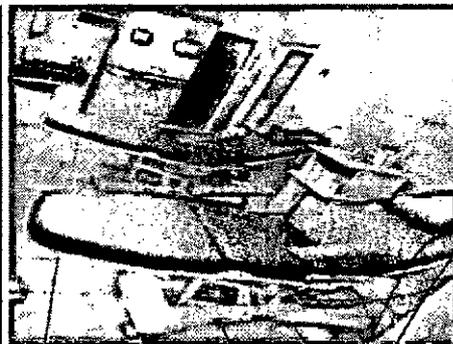
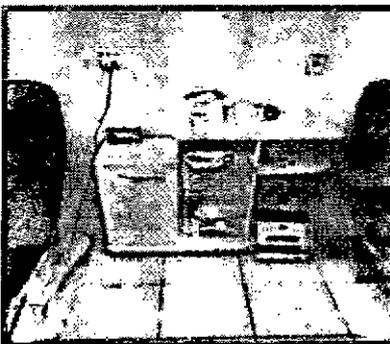
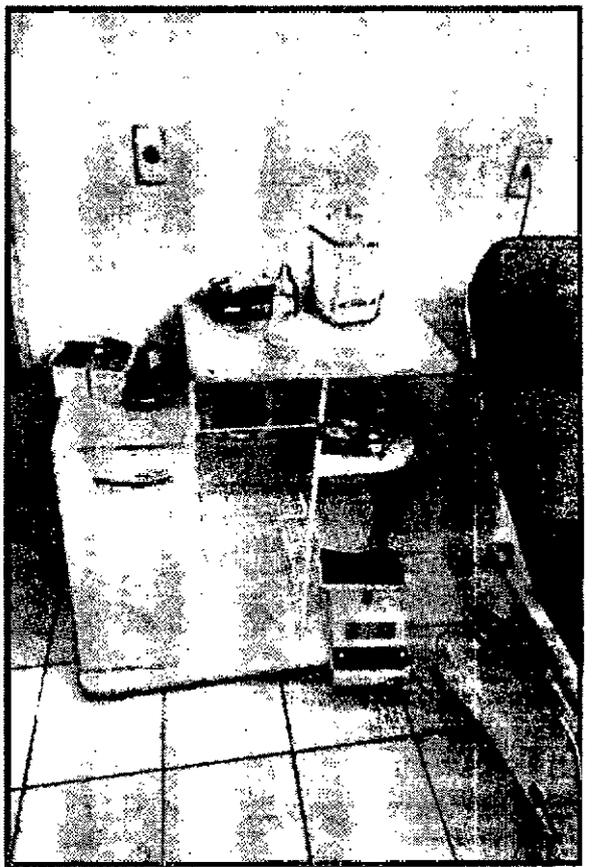
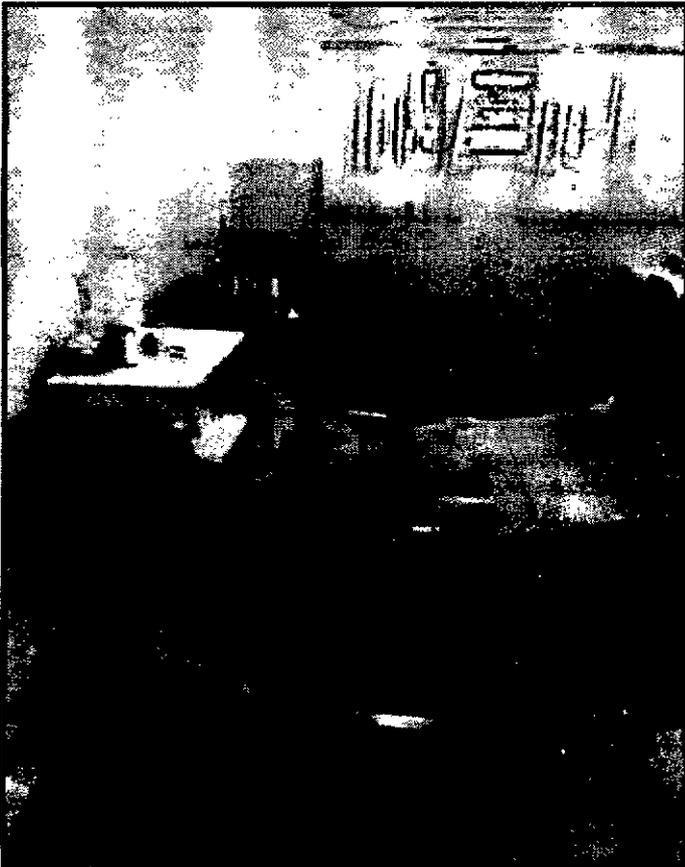
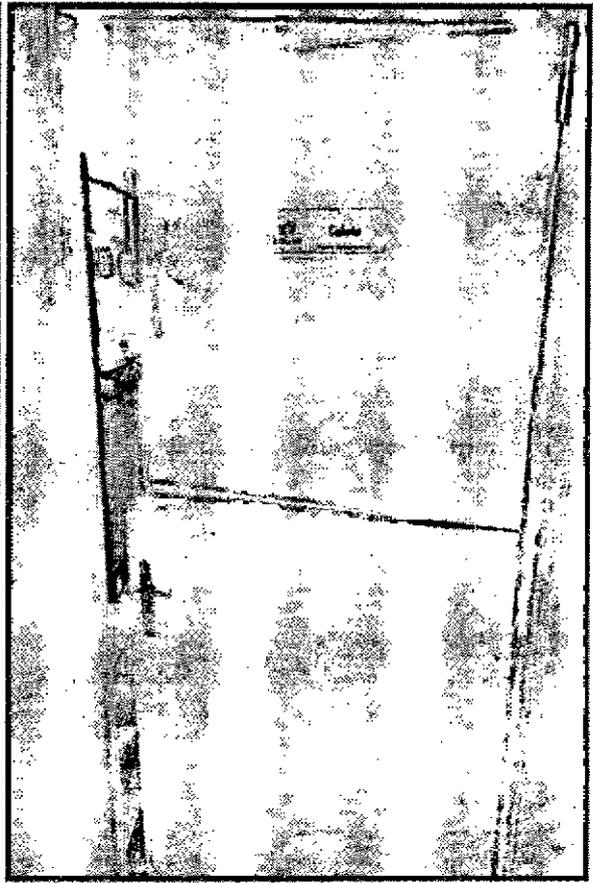
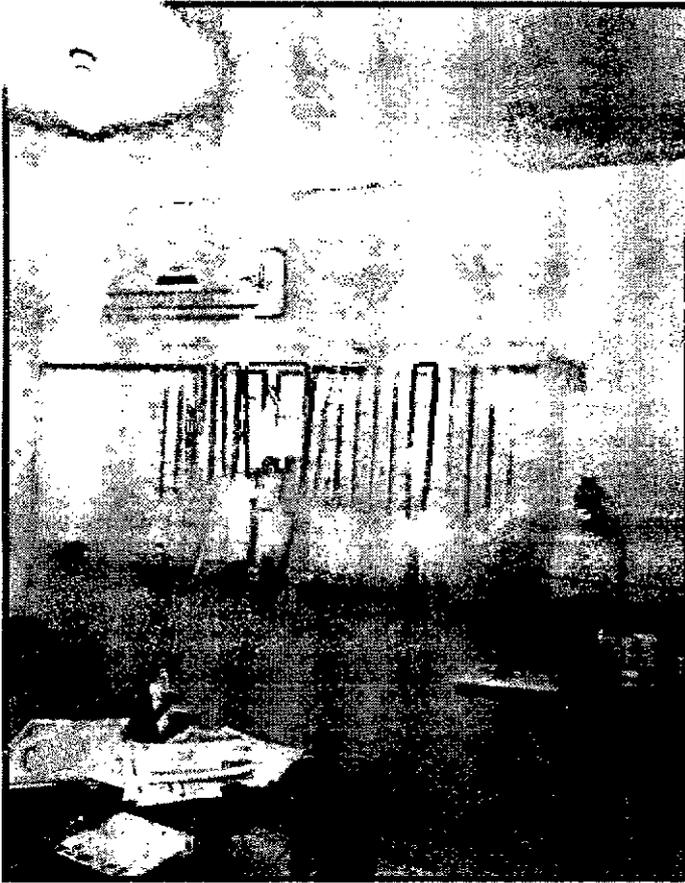
[Handwritten signature]
e



SES
4511
Rúbrica
CICGSS



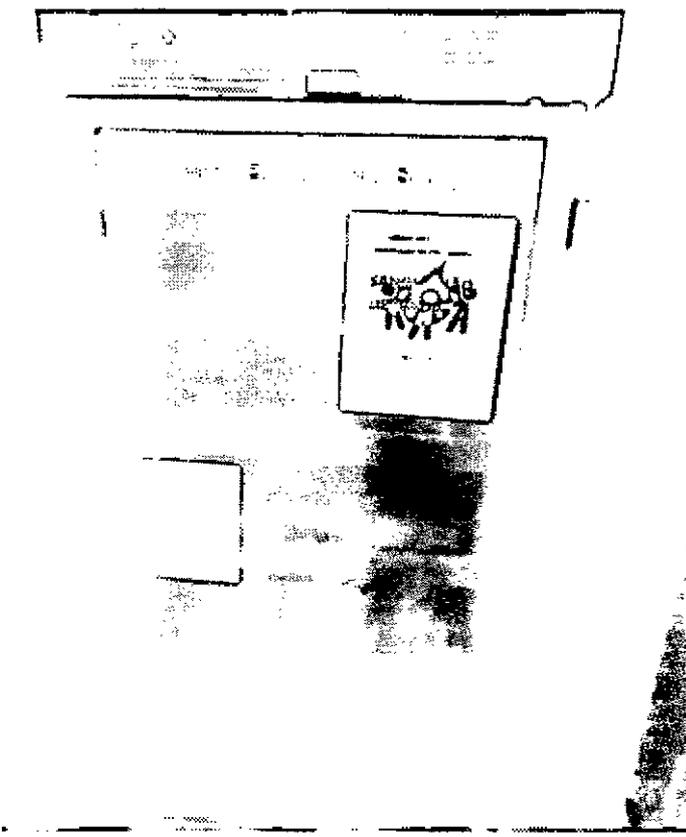
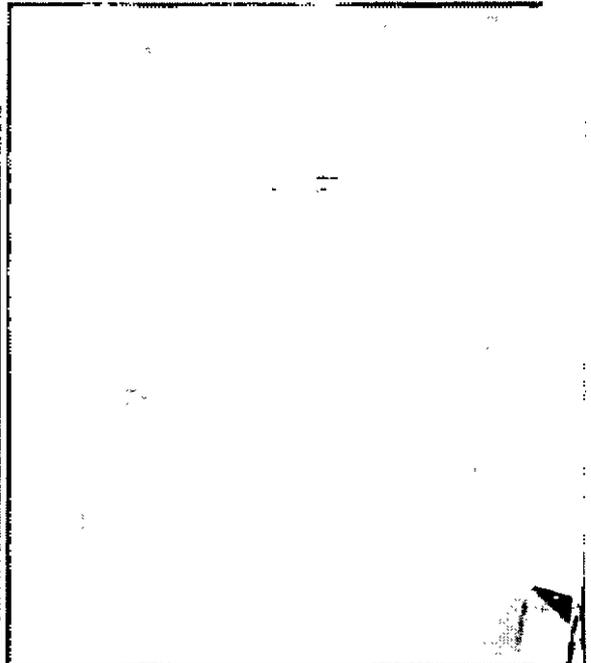
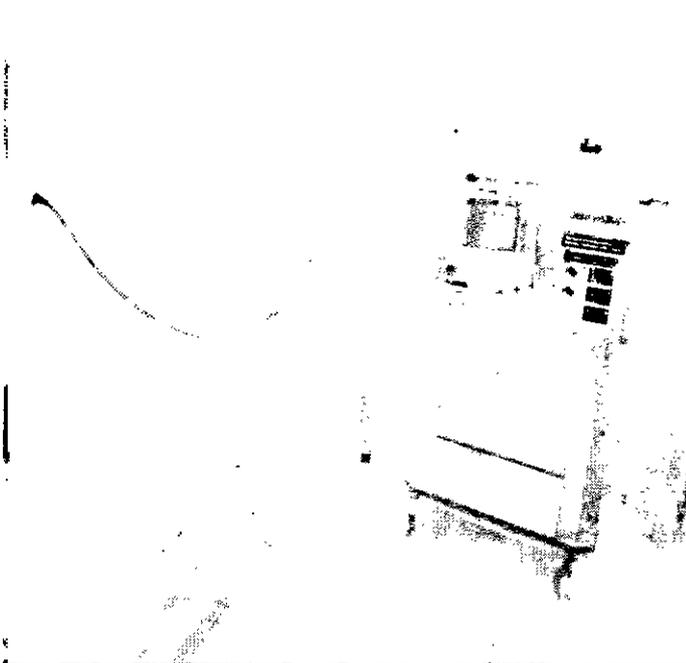
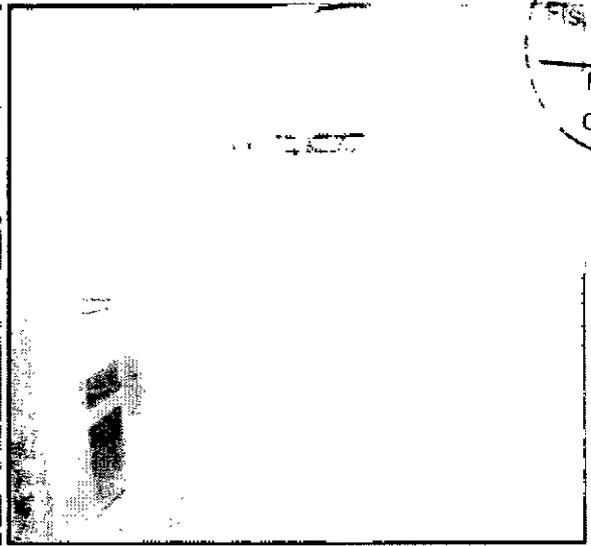
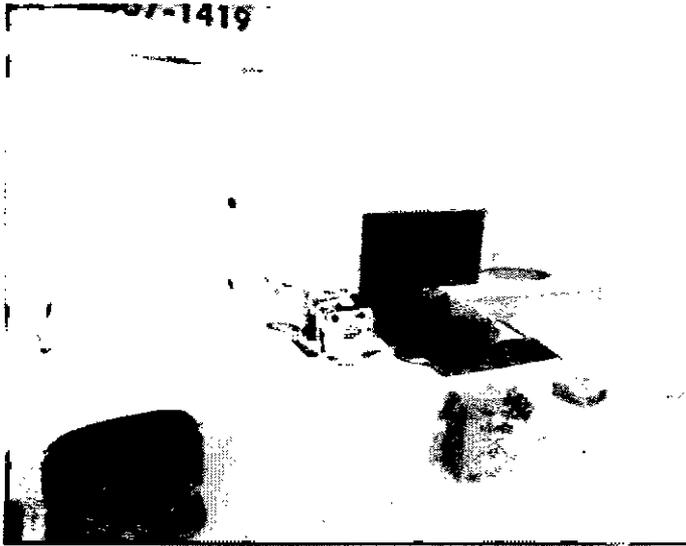
Handwritten marks and scribbles, including a large 'X' and some illegible characters.



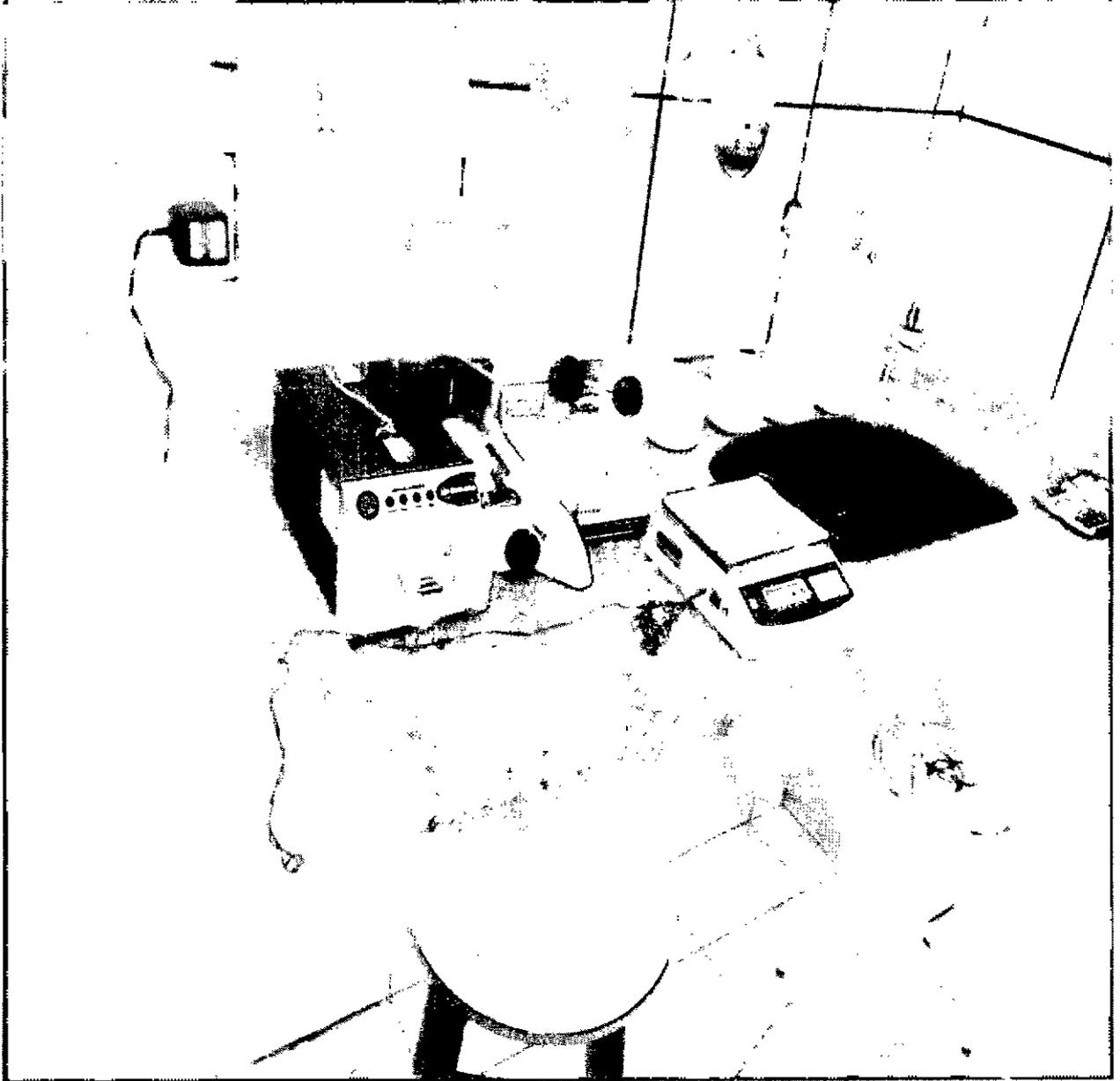
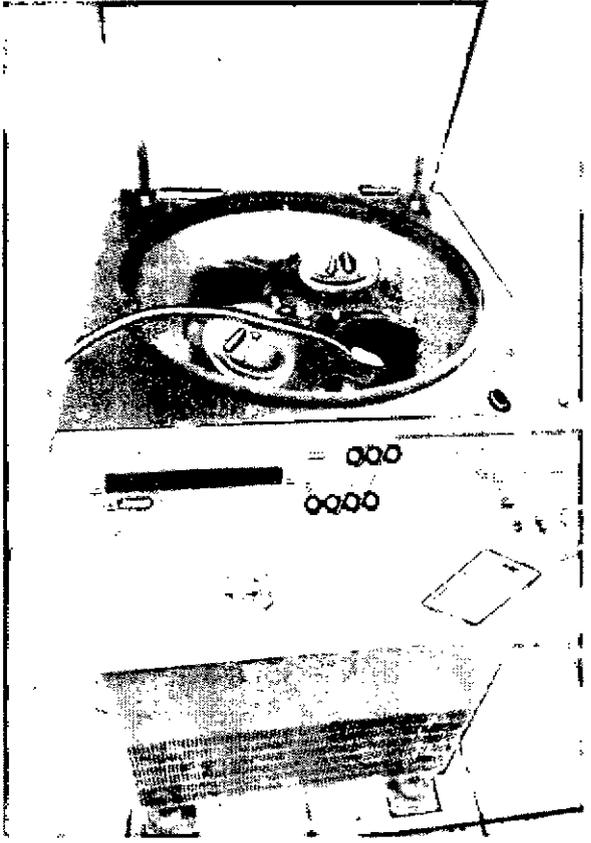
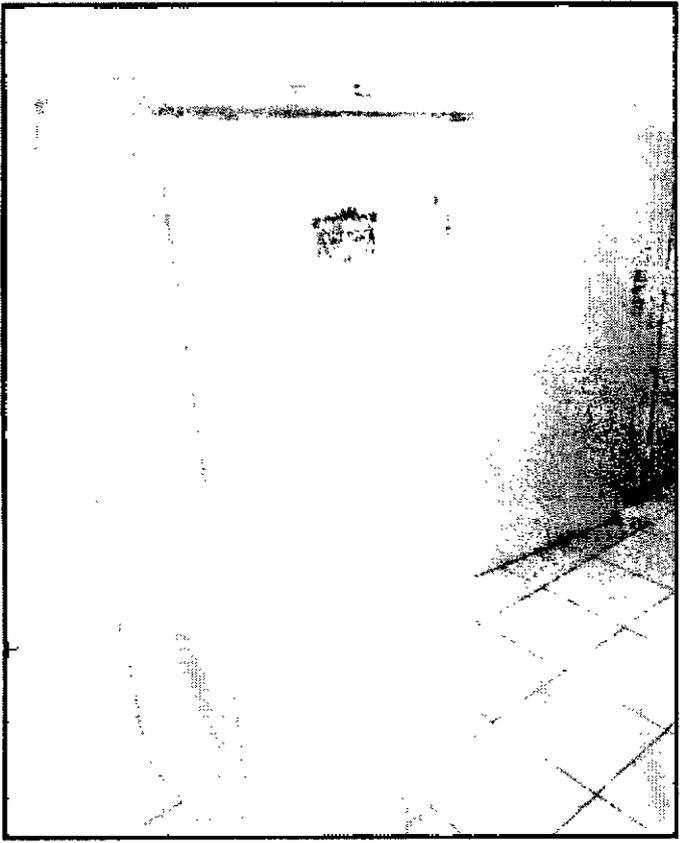
[Handwritten mark]

e

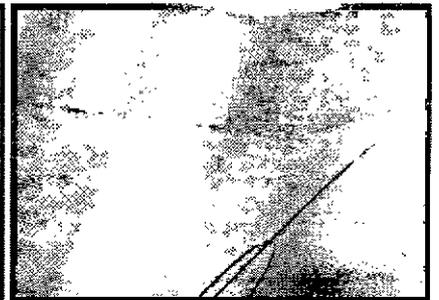
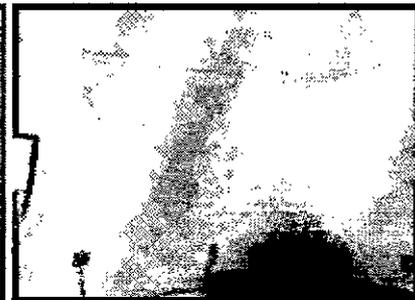
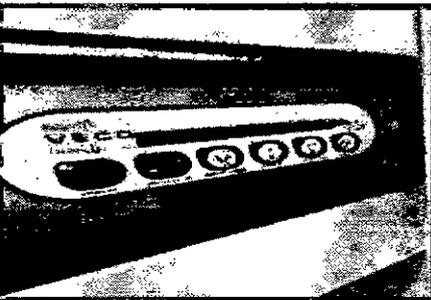
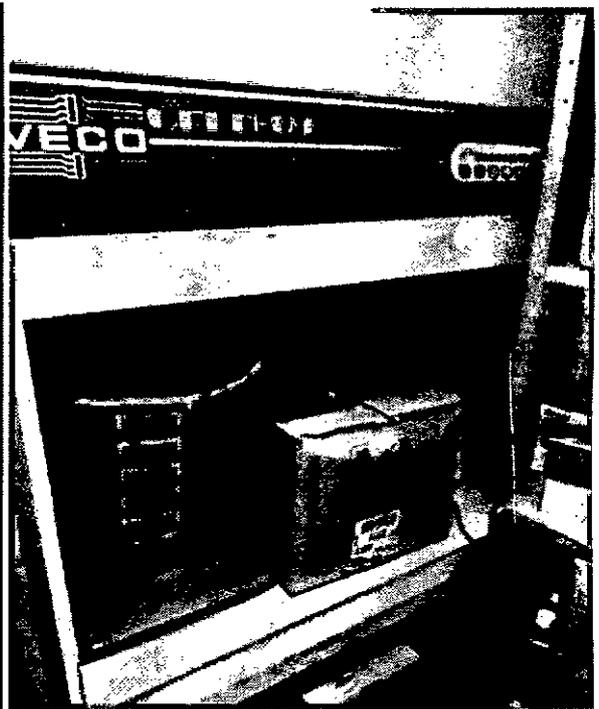
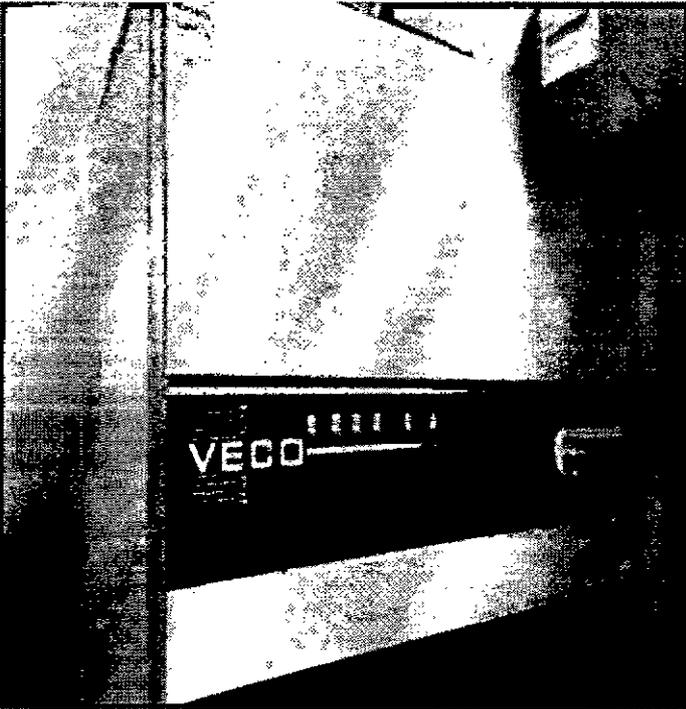
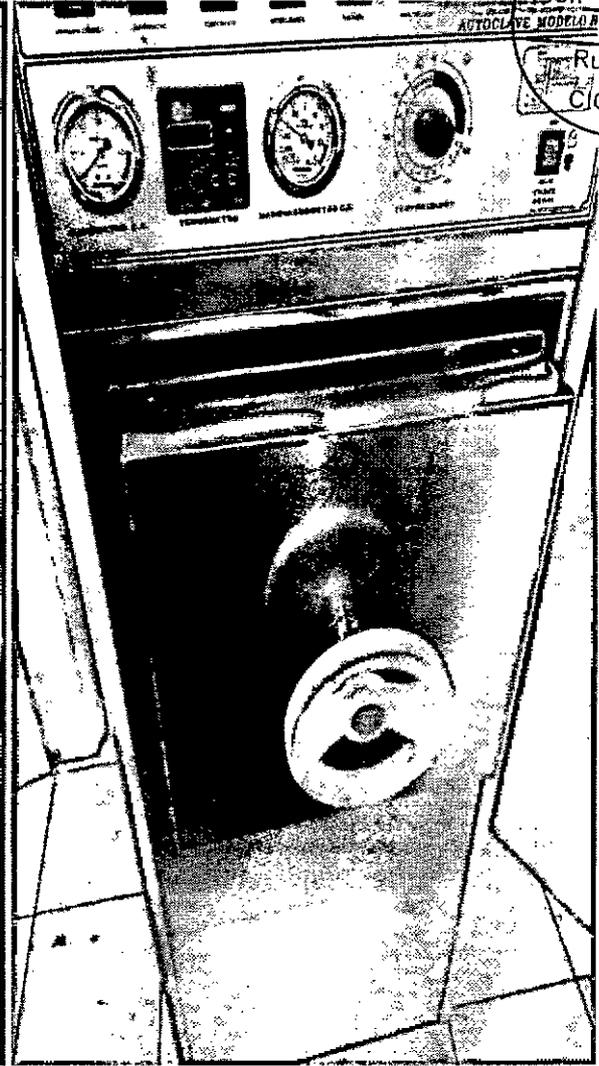
SES
FTS: 4512
Rubrica
CICGSS



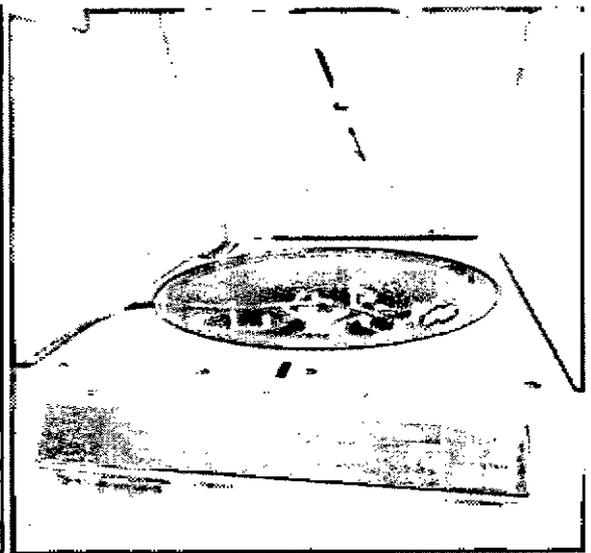
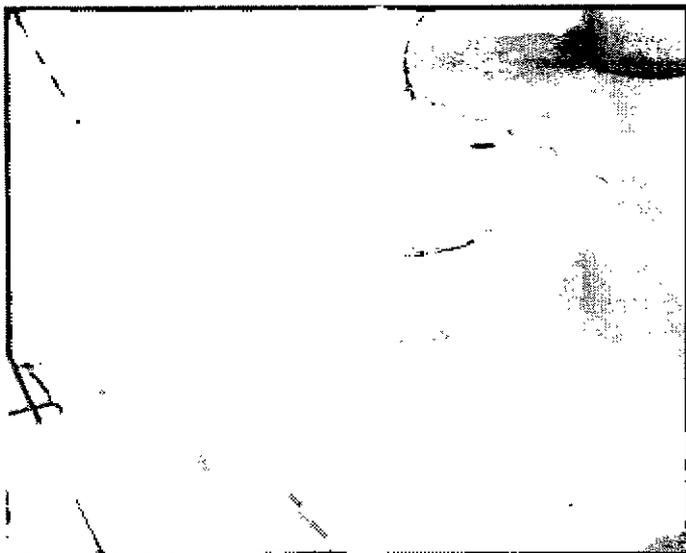
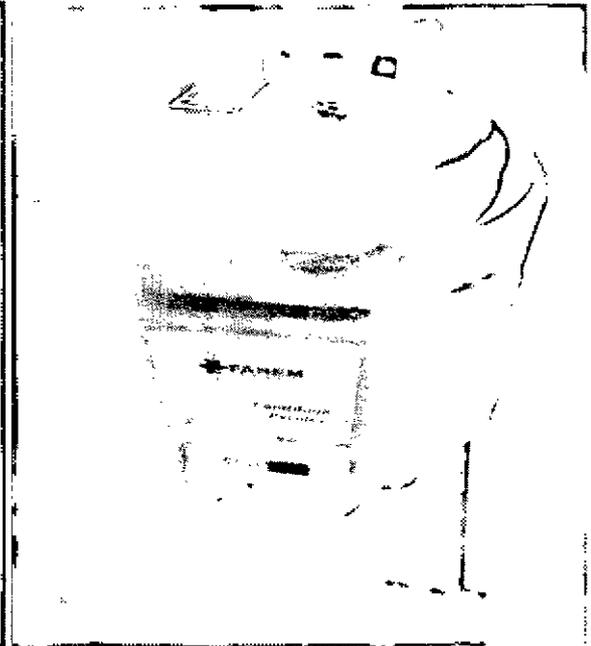
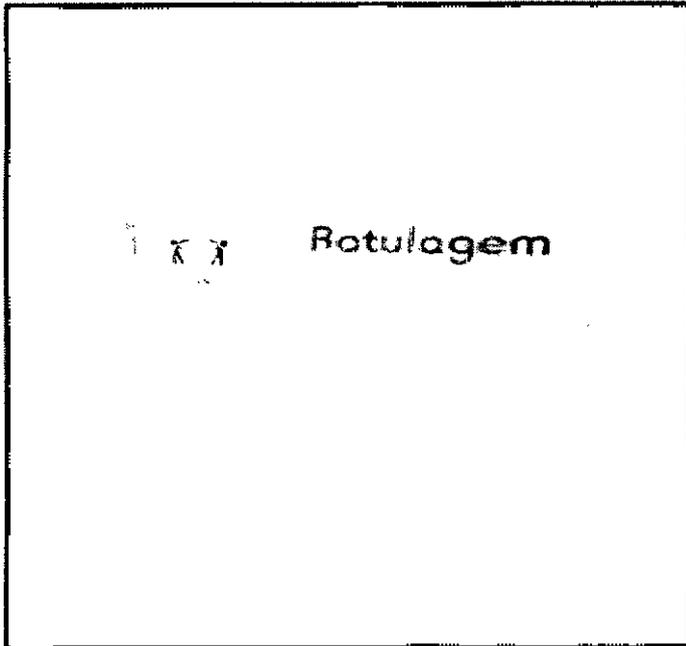
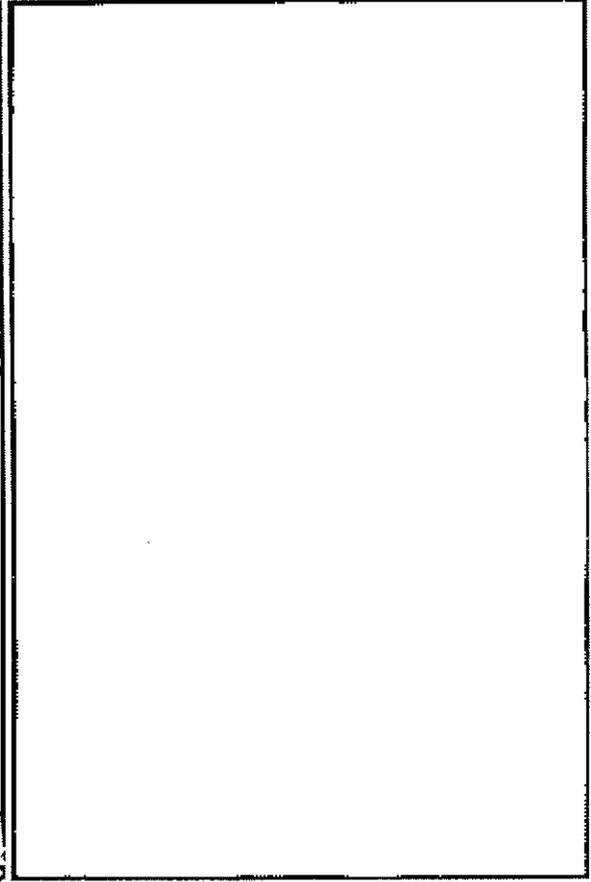
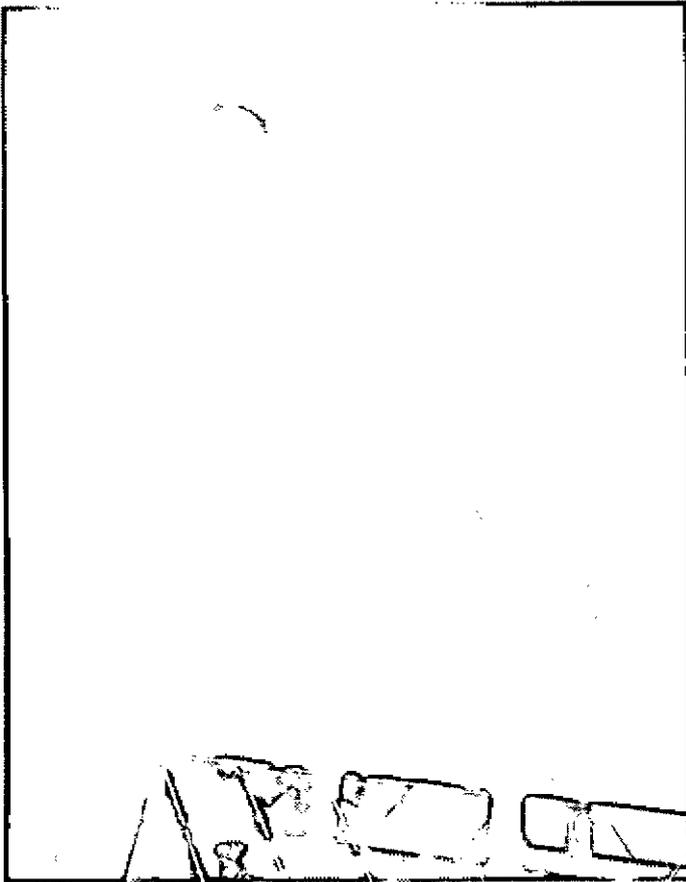
Handwritten signature and initials.



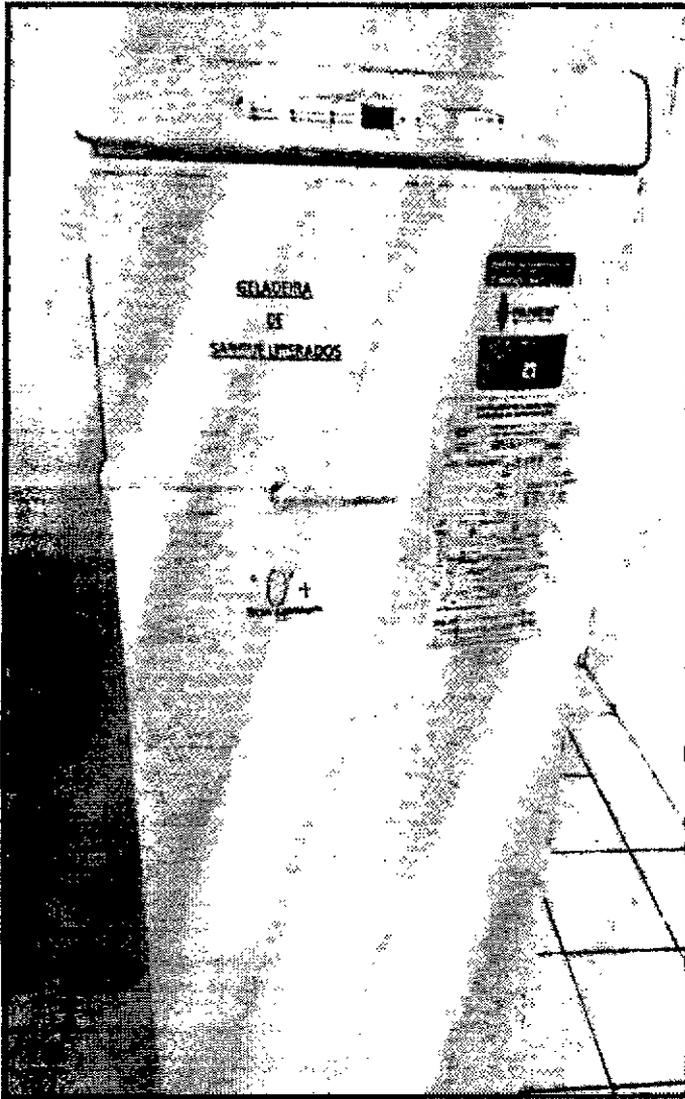
SES
Els.: 4513
Rubrica
CICGSS

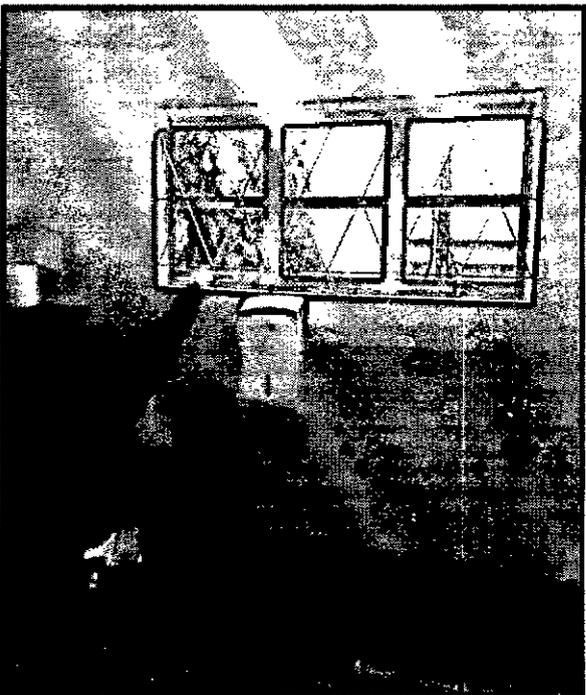
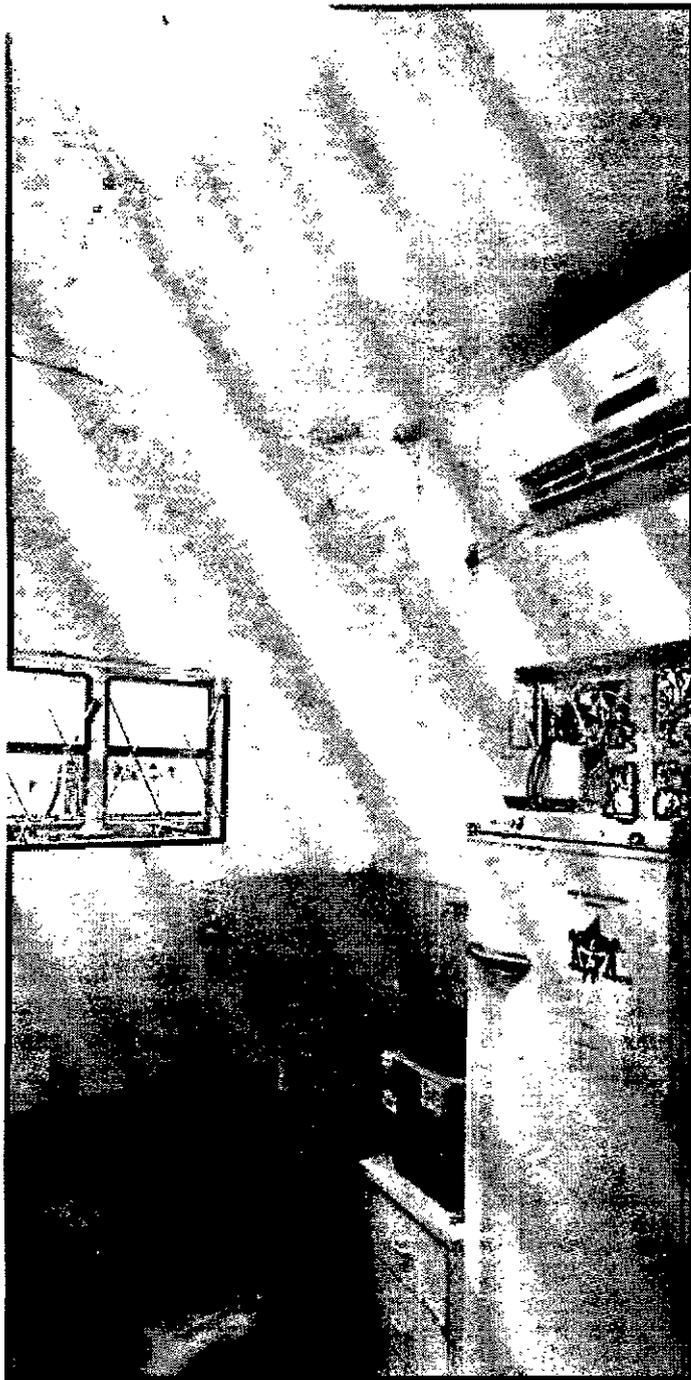


[Handwritten signature]
8



SES
Fls. 4514
Rubrica
CGSS

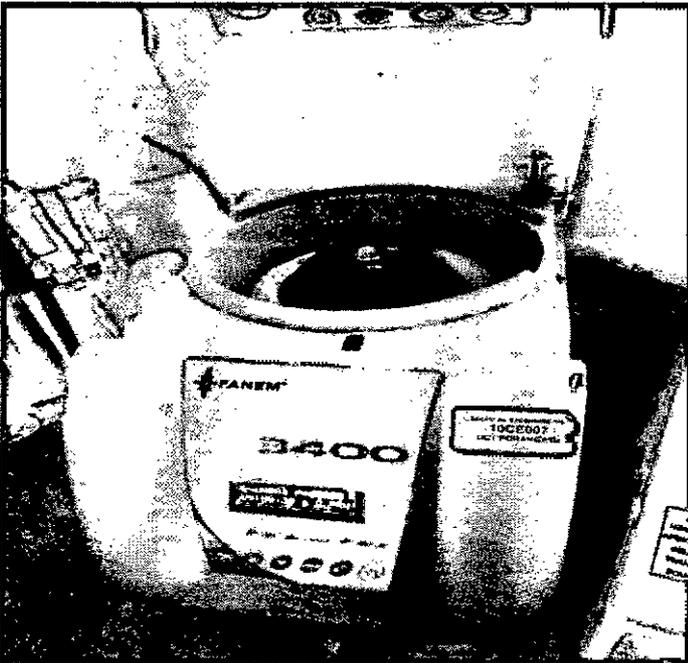
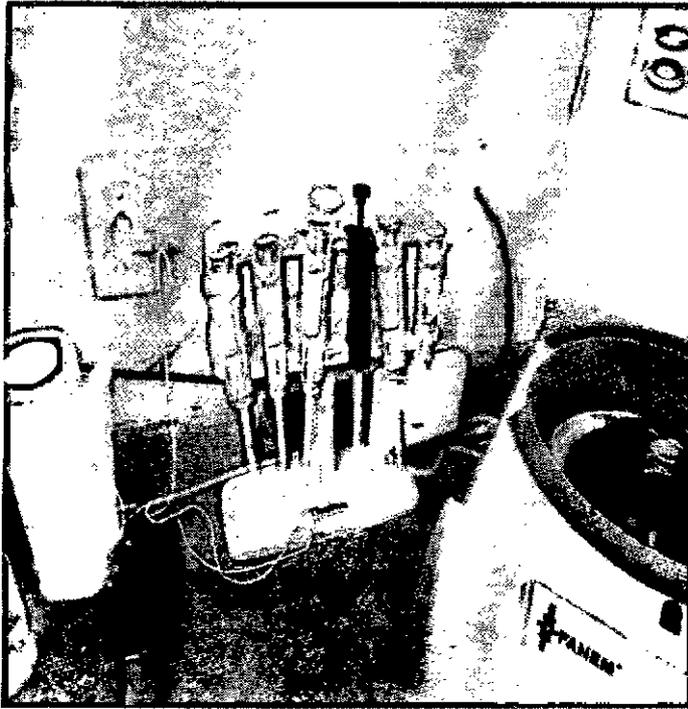




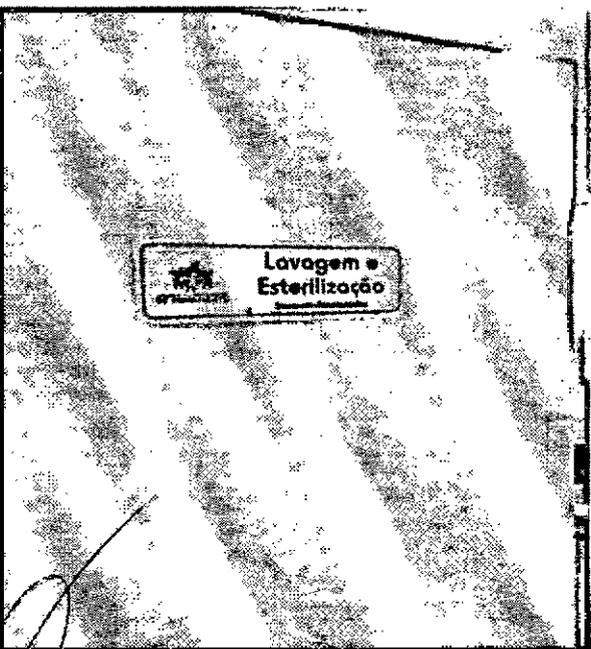
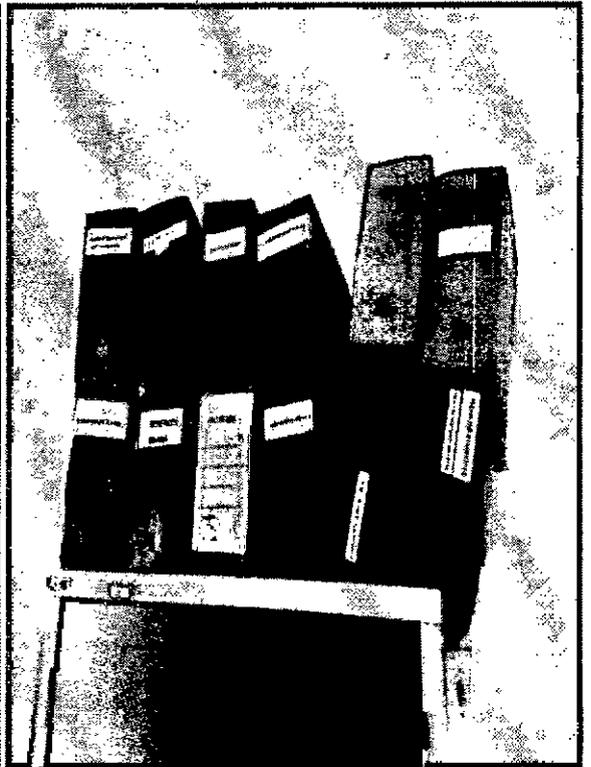
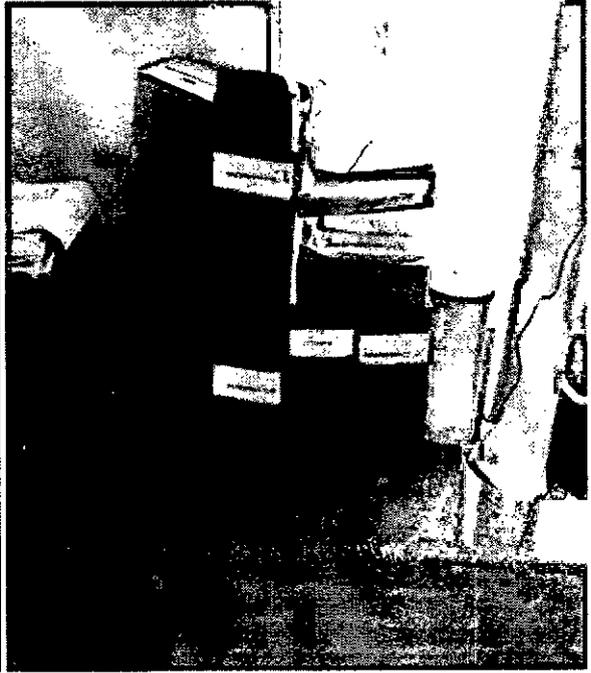
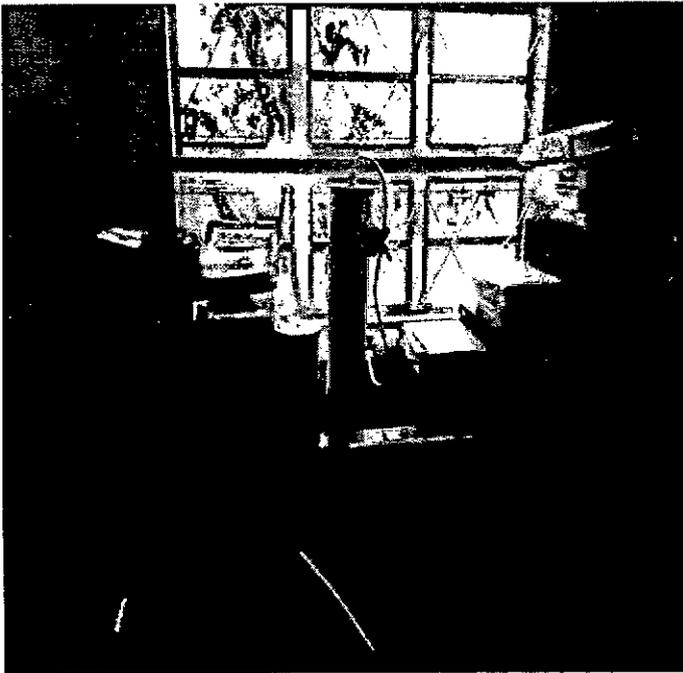
e

Handwritten scribbles or marks at the bottom of the page.

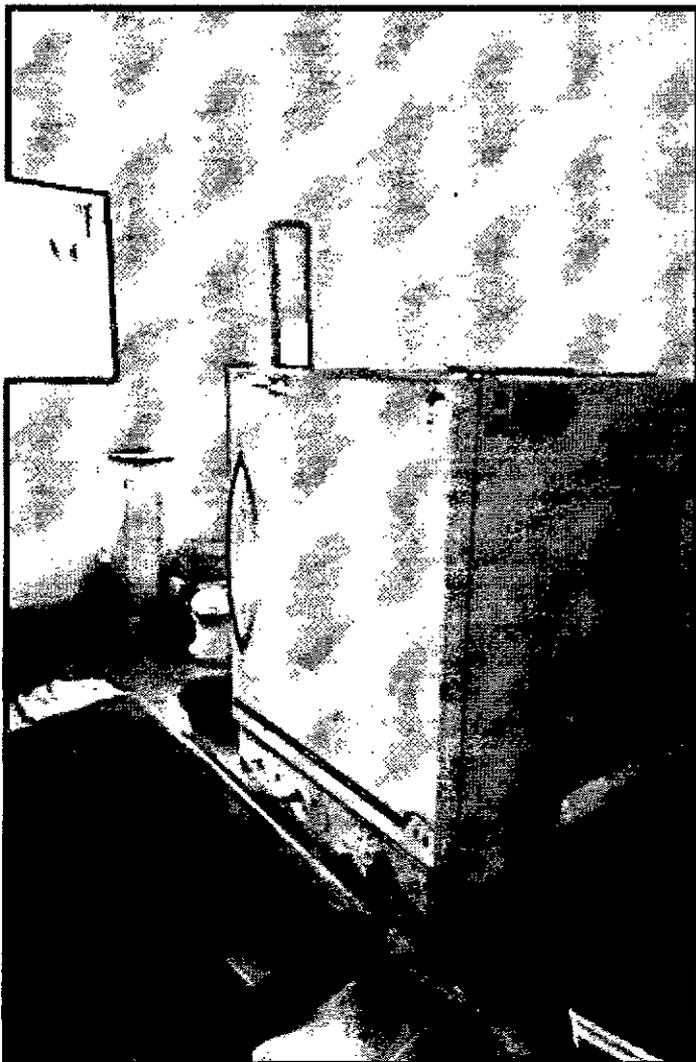
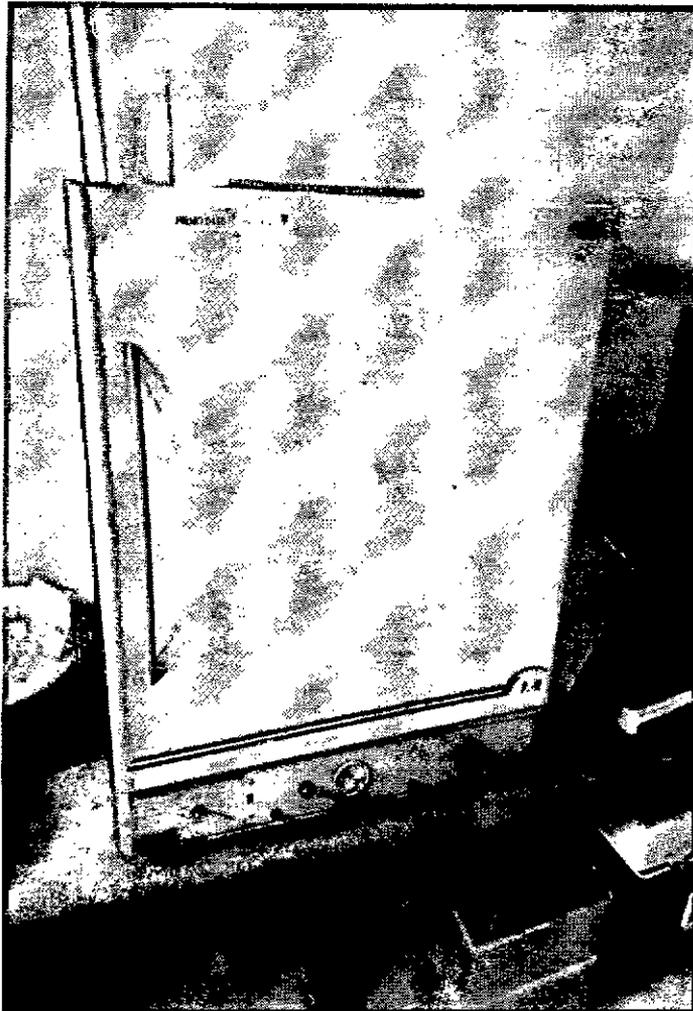
SES
Els: 4515
Fabrica
CGSS



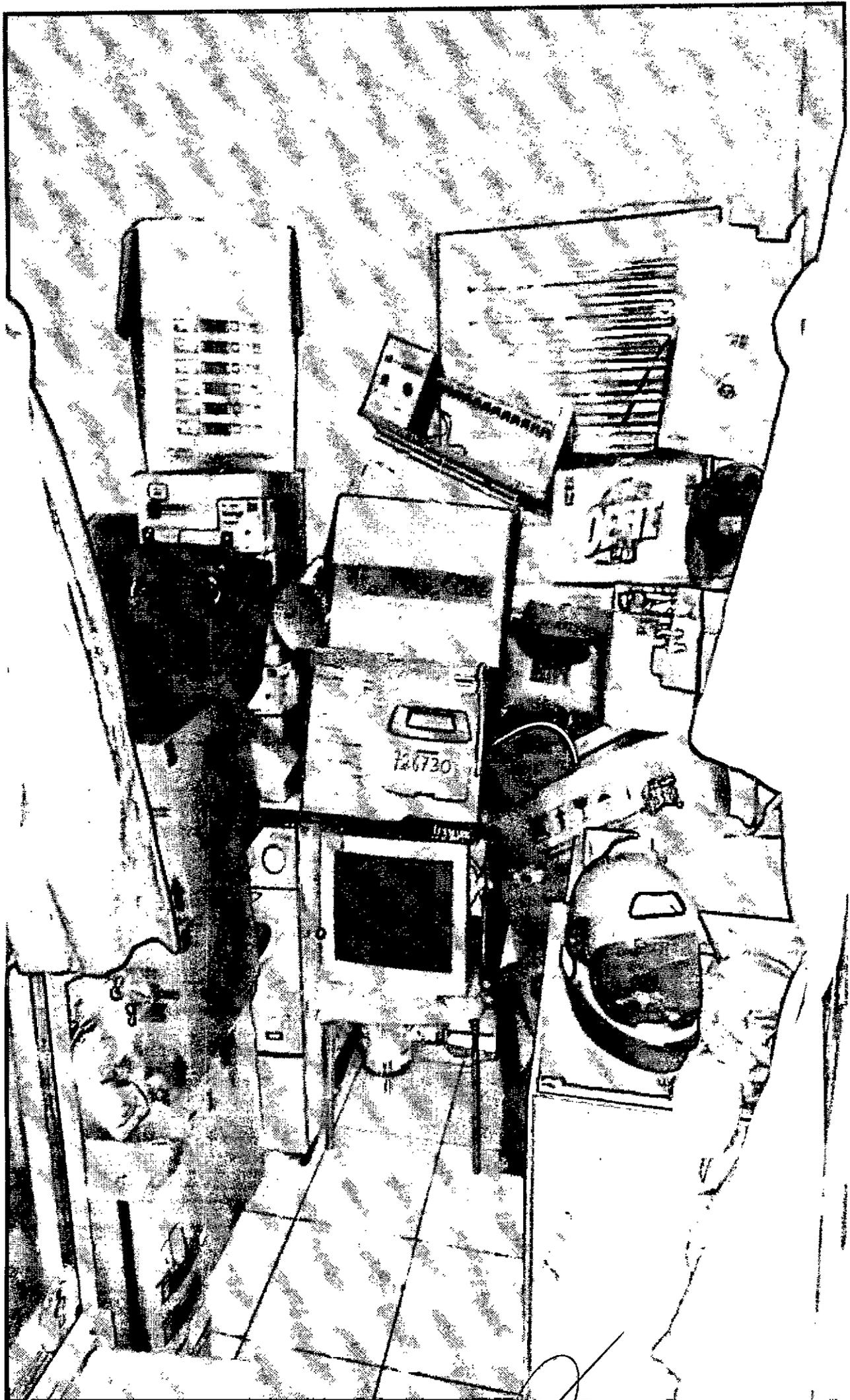
[Handwritten signature]



SES
FIS: 4516
♀
Rubrică
CICGSS

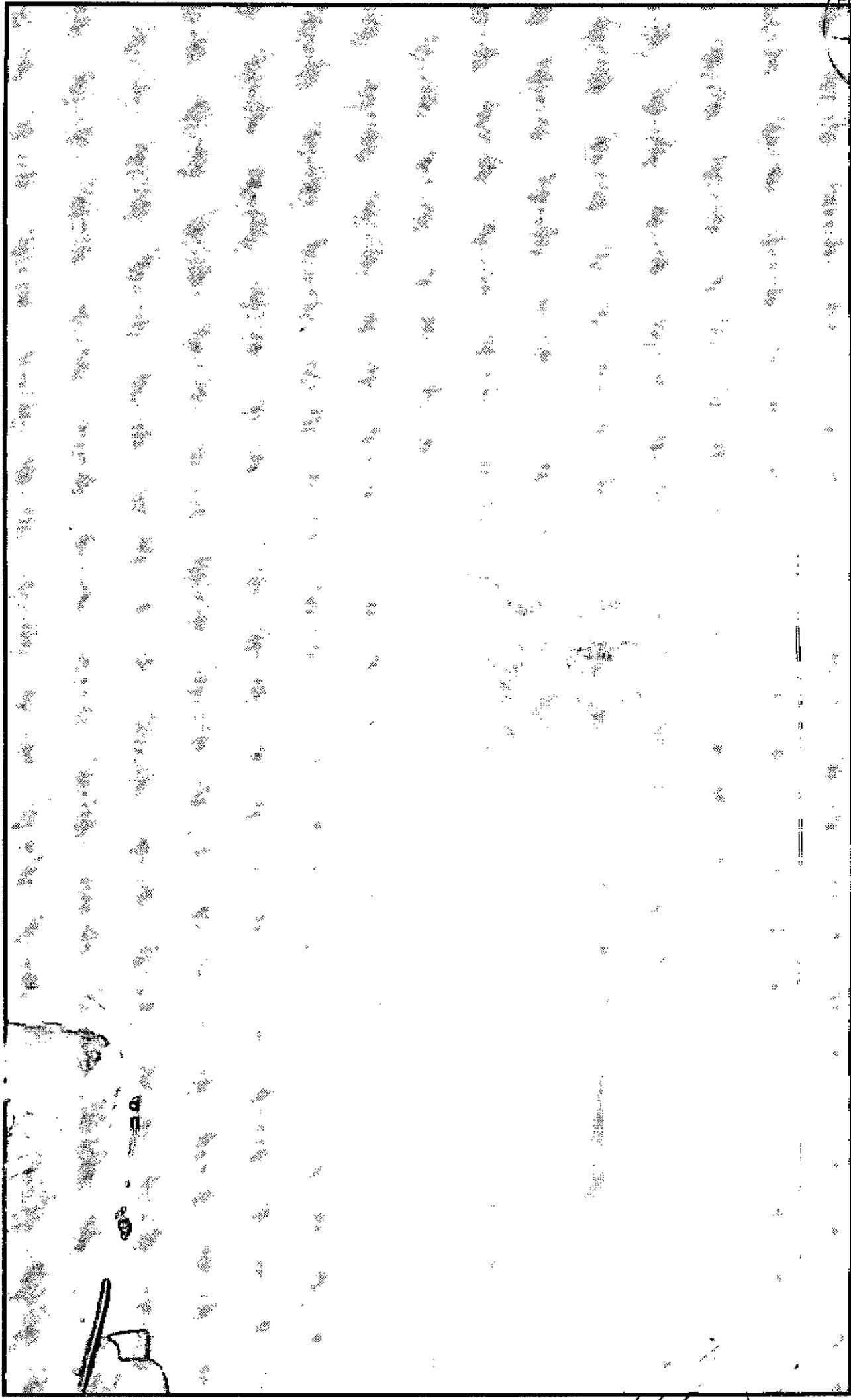


[Handwritten signatures and scribbles]

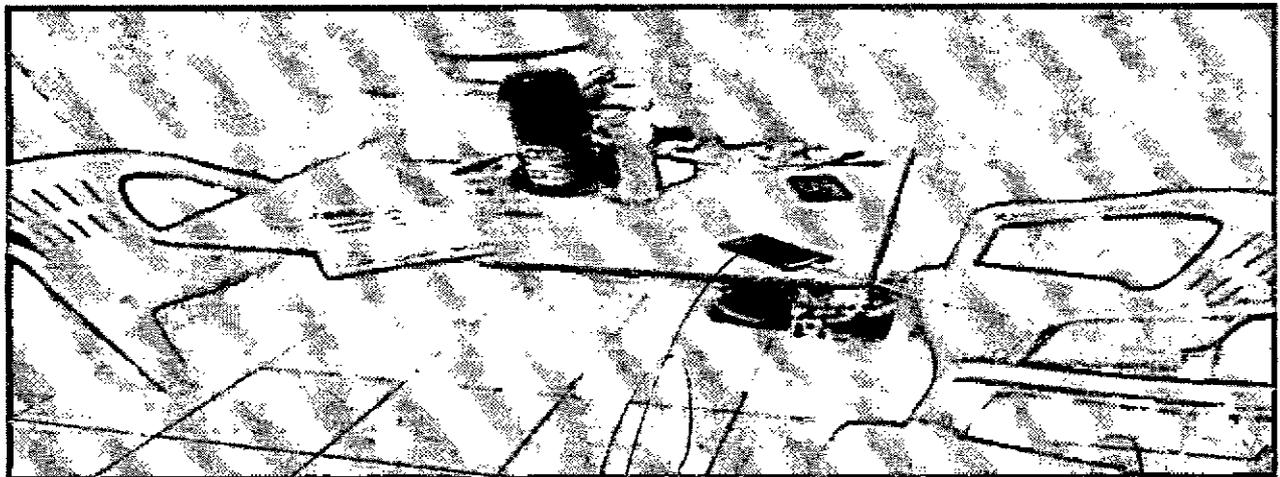
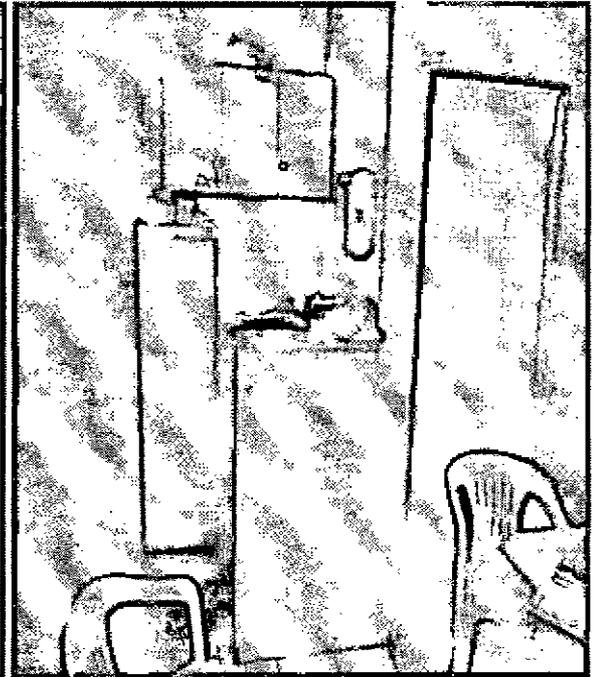
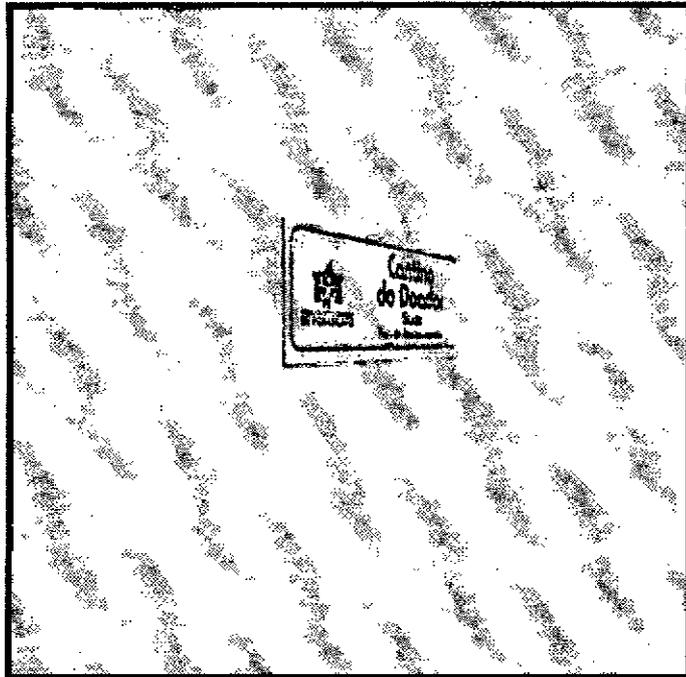


[Handwritten signature]

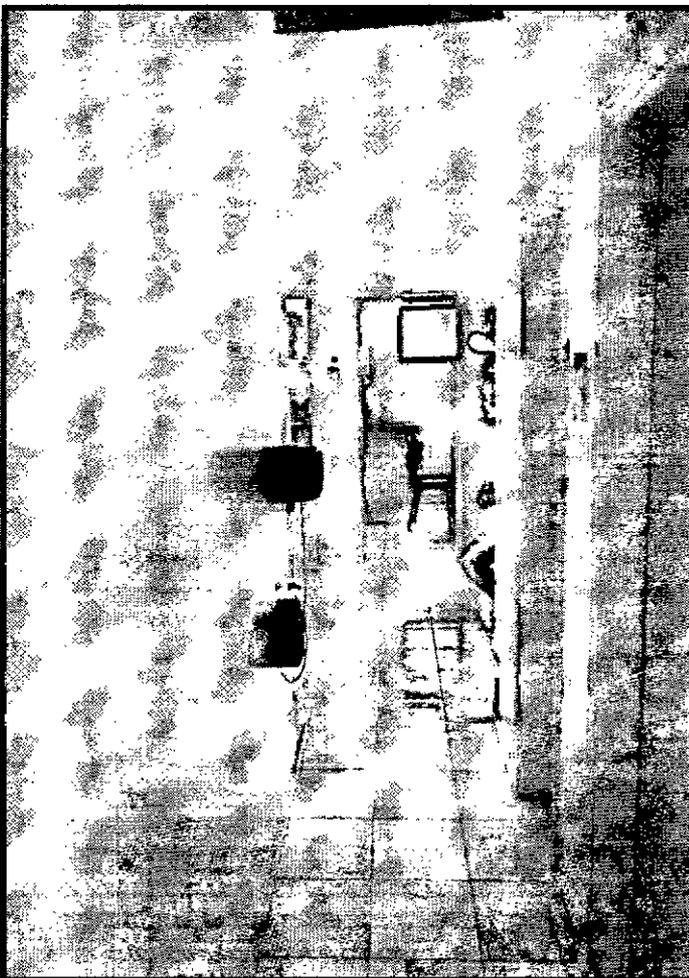
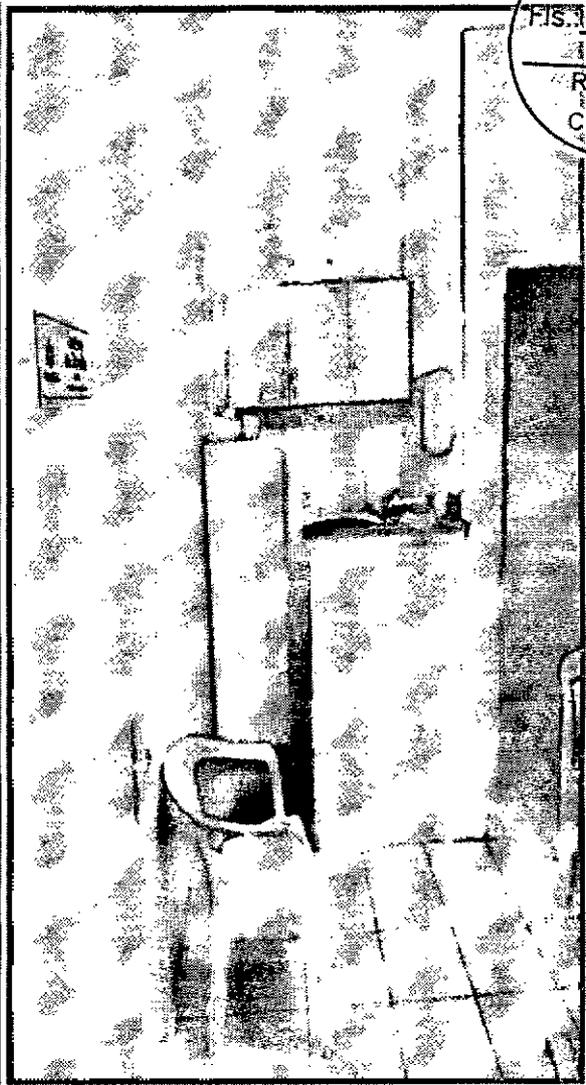
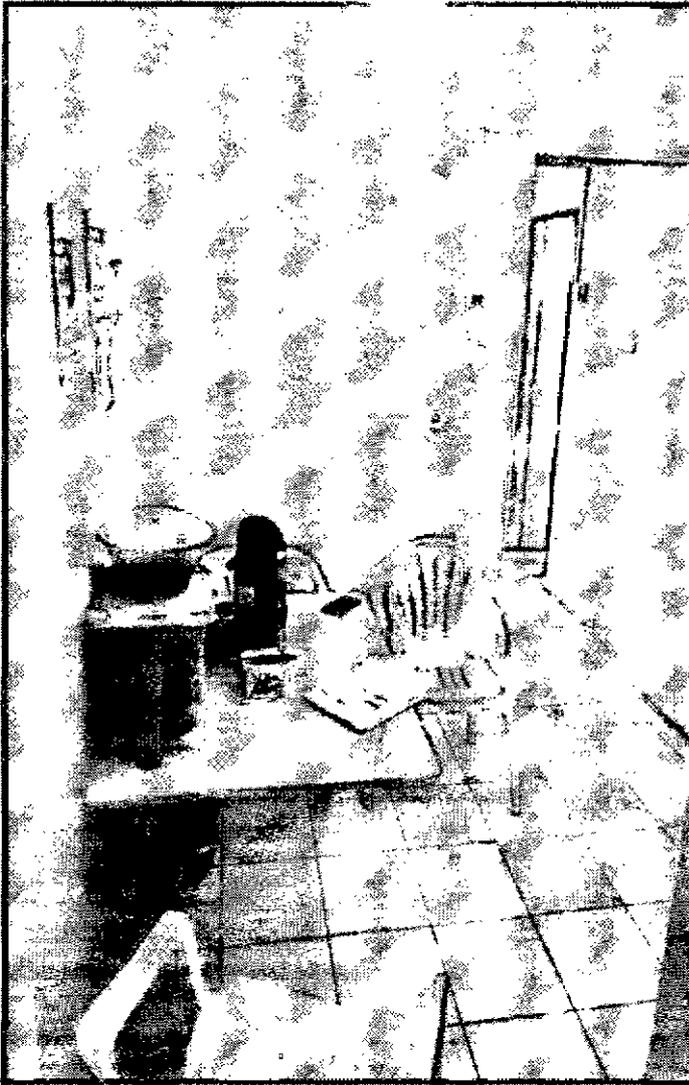
SES
Fis.: 4517
♀
Rubrica
CICGSS



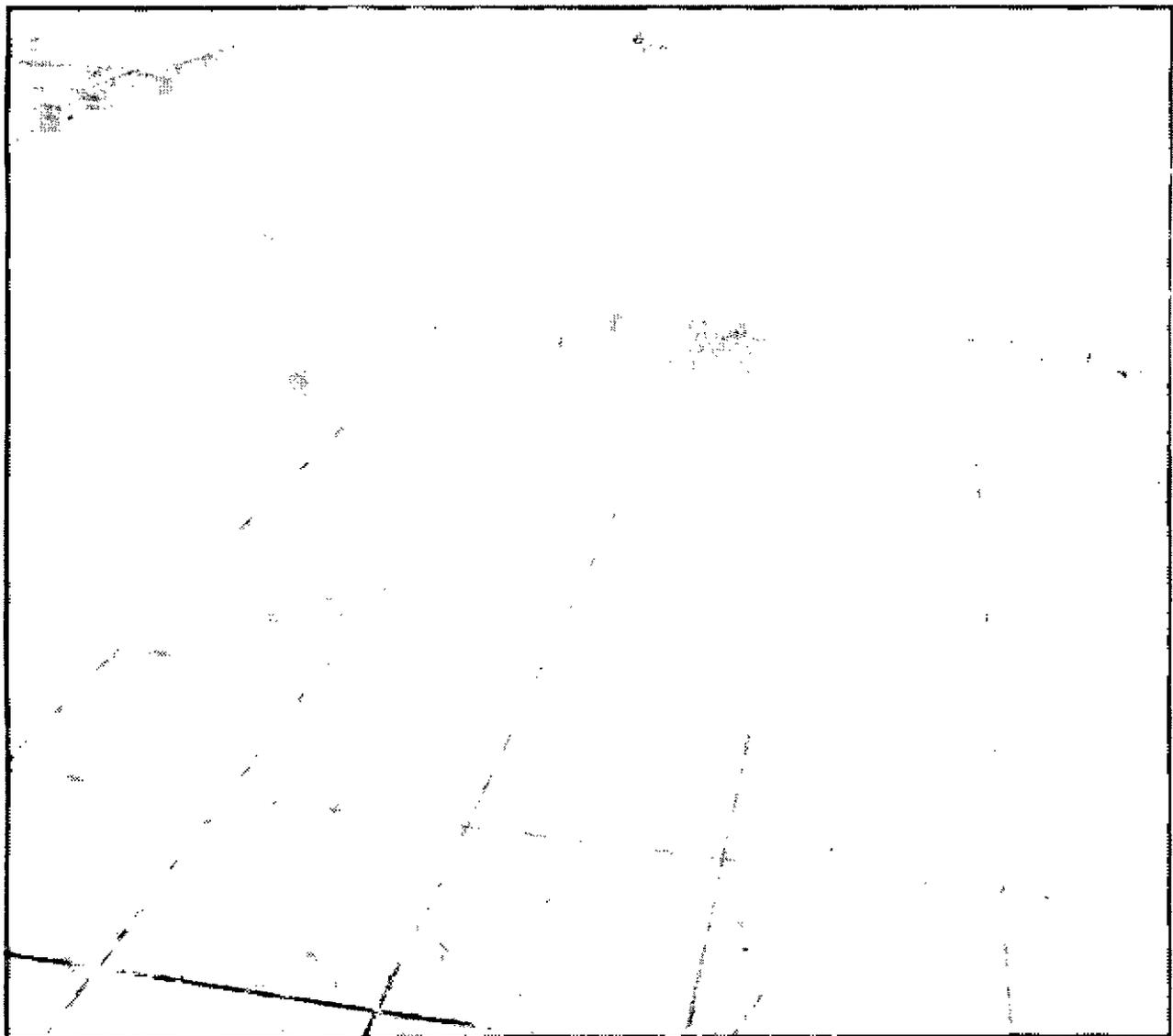
Handwritten marks and scribbles at the bottom right of the page, including a large, stylized signature or mark.



SES
FIS. 4518
Rubrica
CICGSS



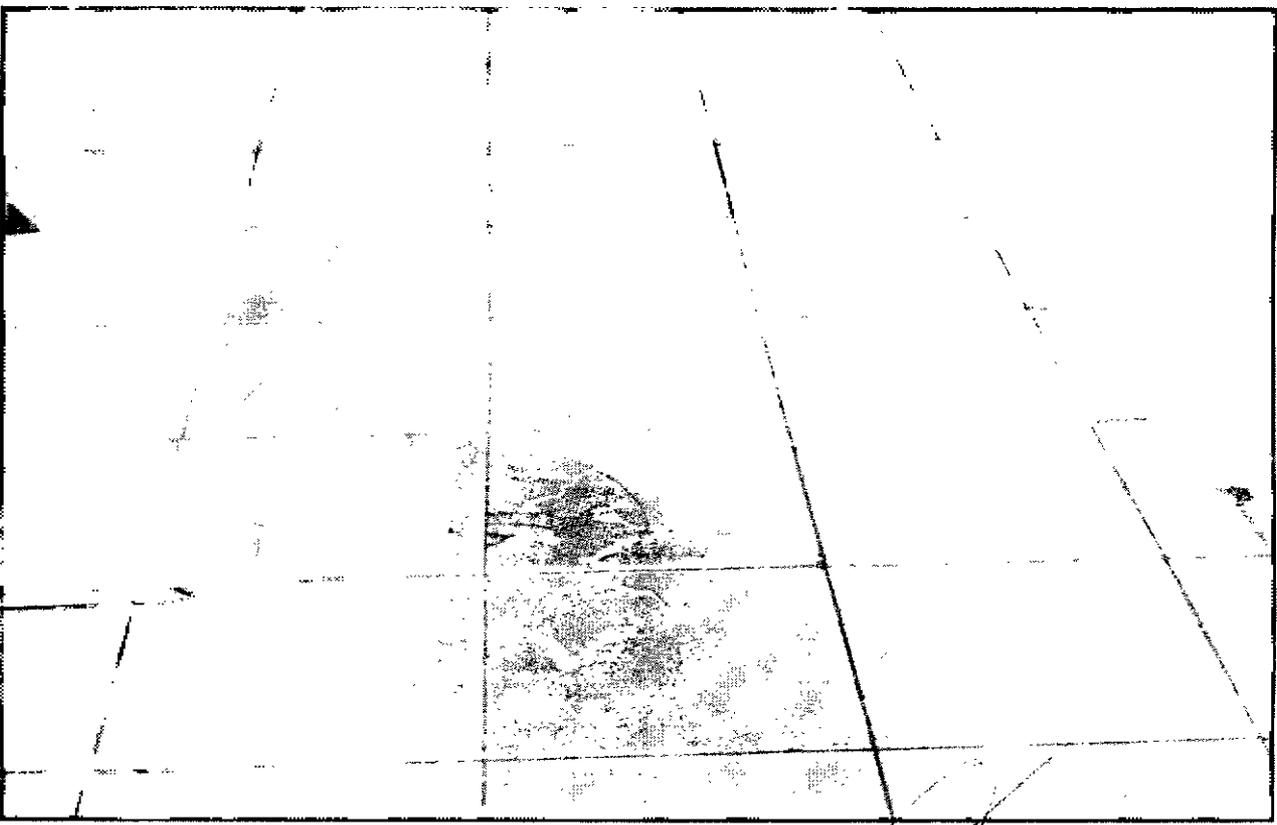
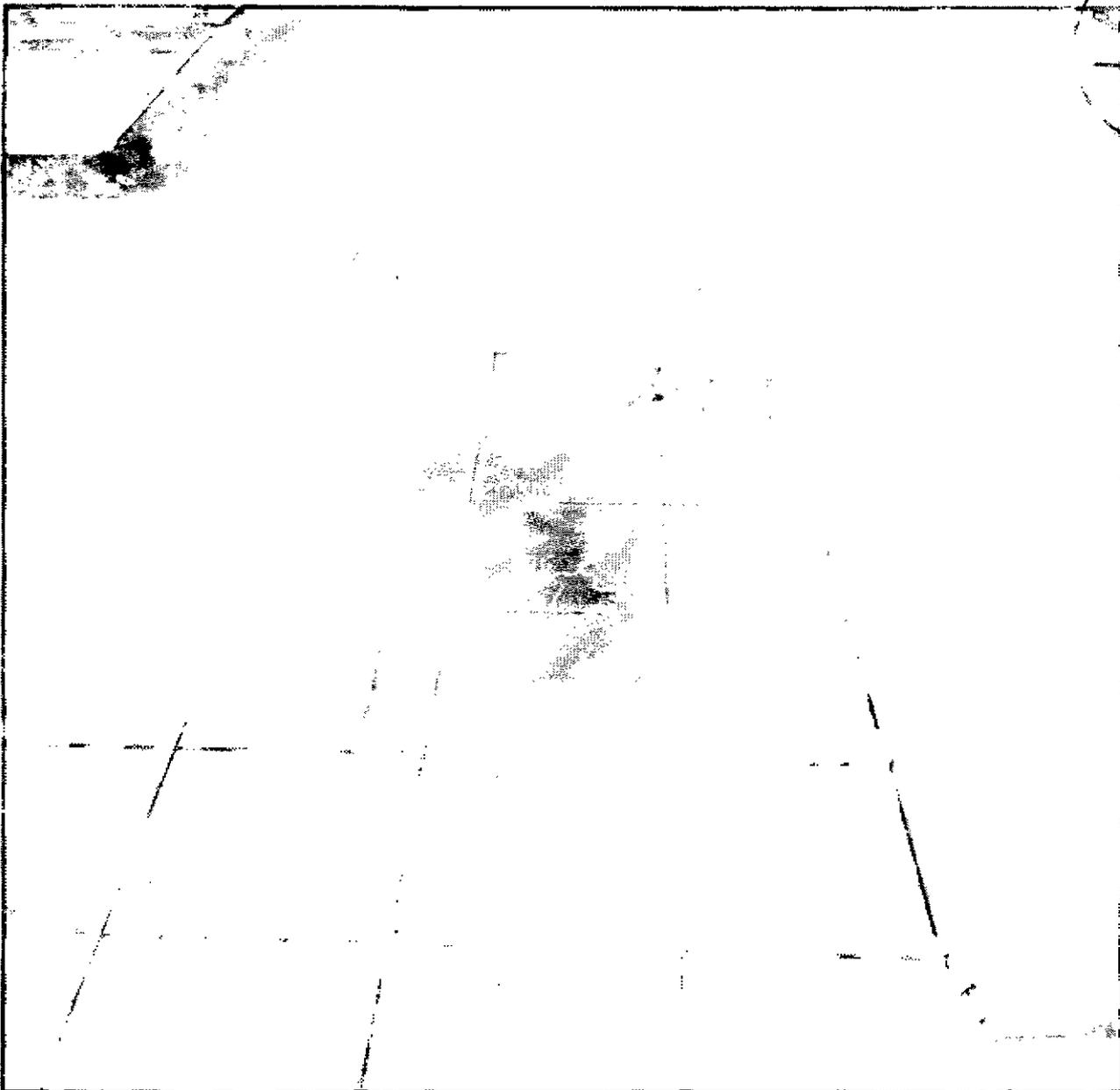
[Handwritten signature]
9



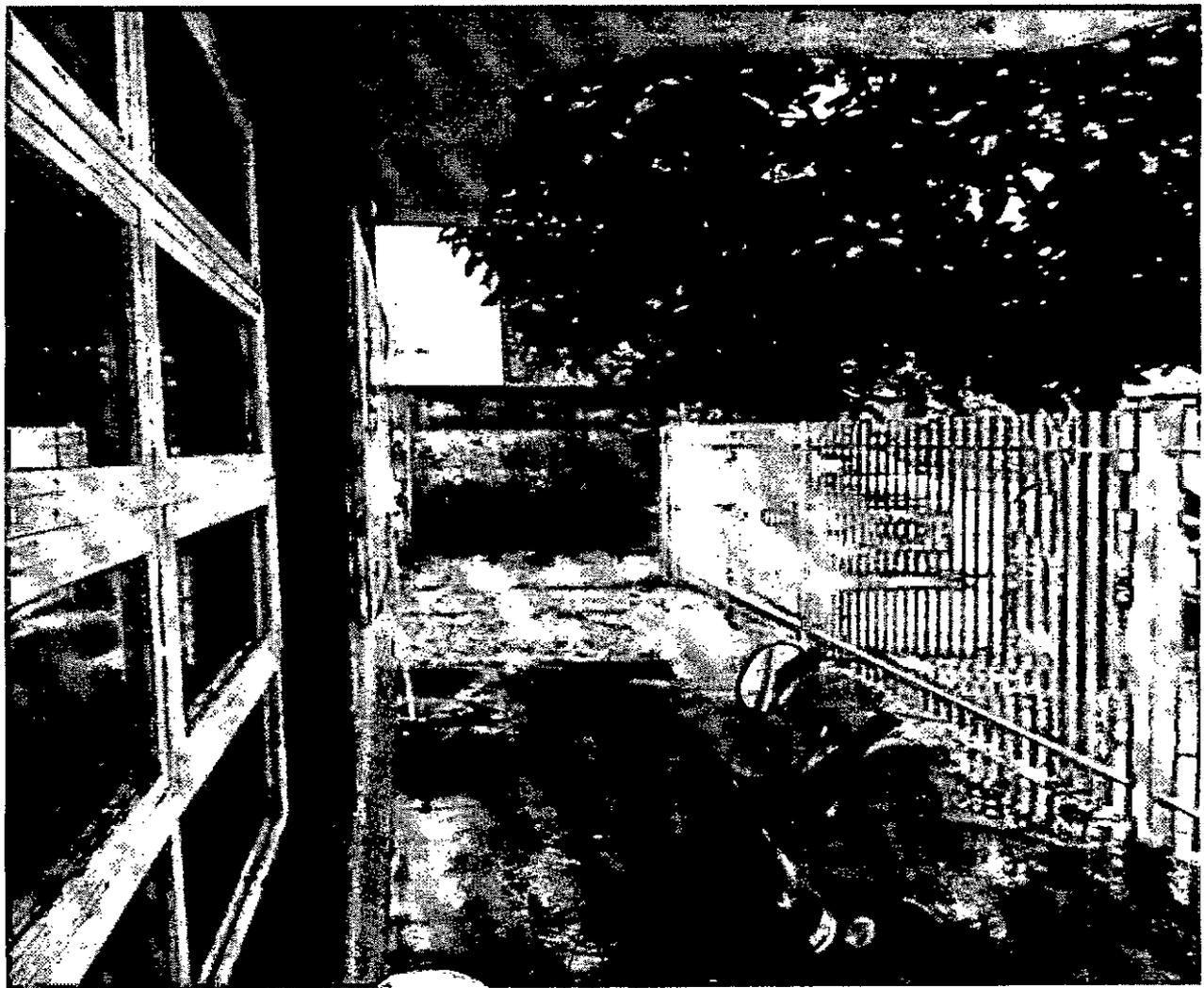
2

2

SES
4519
Rubrica
CICGSS



[Handwritten signature]
A



1
e

SES
Fls. 4520
brica
CGSS



Handwritten signature
P
P

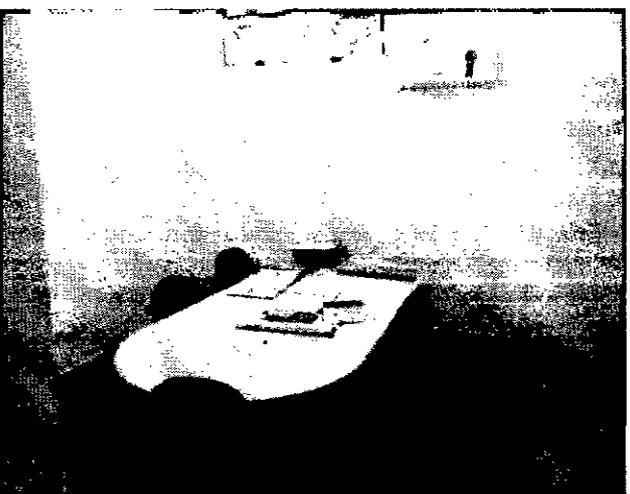
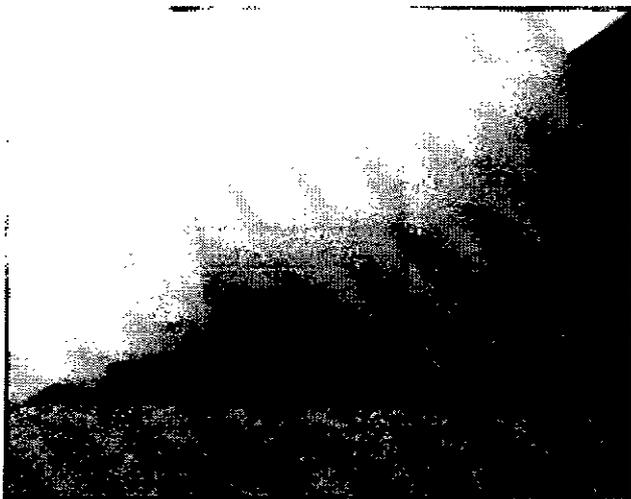
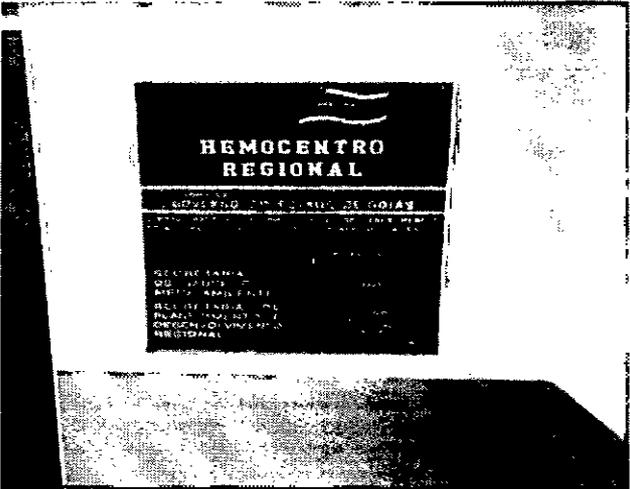
RELATÓRIO FOTOGRÁFICO

VISITA TÉCNICA – HEMOCENTRO – REGIONAL CERES / GOIÁS

SES
Fls.: 452
Rubrica
CICGSS

ACOMPANHAMENTO: DORACI MARIA DOS SANTOS TRINDADE – DIRETORA GERAL / LUCIMAR ARAÚJO F. ALVES –
DIRETORA ADMINISTRATIVA – 06/02/2018

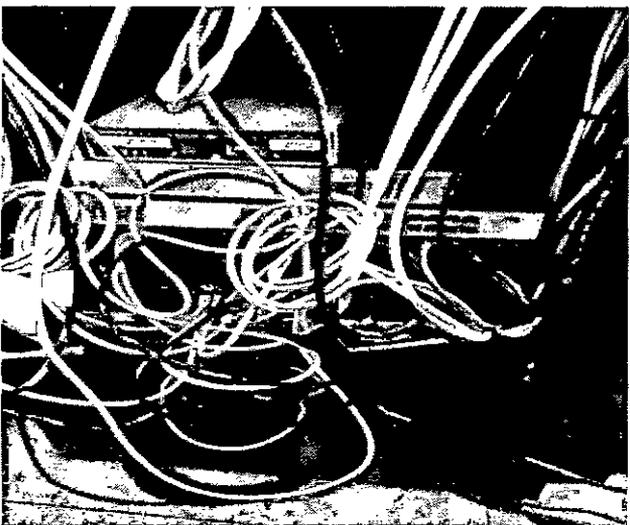
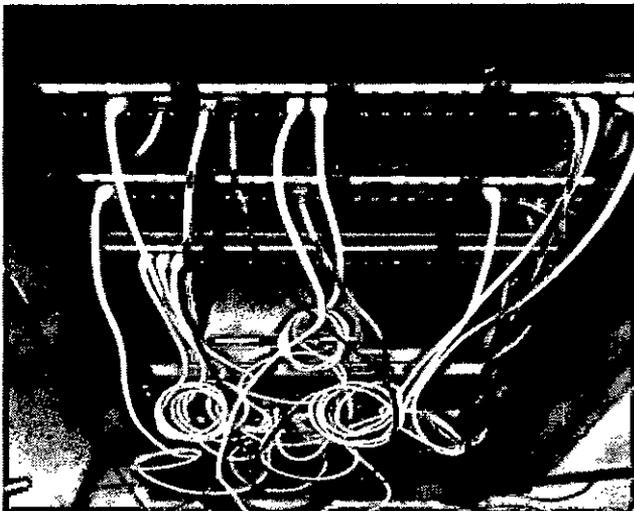
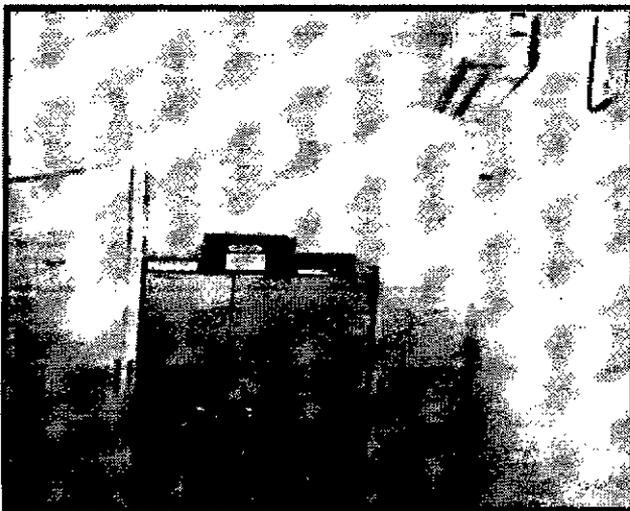
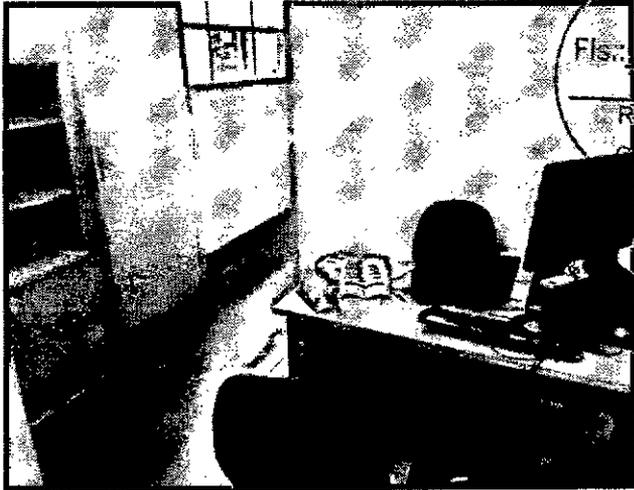
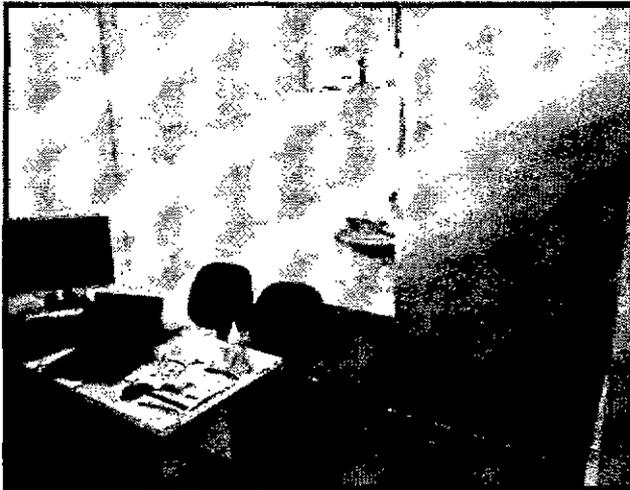




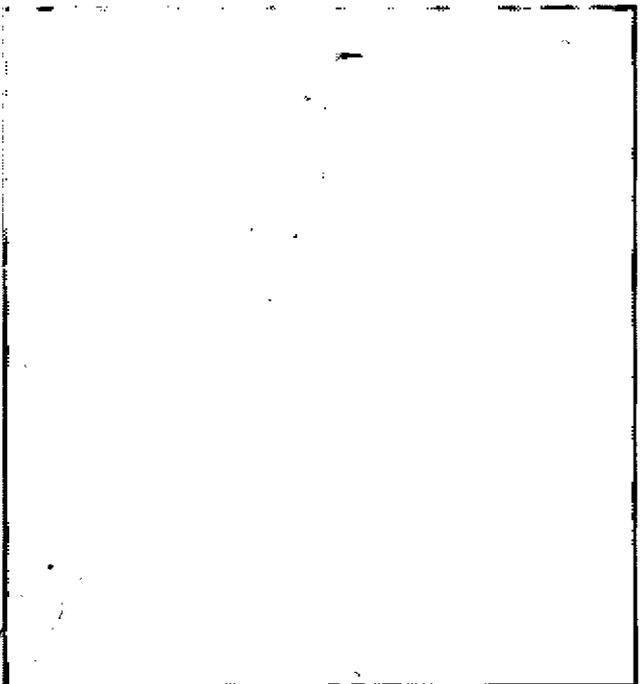
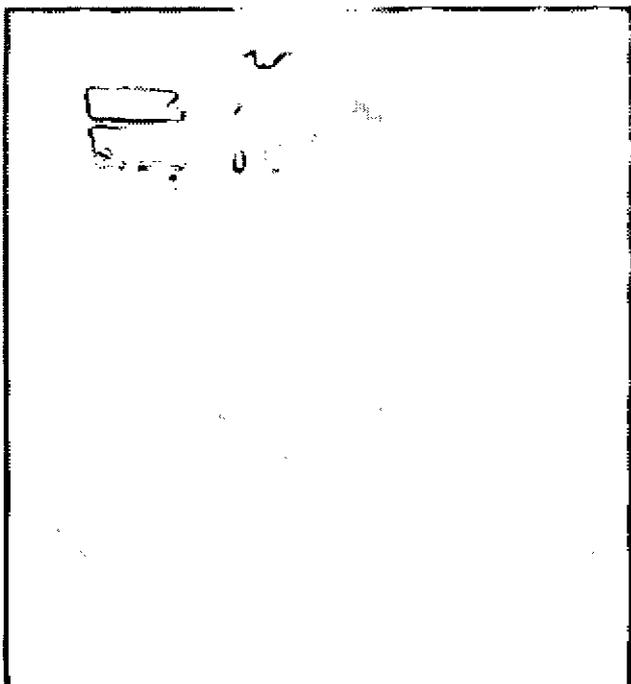
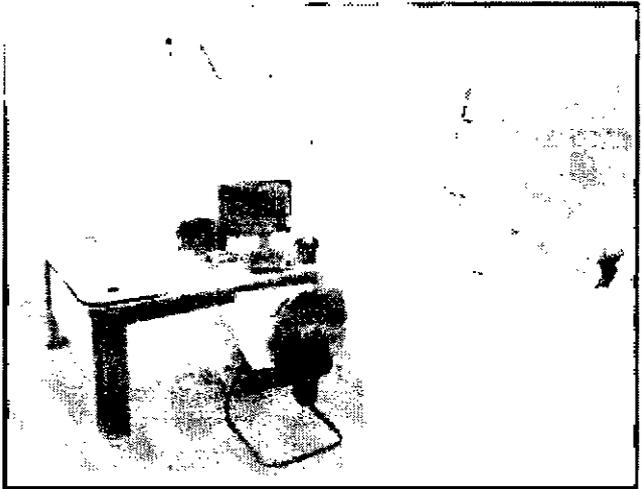
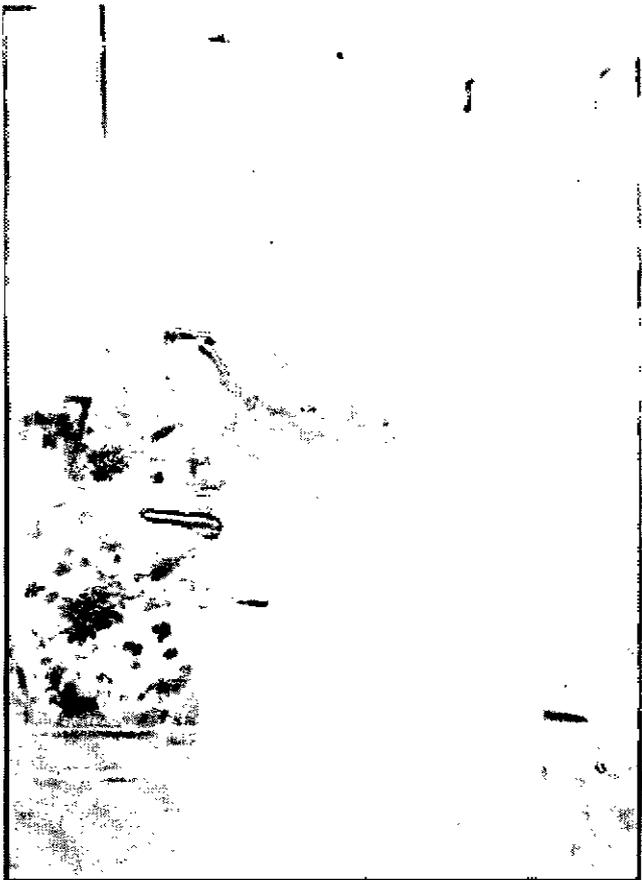
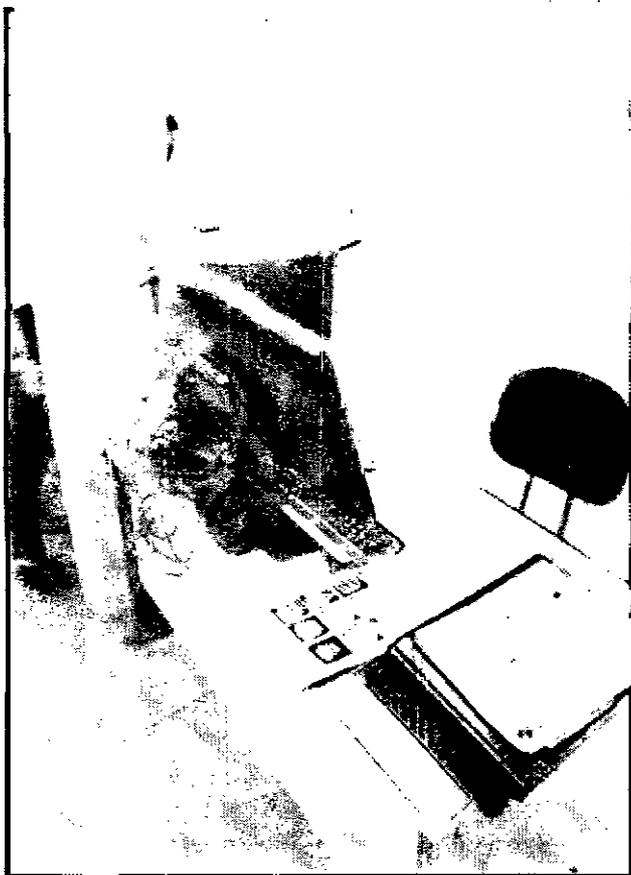
2

Handwritten scribbles and marks at the bottom of the page.

SES
Fls. 4520
Rubrica
CGSS

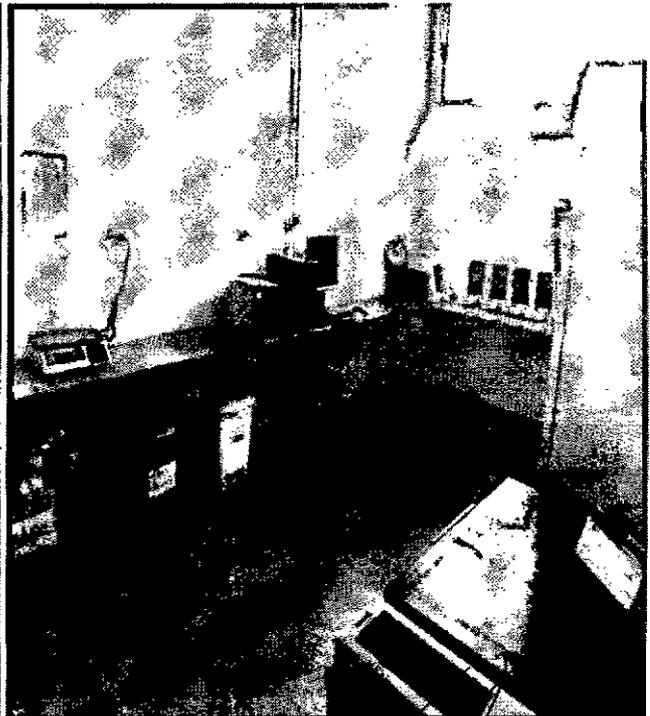
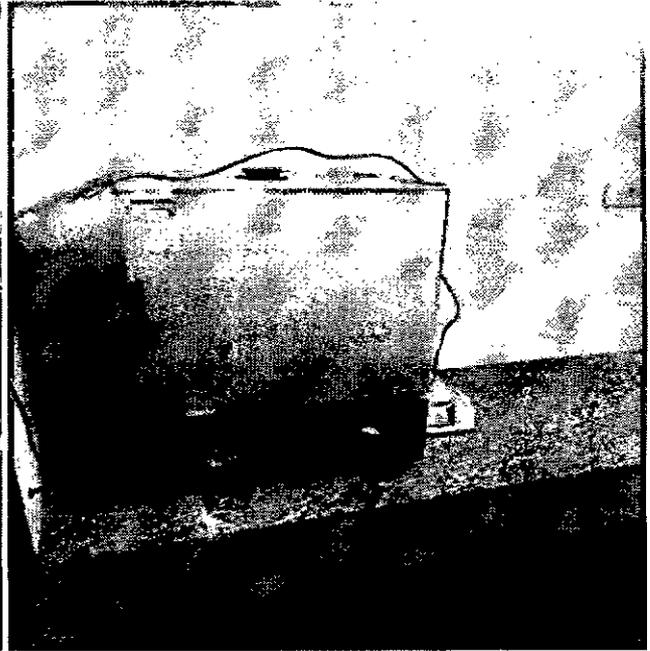
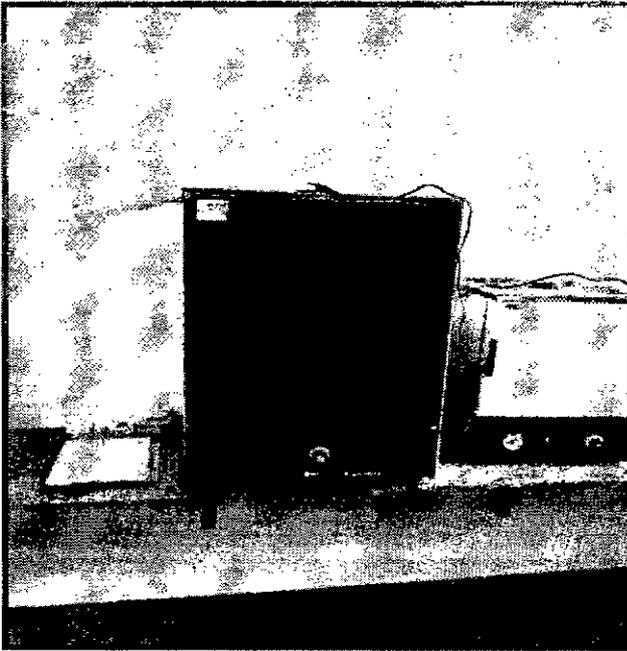
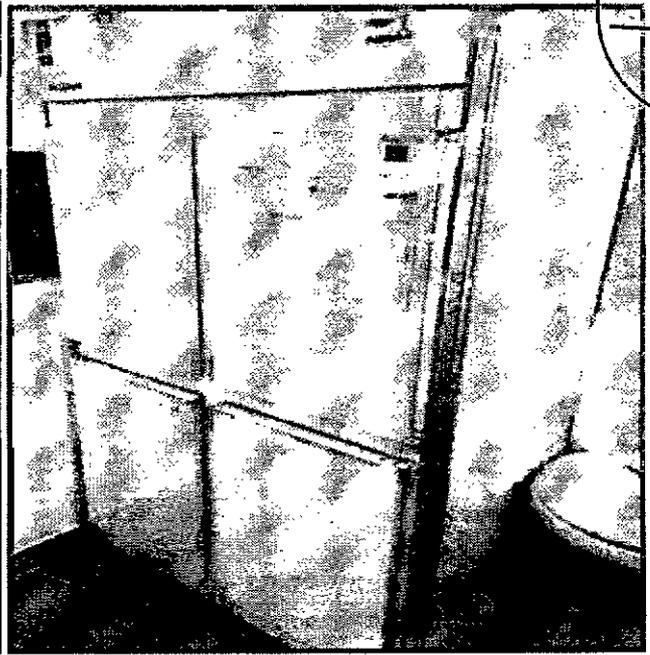
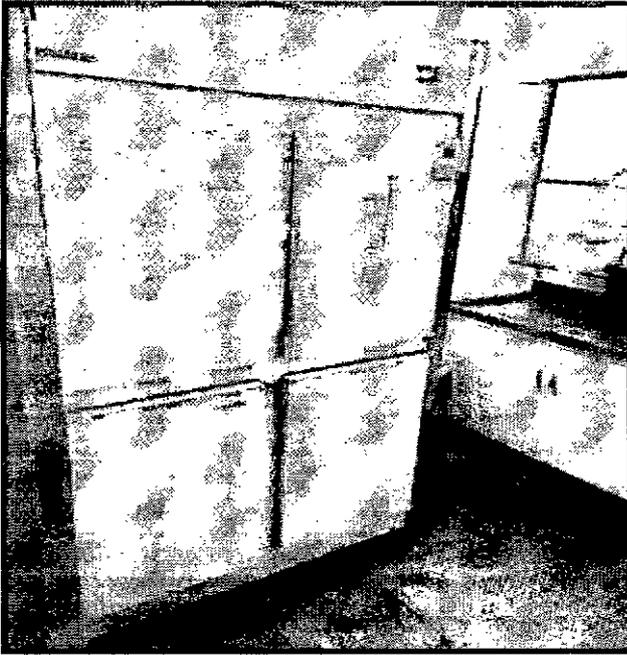


A
20

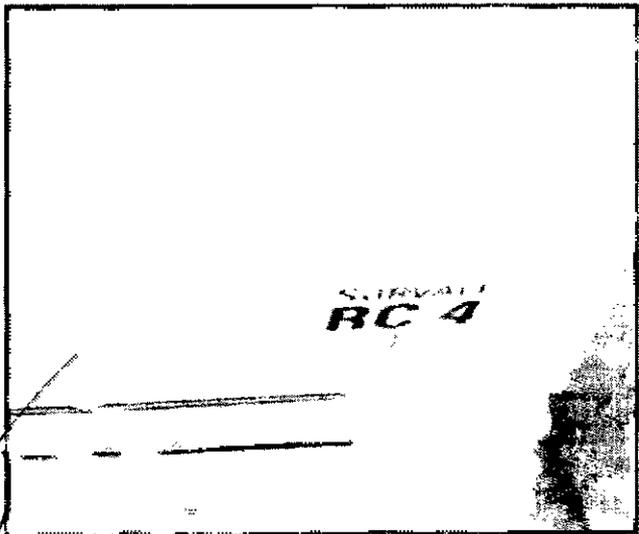
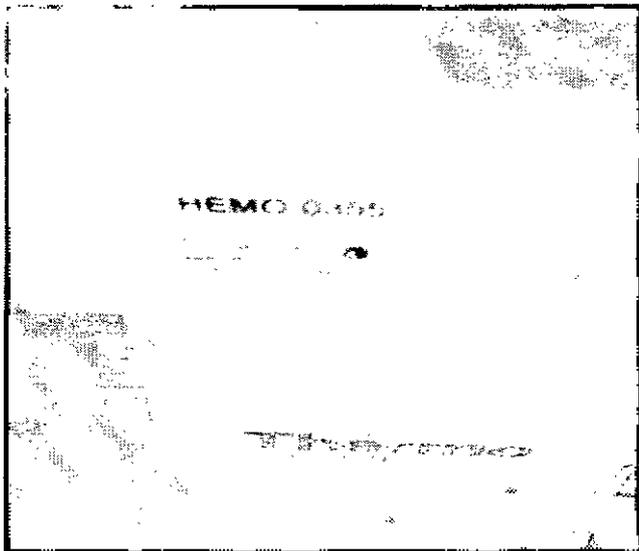
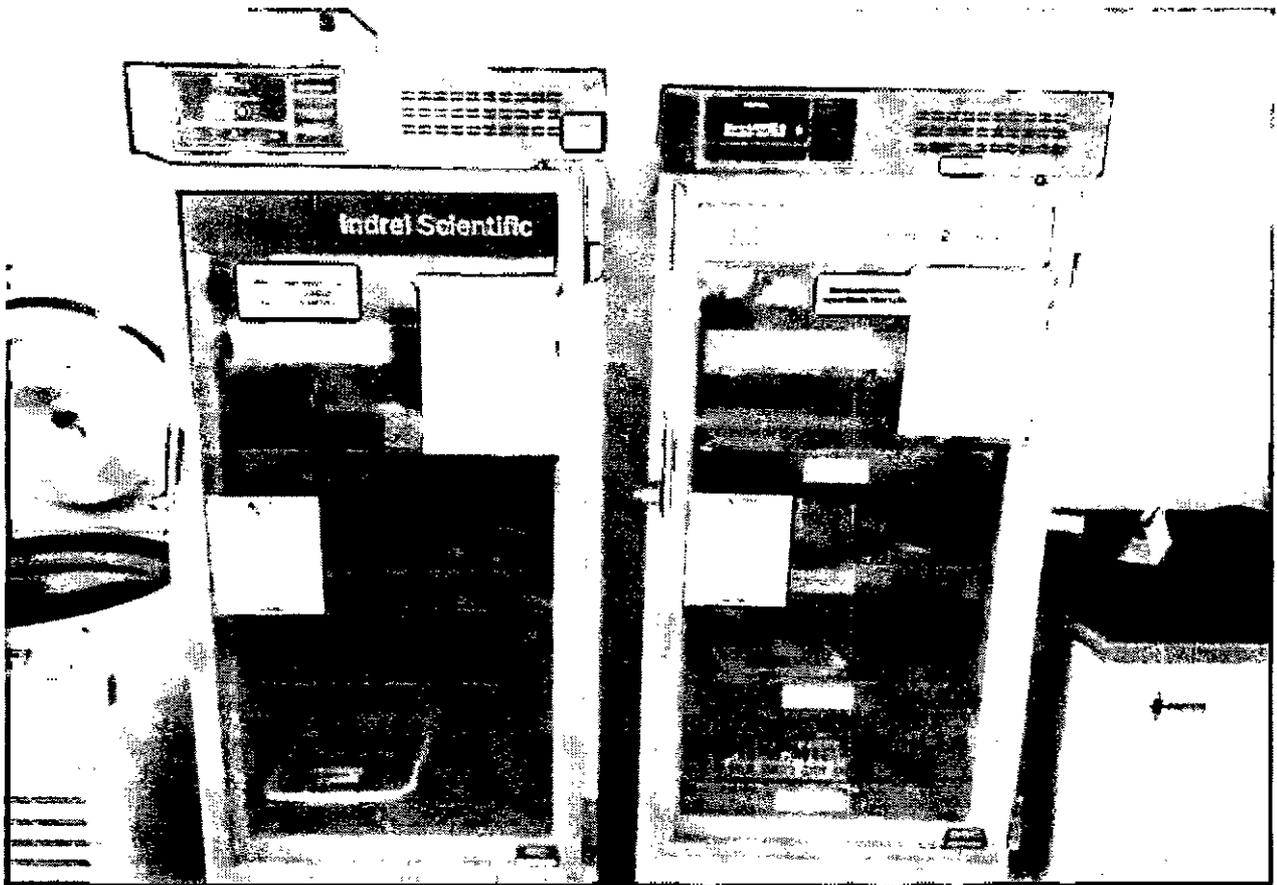
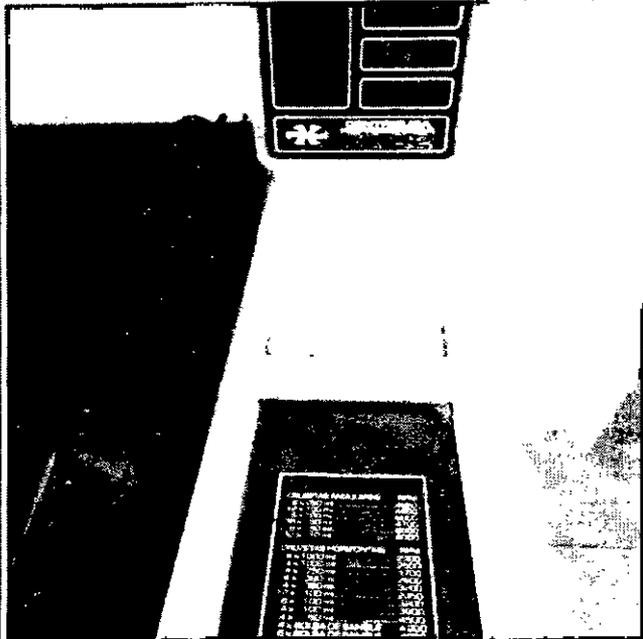
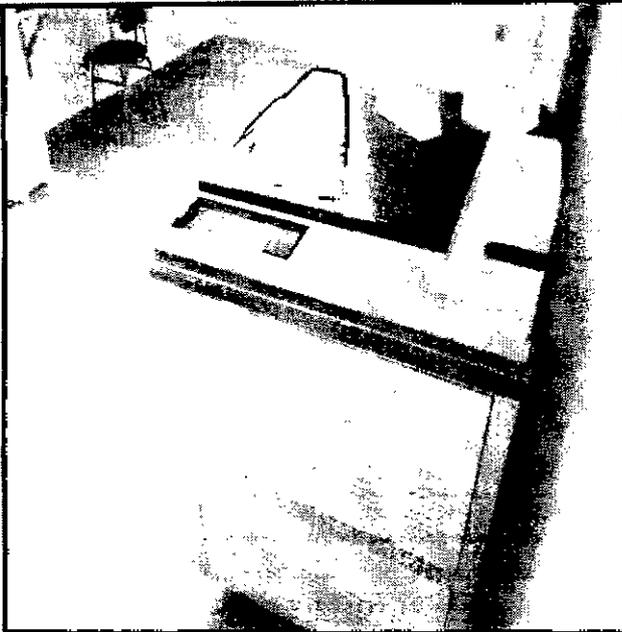


e

Handwritten marks or signatures at the bottom center of the page.



[Handwritten signature]



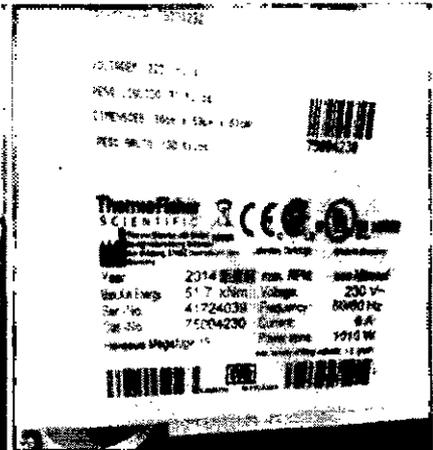
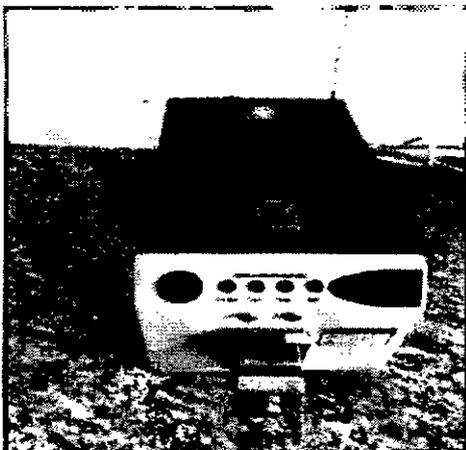
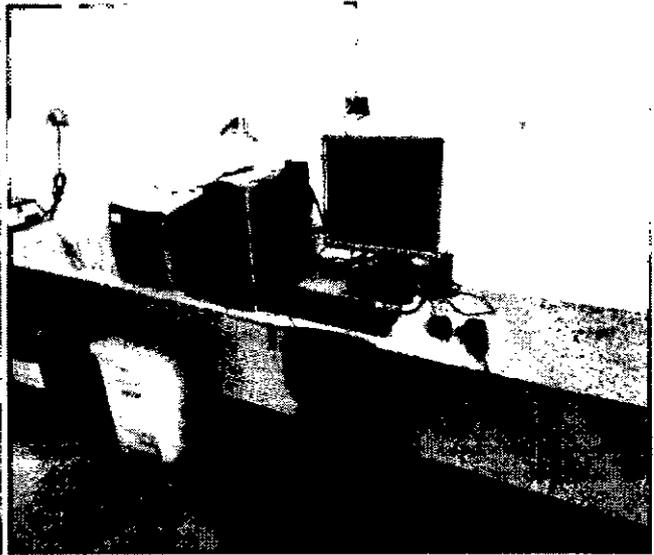
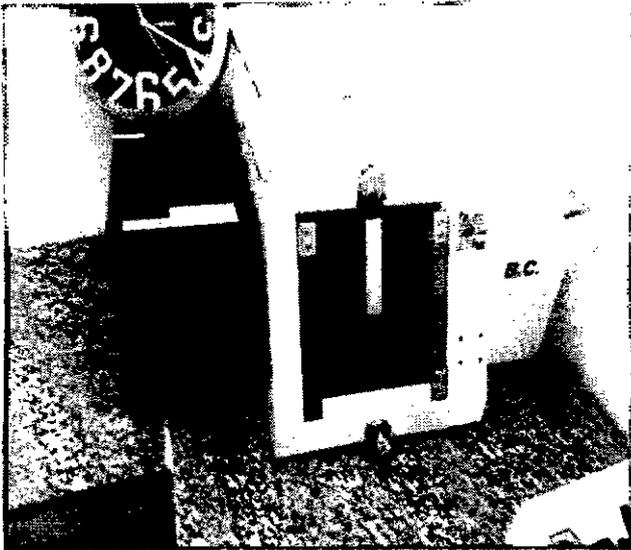
P

Handwritten scribbles and lines at the bottom of the page.

SES
Els: 4524
Rubrica
CICGSS

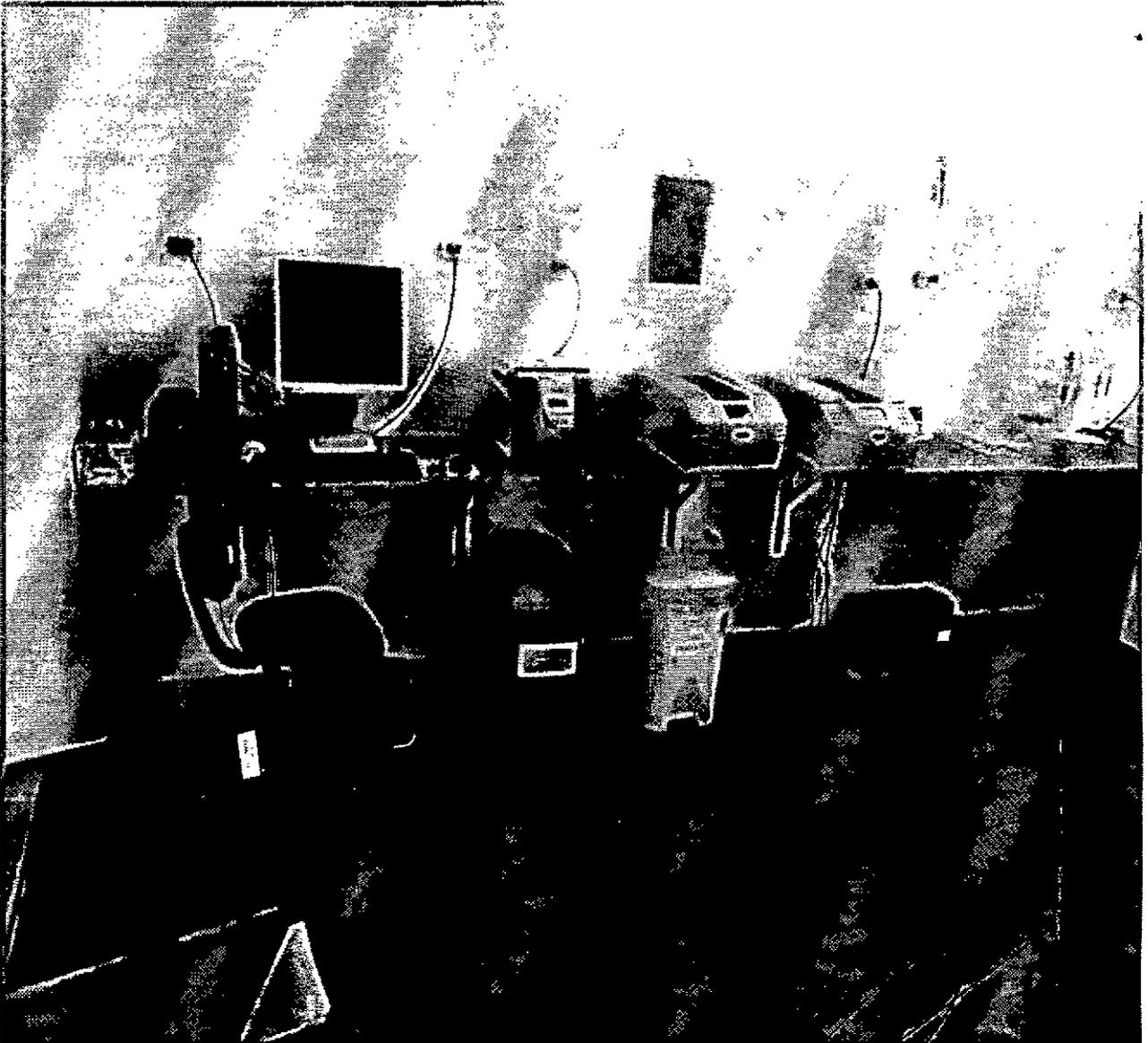


[Handwritten signatures and marks]



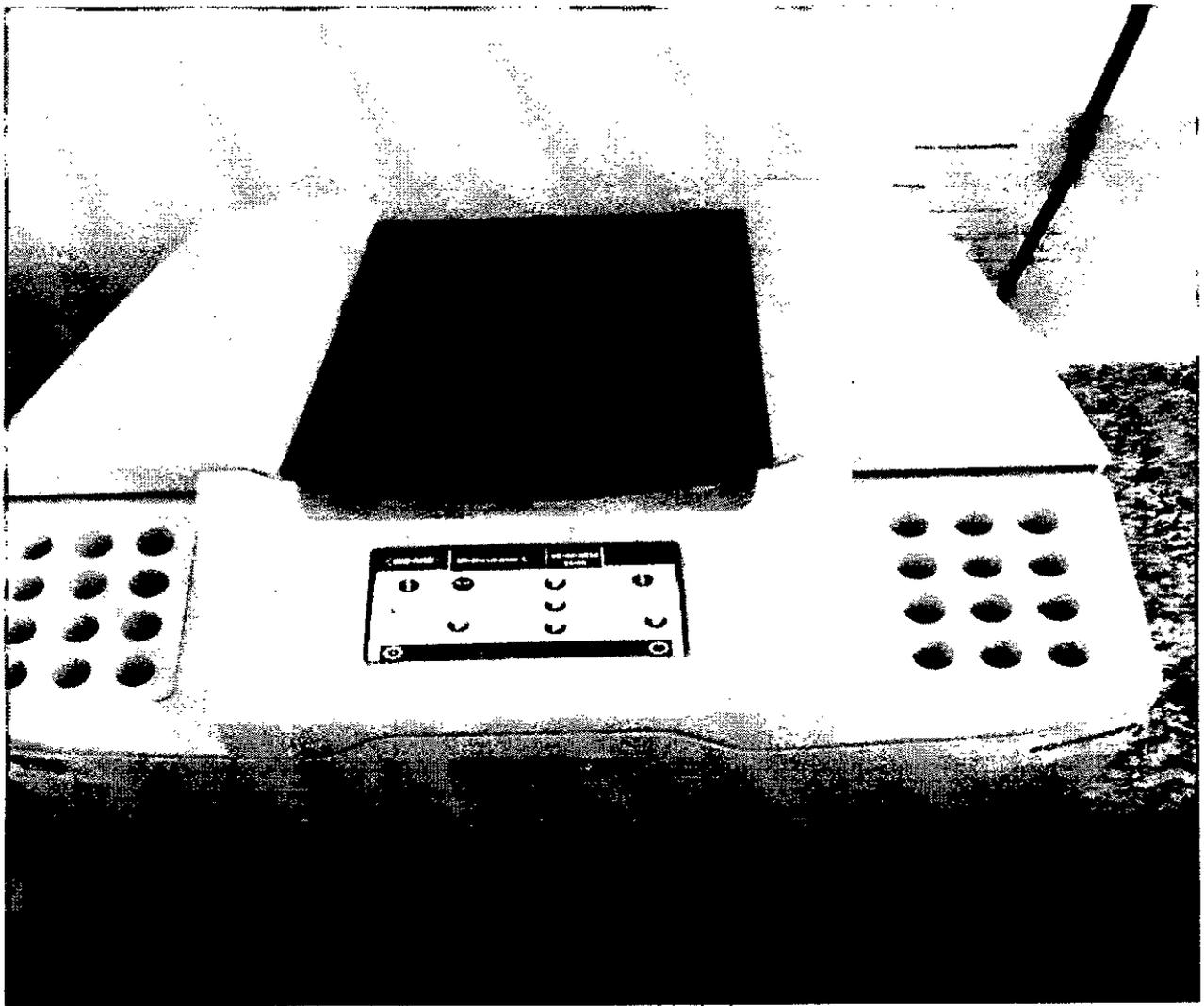
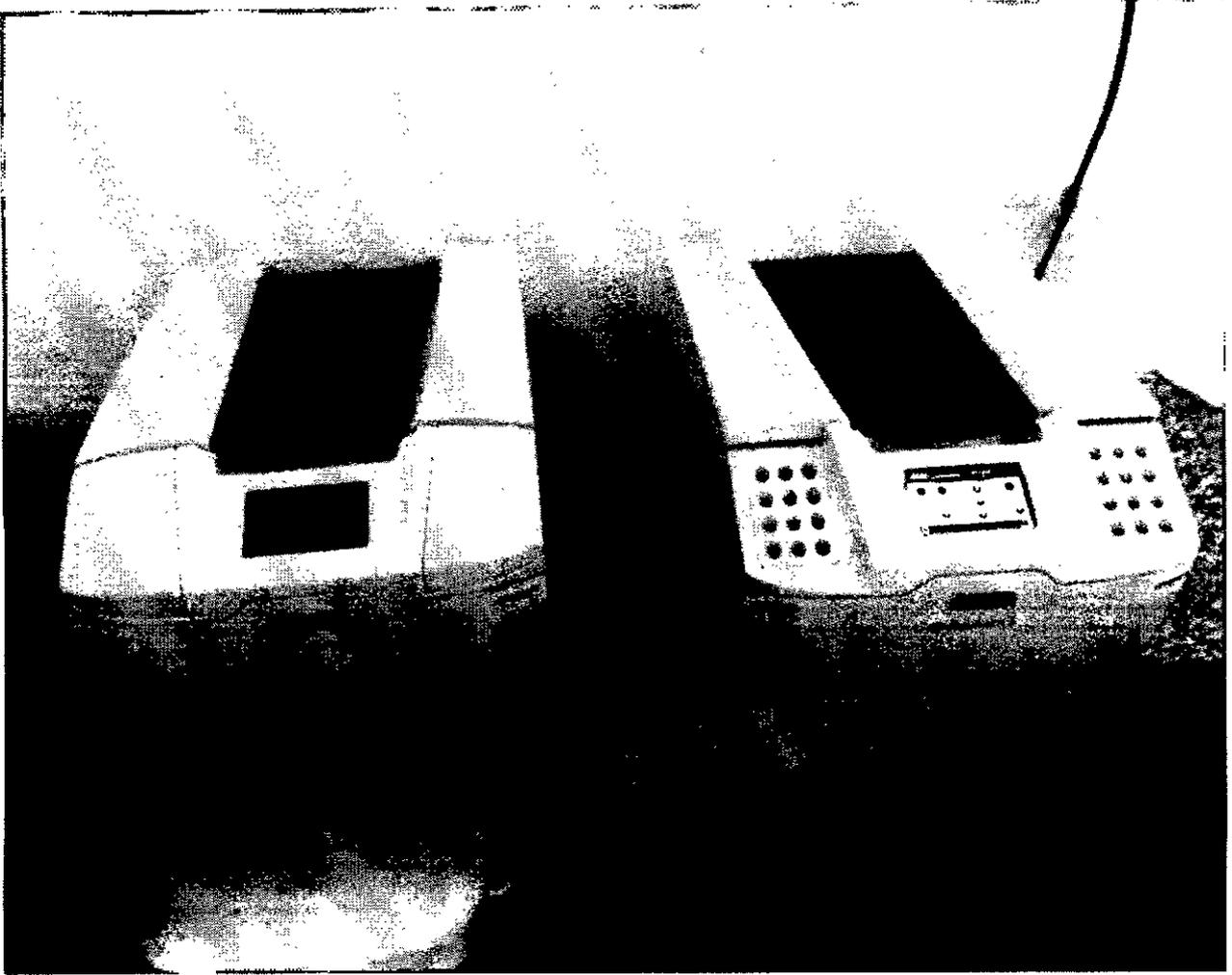
Handwritten marks at the bottom of the page, including a large 'e' on the left, a signature in the center, and a '#' symbol on the right.

SES
Fls.: 4525
Rubrica
CICGSS



M

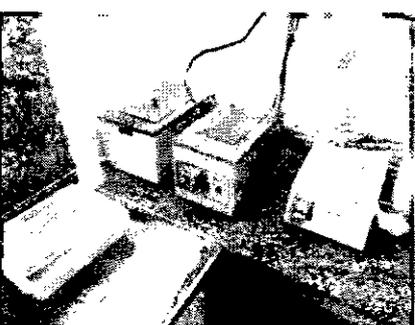
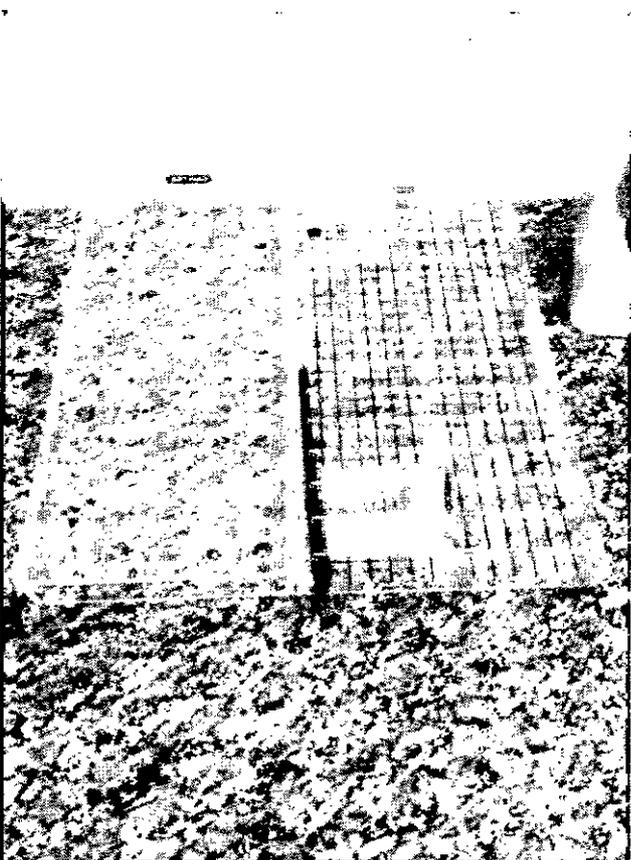
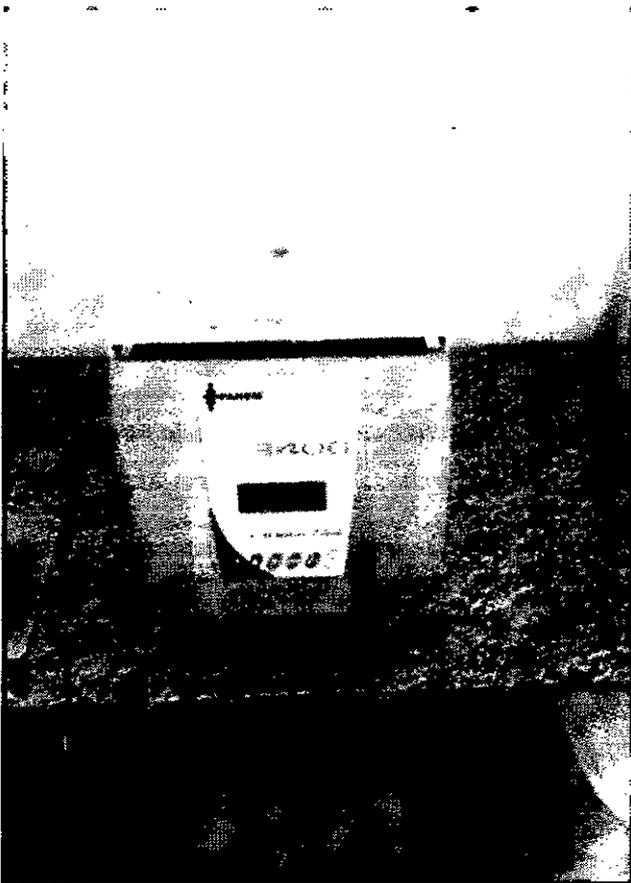
so



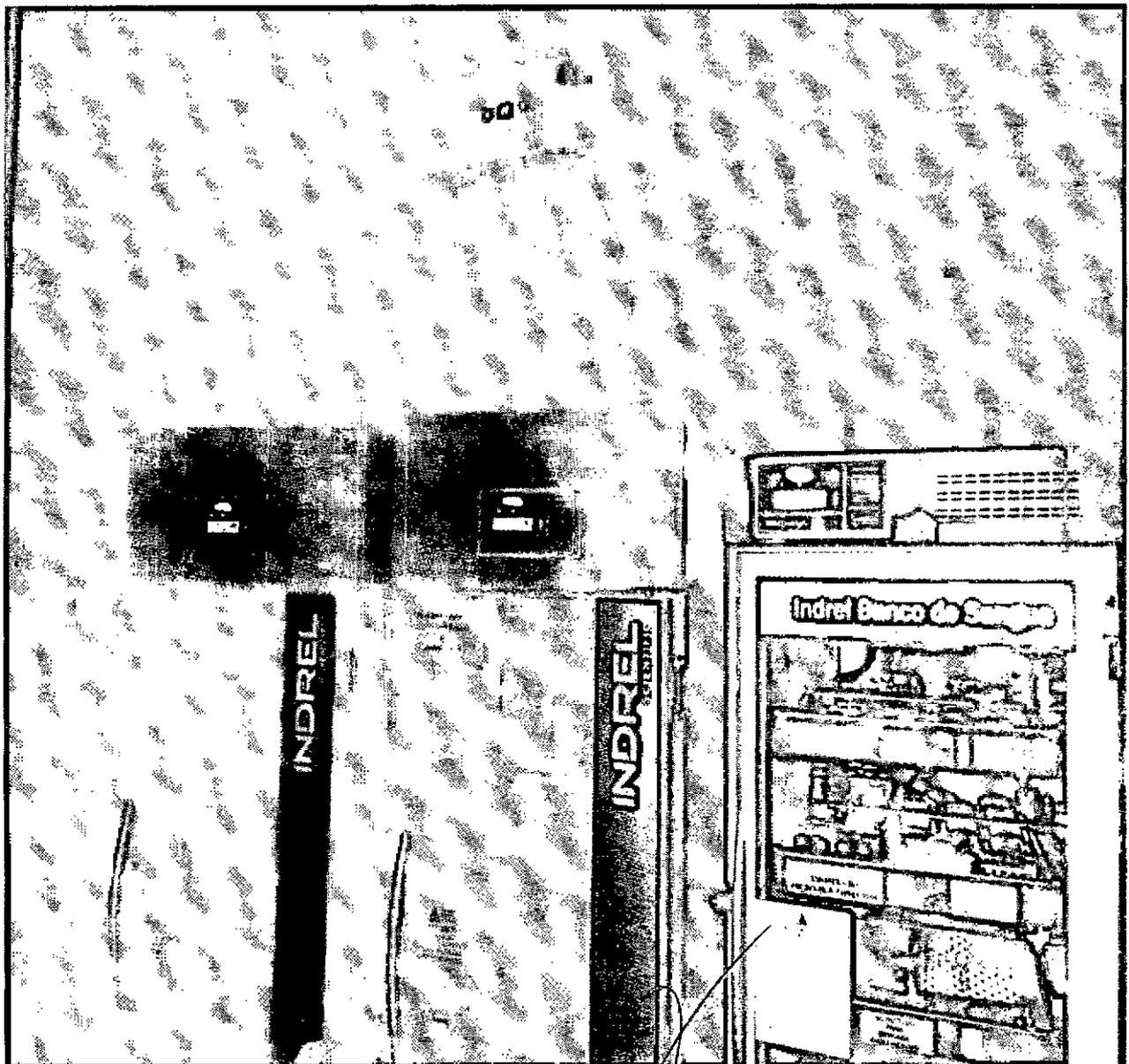
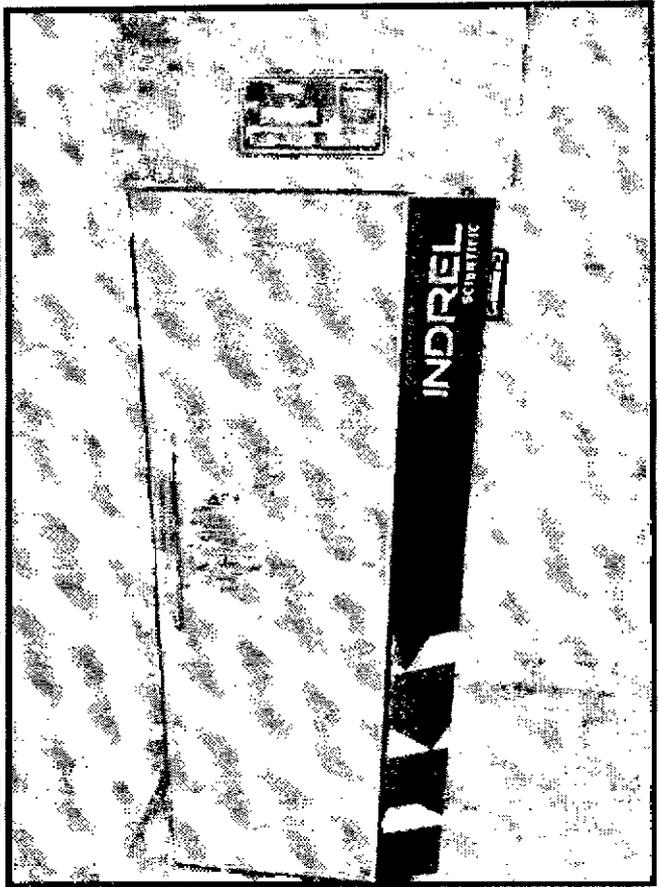
2

#

SES
Fls: 4526
Rubrica
CIGSS

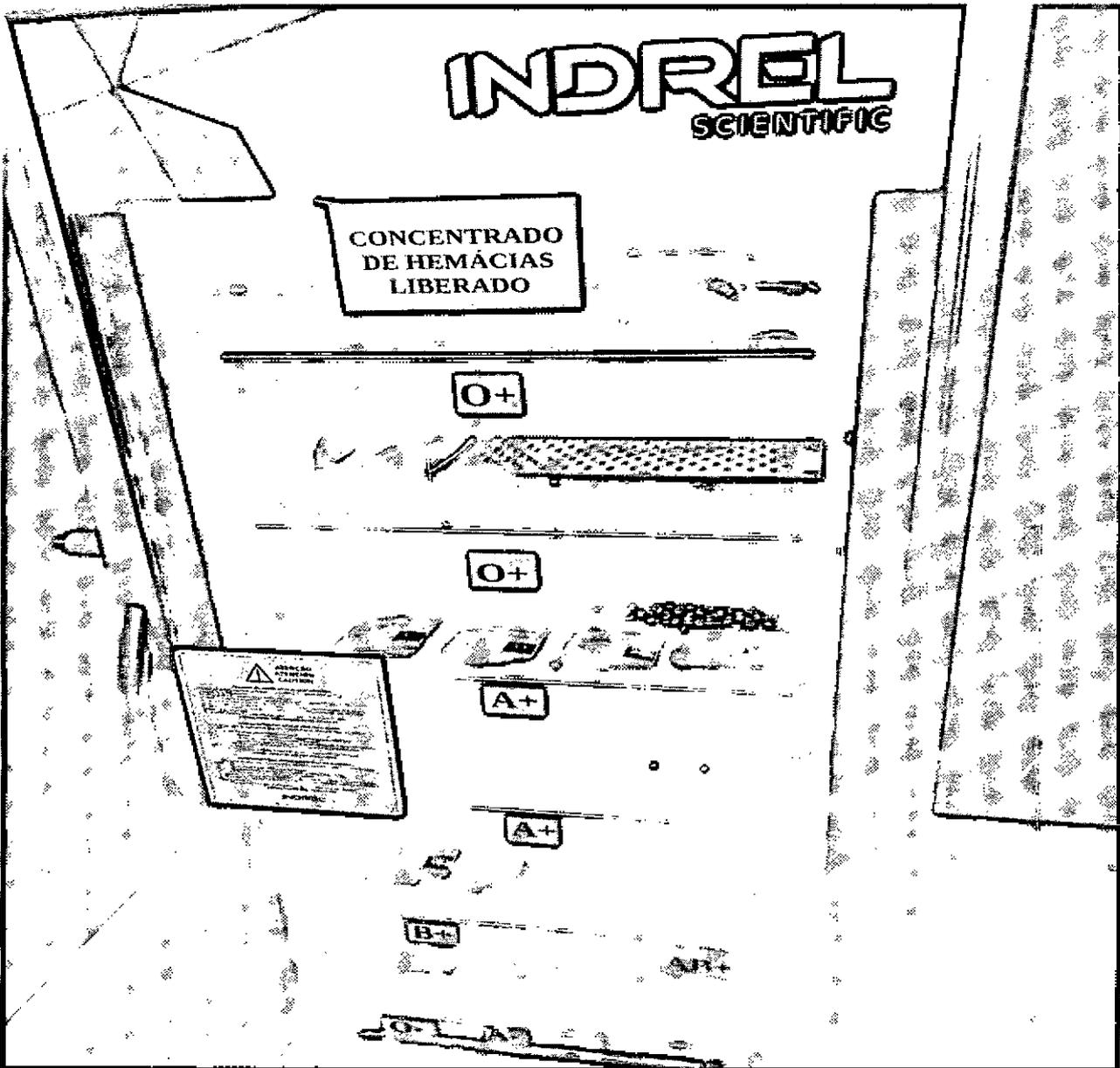
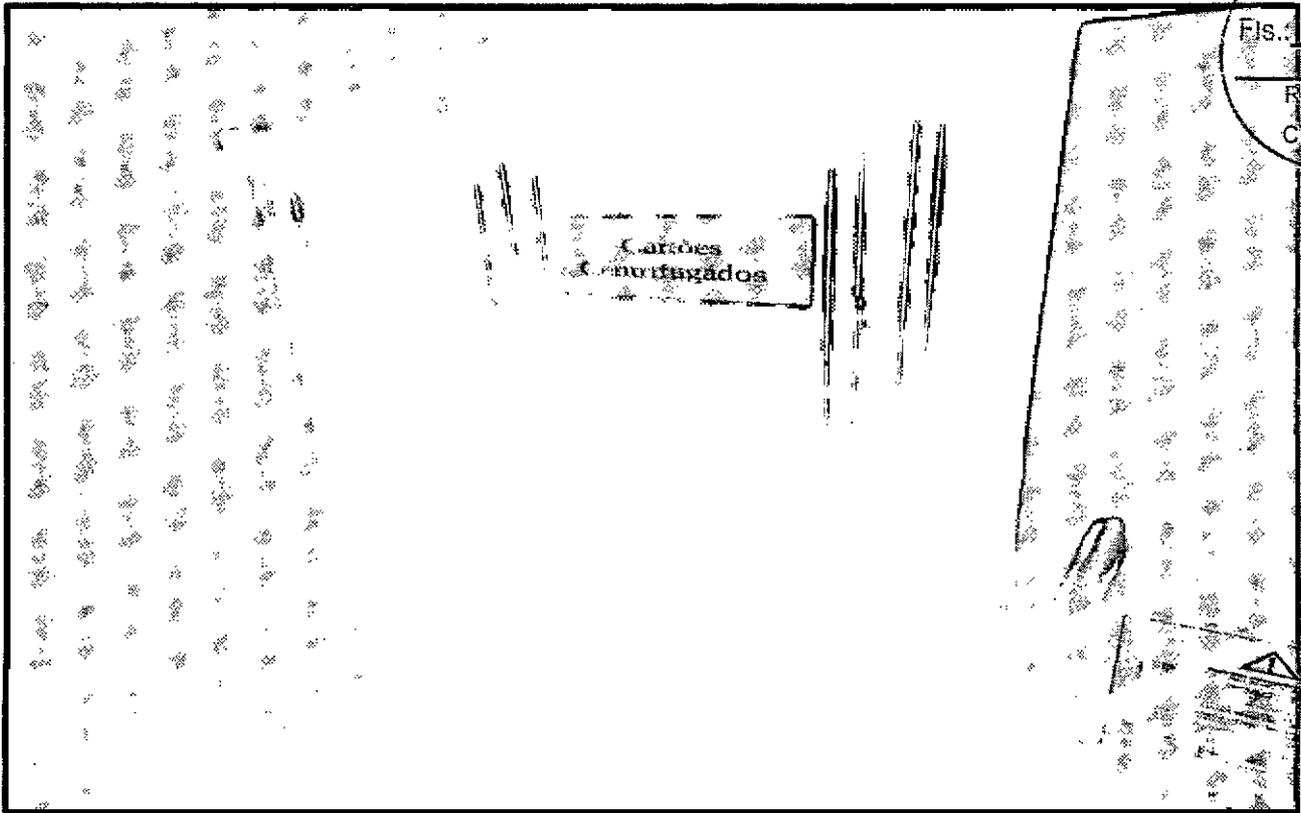


CA
P



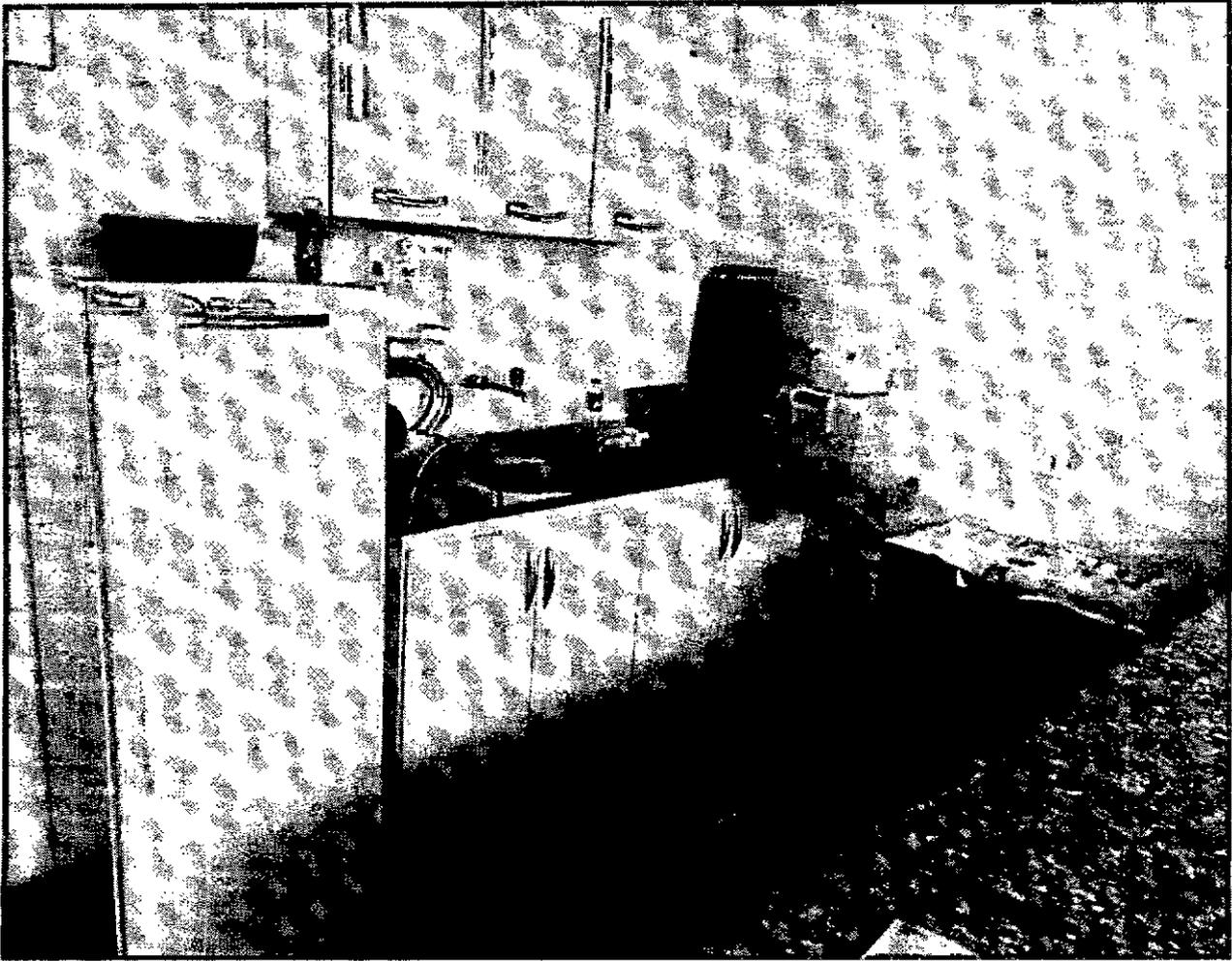
B

AA



A

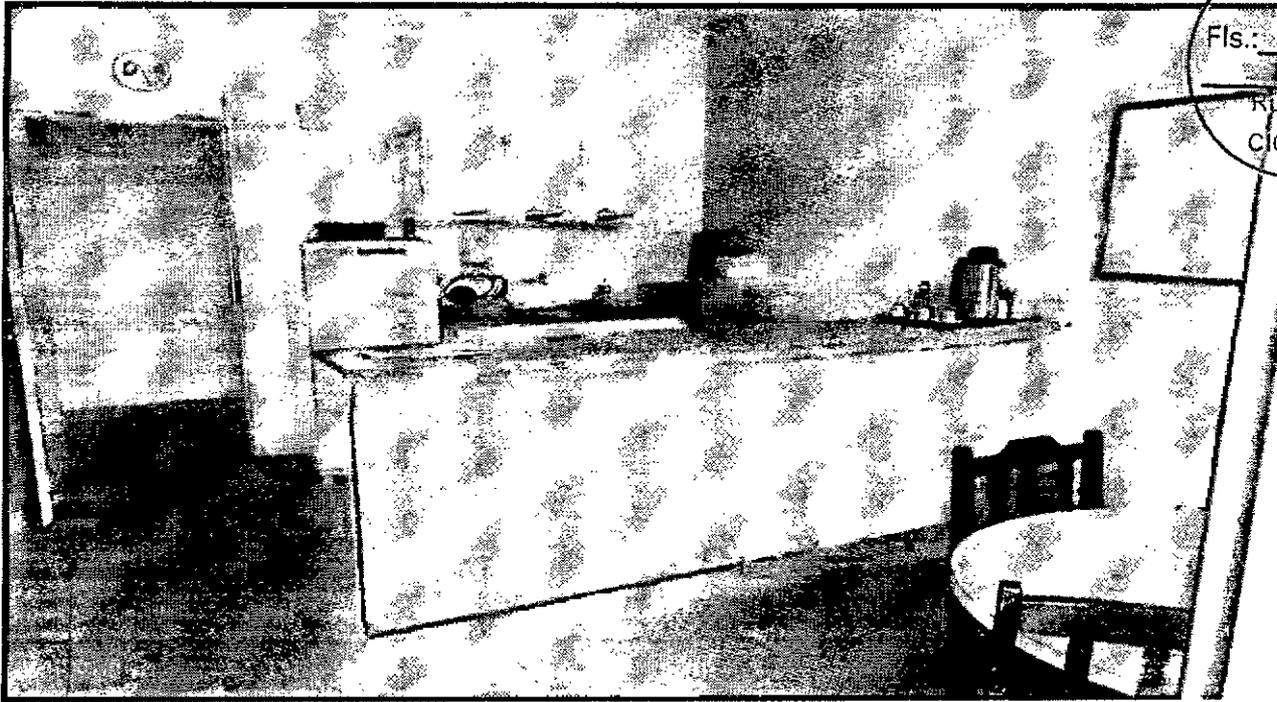
P



P

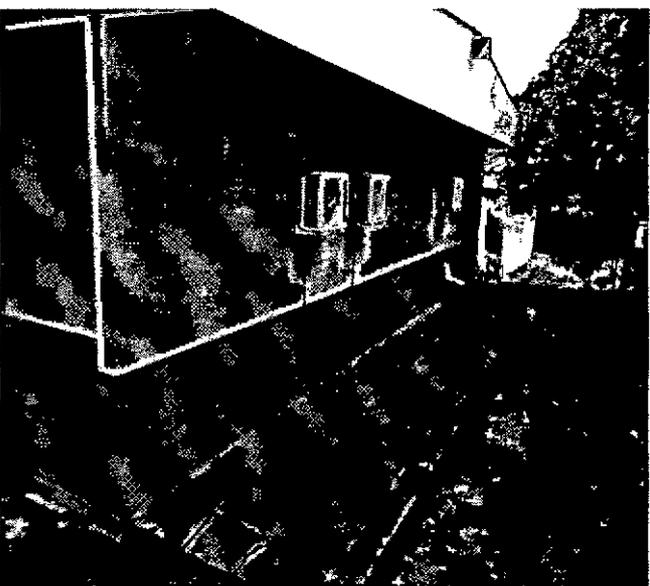
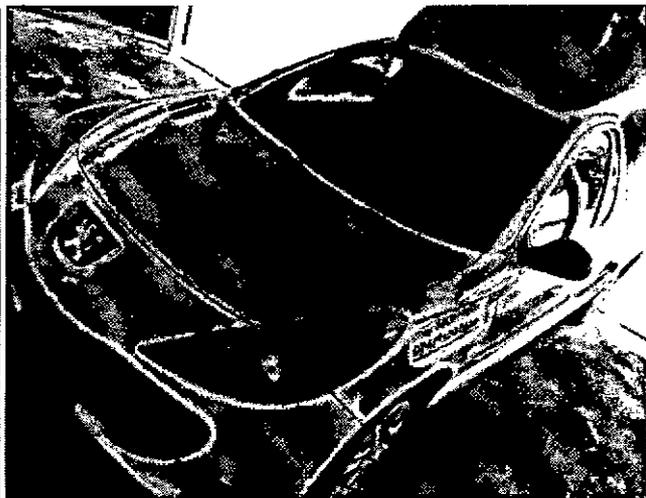
Handwritten scribbles or marks, possibly initials or a signature.

SES
Fls.: 4528
Rubrica
CICGSS



A

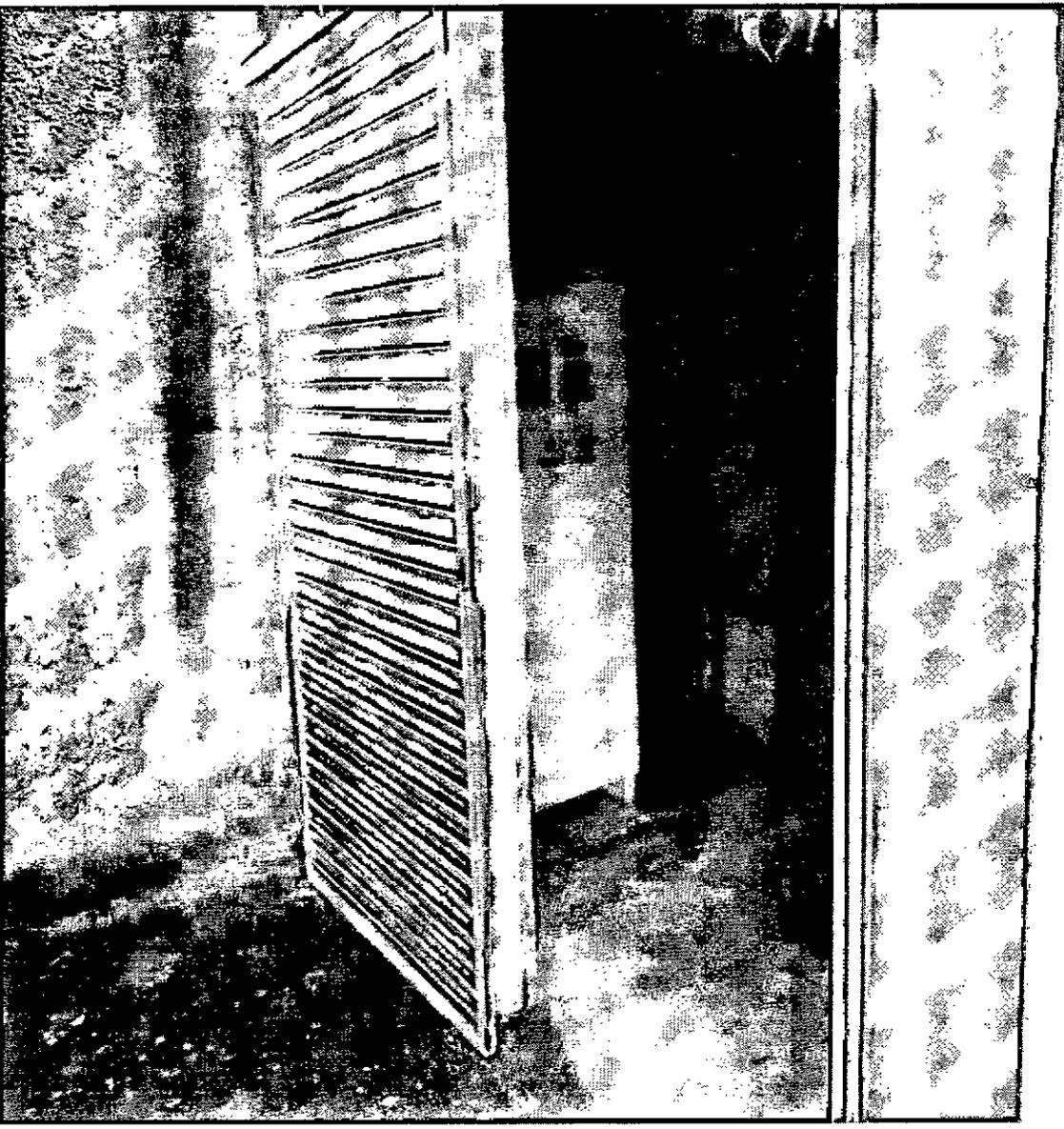
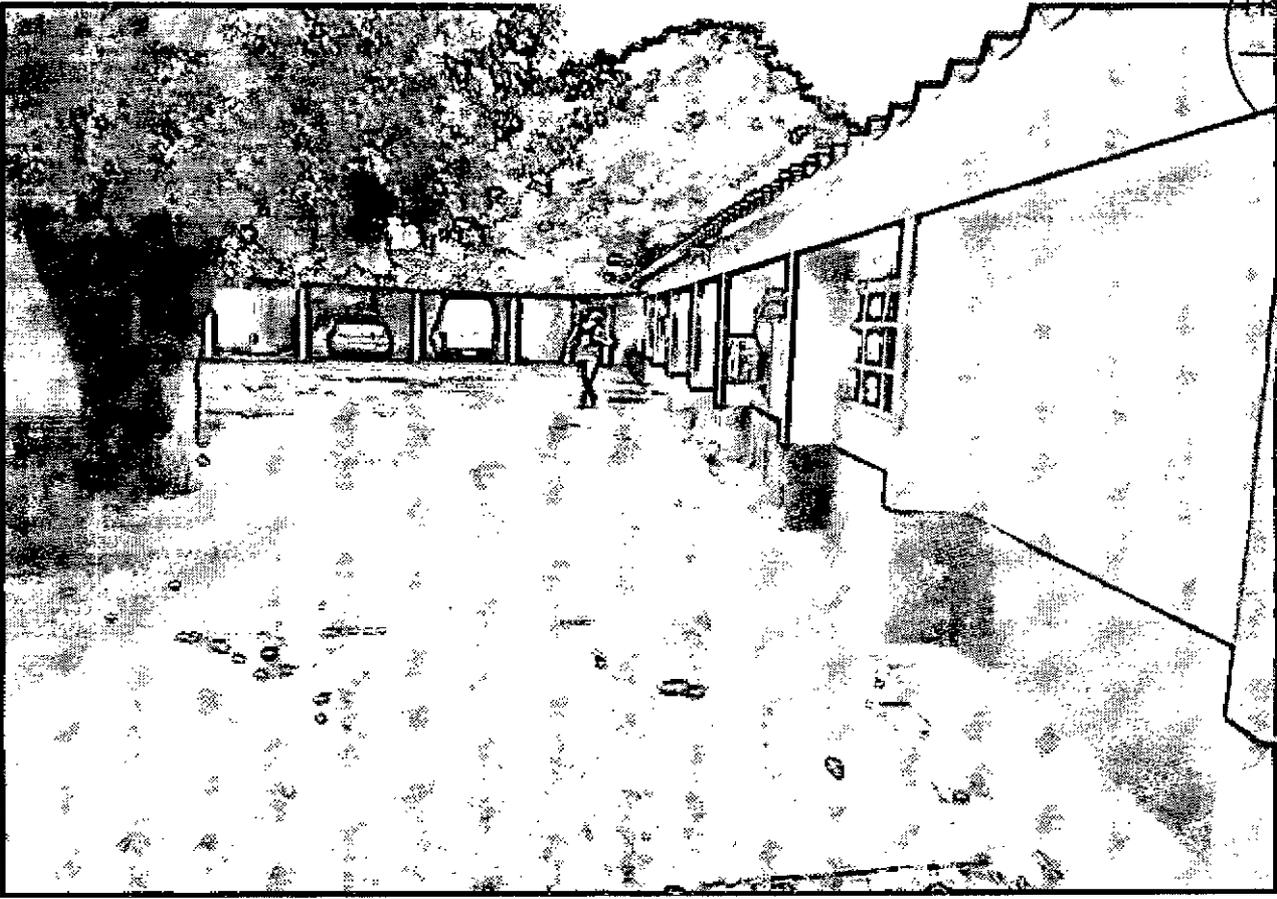
P



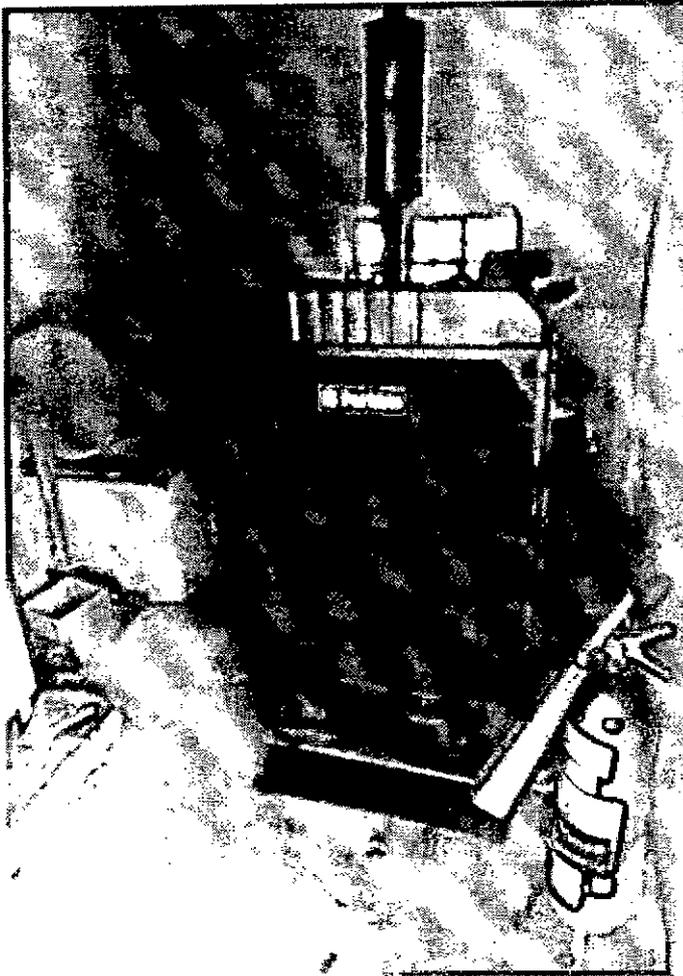
2

[Handwritten marks]

SES
Els.: 4529
✓
Rubrica
CICGSS



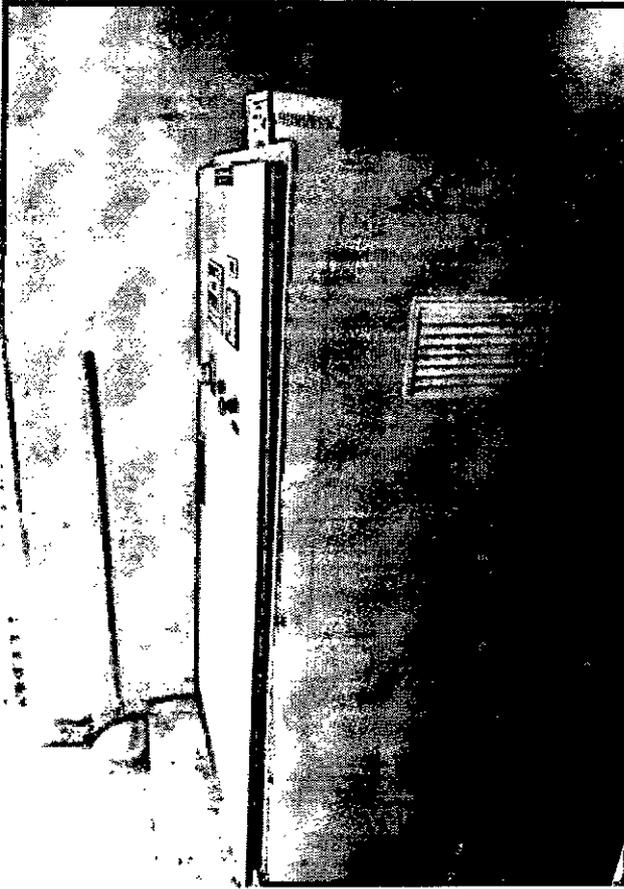
A
✓



P

AC

SES
Fls: 4530
Rubrica
CICGSS



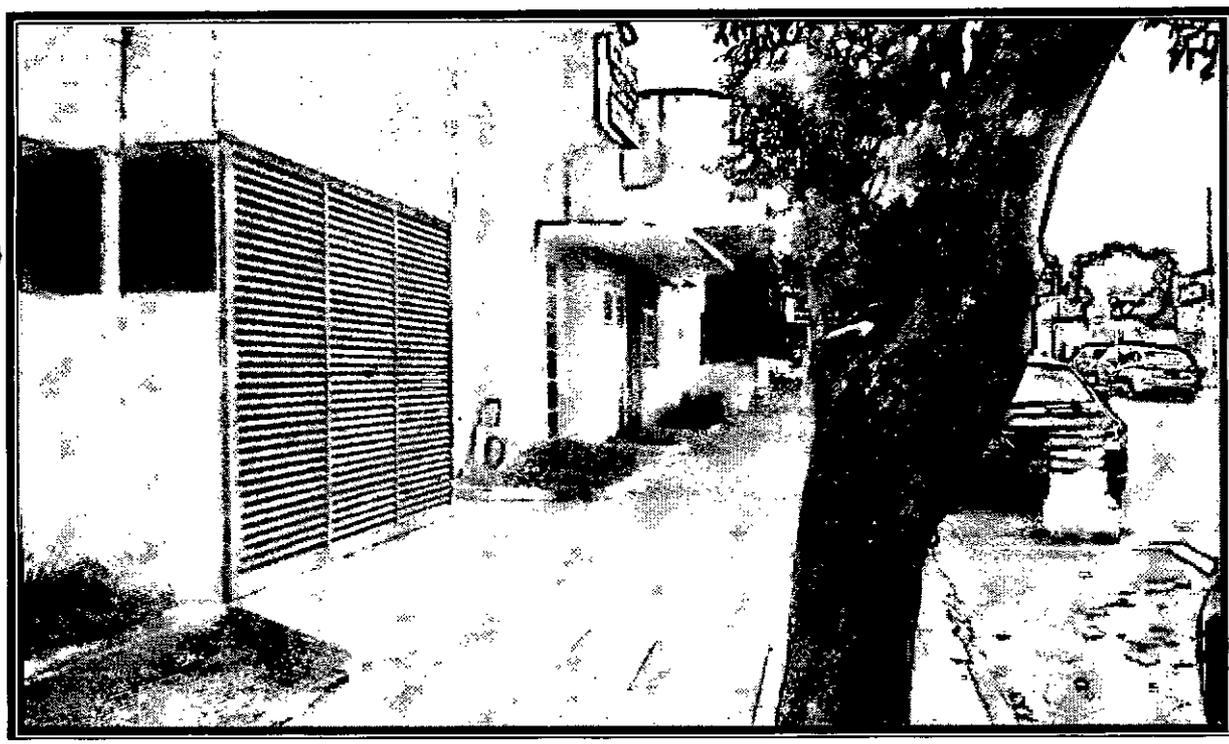
41

[Handwritten signature]

SES
Fls.: 4531
Rubrica
CICGSS

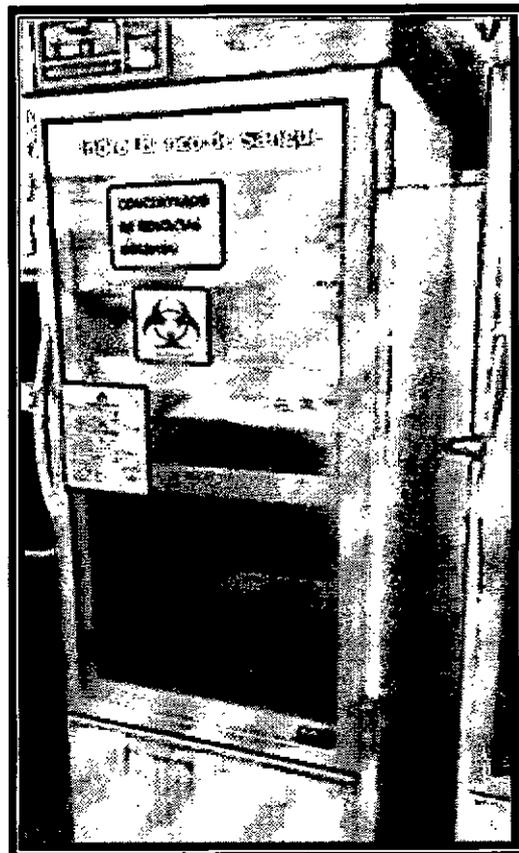
Chamamento Público INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PUBLICO No 03/2017
SES/GO
PROCESSO: 201600010020610

VISITA TÉCNICA À UNIDADE DO HEMOCENTRO DE QUIRINÓPOLIS
06/02/2018



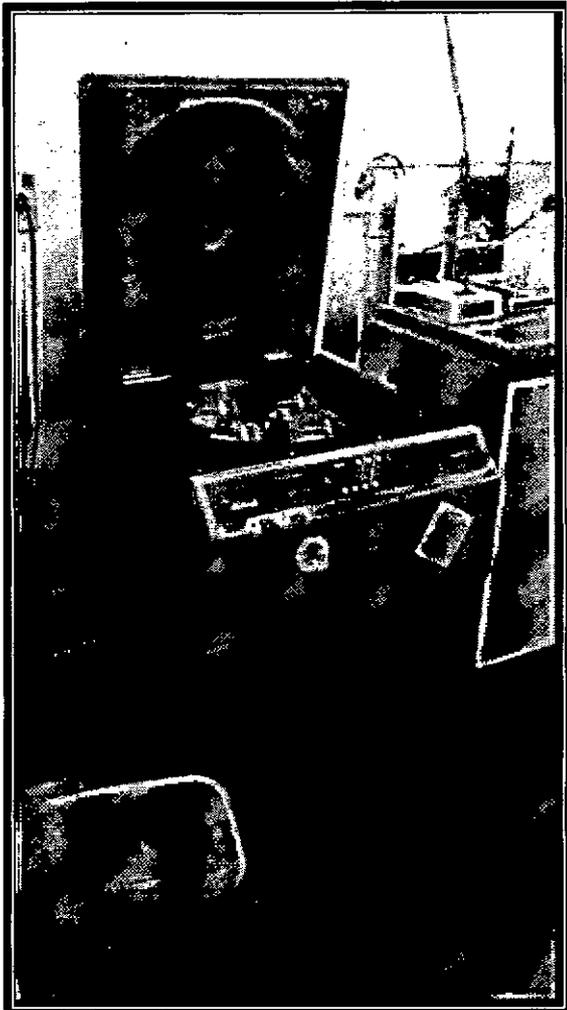
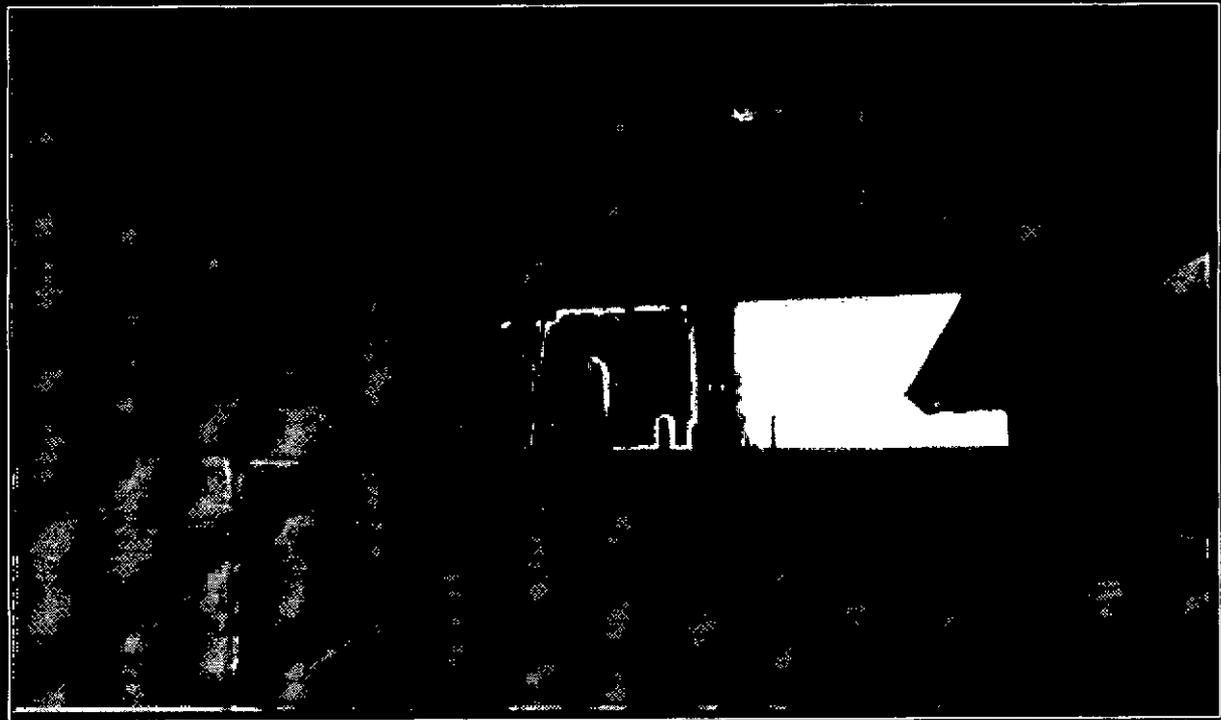
[Handwritten signature]

SES
Fis.: 4532
Rubrica
CIGSS

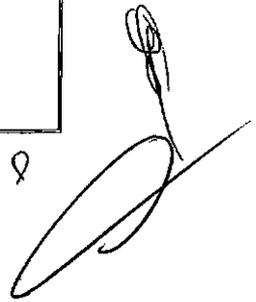


[Handwritten signature]

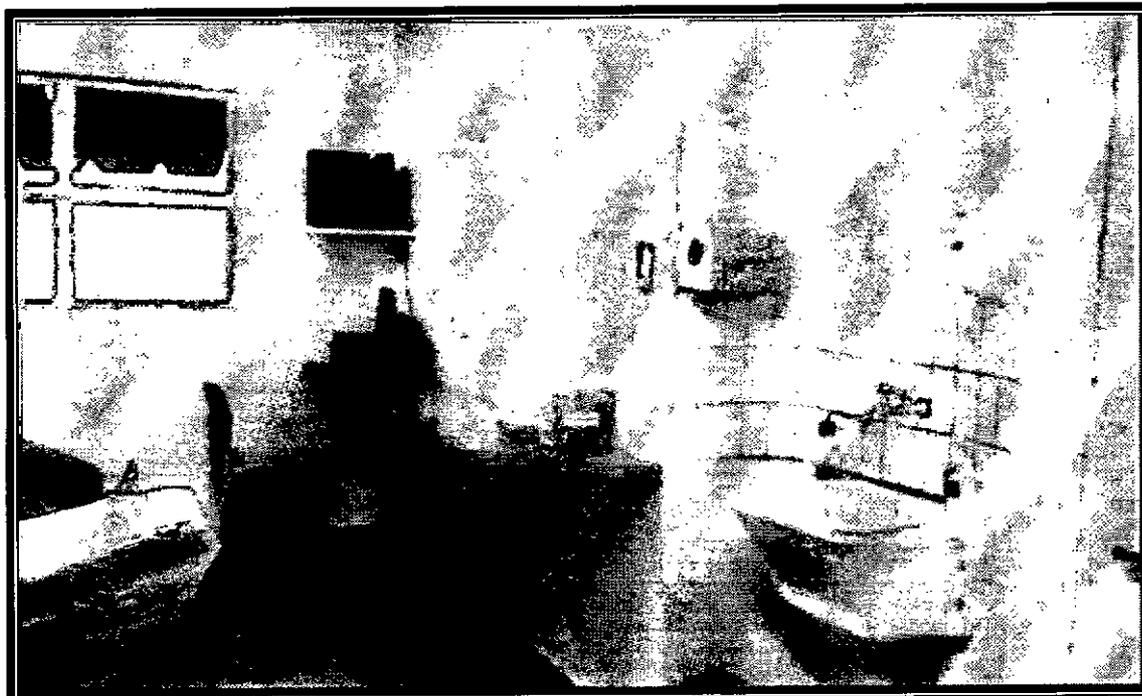
SES
Fis.: 4533
Rubrica
CICGSS



A

8


SES
Fls.: 4534
Rubrica
CICGSS

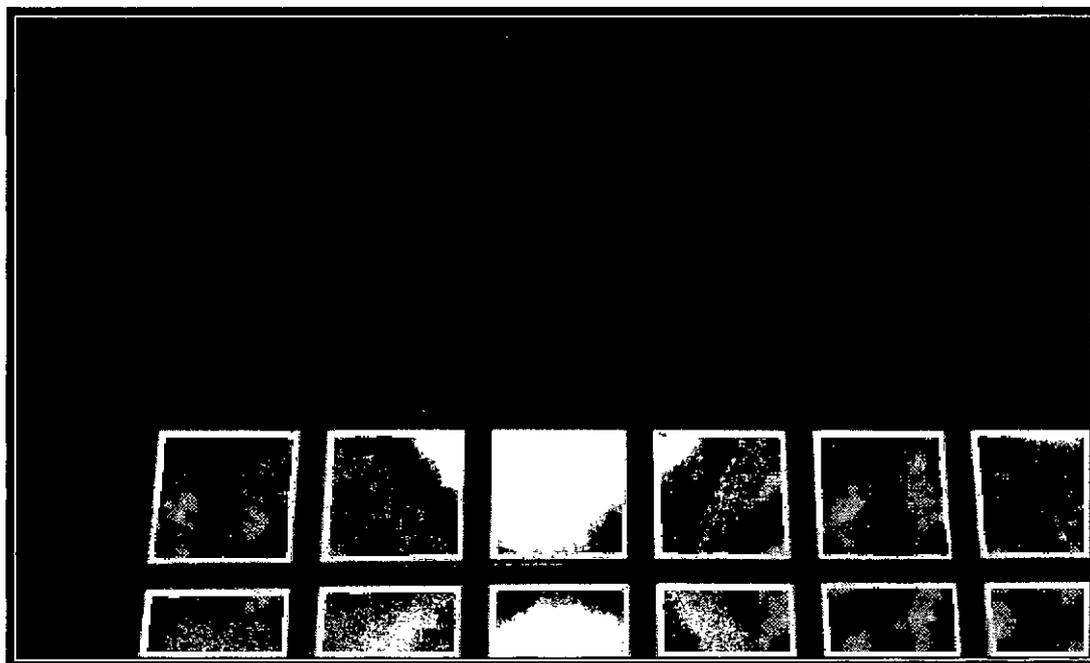
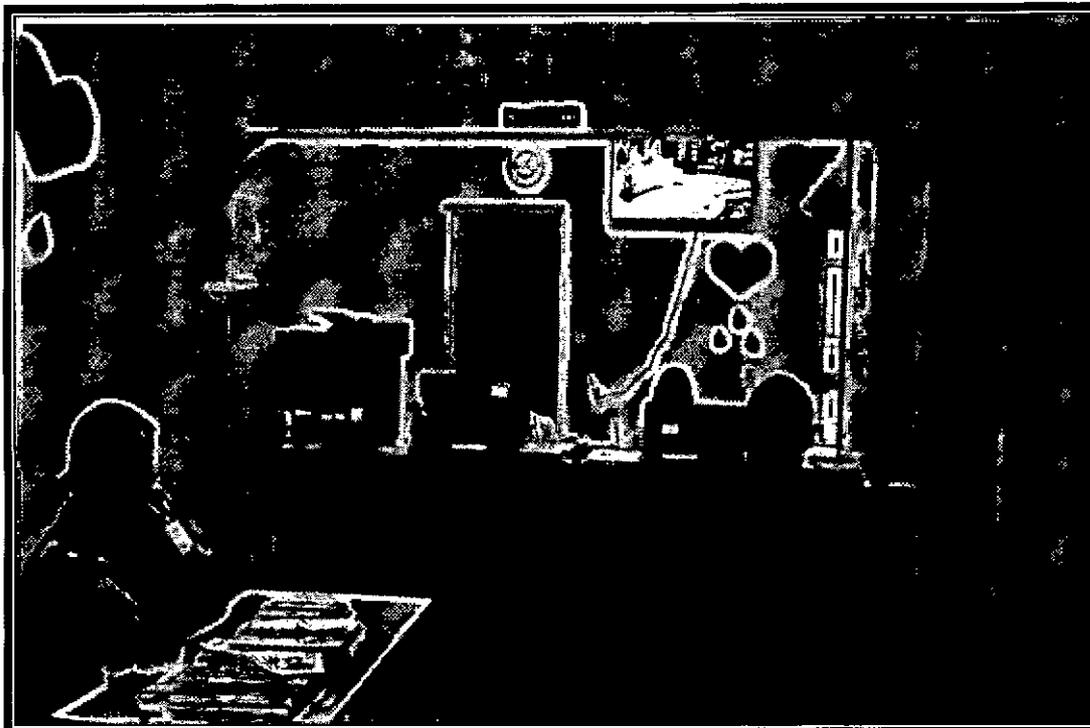


P

SES
Fla.: 4535
Rubrica
CICGSS

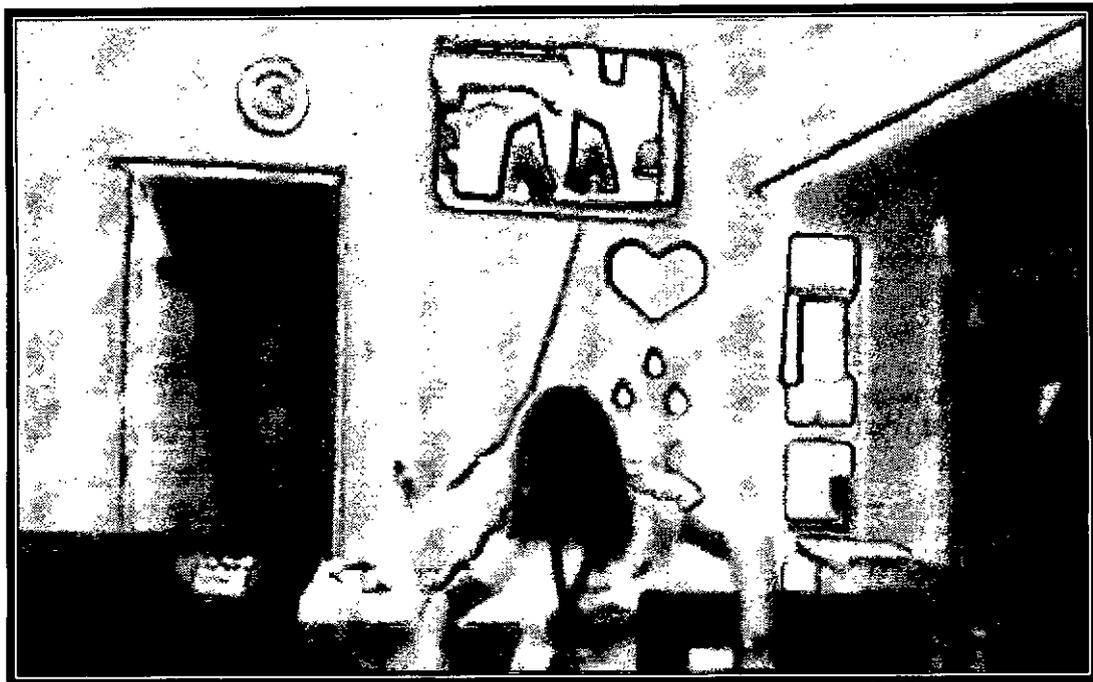
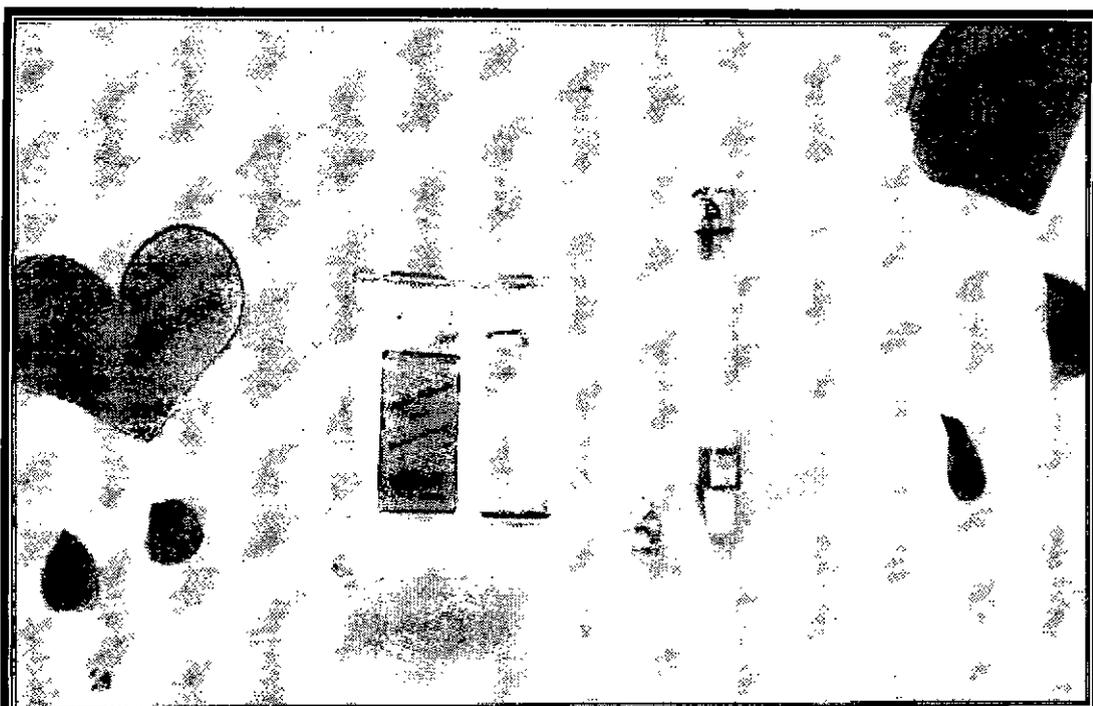
Chamamento Público INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PUBLICO No 03/2017
SES/GO
PROCESSO: 201600010020610

VISITA TÉCNICA À UNIDADE DO HEMOCENTRO DE JATAI
06/02/2018



✱

SES
Fls. 4536
Rubrica
CICGSS



M P

A handwritten signature or scribble located at the bottom right of the page, consisting of several loops and lines.

SES
Fls. 4537
Rubrica
CICGSS

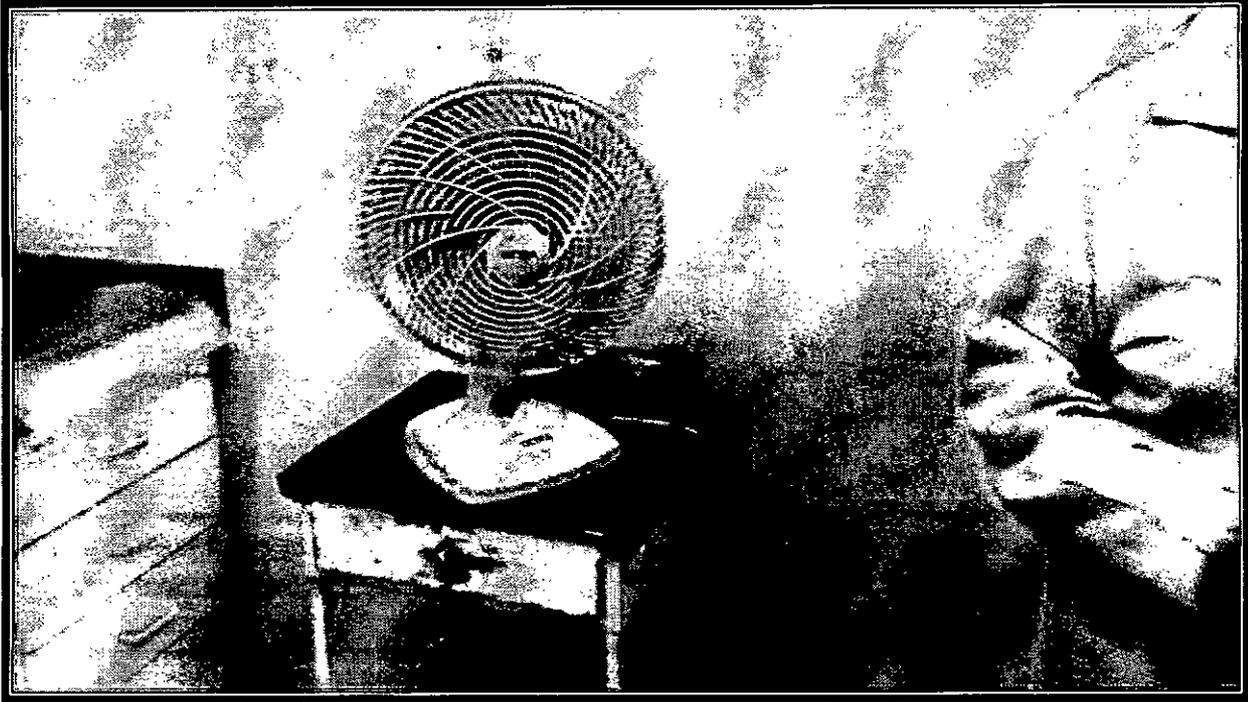


BT

9

[Handwritten signature]

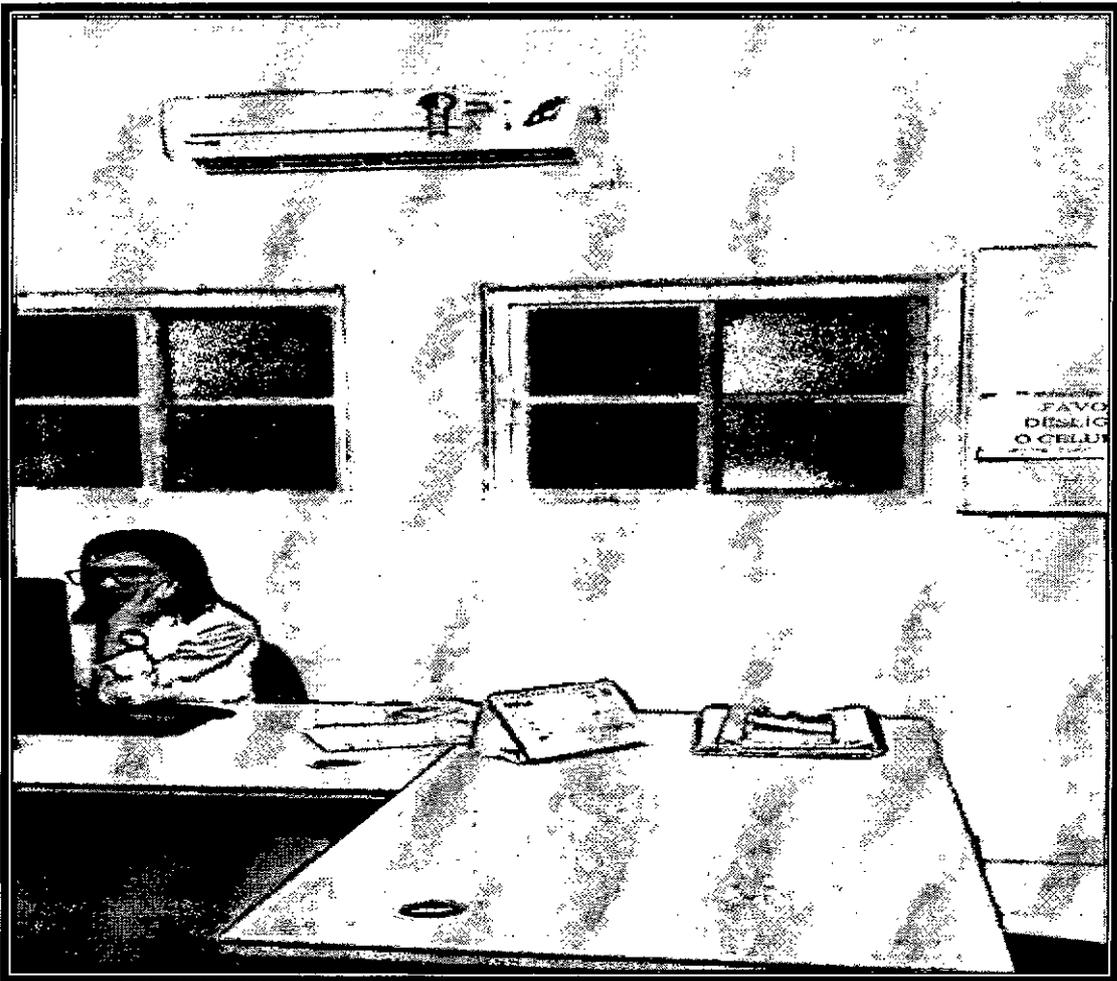
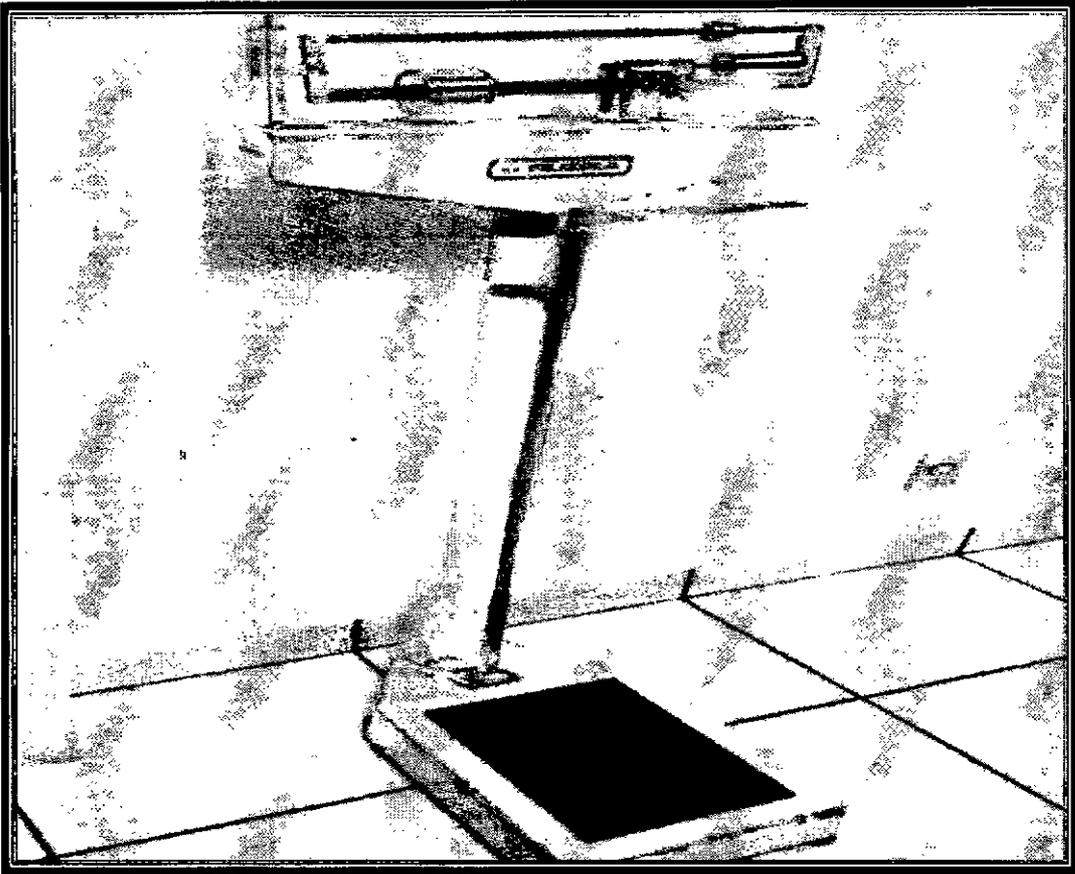
SES
Fls.: 4538
✓
Rubrita
CICGSS



to

9

SES
Fls. 4539
Rubrica
CICGSS



Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

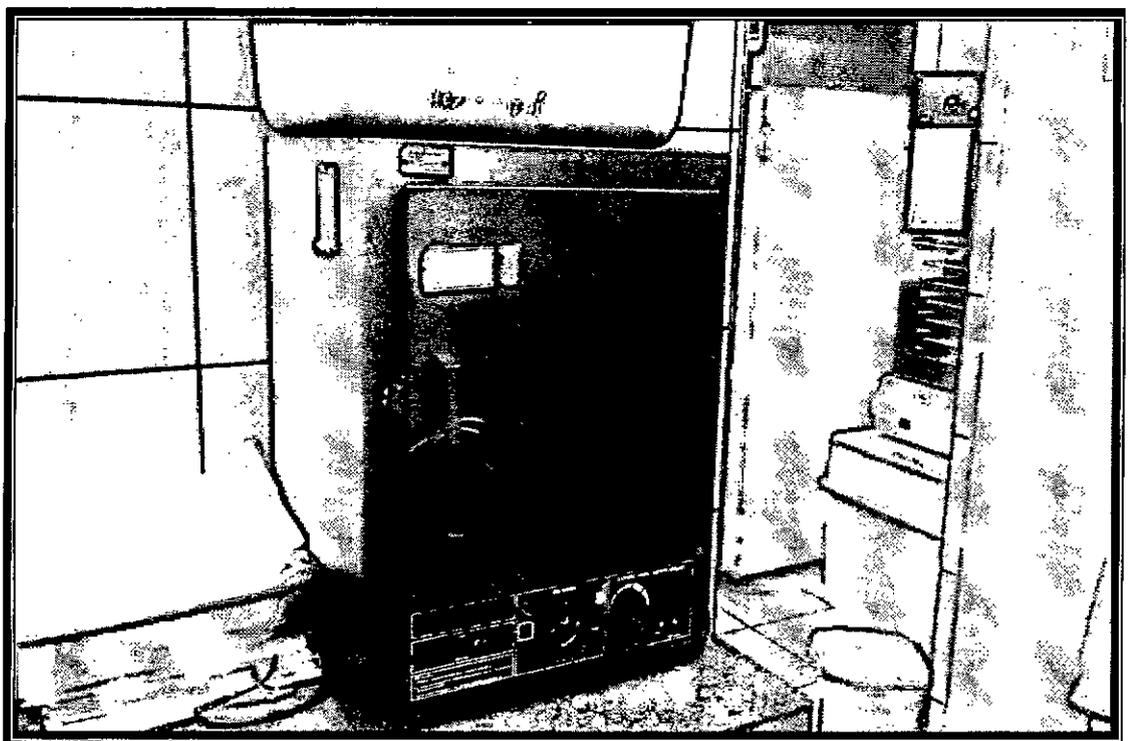
SES
Fls.: 4540
9
Rubrica
CICGSS



11

12

SES
Fls.: 4541
Rubrica
CCGSS



Handwritten marks and signatures at the bottom of the page, including a large signature and some scribbles.

SES
Fis. 4542
Rubrica
GICGSS

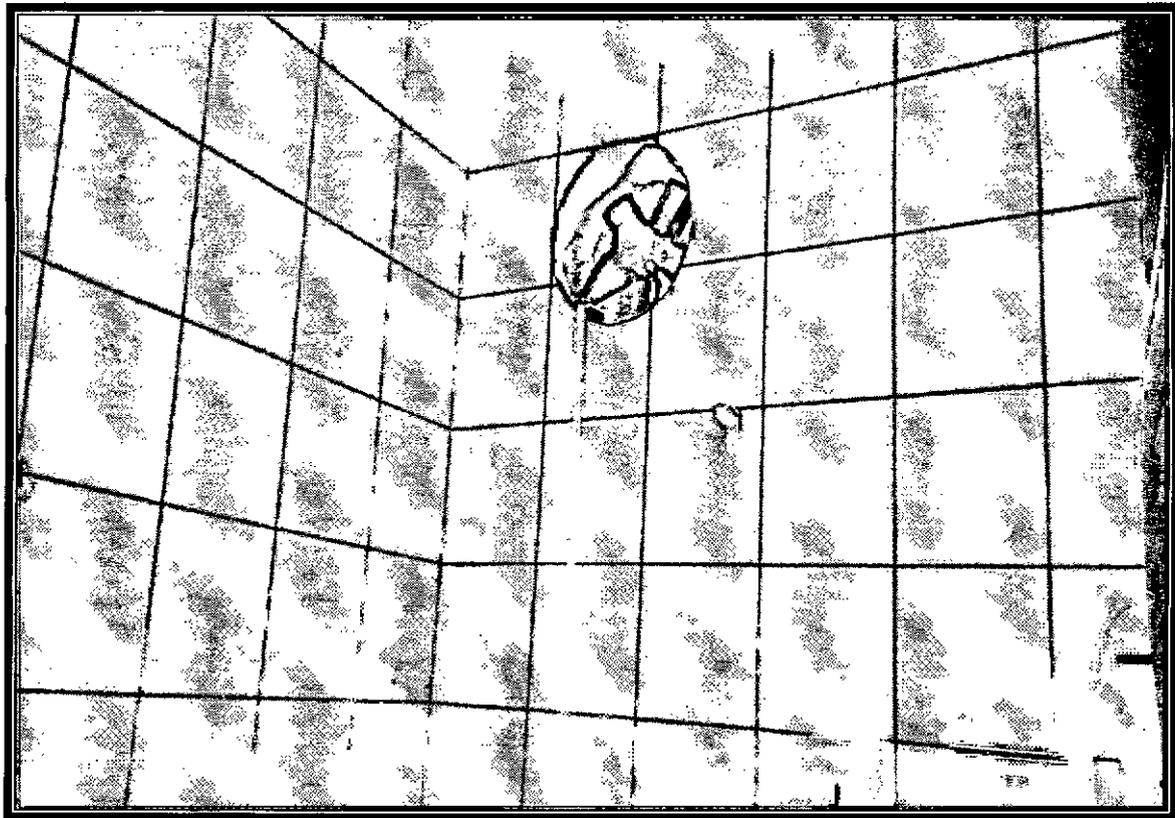


P

H

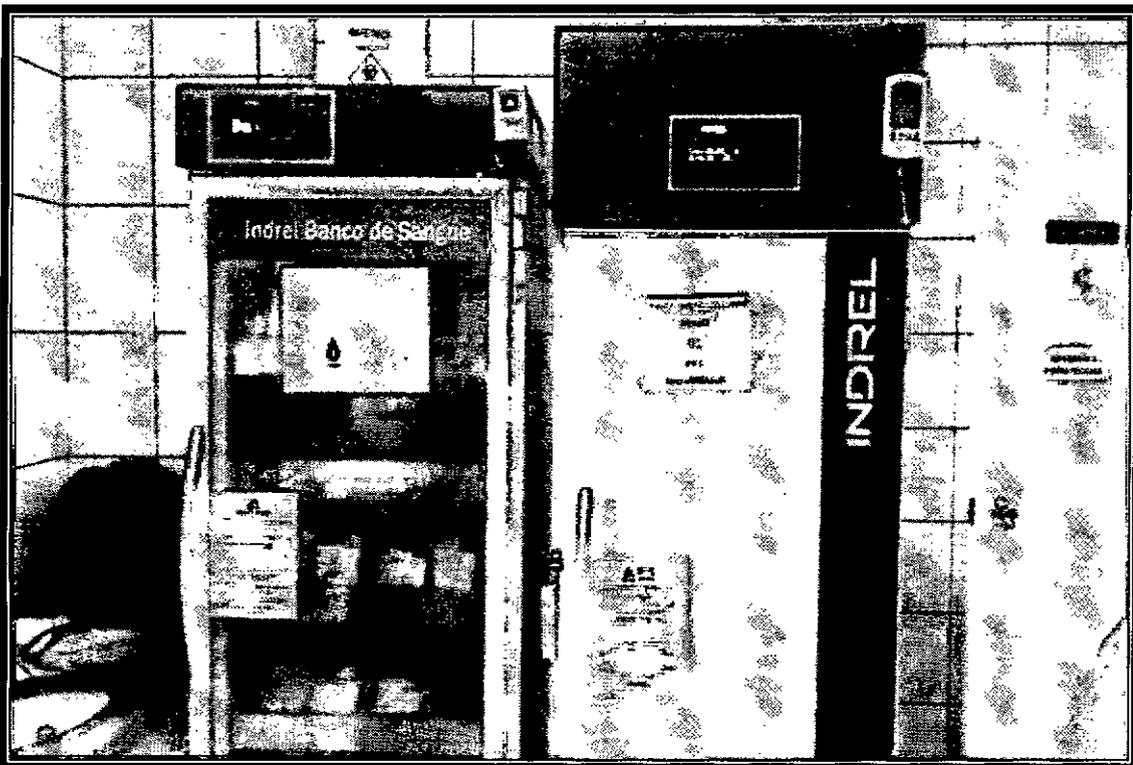
[Handwritten signature]

SES
Fis.: 4543
Rubrica
CICGSS



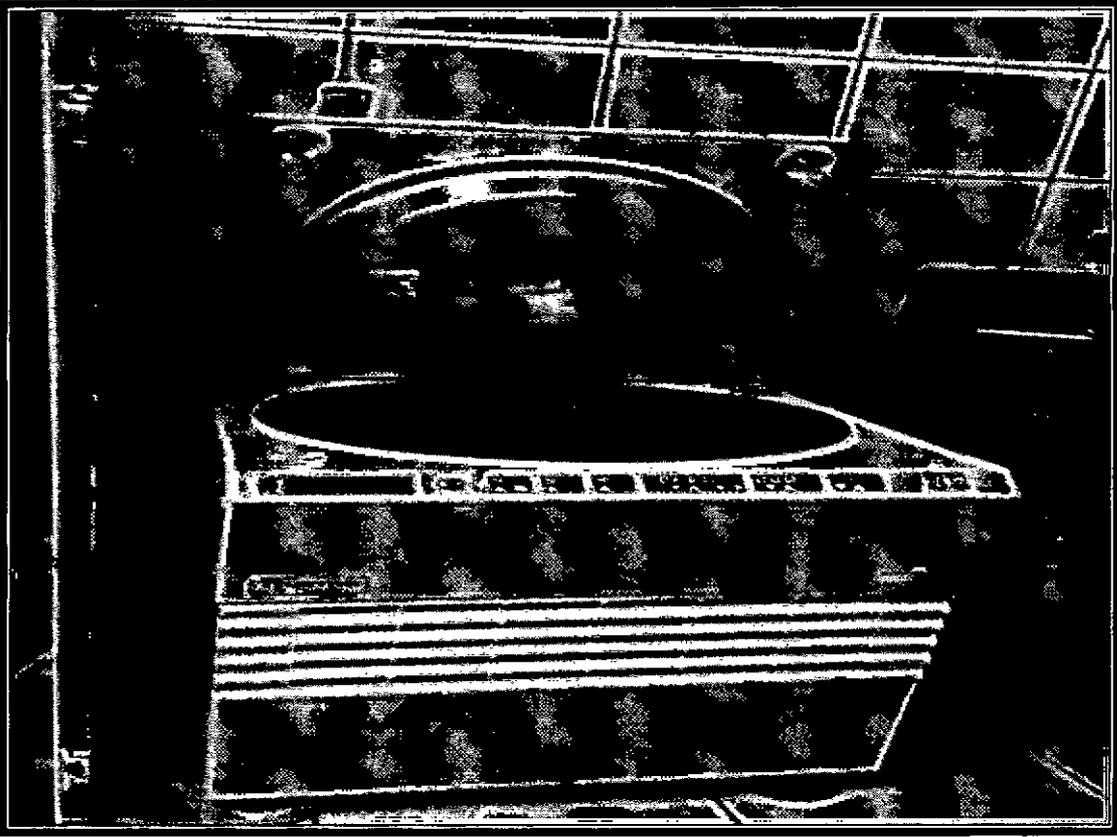
Handwritten signatures and initials, including a large stylized signature at the bottom and smaller initials above it.

SES
Fis.: 4544
Rubrica
CICGSS



9
H
P

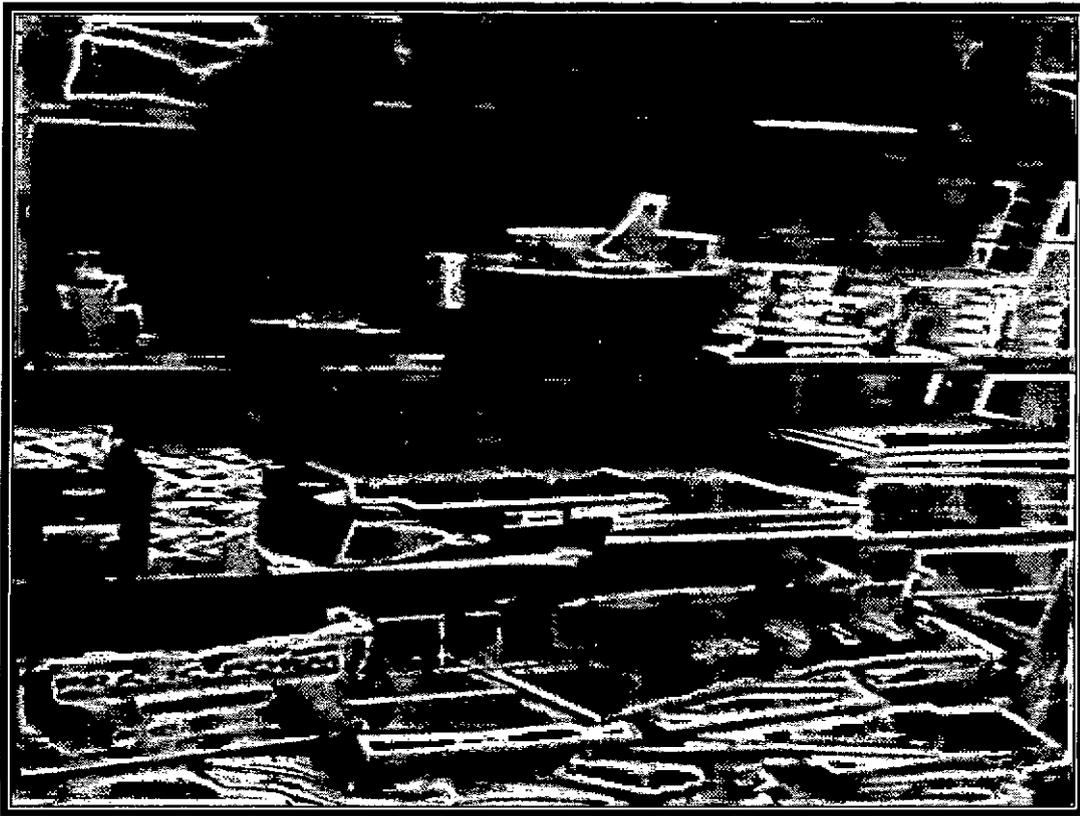
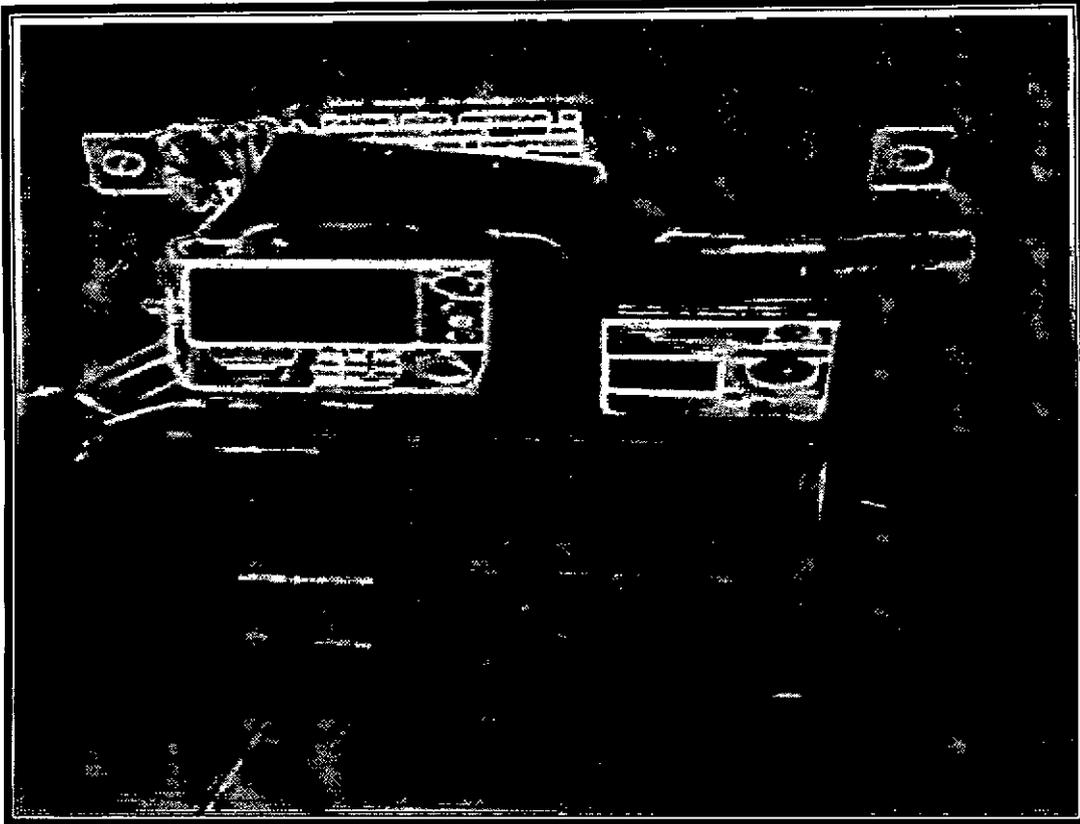
SES
Fts.: 4545
Rubrica
CIOGSS



X

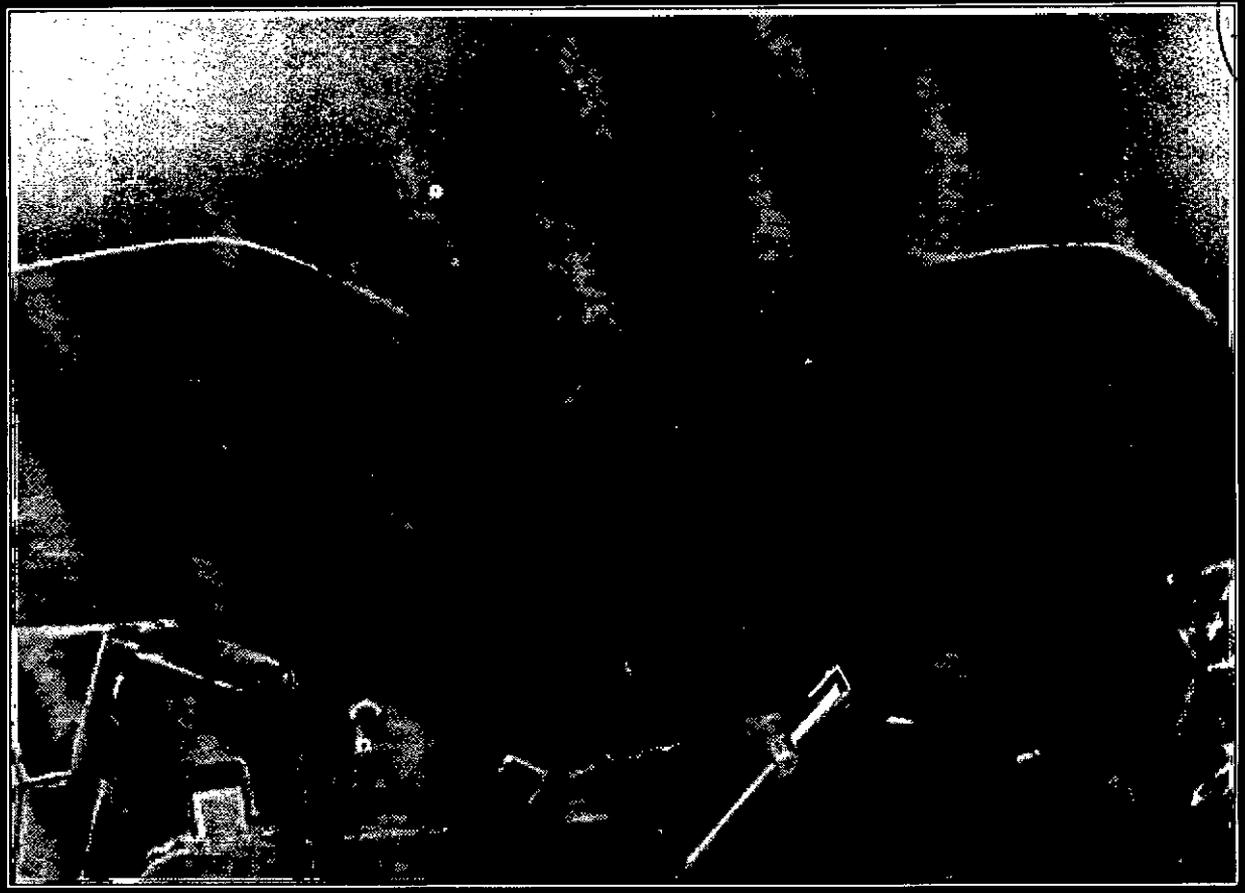
P

SES
Fls. 4546
Rubrica
CICGSS



[Handwritten marks and signatures]

SES
Fls.: 4547
Rubrica
CICGSS



[Handwritten signature]

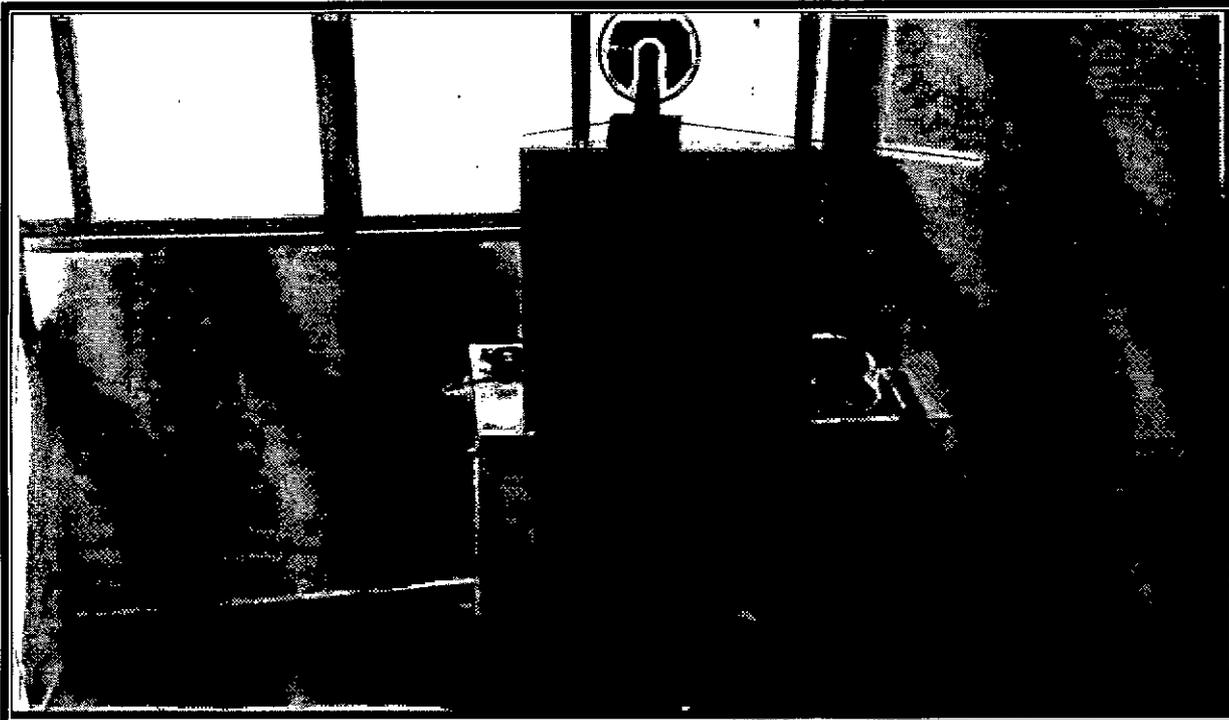
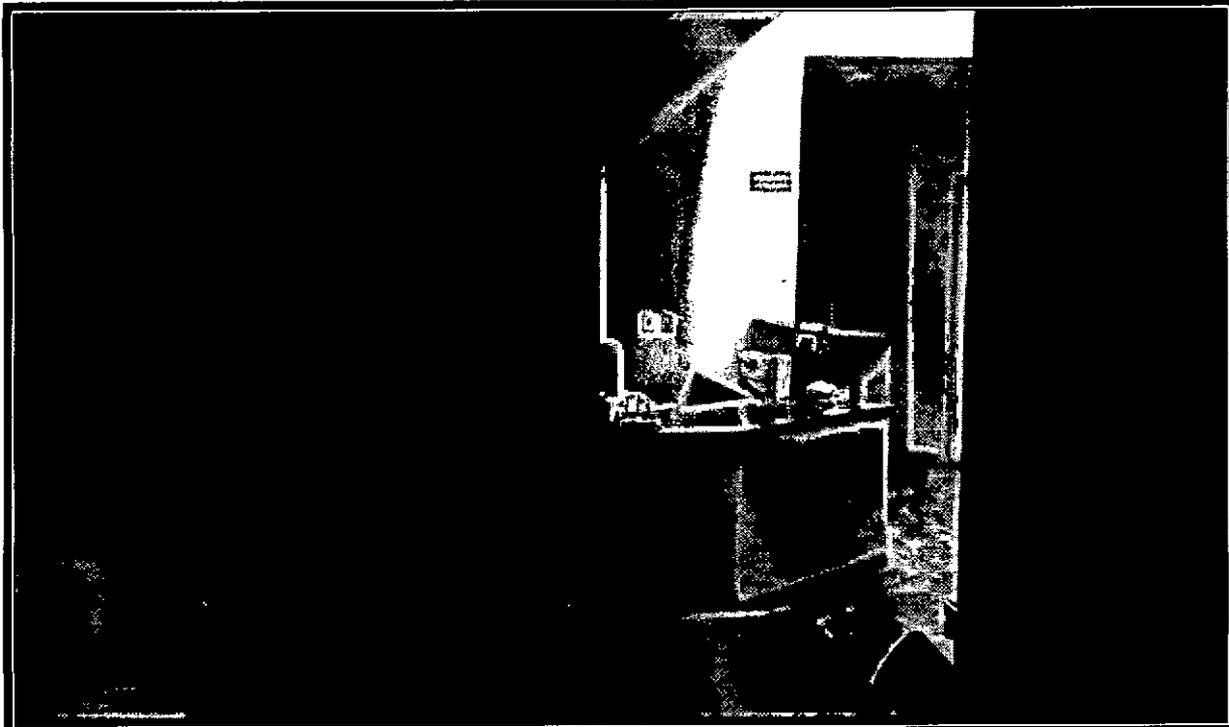
Chamamento Público INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PUBLICO No 03/2017
SES/GO
PROCESSO: 201600010020610

VISITA TÉCNICA À UNIDADE DO HEMOCENTRO DE IPORÁ
06/02/2018



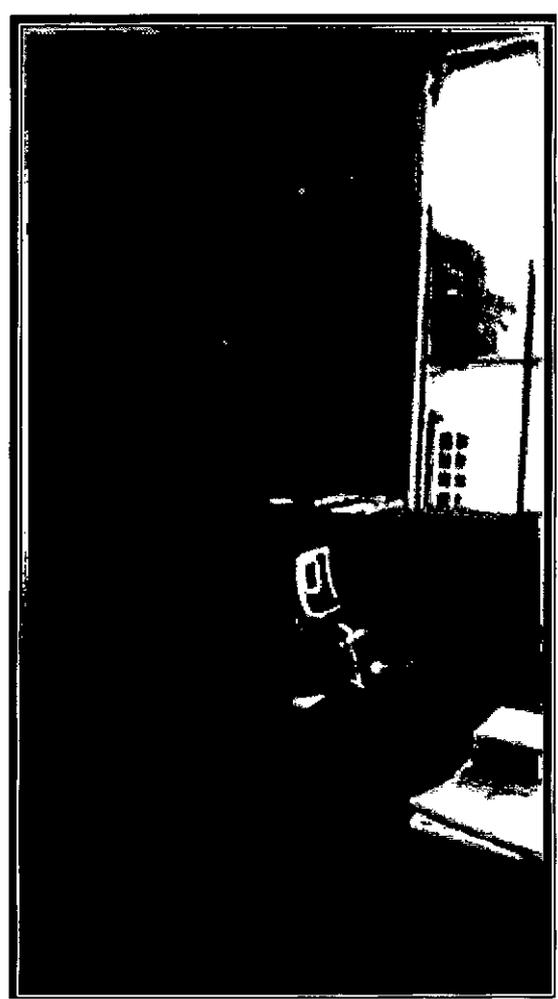
[Handwritten signatures and initials]

SES
Fls.: 4549
Rubrica
CICGSS

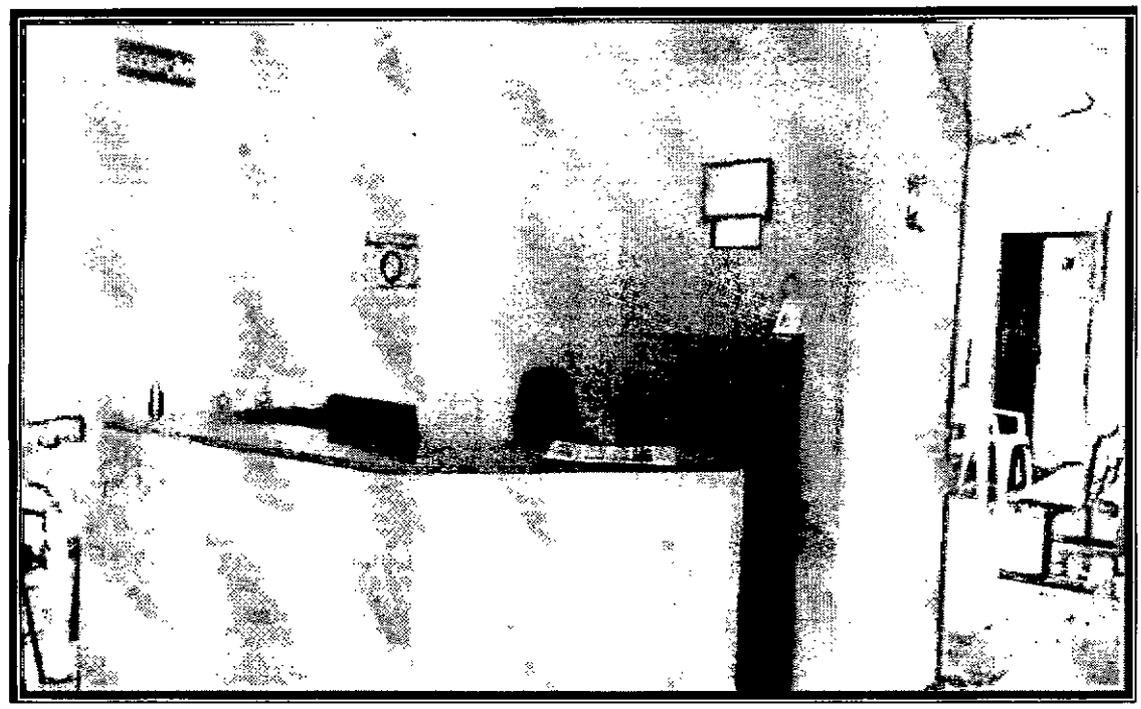
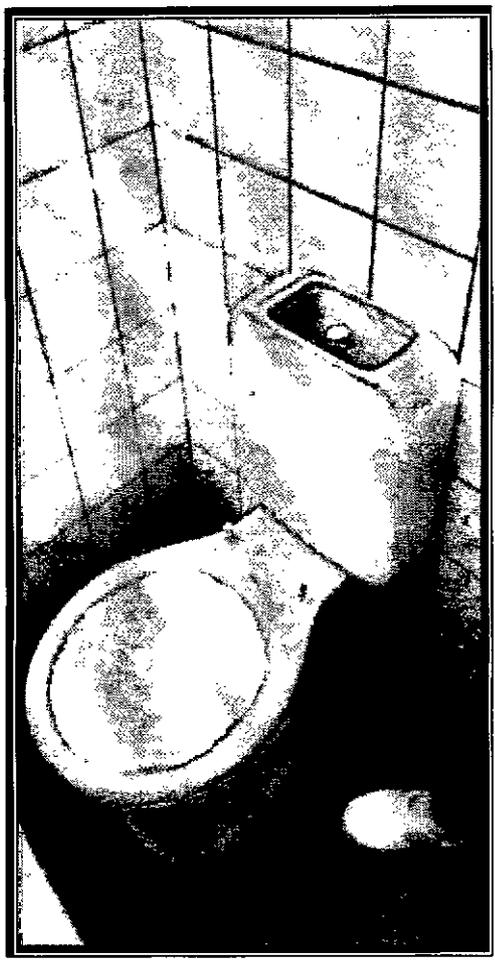


[Handwritten signature]

SES
Fls.: 4550
♀
Rubrica
CICGSS

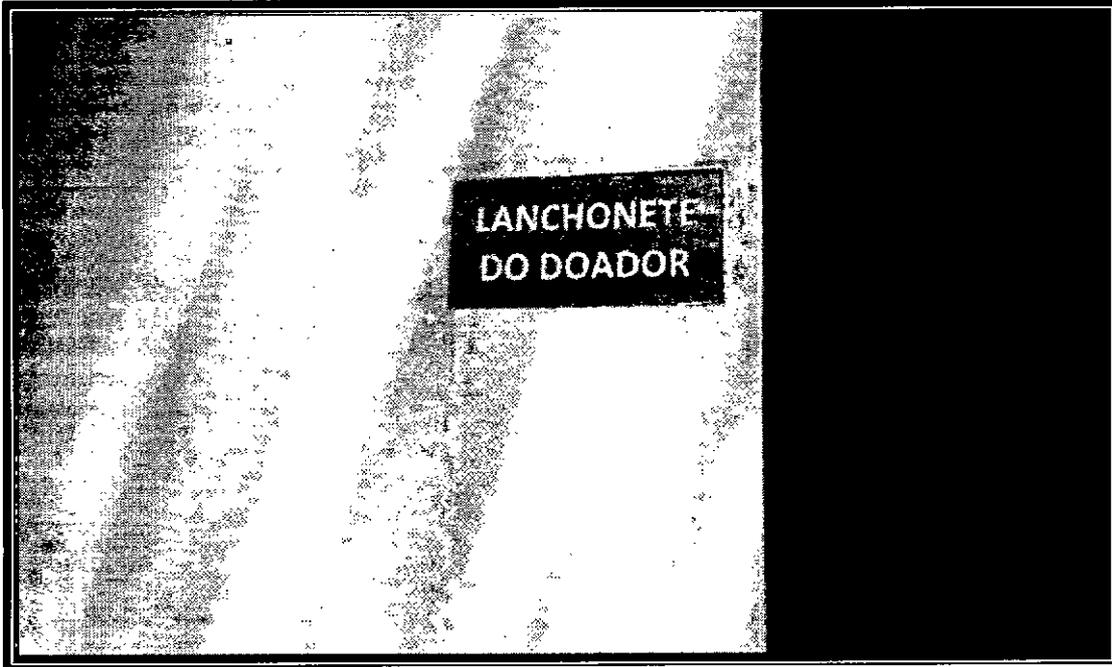


[Handwritten signature]
P *[Handwritten mark]*



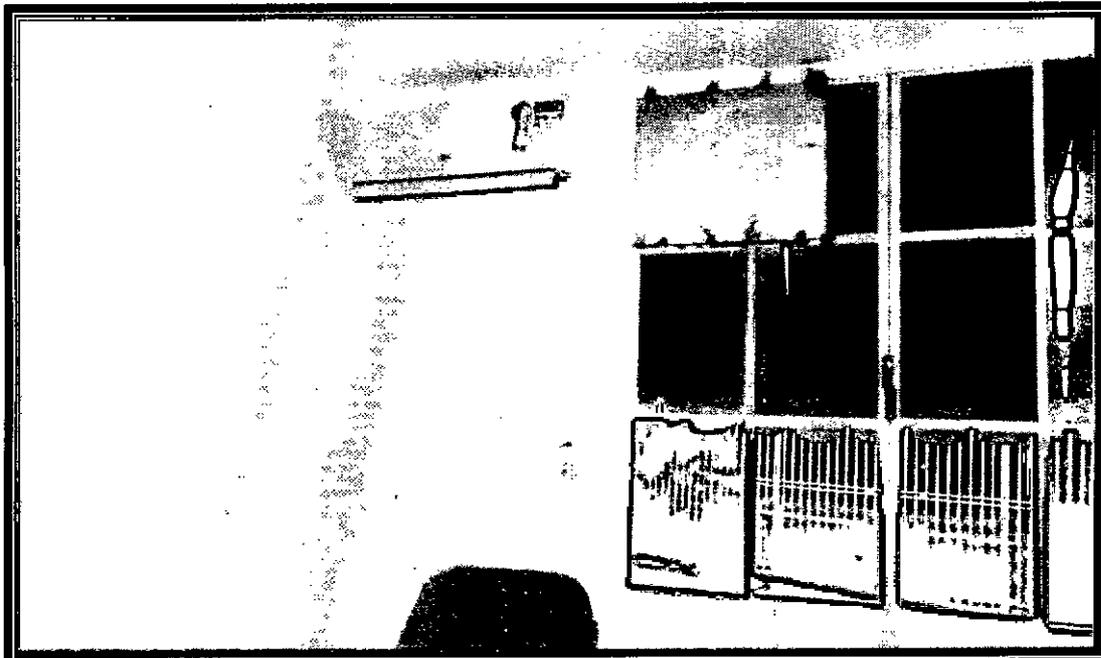
[Handwritten signature]
P

SES
Fis.: 4552
Rubrica
CICGSS



[Handwritten signature]

SES
Fls.: 4553
Rubrica
CICGSS



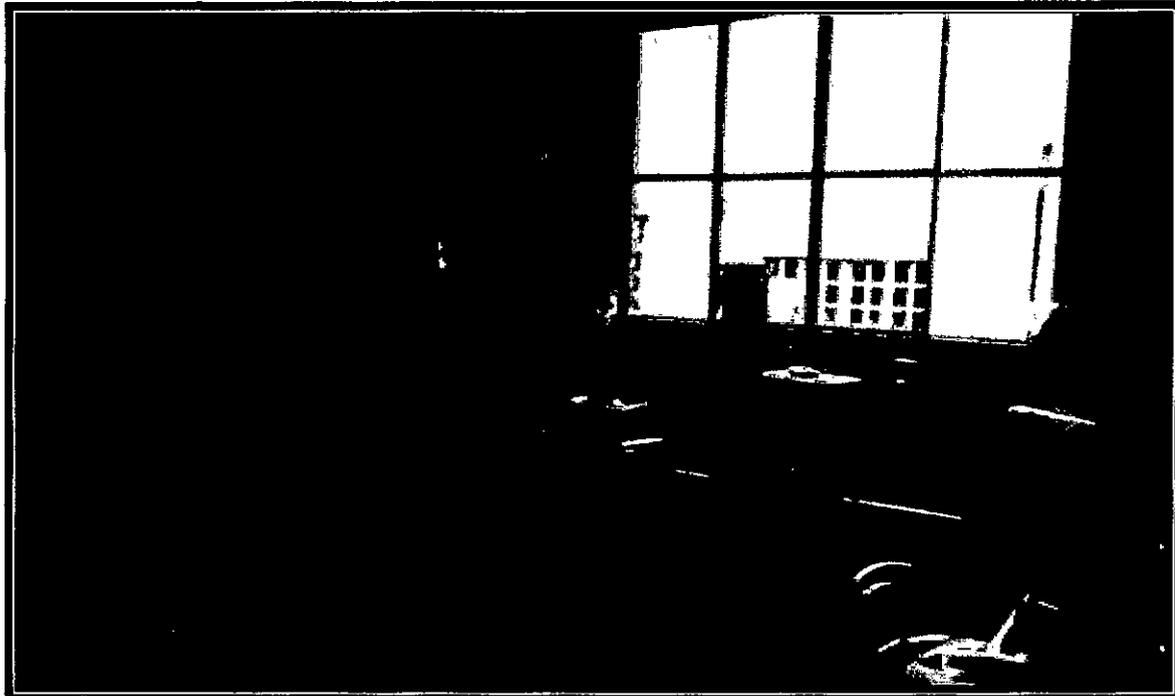
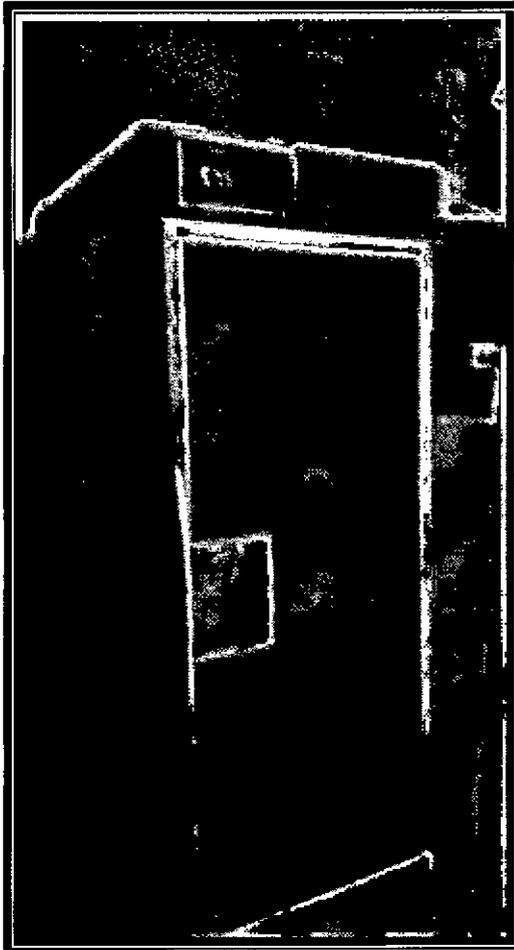
9

SES
Fls.: 4554
Rubrica
CICGSS



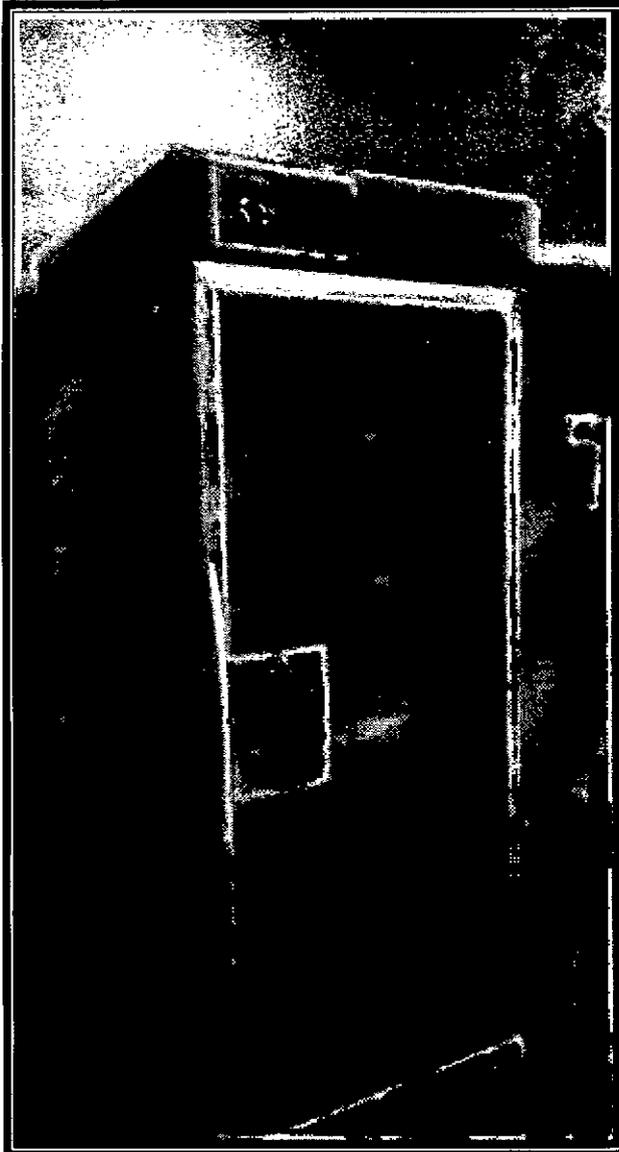
[Handwritten signature]
P *[Handwritten signature]*

SES
Fis.: 4559
Rubrica
CIGSS



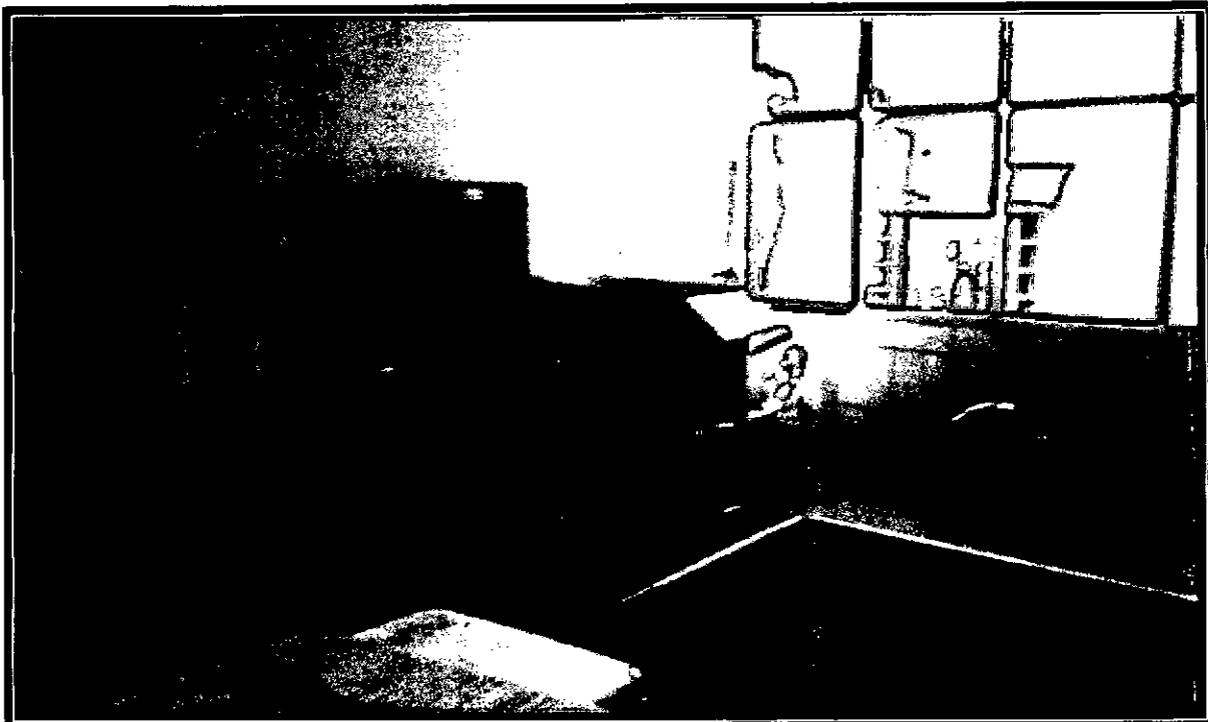
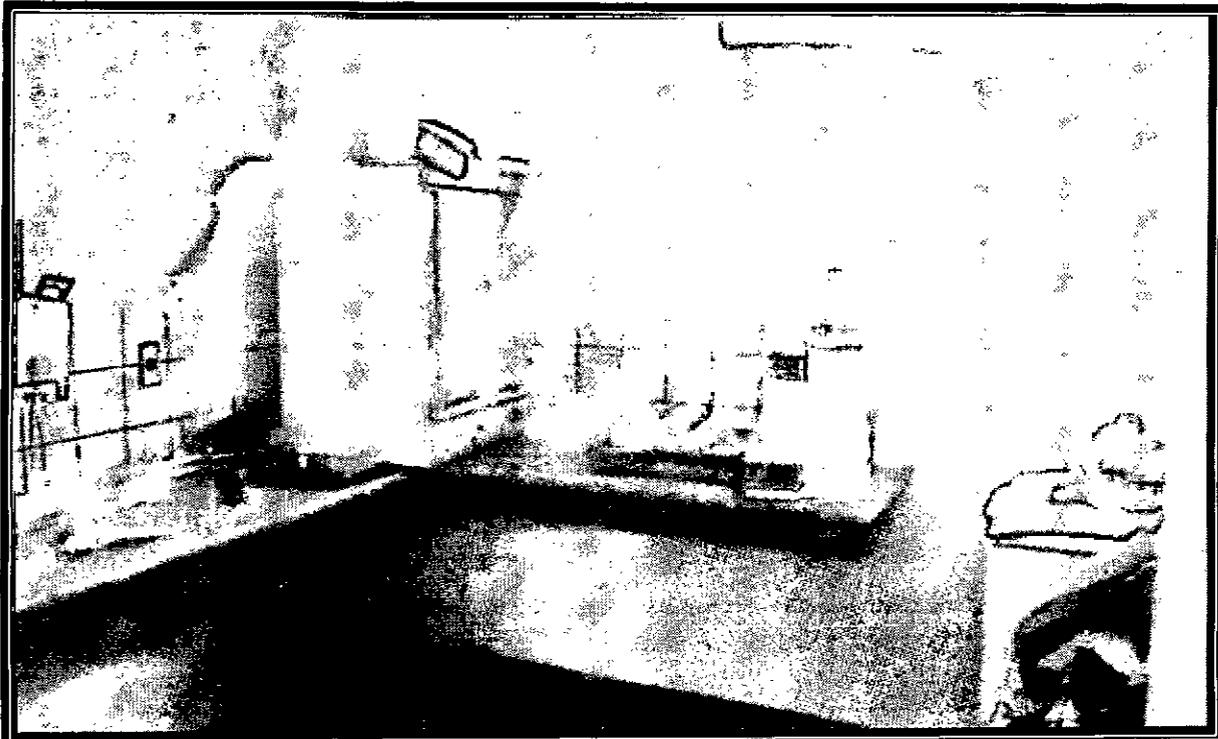
[Handwritten signature]

SES
Fls.: 4556
Rubrica
CICGSS



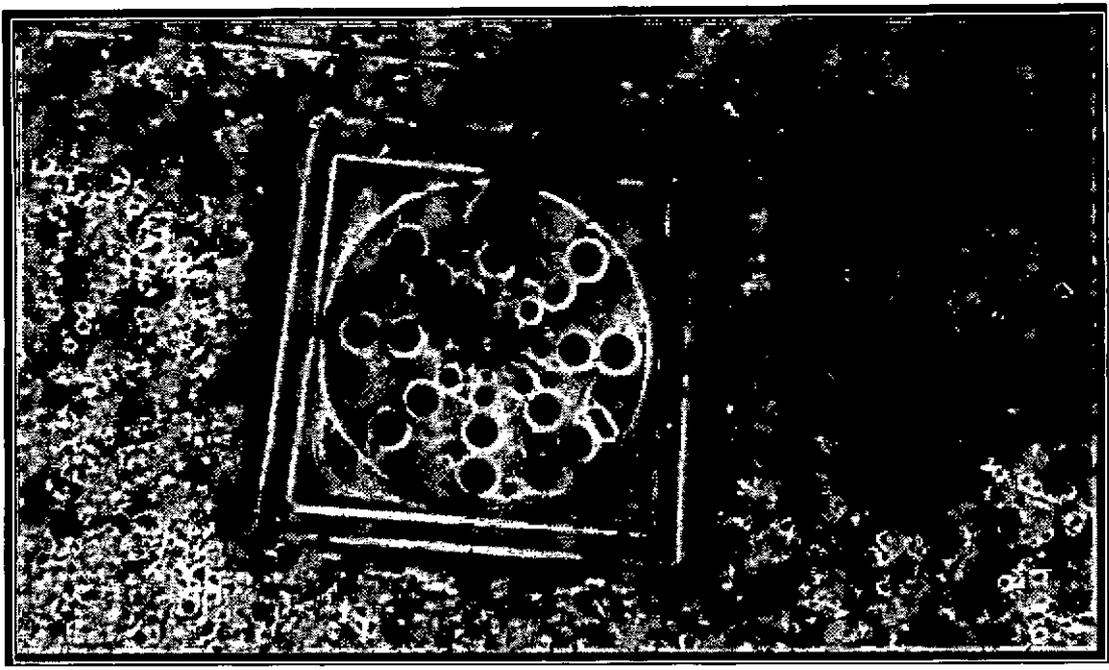
[Handwritten signature]
P P

SES
Fis.: 4557
↓
Rubrica
CICGSS

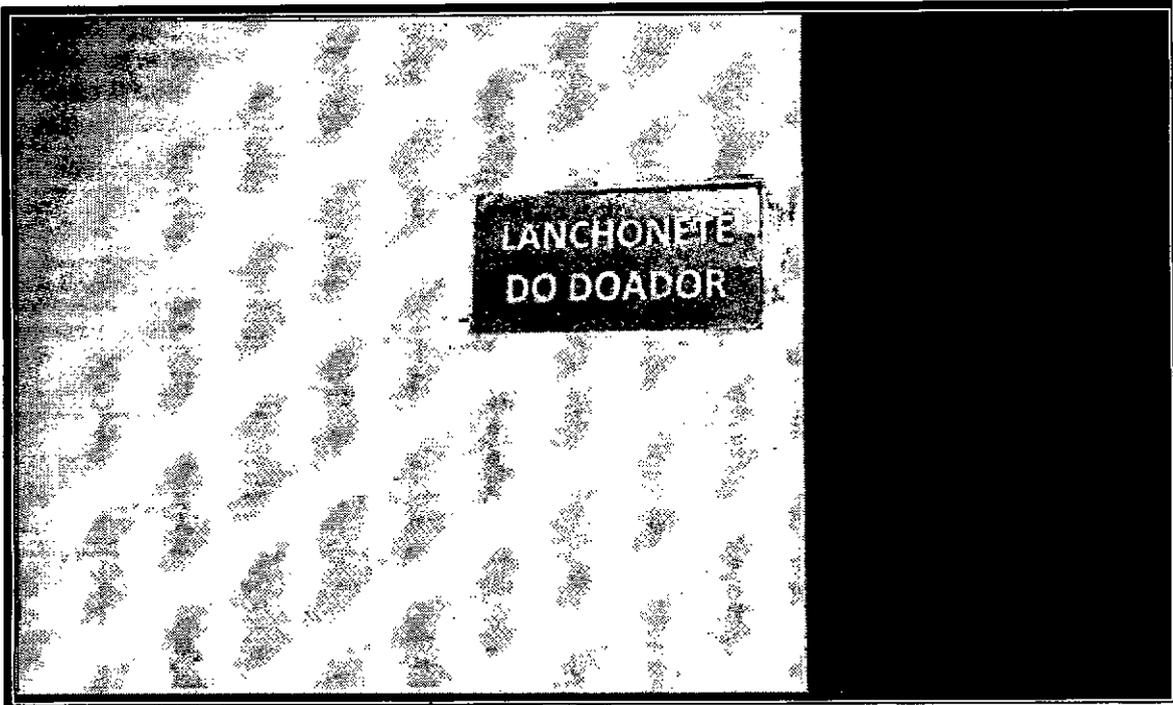
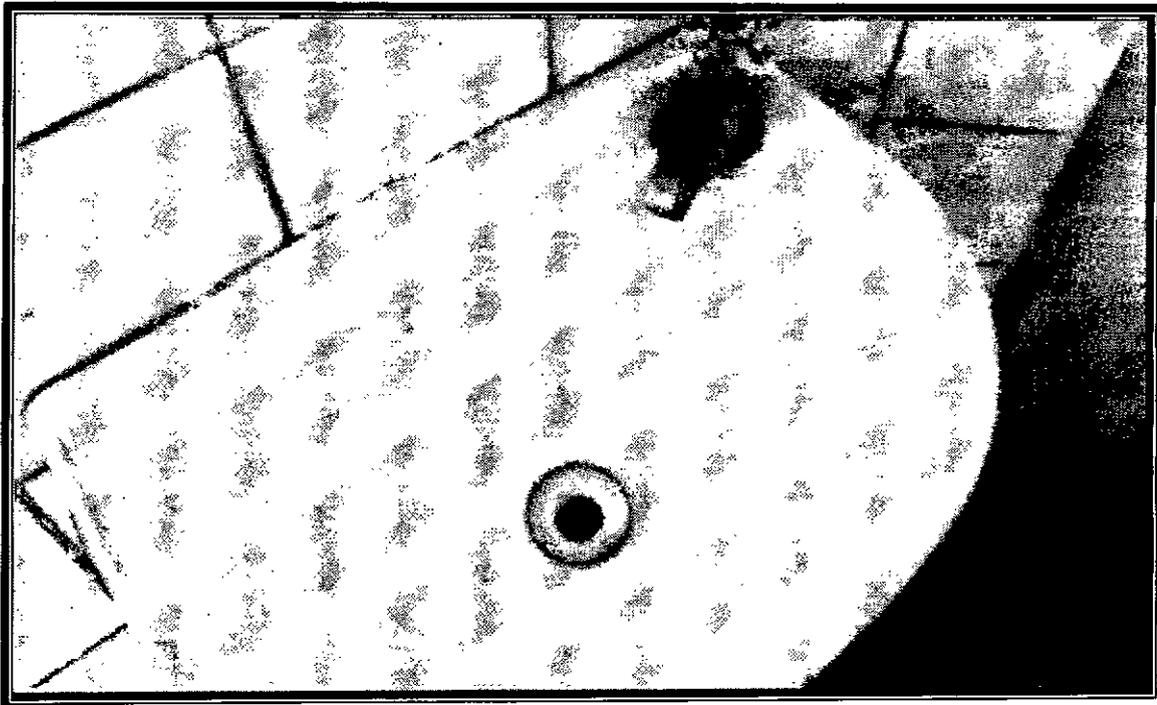


[Handwritten signature]
P

SES
Fls.: 4558
Rubrica
CICGSS



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]
P

SES
Fls.: 4560
9
Rubrica
CICGSS

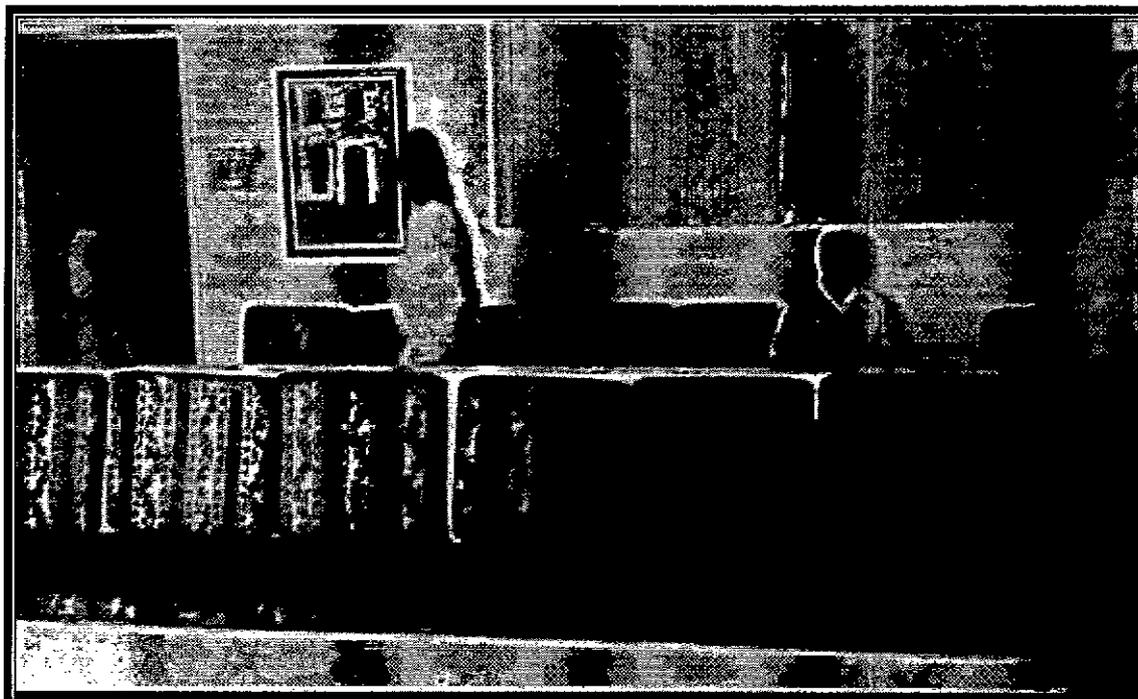
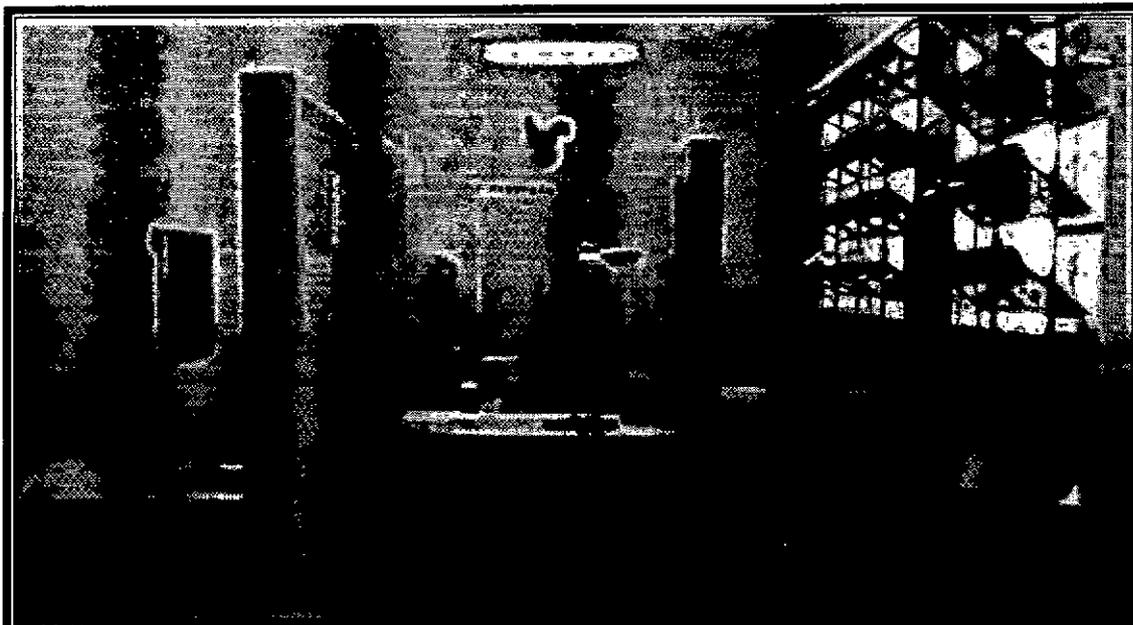


[Handwritten signature]

9

Chamamento Público INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PUBLICO No 03/2017
SES/GO
PROCESSO: 201600010020610

VISITA TÉCNICA À UNIDADE DO HEMOCENTRO DE RIO VERDE
06/02/2018

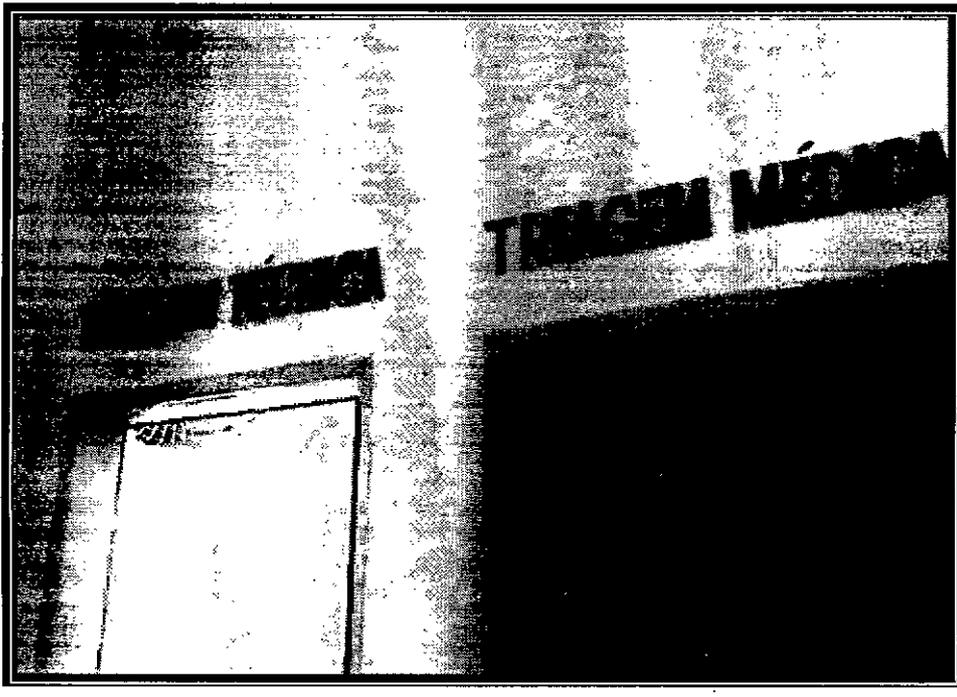
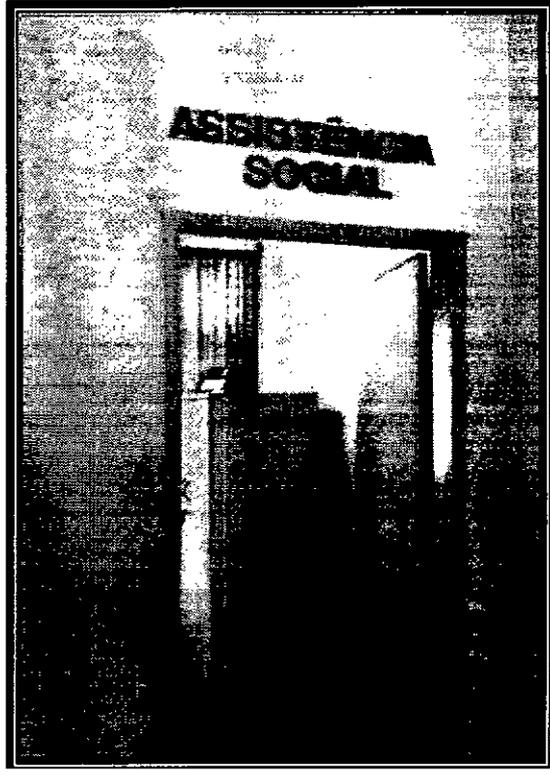
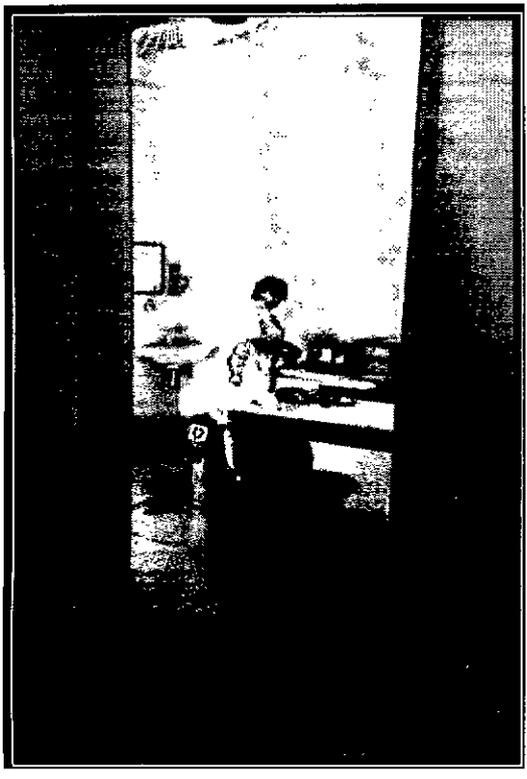


[Handwritten signature]

9

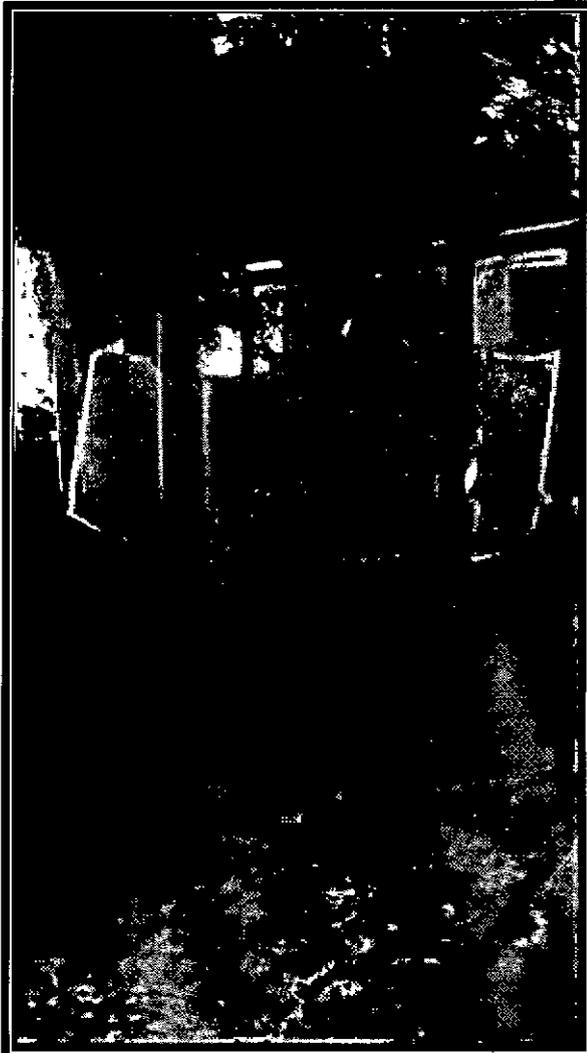
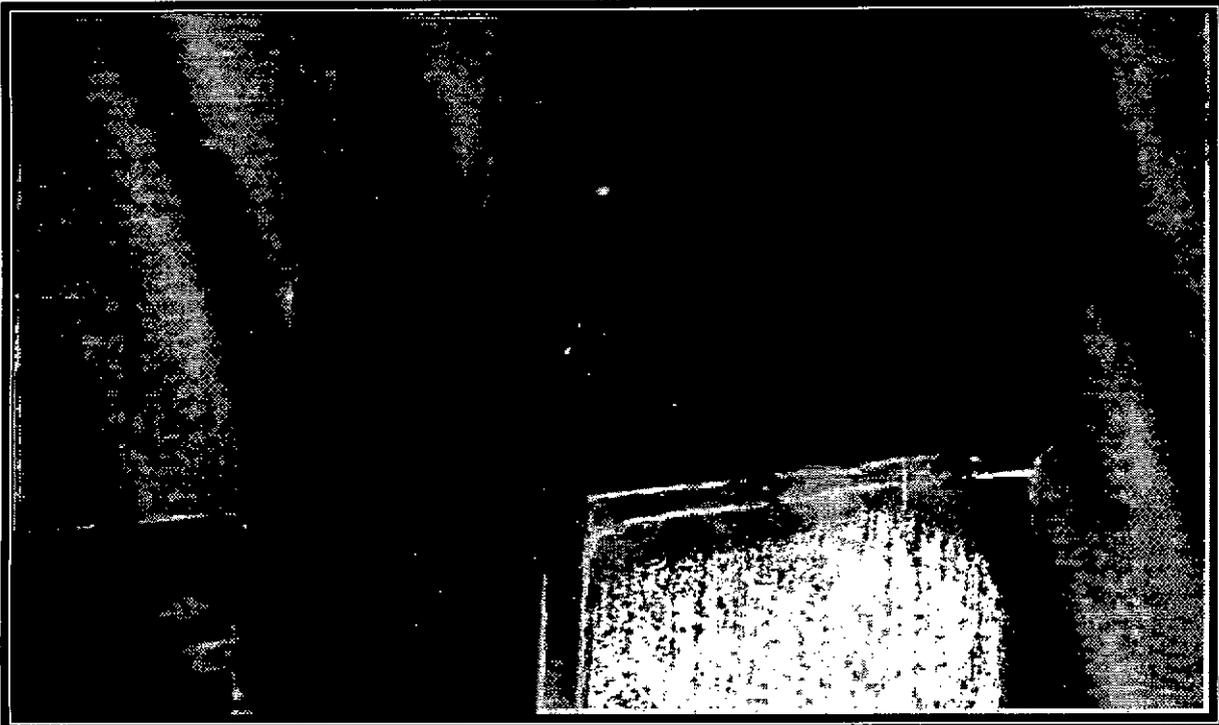
[Handwritten mark]

SES
Fls.: 4562
Rubrica
CICGSS



[Handwritten signature]
P

SES
Fis.: 4563
Rubrica
CICGSS



[Handwritten signature]

9

[Handwritten signature]

SES
Fls.: 4564
Rubrica
CICGSS



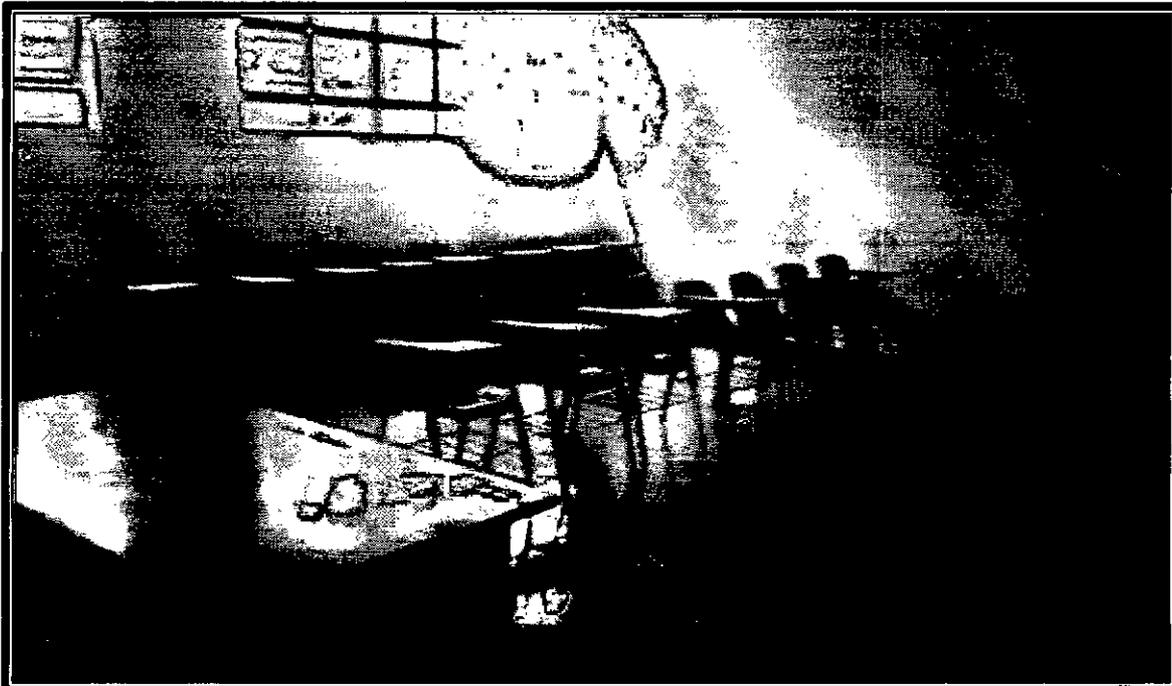
[Handwritten signature]
P

SES
Fls.: 4565
Rubrica
CICGSS



[Handwritten signature]
[Handwritten initials]

SES
Fls: 4566
Rubrica
CICGSS



[Handwritten signature]
A P

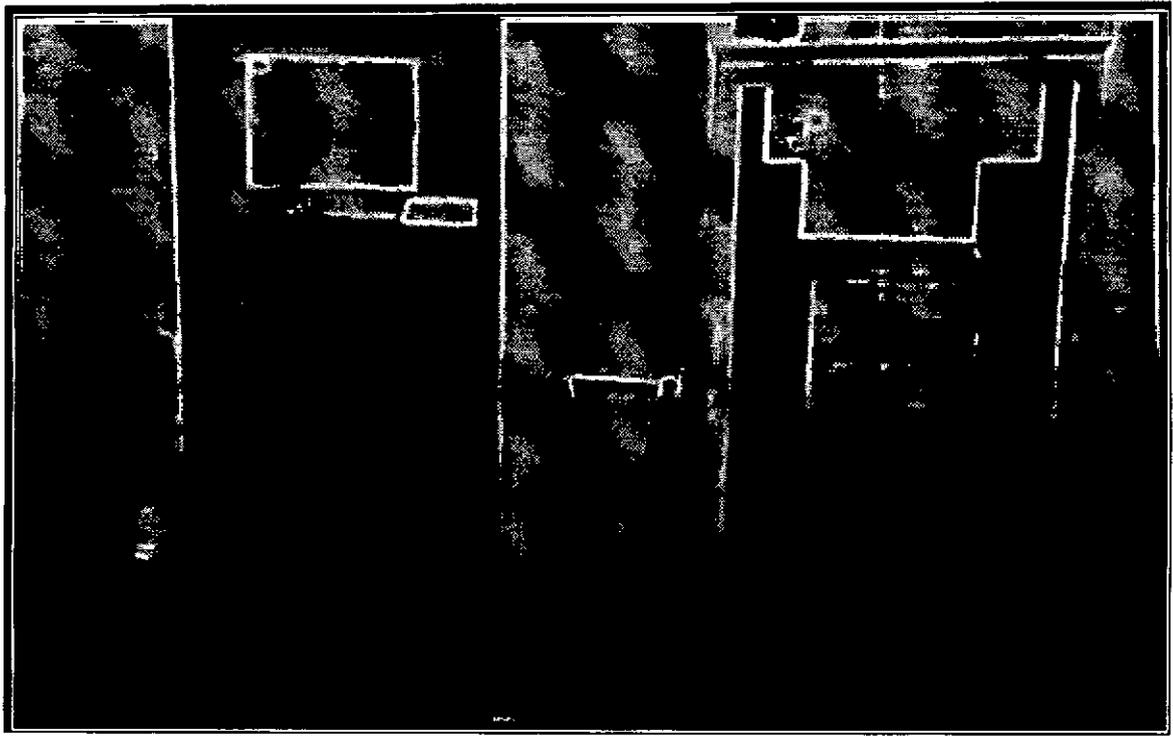
SES
Fls.: 4567
Rubrica
CICGSS



[Handwritten signature]
46

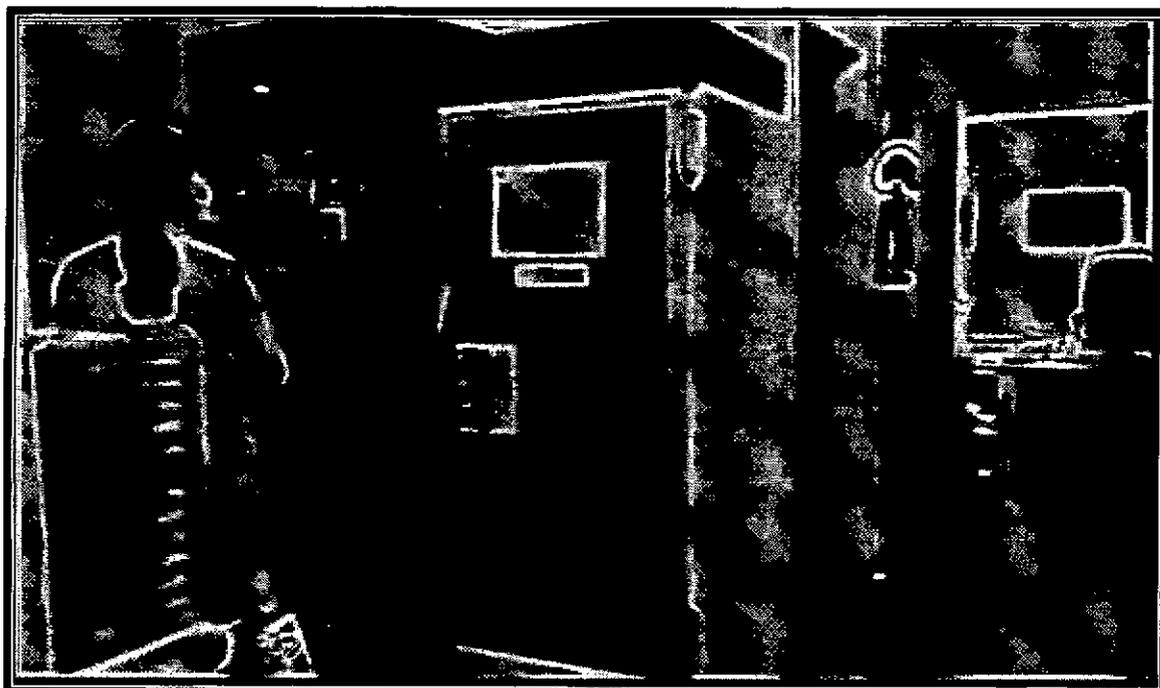
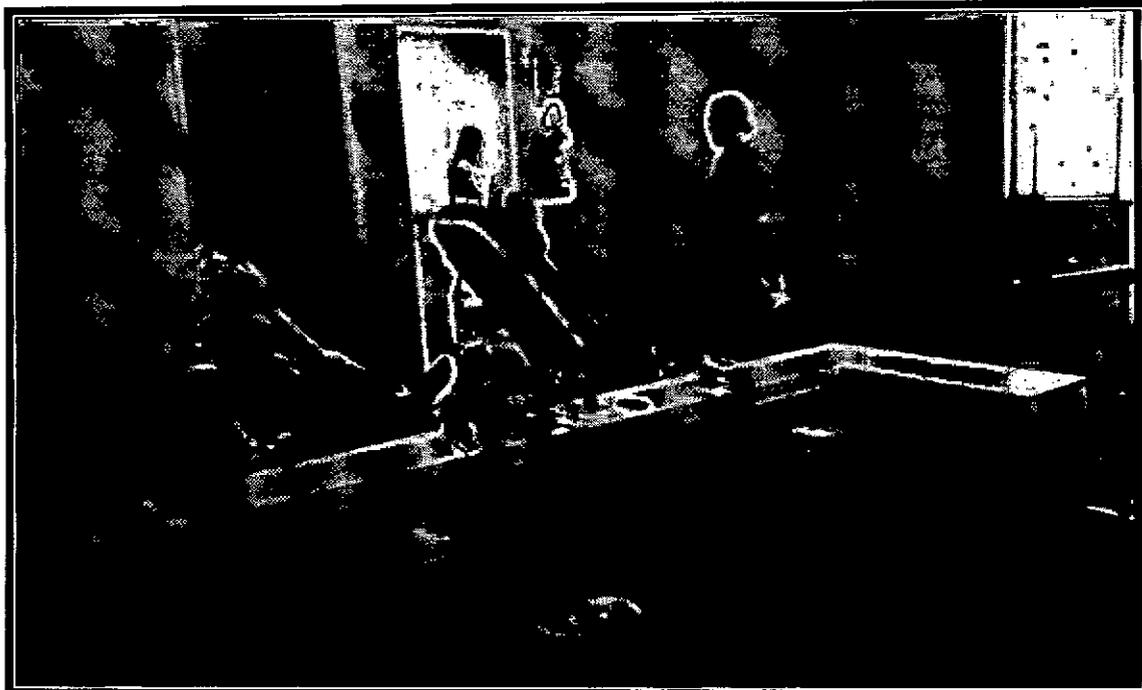
[Handwritten mark]

SES
Fls.: 4568
Rubrica
CICGSS



[Handwritten signatures and initials]

SES
Fls.: 4569
Rubrica
CICGSS

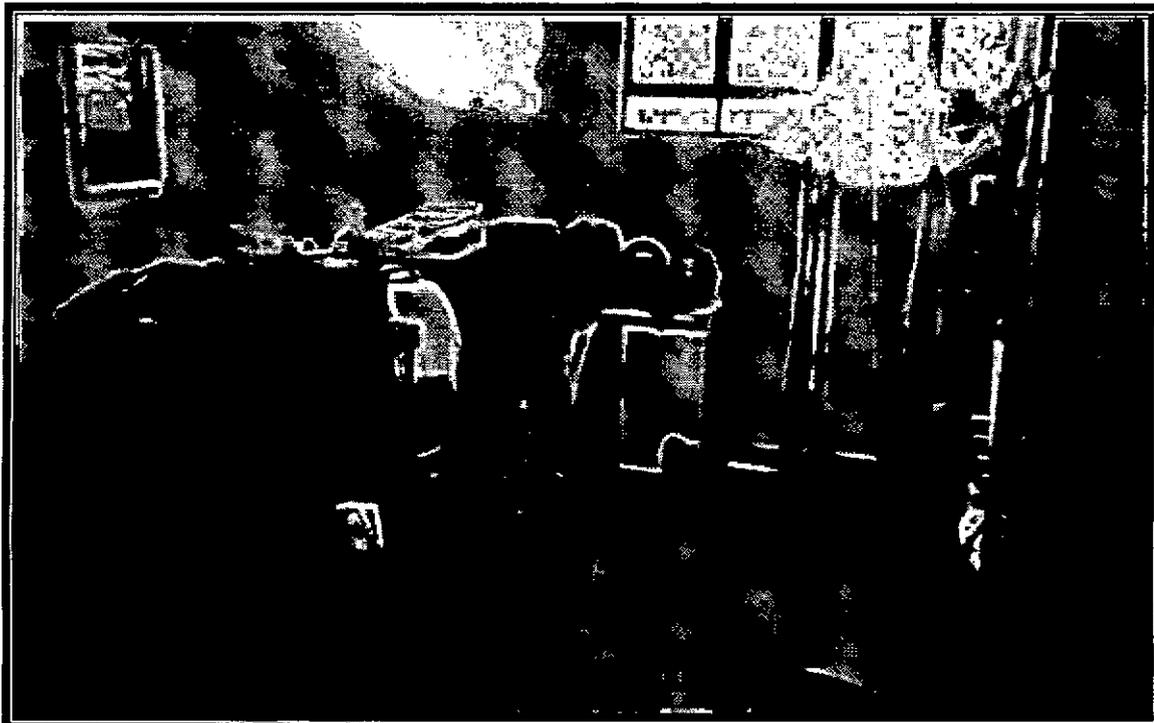


[Handwritten signature]

P

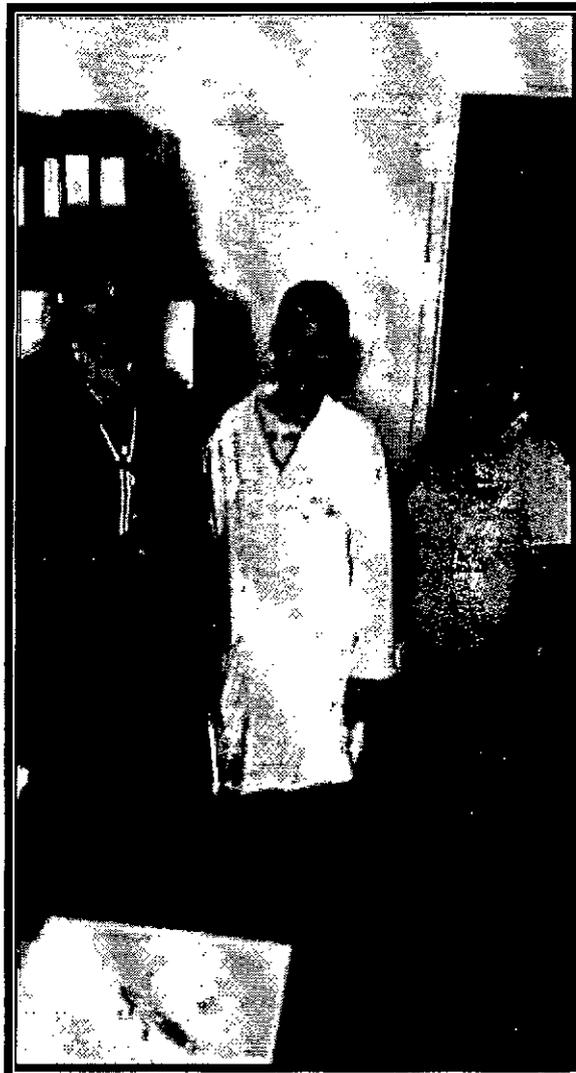
[Handwritten mark]

SES
Fls.: 4570
Rubrica
CICGSS



[Handwritten signatures and marks]

SES
Fis.: 4571
2
Rubrica
CICGSS



[Handwritten signature]
P.
[Handwritten mark]

PROFISSIONAIS QUE OCUPARÃO OS DOIS PRIMEIROS NÍVEIS:



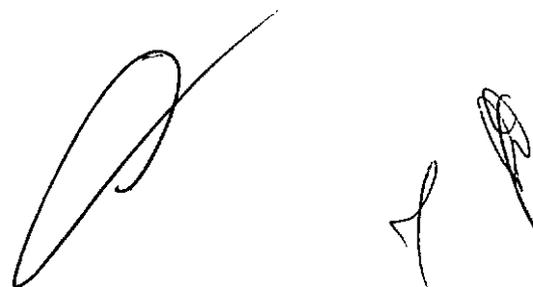
HEMOCENTRO COORDENADOR	
CARGO	NOME
DIRETORIA GERAL	José Cláudio Romero
DIRETORIA TÉCNICA	Indicado pela SES
DIRETORIA ADM/FINANCEIRO	Lúcio Dias Nascimento

HEMOCENTRO REGIONAIS		
CARGO	MUNICIPIOS	NOME
Diretor Geral	Catalão	Eder Cassio Rocha
	Ceres	Bruna Vieira Paixão
	Jataí	Rafael Gouveia Nakamura
	Rio Verde	Natálie Alves Andrascko
RESPONSÁVEL TÉCNICO	Catalão	Servidor Público Atual
	Ceres	Servidor Público Atual
	Jataí	Servidor Público Atual
	Rio Verde	Servidor Público Atual
DIRETORIA ADM/FINANCEIRO	Catalão	Alessandro Purcino Andrade
	Ceres	Henrique Araujo Torres
	Jataí	Rodolfo Paulino da Silva Vieira
	Rio Verde	Antonio Manicardi Junior

UNIDADES DE COLETA E TRANSFUSÃO DE SANGUE		
CARGO	MUNICIPIOS	NOME
RESPONSÁVEL TÉCNICO	Formosa	Servidor Público Atual
	Iporá	Servidor Público Atual
	Porangatu	Servidor Público Atual
	Quirinópolis	Servidor Público Atual

Obs:

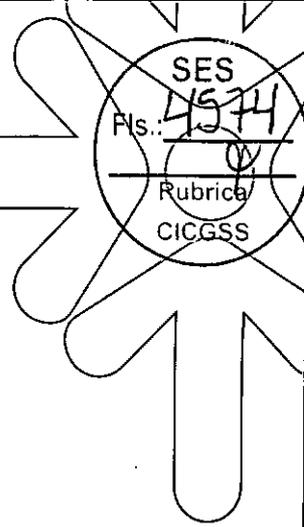
- 1- Por se tratar de um contrato de gestão/parceria e, considerando o regime misto a ser implantado, o IDTECH optou por não indicar os responsáveis técnicos e trabalhar com todos os servidores públicos que atualmente ocupam essa função. Nos casos do servidor não se interessar em permanecer na Unidade o IDTECH fará a substituição por outro servidor público ou colaborador celetista qualificado para a função.
- 2- Comprovação de Formação profissional da equipe acima, estão nos anexos a seguir.





IDTECH[®]
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO

IDTECH.ORG.BR



DECLARAÇÃO

REFERENTE: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2018-SES/GO

O INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO – IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, associação civil, sem fins lucrativos, qualificada como organização social de saúde no âmbito de Estado de Goiás, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05, n.º 60, Setor Oeste, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ sob o nº 07.966.540/0001-73, por intermédio de sua representante legal Sra. ROSANA CARVALHO CARDOSO FERREIRA LEITE, portador(a) da carteira de identidade nº 1060448, SSP/DF e do CPF sob o nº 417.221.081-34, pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei na Hemorrede pública estadual de Hemoterapia e Hematologia de Goiás, composta de 01 Hemocentro Coordenador contendo 02 Unidades de Coleta Móveis – Ônibus; 04 Hemocentros Regionais: Rio Verde, Jataí, Catalão e Ceres; 04 Unidades de Coleta e Transfusão - UCT: Formosa, Iporá, Porangatu, e Quirinópolis, exceto as Agências Transfusionais-AT's., todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 03/2017.

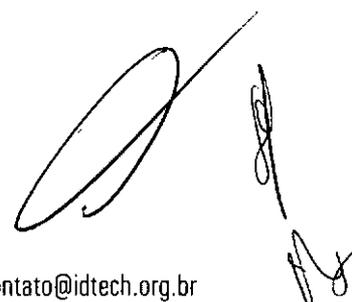
Declaro que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção.

Declaro, ainda, que conheço as Leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Goiânia, 07 de Fevereiro de 2018.


ROSANA CARVALHO CARDOSO FERREIRA LEITE

Presidente do Conselho de Administração do IDTECH





EXPERIÊNCIA DO IDTECH EM SERVIÇOS DE SAÚDE

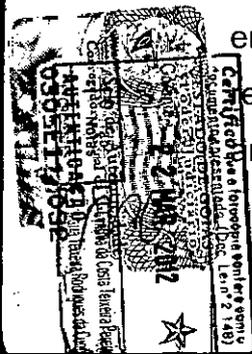
A large, stylized handwritten signature in black ink.

A smaller, more compact handwritten signature in black ink.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O Município de Aparecida de Goiânia/GO, através de sua Secretaria de Saúde, situada na Rua Antônio Barbosa Sandoval, Área Pública III, Centro, Aparecida de Goiânia/GO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 37.942.539/0002-50, neste ato representada por seu titular o Secretário Municipal de Saúde, Dr. Rafael Gouveia Nakamura, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado em Goiânia/GO, portador da RG nº 3635.150 SSP/GO e CPF nº 860.378.031-53, atesta para os devidos fins que se fizerem necessários, que, conforme conteúdo do Contrato de Gestão - Processo nº. 2009.258.397, e respectivos Termos Aditivos, o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano – IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, Associação Civil na forma de Organização Social, sem fins lucrativos, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05, n.º 60, Setor Oeste, Goiânia-GO.CEP: 74.115-040, inscrito no CNPJ sob o nº 07.966.540/0001-73, é a entidade parceira e executora dos referidos serviços a esta Secretaria desde outubro de 2009 até a presente data, tendo como valor anual o importe estimado de R\$ 2.255.824,56 (dois milhões, duzentos e cinquenta e cinco mil, oitocentos e vinte quatro reais e cinquenta e seis centavos).

Os serviços supracitados, são referentes a implantação, gerenciamento e operacionalização do Ambulatório Médico Especializado – AME, que possibilita controlar, distribuir e agendar as consultas especializadas de acordo com a disponibilização de vagas/data/horário/profissional/Unidade Saúde da Secretaria Municipal e Municípios pactuados, de forma transparente e eficaz, aplicadas às técnicas de humanização e melhorias para o setor, dentro das diretrizes do SUS, com funcionamento das 7h00min., às 22h00min., de segunda a sexta feira, contando com 06 (seis) posições de atendimento na Central de Consultas, 06 (seis) colaboradores “Conte Comigo” que realizam o acolhimento da população, 08 (oito) posições de atendimento / recepção, com triagem e seleção dos pacientes, enfermeiras responsáveis pelo acolhimento e atendimento e consultórios que realizam o atendimento médico de 21 (vinte uma) especialidades, dentre elas: angiologia, cardiologia, cirurgia pediátrica, cirurgia geral, dermatologia,



endocrinologia, gastroenterologia, gastropediatria, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia, neuropediatria, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumonologia, proctologia, psiquiatria, reumatologia e urologia, operando com um fluxo médio de 5.747 (cinco mil, setecentos e quarenta e sete) consultas marcadas – atendimento / mês.

Outrossim, destacamos que o Ambulatório Médico Especializado – AME, visa, sobretudo, assegurar o controle, distribuição e agendamento com eficiência das consultas especializadas para os usuários atendidos nas unidades de saúde do Município de Aparecida de Goiânia/GO e Municípios pactuados.

Atestamos ainda que os serviços prestados foram executados satisfatoriamente, demonstrando possuir capacidade administrativa, técnica e operacional, sendo ainda, que o IDTECH cumpriu na íntegra suas obrigações contratuais, não havendo nada em nossos arquivos, até a presente data, que possa desaboná-lo como prestador de tais serviços.

Por ser verdade, firmamos o presente.

Goiânia, 02 de maio de 2011


Dr. Rafael Gouvêia Nakamura
Secretário Municipal de Saúde



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O Município de Aparecida de Goiânia/GO, através de sua Secretaria de Saúde, situada na Rua Antônio Barbosa Sandoval, Área Pública III, Centro, Aparecida de Goiânia – GO, inscrita no CNPJ/MF nº 37.942.539/0002-50, neste ato representada por seu titular o Secretário Municipal de Saúde, Dr. Rafael Gouveia Nakamura, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado em Goiânia, portador da RG nº 3635.150 SSP/GO e CPF nº 860.378.031-53, atesta para os devidos fins que se fizerem necessários, que, conforme conteúdo do Contrato de Gestão nº 003/2009-- Processo nº. 2009.267.889, e respectivos Termos Aditivos, relativos à implantação, gerenciamento e operacionalização dos serviços de Planejamento, Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria, – PRÓ REG, o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano – IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, associação civil na forma de Organização Social, sem fins lucrativos, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05, n.º 60, Setor Oeste, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ sob o nº 07.966.540/0001-73, é a entidade parceira e executora dos referidos serviços a esta Secretaria desde outubro de 2009 até a presente data, tendo como valor anual o importe estimado de R\$ 2.812.214,00 (dois milhões, oitocentos e doze mil, duzentos e catorze reais).

Os serviços supracitados, tem como objeto principal acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde desenvolvidos nas unidades integrantes da rede assistencial, reestruturação adequada de funcionamento, dispondo de área física, organograma formalmente estabelecido, equipamentos e recursos tecnológicos, equipe multidisciplinar quantitativa e qualitativamente capacitada para o exercício da função, promovendo a operacionalização do acesso assistencial, incluindo marcação de consultas especializadas, exames de média e alta complexidade, internação das clínicas especializadas, atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, gestante de alto risco, assistência oncológica, TFD, cirurgias eletivas, PPI e outras ações do elenco de procedimentos da média e alta complexidade. Organização e garantia do acesso dos usuários às ações e serviços do Sistema Único de Saúde em tempo oportuno, além de coordenar a



Rua João Batista de Toledo, nº 16, Centro, Aparecida de Goiânia/GO

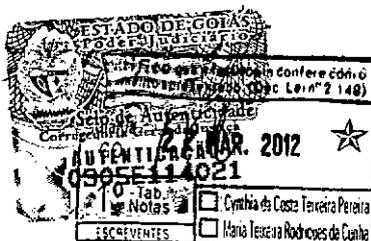
oferta de ações e serviços de saúde e adequá-las às necessidades demandadas pela população, tais como: Assegurar o atendimento com alto padrão de qualidade, eficiência, eficácia e, sobretudo, respeito ao cidadão, facilitar o acesso do usuário aos serviços de média e alta complexidade em tempo oportuno, Reduzir o tempo de espera, Organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-las às necessidades demandadas pela população, Otimizar a utilização dos recursos disponíveis, Subsidiar o processo de controle e avaliação, subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Outrossim, destacamos que o PRÓ REG apresentam-se como parte fundamental neste processo buscando o reordenando a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar a necessidade da população dando maior racionalidade ao uso dos recursos bem como acompanhar as ações e serviços assistenciais desenvolvidos pelo Sistema Único de Saúde.

Atestamos ainda que os serviços prestados foram executados satisfatoriamente, demonstrando possuir capacidade administrativa, técnica e operacional, sendo ainda, que o IDTECH cumpriu na integra suas obrigações contratuais, não havendo nada em nossos arquivos, até a presente data, que possa desaboná-lo como prestador de tais serviços.

Por ser verdade, firmamos o presente.

Goiânia, 02 de maio de 2011



Nakamura
Dr. Rafael Gouveia Nakamura
Secretário Municipal de Saúde



Secretaria
Municipal
de Saúde



Atestado de Capacidade Técnica

A Secretaria de Saúde do Município de Goiânia, situada no Centro Administrativo Municipal - Paço - Avenida do Cerrado nº 999, Park Lozandes, Goiânia/GO, inscrita no CNPJ nº. 25.141.524/0001-23, neste ato representada pelo seu titular, Fernando Machado de Araújo, portador da CI nº 3466273 e CPF nº 782.175.981-39, atesta para os devidos fins que o IDTECH - Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano, Organização Social sem fins lucrativos sediada na Rua 1, nº. 60, Setor Oeste, Goiânia / GO e inscrita no CNPJ nº. 07.966.540/0001-73, presta serviços ao Município de Goiânia desde setembro de 2013 até a presente data, conforme Contrato de Gestão - Processo nº. 29.295.174, relativo ao Termo Aditivo do CAC Teleconsulta para implementação do Projeto de humanização e reordenamento físico e técnico operacional da rede municipal de saúde de Goiânia, o qual leve o Centro Integrado de Assistência Médica e Sanitária Novo Horizonte como unidade piloto.

O IDTECH vem desenvolvendo ações de estímulo e engajamento dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde nas ações educativas, preventivas e no processo de gestão dos serviços públicos de saúde, assegurando sua participação e co-responsabilidade na qualidade dos resultados e centrará esforços no fortalecimento de uma política de humanização que contemplará modificações estruturais, tecnológicas e operacionais que irão proporcionar uma ambiência sintonizada com uma política de saúde voltada para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Outrossim, destacamos que fora realizada toda a reforma, estruturação e reordenamento físico da Unidade Ambulatorial do CIAMS do Setor Novo Horizonte, com área total de intervenção de 1.754,40m², além dos serviços de acolhimento e triagem dos pacientes na referida unidade, aplicada às técnicas de humanização e melhorias para o setor, dentro das diretrizes para o Sistema Único de Saúde - SUS.

Atestamos ainda que os serviços prestados foram e estão sendo executados satisfatoriamente, demonstrando possuir capacidade administrativa, técnicas e operacional, sendo ainda, que o IDTECH cumpriu na íntegra suas obrigações contratuais, não havendo nada em nossos arquivos, até a presente data, que possa desaboná-lo como prestador de tais serviços.

Goiânia / GO, aos 04 dias do mês de Março de 2015

Dr. Fernando Machado de Araújo
Secretário Municipal de Saúde de Goiânia

FRANCISCO TAVEIRA
CNPJ nº. 07.966.540/0001-73
R. F. Gomes, Al. Lourenço
CEP 74115-170 - Goiânia, GO
Tabela 11 - 121 - 0

AUTENTICAÇÃO

A presente cópia CONFERE com o original apresentado, Dou Fé, 0141
*GSP/ELV/1709-D-17,
Goiânia, 07 de Fevereiro de 2018.

FRANCISCO TAVEIRA
49
NOME DO CÍVIL E
TABELAMENTO DE
GOIÂNIA, GO

Maristela Maria de Oliveira Neres
escrevente
Celo: 02001801041805094906124
Consulte em <http://extrajudicial.tiao.lis.br>

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A Secretaria de Saúde do Município de Goiânia, situada na Avenida, PL - 1 - Setor Park Lozandes, Paço Municipal, CEP: 74884-090, Goiânia - GO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 25.141.524/0001-23, neste ato representada por seu titular, o Secretário Doutor Paulo Rassi, portador da C.I. nº 84097, SSP-GO e CPF nº 014.336.521-53, atesta para os devidos fins que se fizerem necessários, que o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano - IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, associação civil na forma de Organização Social, sem fins lucrativos, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05, nº 60, Setor Oeste, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ sob o nº 07.966.540/0001-73, presta serviços a esta Secretaria desde setembro de 2006 e até a presente data, no valor anual de R\$ 5.046.876,00 (cinco milhões, quarenta e seis mil, oitocentos e setenta e seis reais), conforme conteúdo do Contrato de Gestão - Processo nº. 29.295.174, e respectivos Termos Aditivos, relativos à implantação, gerenciamento e operacionalização da **Central de Atendimento ao Cidadão - TELECONSULTA**.

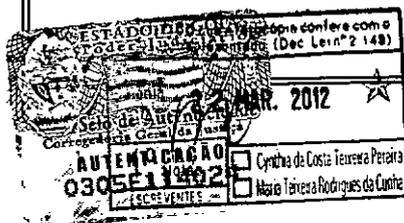
O referido projeto vem trazendo tecnologias de *Contact Center* / 0800 com plataforma de comutação digital desenvolvida dentro do conceito CTI (*Computer Telephony Integrated*) aplicadas às técnicas de humanização e melhorias para o setor de saúde, dentro das diretrizes do SUS, apresentando para a população do Município uma atenção básica resolutiva, eficaz e ágil, através do gerenciamento de 58 (cinquenta e oito) posições de atendimento cujo funcionamento se dá das 07 às 19h, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados, operando atualmente com um fluxo médio de 137.125 (cento e trinta e sete mil e cento e vinte e cinco) ligações recebidas / mês, acompanhadas e supervisionadas por médicos reguladores, enfermeiras e supervisores capacitados.

Outrossim destacamos que o TELECONSULTA visa, sobretudo, auxiliar na implementação de ações e de políticas públicas em prol da população do Município, dinamizando a política de liberação de vagas para consultas básicas nas Unidades de Saúde e seu efetivo controle para que se possa haver a caracterização das demandas atendidas.

Atestamos ainda que os serviços prestados foram executados satisfatoriamente, demonstrando possuir capacidade administrativa, técnica e operacional, sendo ainda, que o IDTECH cumpriu na íntegra suas obrigações contratuais, não havendo nada em nossos arquivos, até a presente data, que possa desaboná-lo como prestador de tais serviços.

Goiânia, 22 de dezembro de 2010

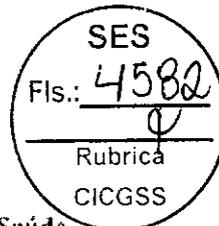
Dr. Paulo Rassi
Secretário Municipal de Saúde





**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**

Secretaria Municipal de Saúde



EXTRATO DO 16º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2007

PROCESSO: 70544296

ENTIDADE SUPERVISORA: Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde.

ENTIDADE EXECUTORA: Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano – IDTECH;

OBJETO: Constitui objeto do presente 16º Termo Aditivo a prorrogação da vigência por mais um ciclo de 12 (doze) meses, no período de **28/08/2017 a 27/08/2018**, decréscimo de valor na ordem de **R\$ 198.601,14** (cento e noventa e oito mil seiscientos e um reais e quatorze centavos) por mês, reduzindo o valor da parcela mensal dos atuais **R\$ 779.776,13** (setecentos e setenta e nove mil setecentos e setenta e seis reais e treze centavos), para **R\$ 581.174,99** (quinhentos e oitenta e um mil cento e setenta e quatro reais e noventa e nove centavos), inclusão do Novo Plano de Trabalho – **Anexo I** e Relação de Bens Móveis Acervo Patrimonial – **Anexo II**, assim como dar nova redação à Cláusula Sétima e sua Subcláusula Primeira, contendo alocação de recursos para suportar a despesa conforme a seguir:

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

Para execução deste Décimo Sexto Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, estima-se a importância total de **R\$ 6.974.099,88** (seis milhões novecentos e setenta e quatro mil e noventa e nove reais e oitenta e oito centavos), para o período de 12 (doze) meses, sendo: **R\$ 2.324.699,96** (dois milhões trezentos e vinte e quatro mil seiscientos e noventa e nove reais e noventa e seis centavos) para o exercício de **2017** e **R\$ 4.649.399,92** (quatro milhões seiscientos e quarenta e nove mil trezentos e noventa e nove reais e noventa e dois centavos) para o exercício de **2018**, conforme demonstrado no plano de trabalho (**Anexo I**), deste termo.

SUBCLÁUSULA PRIMEIRA – As despesas decorrentes do presente CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta da Dotação Orçamentária nº 2017.2150.10.301.0177.2646.33903900.114, Dotação Compactada nº 201721500056, Fundo municipal de Saúde – FMS, Item de Despesa nº 99 – Outros Serviços de Terceiros. Pessoa Jurídica, Nota de Empenho nº 015, emitido em 26/06/2017, no presente exercício.

DA VIGÊNCIA: 28/08/2017 a 27/08/2018.

DATA DA ASSINATURA: 28 de agosto de 2017.

Palácio das Campinas Prof. Venerando de Freitas Borges – Paço Municipal
Avenida do Cerrado, nº 999 - Parque Lozandes - Goiânia - GO CEP 74.884-900
Fone/Fax: 3524-1570 / 3524-1503 | e-mail: dvex@sms.goiania.go.gov.br

AL011



www.goiania.gov.br

Atestado de Capacidade Técnica

O Governo do Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Saúde, situada na Rua SC-1, nº. 299, Parque Santa Cruz, Goiânia/GO, inscrita no CNPJ nº. 02.529.964/0001-57, neste ato representada pelo seu titular, Leonardo Moura Vilela, portador da CI nº. 775140 2ª Via SSP/GO e CPF nº. 305.045.541-15, atesta para os devidos fins que o IDTECH – Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano, Organização Social sem fins lucrativos, sediada na Rua 1, nº. 60, Setor Oeste, Goiânia / GO e inscrita no CNPJ nº. 07.966.540/0001-73, presta serviços ao Estado de Goiás desde março de 2012 até a presente data, no valor total mensal de R\$ 6.726.219,38, conforme Contrato de Gestão nº. 024/2012 – Processo nº. 201100010013921 e respectivos Termos Aditivos, relativos ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Geral de Goiânia – Dr. Alberto Rassi - HGG, com 234 leitos.

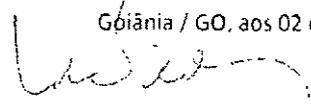
Dentre os serviços executados, que englobam a gestão de todo Hospital, desde a manutenção de máquinas e equipamentos, abastecimento de insumos, fármacos e correlatos, reformas e adequações na estrutura física e gestão de pessoal (estatutários, celetistas e terceirizados (1.562) a contratada presta serviços de atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, executados de forma a garantir a universalidade de acesso aos serviços de saúde e de assistência, implementando a Política Nacional de Humanização no atendimento contemplando o acolhimento com classificação de risco, garantindo a resolubilidade e qualidade do serviço ofertado e alcançando elevados índices de satisfação, conforme indicadores de qualidade dos serviços apurados ao longo da execução do contrato.

O referido Contrato de Gestão / serviços executados trouxeram tecnologias de gestão hospitalar e que possibilitaram elevada melhoria da estrutura do Hospital, dentre as quais destacamos o aumento de 10 para 40 leitos de UTI, reforma e adequação do Ambulatório de Medicina Avançada, substituição e modernização do parque tecnológico e clínico do Hospital, implementação de fluxos e normas que proporcionaram maior segurança, condições de trabalho e melhor qualidade no atendimento prestado à população e que levaram o HGG a conquistar a excelência no atendimento, conforme Certificado nº. 685/016/006 concedido pelo Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde, de acordo com as diretrizes da Organização Nacional de Acreditação – ONA.

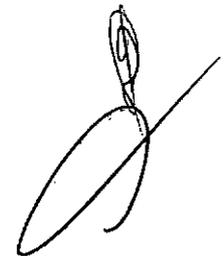
Outrossim, destacamos que desde o início da prestação dos serviços e até a presente data, o Hospital Alberto Rassi – HGG, realizou o total de doze mil cento e três (12.103) Procedimentos Cirúrgicos; dezenove mil quinhentos e setenta e nove (19.579) Internações; trezentos e dezesseis mil novecentos e setenta e um (316.971) Consultas ambulatoriais; trezentos e oito mil oitocentos e noventa e sete (308.897) Atos multidisciplinares e setecentos e vinte e oito mil novecentos e noventa e três (728.993) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico dentre diversas outras ações assistenciais.

Atestamos ainda que os serviços prestados foram e estão sendo executados satisfatoriamente, demonstrando possuir capacidade administrativa, técnica e operacional, sendo ainda, que o IDTECH cumpriu na íntegra suas obrigações contratuais, não havendo nada em nossos arquivos, até a presente data, que possa desaboná-lo como prestado de tais serviços.

Goiânia / GO, aos 02 dias do mês de Março de 2015



Leonardo Moura Vilela
Secretário Estadual de Saúde



CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA

AUTENTICAÇÃO

REQUERENTE: IDTECH / ROBERTO

Certifico que a fotocópia confere com o documento original apresentado.

Goiânia/GO - 05/05/2015 - 11:35:28 - U 38

NR: SELO ELETRÔNICO: 02011704101629094909394

Em Testemunho,
André Luiz Andrade Machado

da vercane

AV. 19, nº 251, 10. América, Goiânia-GO, CEP: 74.255-220, Fone: (62) 3526-3755 WWW.CARTORIOJOAO TEIXEIRA.NOT.BR

TABELIONATO
CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
André Luiz Andrade Machado
Escrevente



14

Diário OficialGOIÂNIA, SEXTA-FEIRA, 24 DE MARÇO DE 2017
ANO 128 - DIÁRIO OFICIAL Nº 22.535

Art. 2º. Esta portaria entra em vigor a partir de sua publicação, com efeitos retroativos a 01/02/2017.

DÊ-SE CIÊNCIA, CUMPRA-SE E PUBLIQUE-SE.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, em Goiânia, aos treze dias do mês de março de 2017.

Leonardo Moura Viêla
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 5538

PORTARIA Nº 233/2017-GAB/SES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são legalmente conferidas, tendo em vista o Termo de Cooperação nº 001/2013-SES-GO celebrado com a Universidade Federal de Goiás/Hospital das Clínicas, em conformidade com o que consta no Processo nº. 201100005002602 e solicitação por meio do Ofício nº 02/2016-FM-HQ-UFG (Processo nº 201600010020560).

RESOLVE

CEDER o servidor abaixo relacionado ao Hospital das Clínicas para atuar junto à Maternidade do Hospital das Clínicas, no cargo assinalado, conforme abaixo descrito:

Servidor	Cargo	CPF	Carga horária
Rui Gilberto Ferreira	Médico	155.654.261-72	20 horas

Esta Portaria entra em vigor a partir de 02 de novembro de 2016.

PUBLIQUE-SE, DÊ-SE CIÊNCIA E CUMPRA-SE.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, em Goiânia, aos 14 dias do mês de março de 2017.

Leonardo Moura Viêla
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 6541

PORTARIA Nº 345/2017-GGP/GAB/SES.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são legalmente conferidas, e

CONSIDERANDO a competência delegada pela Lei nº 13.611, de 02 de maio de 2003 e Decreto nº. 4.660, de 30 de janeiro de 1998;

CONSIDERANDO a manifestação favorável da Junta de Programação Orçamentária e Financeira - JUPOF à cessão de pessoal desta Pasta aos Municípios Integrados à rede do Sistema Único de Saúde, conforme teor do Ofício nº 035/2015-JUPOF/SEGPLAN;

CONSIDERANDO a Portaria nº 050/2016-GAB/SES-GO, a qual dispõe sobre a regulamentação do procedimento relativo à cessão de servidores do quadro de pessoal permanente desta Secretaria de Estado da Saúde aos Municípios do Estado de Goiás;

CONSIDERANDO os documentos acostados aos autos do Processo nº. 201700010032060,

RESOLVE

Art. 1º RATIFICAR o ato de cessão do servidor HIVALDO GONÇALVES RAMOS, CPF nº 122.051.091-20, ocupante do cargo de Médico, com carga horária semanal de 20 (vinte) horas, à Prefeitura Municipal de Cristalina, para desempenhar as atribuições do seu cargo na rede pública municipal de Saúde Integrada ao SUS, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016, com ônus para a origem.

Art. 2º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE GOIÁS
Assinado digitalmente pela AEC - AGENCIA BRASIL CENTRAL
CODIGO DE AUTENTICACAO: 653179c

publicação retroagindo seus efeitos ao período supra citado.

PUBLIQUE-SE, DÊ-SE CIÊNCIA E CUMPRA-SE.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, em Goiânia, aos sete dias do mês de março de 2017.

Leonardo Moura Viêla
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 6544

Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças
Gerência de Licitações, Contratos e Convênios
EXTRATO DO 2º TERMO ADITIVO

CONTRATO DE GESTÃO Nº 03/2014-SES/GO

Processo nº: 201400010001768

Objeto: Constitui objeto do presente termo aditivo:

I - Repasse de recursos financeiros para aquisição de equipamentos e acessórios hospitalares para a Emergência 2 e salas de Hemodinâmica 1 e 2;

II - Repasse de recursos financeiros para aquisição de mobiliário para as salas de Hemodinâmica 1 e 2 e para a Emergência 2;

III - Repasse de recursos financeiros para aquisição de infraestrutura (cabearnento elétrico e no-break) para a sala de Hemodinâmica 2.

Contratante: ESTADO DE GOIÁS - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.

Contratada: ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AGIR

Data de assinatura: 22/03/2017

Valor: R\$ 6.348.642,94

Dotação orçamentária: 2650.10.302.1028.2157.04.00

Vigência: 15/07/2014 a 14/07/2016

Signatários:

Alexandre Eduardo Felipe Torantins

PROCURADOR-GERAL DO ESTADO

Leonardo Moura Viêla

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE.

Sérgio Daher

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AGIR

Protocolo 6550

Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças
Gerência de Licitações, Contratos e Convênios
EXTRATO DO 7º TERMO ADITIVO

CONTRATO DE GESTÃO Nº 024/2012 - SES/GO

Processo nº: 201100010013821

Objeto: Constitui objeto do presente termo aditivo:

1.1 Quinta prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 024/2012-SES/GO;

1.2 Incremento de novos serviços no Hospital Alberto Rassi - HGG, com ajuste de meios, escretando o aumento do repasse de recurso financeiro mensal, a partir de 01 de novembro de 2016;

1.3 Aporte de recurso financeiro para complementar custeio dos Programas de Residência Médica e em áreas de saúde do HGG, a partir de 01 de novembro de 2016, em razão de 34 (trinta e quatro) bolsas de residência médica não custeadas pelo MEC, nos termos do Anexo Técnico IV deste Aditivo;

1.4 Aporte de recursos financeiros visando incorporar ao repasse mensal o valor a ser glosado referente a integralidade de folha de pagamento dos servidores cedidos ao IDTECH para o HGG;

1.5 Revogar o item 7.15 da cláusula sétima do contrato de gestão nº 024/2012-SES/GO;

1.6 Apresentar nova formatação ao Contrato de Gestão nº 024/2012-SES/GO, tendo em vista minuta padrão disponibilizada pela Procuradoria-Geral do Estado;

1.7 Adoção de nova modelagem para os mecanismos de controle: metodologia de avaliação, controle de resultados, penalização e plano de metas de produção.

Contratante: ESTADO DE GOIÁS - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

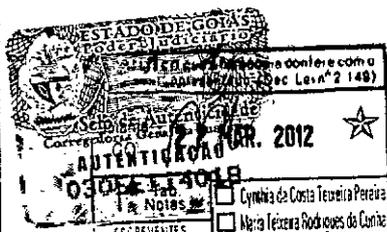
A Secretaria Municipal de Saúde, situada na Av. 5ª Radial Qd. 216-A Lote 05, Setor Pedro Ludovico, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 25.141.524/0001-23, neste ato representada por seu titular, o Secretário Doutor Paulo Rassi, portador da C.I. nº 84097, SSP-GO e CPF nº 014.336.521-53, atesta para os devidos fins que se fizerem necessários, que o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano – IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, associação civil na forma de organização social, sem fins lucrativos, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05 n.º 60-Térreo, Setor Oeste, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ sob o nº 07.966.540/0001-73, prestou serviços de apoio logístico, técnico-operacional e organizacional das Etapas Temáticas, Locais/Distritais da VII Conferência Municipal de Saúde, no período de 23 de Julho a 1º de Setembro de 2007, conforme 1º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão no valor de R\$ 220.138,95 (duzentos e vinte mil, cento e trinta e oito reais e noventa e cinco centavos).

O IDTECH coordenou os serviços de apoio logístico, gestão técnico-operacional e organizacional com responsabilidade sobre os serviços de sonorização e filmagem, estrutura física e mobiliário, refeições/lanches, serviço de cerimonial e secretaria, programação visual, vigilância, limpeza e disponibilização de todos os materiais de apoio na realização de 7 (sete) Etapas Temáticas, 10 (dez) Etapas Distritais, além de 1 (uma) Etapa Municipal.

Os eventos contaram com um total de 2.459 (dois mil quatrocentos e cinquenta e nove) participantes.

Atestamos ainda que os serviços prestados foram executados satisfatoriamente, demonstrando possuir capacidade técnica e operacional, sendo ainda, que o IDTECH cumpriu na íntegra suas obrigações contratuais, não havendo nada em nossos arquivos, até a presente data, que possa desaboná-lo como prestador de tais serviços.

Goiânia, 10 de outubro de 2007



Dr. Paulo Rassi
Secretário Municipal de Saúde

Manoel Regina F. da S.
Adm. Maria Regina F. da S.
PABX: 3524-1576

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

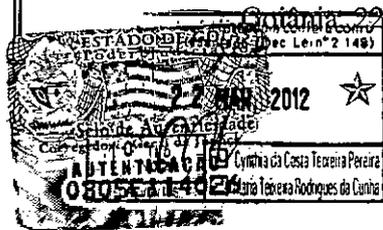
A Secretaria de Saúde do Município de Goiânia, situada na Avenida, PL - 1 - Setor Park Lozandes, Paço Municipal, CEP: 74884-090, Goiânia - GO, Av. 5ª Radial, Qd. 216-A, Lote 05, Setor Pedro Ludovico, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 25.141.524/0001-23, neste ato representada por seu titular, o Secretário Doutor Paulo Rassi, portador da C.I. nº 84097, SSP-GO e CPF nº 014.336.521-53, atesta para os devidos fins que se fizerem necessários, que o Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano - IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, associação civil na forma de Organização Social, sem fins lucrativos, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05, n.º 60, Setor Oeste, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ sob o nº 07.966.540/0001-73, presta serviços a esta Secretaria desde março de 2007 até a presente data, no valor anual de R\$ 3.339.211,28 (três milhões, trezentos e trinta e nove mil, duzentos e onze reais e vinte oito centavos), conforme conteúdo do Contrato de Gestão - Processo nº. 30.373.294, e respectivos Termos Aditivos, relativos à implementação, gerenciamento e operacionalização do **Projeto de Desenvolvimento Tecnológico e Gestão dos Sistemas de Informações em Saúde**.

O referido projeto, através da adoção de meios tecnológicos e humanizados, trouxe uma nova modalidade de gestão para desenvolver estratégias que norteiam o processo de reorganização da estrutura física, funcional e de recursos humanos na área da tecnologia da informação, dotando a Secretaria de Saúde de uma plataforma moderna e com profissionais capacitados/qualificados para proporcionar um atendimento satisfatório e seguro aos usuários do Sistema Único de Saúde do Município de Goiânia / GO, facilitando o gerenciamento dos serviços por meio de relatórios e indicadores de gestão atualizados e eficientes, além da disponibilização de pessoal técnico e qualificado nos atendimentos efetuados na Central de Regulação de Vagas, na Central de Atendimento ao Cidadão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, na Central de Processamento de Dados - CPD e na Central de Informática que desenvolve os seguintes softwares: Sistema de Gerenciamento de Leitos; Sistema de Agendamento de Consultas Especializadas e Fila de Espera; Sistema de Autorização de Procedimento de Alto Custo; Sistema de Controle do Atendimento Ambulatorial; Sistema de Autorização de Vale Exame; Sistema de Distribuição de Medicamentos; Sistema de Registro Eletrônico de Atendimento.

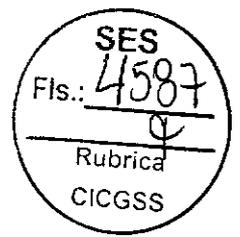
Atestamos ainda que os serviços prestados foram executados satisfatoriamente, demonstrando possuir capacidade administrativa, técnica e operacional, sendo ainda, que o IDTECH cumpriu na íntegra suas obrigações contratuais, não havendo nada em nossos arquivos, até a presente data, que possa desaboná-lo como prestador de tais serviços.

Goiânia, 22 de dezembro de 2010

Dr. Paulo Rassi
Secretário Municipal de Saúde



[Handwritten signature]



DOCUMENTOS DO CORPO TÉCNICO

Three handwritten signatures or initials are present in the bottom right corner of the page. One is a large, stylized signature, another is a smaller signature, and the third is a set of initials.



**DR. JOSÉ CLÁUDIO
ROMERO**

Handwritten signature and initials. The signature is a large, stylized loop. Below it are the initials 'A' and another set of initials.



IDTECH[®]
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO

IDTECH.ORG.BR

SES
Fis.: 4580
Rúbrica
CICGSS

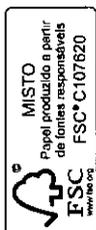
DECLARAÇÃO

O INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO – IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, associação civil, sem fins lucrativos, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05, n.º 60, Setor Oeste, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ sob o n.º 07.966.540/0001-73, neste ato representado pela sua Presidente, Sra. Rosana Carvalho Cardoso Ferreira Leite, *declara para os devidos fins de direito, que o Sr. José Cláudio Pereira Caldas Romero*, brasileiro, odontólogo, portador da Cédula de identidade n.º 224.764, SSP/GO, foi o responsável pela Coordenação Geral do Ambulatório Médico Especializado – AME, na execução do contrato de gestão n.º 001/2009, firmado entre este IDTECH e a Prefeitura Municipal de Aparecida de Goiânia/GO, através da Secretaria Municipal de Saúde, no período de Outubro/2009 a Outubro/2011.

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO IDTECH, aos, 02 dias do mês de Fevereiro de 2018.


ROSANA CARVALHO CARDOSO FERREIRA LEITE

Coordenador Administrativo e Financeiro - COAF





IDTECH[®]
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO

IDTECH.ORG.BR

SES
Fls.: 4590
Rubrica
CICASS

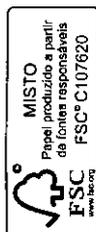
DECLARAÇÃO

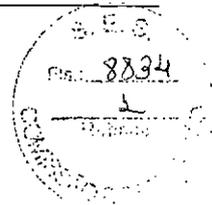
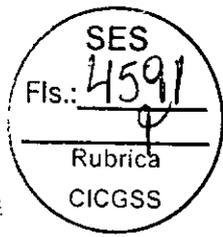
O INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO - IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, associação civil, sem fins lucrativos, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05, n.º 60, Setor Oeste, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ sob o nº 07.966.540/0001-73, neste ato representado pela sua Presidente, Sra. Rosana Carvalho Cardoso Ferreira Leite, declara para os devidos fins de direito, que o Sr. José Cláudio Pereira Caldas Romero, brasileiro, odontólogo, portador da Cédula de identidade nº 224.764, SSP/GO, foi o responsável pela Coordenação Geral do PRÓ REG - Planejamento, Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria, na execução do contrato de gestão nº 003/2009, firmado entre este IDTECH e a Prefeitura Municipal de Aparecida de Goiânia/GO, através da Secretaria Municipal de Saúde, no período de Outubro/2009 a Setembro/2011.

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO IDTECH, aos, 02 dias do mês de Fevereiro de 2018.


ROSANA CARVALHO CARDOSO FERREIRA LEITE

Coordenador Administrativo e Financeiro - COAF





CERTIDÃO

A Organização das Voluntárias de Goiás, pessoa jurídica, de direito privado, qualificada como Organização Social, sediada á Rua T-14, nº 249, Setor Bueno, inscrita no CNPJ nº 02.106.664/0001-65, neste ato representada pelo seu Coordenador Geral, Sr. Afrêni Gonçalves Leite, brasileiro, separado judicialmente, administrador, portador da C.I. Nº 250910 SSP-GO e CPF 062.924.371-91, residente e domiciliado nesta capital, certifica para os devidos fins de direito, que o **Dr. José Cláudio Pereira Caldas Romero**, portador do Registro Geral nº 224.764, SSP/GO, CPF nº 093.517.951-87 e CRO nº 1251, graduado como Cirurgião Dentista pela Universidade Evangélica de Goiás, residente e domiciliado nesta capital, foi investido no cargo de Coordenador Geral desta organização, no período de 1995 a 1998, o qual dentre as atribuições imputadas, foi responsável pelo processo de gestão do **Hospital De Urgências de Goiânia – HUGO**, constituído de 202 (duzentos e dois) leitos, Setor de Urgência e Emergência, Centro Cirúrgico, Centro de Apoio – Diagnóstico, Ortopedia, Raio X, Sala de Gesso, Farmácia, Residência Médica, Refeitório, Dormitórios, Ambulâncias, dentre outros.

À oportunidade, e, na qualidade de coordenador geral da referida organização reafirmo ou saliento que não temos conhecimento de nenhuma ação ou atividade que desqualifique o Sr. José Cláudio Pereira Caldas Romero, como gestor ou prestador de serviços ao estado de Goiás, no período certificado.

Goiânia, 15 de agosto de 2011.

AFRENI GONÇALVES LEITE
Coordenador Geral



Rua t-14 nº 249 – Setor Bueno, Goiânia-Goiás - CEP: 74230-130
Site: www.ovg.org.br / e-mail: ovg.coger@gmail.com



1º TABELIONATO
CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
André Luiz Andrade Machado
Escrevente



IDTECH[®]
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO

IDTECH.ORG.BR

SES
Fls.: 11503
Rubrica
CICGSS

DECLARAÇÃO

O INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO – IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, associação civil, sem fins lucrativos, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05, n.º 60, Setor Oeste, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ sob o n.º 07.966.540/0001-73, neste ato representado pela sua Presidente, Sra. Rosana Carvalho Cardoso Ferreira Leite, **declara para os devidos fins de direito, que o Sr. José Cláudio Pereira Caldas Romero**, brasileiro, odontólogo, portador da Cédula de identidade n.º 224.764, SSP/GO, é o responsável por parte de nossa Instituição na condição de Coordenador Executivo no Gerenciamento do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG, na execução do contrato de gestão n.º 024/2012, firmado entre este IDTECH e o Governo de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde, desde 12 de Março/2012 até a presente data.

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO IDTECH, aos, 02 dias do mês de Fevereiro de 2018.

ROSANA CARVALHO CARDOSO FERREIRA LEITE

Coordenador Administrativo e Financeiro - COAF





IDTECH[®]
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO

IDTECH.ORG.BR

SES
Fls.: 4593
Rubrica
CICSS

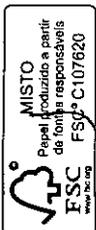
DECLARAÇÃO

O INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO - IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, associação civil, sem fins lucrativos, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05, n.º 60, Setor Oeste, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ sob o n.º 07.966.540/0001-73, neste ato representado pela sua Presidente, Sra. Rosana Carvalho Cardoso Ferreira Leite, **declara** para os devidos fins de direito, que o Sr. José Cláudio Pereira Caldas Romero, brasileiro, odontólogo, portador da Cédula de identidade n.º 224.764, SSP/GO, é o responsável por parte de nossa Instituição na condição de Coordenador Executivo da Central de Atendimento ao Cidadão - TELECONSULTA, na execução do contrato de gestão n.º 002/2006, firmado entre este IDTECH e a Prefeitura de Goiânia, através da Secretaria Municipal de Saúde, desde 06 de Setembro/2006 até a presente data.

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO IDTECH, aos, 02 dias do mês de Fevereiro de 2018.


ROSANA CARVALHO CARDOSO FERREIRA LEITE

Coordenador Administrativo e Financeiro - COAF





PREFEITURA MUNICIPAL DE ANÁPOLIS
ESTADO DE GOIÁS

SES
Fls.: 4594
Rubrica
CICGSS

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos para os devidos fins que o DR.
JOSÉ CLÁUDIO PEREIRA CALDAS ROMERO exerceu o cargo de Assessor
de Planejamento da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal
de Anápolis, no período de 28 de Julho de 1.976 à 25 de Abril
de 1.978.

Por ser verdade, firmamos o presente.

Anápolis, 25 de Abril de 1.978

Elias Abrão
Elias Abrão

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Eduardo Abrão da Silva
Eduardo Abrão da Silva

DIRETOR ADMINISTRATIVO .

Mod. B 6 - 60

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA
JÁ AUTENTICADA
Certifico que a fotocópia confere com o
original em presença de (ART. 546 CC/BR - CGJ-GO)
Goiânia GO 22 MAR 2011
FONE: (62) 3526-3111
1 Tab. 2 Tab. 3 Tab.
Notas
LSCR/VENTLS
05E043376



Certifico que a fotocópia confere com o
original em presença de (Art. 546, Lei nº 2.148)
Goiânia GO 25 ABR 2011
FONE: (62) 3526-3111
03056727472

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA
REQUERENTE: IDTECH / ROBERTO
Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada.
Goiânia/GO: 05/05/2011 11:32:14 U = 38
NRI SELO ELETRÔNICO = 02011704101629094909343
Em 1 Estemara de verdade
André Luiz Andrade Machado
AV. 10 nº 231 - B. América, Goiânia - GO - CEP: 74.235-220 - TEL: 62 3526-3111 - WWW.CARTORIOJOAOOTEIXEIRA.NOTAS

Handwritten signature and initials
TABELIONATO
CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
André Luiz Andrade Machado
Escrevente



ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ANÁPOLIS

P.O R T A R I A Nº 47/79, DE 29 DE MAIO DE 1978

SES
Fls.: 4595
9
Rubrica
CICGSS

"DESIGNA SERVIDOR PARA RESPONDER
PELA CHEFIA DO GABINETE DO SECRE
TÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE".

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, usando de suas atri-
buições legais e,

CONSIDERANDO a modificação da Estrutura Básica da Se
cretaria Municipal de Saúde e,

CONSIDERANDO a oficialização do funcionamento do Gabi
nete do Secretário Municipal de Saúde com base na
Portaria nº 44/78, de 15 de maio de 1978,

R E S O L V E :

- 1 - Designar o Dr. José Cláudio Pereira Caldas Romero para responder pela chefia do Gabinete do Secretário Municipal de Saúde.
- 2 - A presente Portaria entrará em vigor a partir da presente data.

GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, aos vinte
nove dias do mês de maio de mil novecentos e setenta e oito

Dr. Augusto Cezar de Almeida
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

P.M. 8 007 - 50 bl

**AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA
JÁ AUTENTICADA**

Certifico que a fotocópia confere com o original.

Goiânia GO 22 MAR 2011

FONE: (62) 3526-3234

1º Tab. Notas

1 SERVENTES

043378

Certifico que a fotocópia confere com o original.

2011

AUTENTICAÇÃO

0305022-166

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA

REQUERENTE: IDTEGH/ROBERTO

Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada.

Goiânia/GO: 05/05/2011 17:11:32.13

NR: SELO ELETRÔNICO - 02011704101629094909341

André Luiz Andrade Machado
Escrivente

Av. 19, nº 251, Jd. América, Goiânia-GO, CEP 74.255-220, Tel: 62 3526 3755 WWW.CARTORIOJOAOTEIXEIRA.NOT.BR



ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ANÁPOLIS



D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que o Sr. JOSÉ CLAUDIO PEREIRA CALDAS ROMERO exerceu os seguintes cargo de provimento em Comissão, nos períodos indicados:

- a- Assistente Técnico, de 20 de maio de 1980 a 30 de junho de 1981;
- b- Assessor Técnico, de 1º de julho de 1981 a 15 de agosto de 1982;
- c- Coordenador Administrativo da SEMUSA, a partir de 1º de julho de 1984.

Anápolis, 11 de junho de 1985



Jose Albano Silva
JOSE ALBANO SILVA

Diretor do Dep. de Pessoal

Mod. B-6 - 500 bls. 50x2 - 03/84

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA
JÁ AUTENTICADA

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado.

Goiânia GO 22 MAR 1985

FONE: (62) 3586-3777

0305043380

19 Tab. Notas

19 Tab. Notas

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado. (Art. 2º, Lei nº 2.148)

011

AUTENTICAÇÃO

Notas

0305043380

0305043380

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA

REQUERENTE: IDTECH/ROBERTO

Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada.

Goiânia GO - 05/05/2011 11:32:12 U = 38

NR: SELO ELETRÔNICO 02011704101629094909339

19 TABELIONATO

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA

André Luiz Andrade Machado

Escrivente

Emp. Testemunho

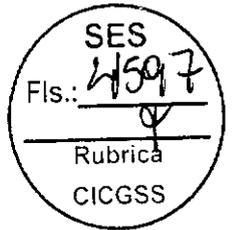
André Luiz Andrade Machado

AV. G. Nº 251, 30, América, Goiânia - GO, CEP 74.255-220. Tel. 62 3526.3755 WWW.CARTORIOJOAOTEIXEIRA.NOT.BR



ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ANÁPOLIS

nº 30/79



DECLARAÇÃO

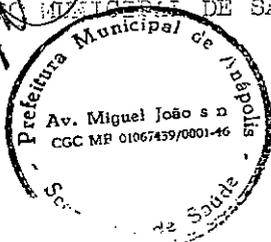
Declaramos para os fins que se fizerem necessários que JOSÉ CLÁUDIO FERREIRA CALDAS ROEMER, respondeu interinamente pela chefia da Divisão de Serviços Administrativos da Secretaria Municipal de Saúde, no período de 27 de dezembro de 1978 à 29 de janeiro de 1979, imprimindo-lhe nova estrutura administrativa, conforme Portaria nº 132/78, de 27 de dezembro de 1978 do Secretário Municipal de Saúde.

Por ser verdade, firmamos a presente Declaração.

Anápolis, 16 de março de 1979

[Handwritten Signature]
Dr. Eduardo Abrão da Silva
DIVISÃO ADMINISTRATIVA

Visto:
Dr. Augusto Cesar de Almeida
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE



JCPOR/lmsr.

P.M. B 007 - 50 bls. 25x4 - 07/78

Autenticação de cópia já autenticada
Certifico que a fotocópia do documento apresentado, (A) conferiu com o original.
Goiânia GO 22 MAR 2012
FONE: (62) 3263-3379
1º Tab. Notas
LSCR/VENTIS



1º TABELIONATO
CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
André Luiz Andrade Machado

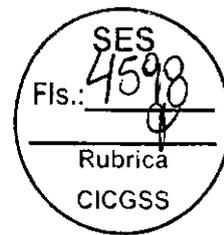
CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
AUTENTICAÇÃO DE COPIA JÁ AUTENTICADA
REQUERENTE: IDTECH/ROBERTO
Certifico que a fotocópia confere com a fotocópia apresentada.
Goiânia/GO - 05/05/2017 11:32:13 - U = 38
NR1 SELO ELETRÔNICO 402011704101629094909340
Em Testemunha da Verdade
André Luiz Andrade Machado
Av. B. 25, Jd. América, Centro - GO CEP 74.255-280, Fone: 35283755, WWW.CARTORIOJAOATEIXEIRA.NOTARI



FRAÇA SANTOS DUMONT - ANÁPOLIS - GOIÁS

AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Declaro para os fins que se fizerem necessários que JOSÉ CLÁUDIO PEREIRA CALDAS ROMERO exerceu o cargo de COORDENADOR ADMINISTRATIVO da Secretaria Municipal de Saúde--SEMUSA, no período de 01/07/84 a 01/04/86.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Anápolis, 02 de abril de 1.986

Dr. Wagner Soares Azara
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

50 blocos 50x2 - 12/86 - Tipo A

SELAUTENTICAÇÃO DE CÓPIA
AUTENTICADA

Certifico que a fotocópia conferiu com o documento apresentado. (ART. 248)

Goiânia GO 22 MAR. 2007

FONE: (62) 3428-3177

1º Tab. Notas

ESCRITURAS

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE JUSTIÇA
SECRETARIA DE DEFESA PÚBLICA

0305E043381

CERTIFICADO DE AUTENTICAÇÃO

Certifico que a fotocópia conferiu com o documento apresentado. (Lei nº 2.148)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANÁPOLIS - GOIÁS

030502275

ESCRITURAS

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA

REQUERENTE: IDTECH / ROBERTO

Certifico que a fotocópia conferiu com a fotocópia apresentada.

Goiânia/GO: 05/05/2017/11:32:12 - U = 38

NR SELO ELETRÔNICO = 02011704101629094909338

Escriturante: André Luiz Andrade Machado

Escriturante: André Luiz Andrade Machado

AV. S. Costa, 8, América, Goiânia - GO - CEP: 74.255-220. Tel: 3235253755. WWW.CARTORIOJOAO TEIXEIRA.GO.BR

TABELIONATO
CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
André Luiz Andrade Machado
Escriturante



FACULDADE DE ODONTOLOGIA "JOÃO PRUDENTE"

Reconhecida pelo Decreto N.º 75.997/76
Avonida Universitária, Km 3,5 - Caixa Postal 507 - Fone 4-0911 - 77.100 - Anápolis - Goiás

SES 4599
FIS. 11
Rubrica CIGGSS

CERTIFICADO

Certificamos para os devidos fins que José Claudio Pereira Caldas Romero, filho de José Romero e de Yvone Pereira Romero nascido em 25 de novembro de 1953, na cidade de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, concluiu o Curso de BACHAREL EM ODONTOLOGIA, com 4.674 horas-aula, de acordo com o Artigo 12.º do parecer 840/70 do Conselho Federal de Educação, em 10 de dezembro de 1976, nesta Faculdade. Para maior clareza, firmamos o presente.

Anápolis, 10 de dezembro de 1976

Secretaria da Faculdade de Odontologia "João Prudente"

CARTÓRIO DO 2.º OFÍCIO

CARTÓRIO DO 2.º OFÍCIO

David Carvalho da Silva
Rev. Prof. David Carvalho da Silva
Secretário

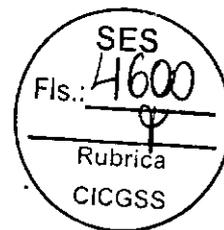
Pedro José Prudente
Dr. Pedro José Prudente
Diretor

COPIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
ANÁPOLIS - GOIÁS
10305114309

Cartório do 2.º Ofício
Anápolis Est. do Goiás

Rocafelho	_____	_____	_____
Em	_____	_____	_____
Assinatura	_____	_____	_____

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE ODONTOLOGIA



FACULDADE DE ODONTOLOGIA "JOÃO PRUDENTE"
Reconhecida pelo Decreto - nº 75.997/75

C A R G A H O R A R I A

Primeiro Semestre	510 horas
Segundo Semestre	525 horas
Terceiro Semestre	540 horas
Quarto Semestre	600 horas
Quinto Semestre	525 horas
Sexto Semestre	555 horas
Sétimo Semestre	540 horas
Oitavo Semestre	555 horas

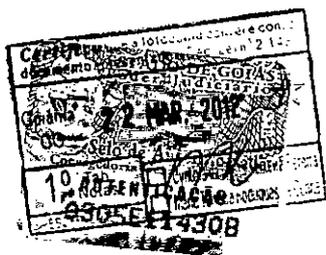
Secretaria da Faculdade de Odontologia
"João Prudente"

Anápolis, 10 de dezembro de 1976

Ilmo. Sr.

Dr. José Claudio Pereira Caldas Romero.

Faculdade de Odontologia "João Prudente"
David Carvalho da Silva
Rev. Prof. David Carvalho da Silva - SECRETARIO



Superior de David Carvalho da Silva
10/12/76
[Handwritten signature]



DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessário
JOSÉ CLAUDIO PEREIRA CALDAS ROMERO, Cirurgião Dentista lotado na Direto-
ria Regional de Saúde de Anápolis - OSEGO, exerceu a função de Assessor
Técnico de 06.12.83 até 01.04.86.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Anápolis, 29 de abril de 1986.



DR. DALMO JACOB DO AMARAL

- Diretor Regional -

Dr. Dalmo Jacob do Amaral
CRM 836 - CPF 004672941-00
Diretor Regional

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA
JÁ AUTENTICADA
Certifico que este documento corresponde ao original
Goiânia GO 22 MAR 1986
FONE (62) 85284877
1º Tab. Notas
LSCREVENTES

Certifico que a fotocópia confere com o original
Doc. Lema nº 2.1481
2011
AUTENTICAÇÃO
03050927436



DECRETO DE 04 DE MARÇO DE 1986.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do processo, resolve, com base no art. 15, item II, da Lei nº 4.100, de 6 de julho de 1964, combinado com o art. 59, parágrafo único, do Decreto nº 100, de 17 de maio de 1966, com alteração posterior, nomear JOSE CLAUDIO PE REIRA CALDAS para, em comissão, exercer o cargo de Diretor Técnico da Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor de Goiás.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS,
Goiânia, 04 de março de 1986, 989 da República.

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA	
Certifico que a fotocópia e o original do documento apresentado, nº 1.566.43373, são autênticos.	
Goiânia GO	22 MAR 1986
FONE: (62) 3506-3777	
1º Tab. Notas	<input type="checkbox"/> Cópia da Cota de Autenticação
ESCREVENTES	<input type="checkbox"/> Maria Tereza Rodrigues da Cunha

ONOFRE QUINAN

JOSE SALLES

CERTIDÃO

O senhor Governador assinou a primeira via deste Ato.

Chefe do Gabinete Civil

Certifico que o documento apresentado, nº 1.566.43373, é autêntico.	
Goiânia, 22 de março de 1986.	
FONE: (62) 3506-3777	
1º Tab. Notas	<input type="checkbox"/> Cópia da Cota de Autenticação
ESCREVENTES	<input type="checkbox"/> Maria Tereza Rodrigues da Cunha

GC/ML/CTA.

AUTENTICAÇÃO DE COPIA
 ESTADO DE GOIÁS
 JA AUTENTICADA
 Certifico que a fotocópia conferida com o documento apresentado, é verdadeira e fiel.
 Goiânia, 27 MAR 1986
 FONE: (62) 35260305 e 43371
 1º Tab. Notas

Certifico que a fotocópia conferida com o documento apresentado, é verdadeira e fiel.
 86 MAR 27
 Tab. AUTENTICADO
 43050427480

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE GOIÁS

Diário Oficial

ANO 149 No. 14.938
 GOIÂNIA, TERÇA-FEIRA, 11 DE MARÇO DE 1986

ATOS DO PODER EXECUTIVO

DECRETOS

DECRETO DE 04 DE MARÇO DE 1986

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do processo, resolve, com base no art. 15, item II, da Lei nº 4.100, de 6 de julho de 1962, combinado com o art. 5º, parágrafo único, do Decreto nº 100, de 17 de maio de 1968, com alteração posterior, nomear **JOSÉ CLAUDIO PEREIRA CALDAS**, em comissão, exercer o cargo de Diretor Técnico da Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor de Goiás.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS,
 Goiânia, 04 de março de 1986, 98ª da República.

ONOFRE QUINAN
 José Salles

DECRETO DE 06 DE MARÇO DE 1986

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, resolve, nomear **WESTONCLYDE RESENDE FELIPE**, para a partir de 05 de março de 1986, exercer o cargo de Chefe de Assessoria de Relações Públicas, da Secretaria do Governo.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS,
 em Goiânia, 06 de março de 1986, 98ª da República.

ONOFRE QUINAN
 Antonio Francisco de Almeida Magalhães
 Mauro Netto Feiad

SECRETARIAS DE ESTADO

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO

GABINETE
 EXTRATO

EXTRATO das Portarias baixadas por esta Pasta, no período de 16 a 28.02.86:

PORTARIA Nº 1.376/86 - Revoga, a partir de 07.02.86, a Portaria no. 5.754/84, de 11.09.84, que colocou a disposição da Secretaria de Administração, no período de 11.09.84 a 15.03.87, **DIVA PIRES DE CARVALHO**.

PORTARIA Nº 1.391/86 - Designa, no período de 1º.02.86 a 02.03.86, **VILMA DE OLIVEIRA NÓBREGA**, para

desempenhar a Função Gratificada, FG-1, de Diretor da Divisão de Comunicação e Informações da Unidade de Serviços Gerais da SUPAD, durante o afastamento legal e temporário de sua titular.

PORTARIA Nº 1.390/86 - Coloca, a partir de 1º.03.86, **JOSÉ PEREIRA DE JESUS**, à disposição do Instituto de Desenvolvimento Urbano e Regional - INDUR, até 31.12.86.

PORTARIA Nº 1.388/86 - Designa **RÔMULO VIEIRA DOS SANTOS**, para desempenhar a Função Gratificada, FG-3, de Chefe da Seção de Cadastro Ativo e Inativo da Unidade de Administração de Pessoal da SUPAD desta Pasta, no período de 24.02 a 25.03.86, enquanto durar o afastamento legal e temporário de seu titular.

PORTARIA Nº 1.387/86 - Designa **IOLITA LUIZA DA SILVA**, para desempenhar a Função gratificada, FG-2, de Chefe da Seção de Controle de Pagamento pró-labore da Unidade Financeira de Pessoal da SUPAD, no período de 1º a 28 de fevereiro/86, durante o afastamento legal e temporário de sua titular.

PORTARIA Nº 1.386/86 - Designa **ELEN TAVARES MAGALHÃES**, para desempenhar a Função gratificada, FG-3, de Chefe da Seção de Concessões da Unidade de Administração de Pessoal da SUPAD desta Pasta, no período de 1º.03 a 02.03.86, durante o afastamento legal e temporário de sua titular.

PORTARIA Nº 1.385/86 - Designa, no período de 03.02 a 04.03.86, **DIVA TEIXEIRA DE ASSUNÇÃO E SILVA**, para desempenhar a função gratificada, FG-1, de Diretora da Divisão de Direitos e Vantagens da SUPAD desta Pasta, durante o afastamento legal e temporário de sua titular.

PORTARIA Nº 1.384/86 - Coloca à disposição da Fundação Legionárias do Bem-Estar Social, a partir de 28.02.86 até 15.03.87, **RUSCKYA ARANTES ROCHA**.

PORTARIA Nº 1.382/86 - Coloca **AMÉLIA TELES DOS SANTOS**, à disposição da Fundação Legionárias do Bem-Estar Social, no período de 19.03 a 15.03.87.

PORTARIA Nº 1.379/86 - Revoga, a partir de 28.02.86, a portaria nº 7.996/85, de 12.09.85, na parte que colocou **TEREZINHA NASCIMENTO FARIAS**, à disposição da Fundação Legionárias do Bem-Estar Social.

PORTARIA Nº 1.403/86 - Reconhece, pelo prazo de 05 anos, a partir de 30.01.86, o Curso de 2º Grau Técnico em Administração, ministrado pelo Colégio "Imaculada Conceição", de Ceres.

PORTARIA Nº 1.364/86 - Coloca os servidores **EDMAR SOARES NICOLAU** e **WALMIR ELIAS COSTA**, à disposição da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Goiás - EMATER-GO, a partir de 27.02.86 até 15.03.87.

PORTARIA No. 1.316/86 - Coloca **RACILBA HELENA CAMILO**, à disposição da Superintendência Estadual do Meio Ambiente, até 15.03.87.

PORTARIA Nº 1.318/86 - Revoga a partir de 27.02.86, a Portaria no. 5.124/86, de 10.06.83, na parte em que colocou **MARIA CARDOSO NAVES**, à disposição da Secretaria da Fazenda.

SES
 s. 4603
 Rubrica
 CICGSS

ruide

SES
Fls.: 4604
Rubrica
CICGSS

DECRETO DE 02 DE abril DE 1.987.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais, resolve, nos termos do art. 11, item II, da Lei nº 9.990, de 31 janeiro de 1986, combinado com o art. 4º do Decreto nº 1.800, de 15 de abril de 1980, nomear JOSE CLAUDIO PEREIRA CALDAS ROMERO para, a partir desta data, exercer o cargo de Chefe de Gabinete, da Superintendência Estadual do Meio Ambiente - SEMA.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS,
Goiânia, 02 de abril de 1987, 99º da República.

HENRIQUE ANTONIO SANTILLO
Antonio Faleiros Filho

GC/MZ/DPC

CERTIDÃO
Governador Assessor e Secretário
Ato: 02/1987
do Gabinete Civil

CERTIDÃO DE AUTENTICAÇÃO
Boc... (nº 2 148)
Goiânia, 22 de Maio de 2017
1º Tab. Notas
ESCREVENTES
Carthia Costa Teixeira Pereira
Rafaela Rodrigues de Carbe

ALFABETIZAÇÃO DE CÓPIA
LA AUTENTICADA
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado. (ARI. 648CAN-CGJ-GO)
Goiânia GO 22 MAI 2017
FONE: (62) 3263-7777
ESTAB. DE GOIÁS
GOV. JOSÉ ROBERTO
SECRETARIA DE JUSTIÇA
AUTENTICAÇÃO
03052043370

Handwritten signatures and scribbles at the bottom right of the page.

MAGO

SES
Is: 4605
Rubrica
CICGSS

DECRETO DE 08 DE agosto DE 1989.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do processo nº 5510228, resolve, nos termos do art. 136, § 1º, item II, letra "a", da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, exonerar RENILSON AIRES CAVALCANTE e JOSE CLAUDIO PEREIRA CALDAS ROMEIRO dos cargos de Diretor Administrativo e Chefe de Gabinete da Superintendência Estadual do Meio Ambiente - SEMAGO, e, com base no art. 16, item II, do mencionado diploma legal, nomear JOSE CLAUDIO PEREIRA CALDAS ROMEIRO e JOSUE GONÇALVES FERREIRA para, em comissão, exercerem, respectivamente, os referidos cargos.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS,
Goiânia, 08 de agosto de 1989, 1019 da República.

HENRIQUE SARTILLO

Valterii Leite Guedes

Eles Alves Ragueira

CERTIDÃO

O senhor Governador assinou a primeira via deste Ato.

Chefe do Gabinete Civil

Handwritten signature and date:
11.08.89

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado (Dec. Lei nº 2.148)
Goiânia GO 22 MAR 1989
0305D928875

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA
JÁ AUTENTICADA
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado
Goiânia GO 22 MAR 1989
FONE: 32452697
1º Tab. Nôdas
ESCREVENTES
0305E043372

GI/DC/CF.

SES
Fls. 4607
Rubrica
SS

GOIÂNIA, QUARTA-FEIRA, 16 DE AGOSTO DE 1989
ANO 152 - DIÁRIO OFICIAL GO - Nº 15.782

de julho de 1989, MARIA HELENA APARECIDA SILVA do cargo em comissão de Chefe da Assessoria Geral, CDS-3, da Secretaria da Administração, e, nos termos do art. 16, item II, da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, nomear GILCE RODOVALHO NOGUEIRA para, a partir da mesma data, exercer o referido cargo. PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 08 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1.989

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do Processo nº 5195004, resolve, nos termos do art. 136, § 1º, item I, da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, exonerar, a partir de 1º de janeiro de 1989, ELIANDA FIGUEIREDO ARANTES TIBALLI do cargo de Professor I, Referência "C", do Quadro Permanente da Lei nº 10.461, de 22 de fevereiro de 1988, da Secretaria da Educação. PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 08 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Jônathas Silva
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1.989

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do Processo nº 5474493, resolve, nos termos do art. 136, § 1º, item II, alínea "a", da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, exonerar, a partir de 1º de junho de 1989, CARMELITA DE MORAES FERREIRA do cargo em comissão de Diretor de Unidade Escolar, Símbolo CDI-4, Módulo 8, da Secretaria da Educação. PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 08 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Jônathas Silva
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1.989

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do Processo nº 5489997, resolve, nos termos do art. 136, § 1º, item II, letra "a", da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, exonerar MANOEL CÂNDIDO DOS SANTOS do cargo de Assessor "C", CAS-4, da Secretaria do Desporto e Lazer, e, nos termos do art. 16, item II, do mencionado diploma legal, nomear JOSÉ PIO CANDIDO DOS SANTOS para, em comissão, exercer o referido cargo. PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 08 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Paulo Serrano Borges
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1.989

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do Processo nº 5458617, resolve, nos termos do art. 136, § 1º, item I, da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, exonerar

II, alínea "a", da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, exonerar, a partir de 1º de julho de 1989, EDITE MARIA CAVALCANTE DE LIMA do cargo de Chefe da Assessoria Geral, CDS-3, da Vice-Governadoria do Estado, e, com base no art. 16, item II, do referido diploma legal, nomear MARIA NEIDE GONÇALVES DE MENEZES SOUZA para, em comissão e a partir da mesma data, exercer o mencionado cargo. PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 08 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Fernando Cunha Júnior
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1.989

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do Processo nº 2872030, resolve, nos termos do art. 136, § 1º, item I, da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, exonerar, a partir de 16 de março de 1987, VILMA LISBOA BERNARDO do cargo de Professor, Nível AD-1, Referência IV, da Secretaria da Educação. PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 08 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Jônathas Silva
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1.989

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do Processo nº 5493439, resolve, nos termos do art. 136, § 1º, item II, alínea "a", da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, exonerar, a partir de 1º de fevereiro de 1989, LILIAN RODRIGUES DE CARVALHO do cargo em comissão de Secretário de Unidade Escolar, Símbolo CA-4, Módulo 7, da Secretaria da Educação. PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 08 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Jônathas Silva
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1.989

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do Processo nº 5007143, resolve, nos termos do art. 136, § 1º, item I, da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, exonerar, a partir de 1º de março de 1989, MARIA CRISTINA POLES do cargo de Instrumentista "B", da Secretaria da Cultura. PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 08 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Kleber Branquinho Adorno
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1.989

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do Processo nº 5510228, resolve, nos termos do art. 136, § 1º, item I, da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, exonerar

GOIÁS
GO
0305D927492

GOIÂNIA GO 22 MA 1989
FONE: (62) 3526-377
1º Tab. Notas
ESCREVENTES
AUTENTICAÇÃO
03055043364

SES
Fls. 4608
05 Rubrica
CICGSS

GOIÂNIA, QUARTA-FEIRA, 16 DE AGOSTO DE 1989.
ANO 152 - DIÁRIO OFICIAL/GO - Nº 15.782

MILSON AIRES CAVALCANTE e JOSÉ CLÁUDIO PEREIRA CALDAS ROMEROI dos cargos de Diretor Administrativo e Chefe de Gabinete da Superintendência Estadual do Meio Ambiente - MAGO, e, com base no art. 16, item II, do mencionado diploma legal, nomear JOSÉ CLÁUDIO PEREIRA CALDAS ROMEROI e JOSUÉ GONÇALVES FERREIRA para, em comissão, exercerem, respectivamente, os referidos cargos.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 16 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Valterlei Leite Guedes
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1.989

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do Processo nº 5484235, resolve, nos termos do art. 16, item II, da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, nomear VERA LÚCIA APARECIDA VIANA e MARIZE NAVA LIMA para, em comissão e a partir de 1º de julho de 1989, exercerem os cargos de Auxiliar de Compras, CA-4, e Auxiliar de Secretaria, CA-4, da Secretaria da Administração, respectivamente.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 08 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1.989

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais resolve retificar o Decreto de 7 de julho de 1989, publicado no Diário Oficial de 19 do mesmo mês e ano, na parte em que nomeou CRISTINA BARBOSA DE ARAÚJO para, em comissão e a partir de 1º de julho de 1989, exercer o cargo de Assessor "C", CAS-4, da Secretaria da Condição Feminina, a fim de considerá-la nomeada para o referido cargo, porém a Secretaria do Trabalho.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 08 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Luís Lopes de Lima
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1.989

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do Processo nº 5429510, resolve tornar sem efeito o Decreto de 21 de novembro de 1988, publicado no Diário Oficial de 30 do mesmo mês e ano, na parte em que nomeou MARIA DE FÁTIMA COELHO PINHEIRO para exercer, em caráter efetivo e a partir de 1º de fevereiro de 1988, o cargo de Professor, AD-1, da Secretaria da Educação, por não haver tomado posse no prazo legal, e com base no art. 16, item I, da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, em harmonia com o art. 8º, parágrafo único, da Lei nº 10.515, de 11 de maio de 1988, nomeá-la novamente para, a partir da mesma data e nas mesmas condições, exercer o referido cargo.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, Goiânia, 08 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Jônathas Silva
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1.989

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do Processo nº 5513782, resolve, nos termos do art. 16, item II, da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, nomear JOSÉ ADALBERTO DOS SANTOS NUNES para, em comissão e a partir de 28 de junho de 1989, exercer o cargo de Médico Generalista, da Secretaria de Saúde, ficando lotado em Aragarças.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 08 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Antônio Fateiros Filho
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1.989

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais, resolve revogar o Decreto de 12 de junho de 1989, publicado no Diário Oficial de 13 do mesmo mês e ano, na parte em que nomeou JOAQUIM VIEIRA DE REZENDE para, em comissão, exercer o cargo de Assistente Técnico, CAP-1, da Secretaria de Agricultura e Abastecimento, e, nos termos do art. 16, item II, da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, nomear MARCOS ANTÔNIO DE OLIVEIRA para, a partir desta data, exercer o referido cargo.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 08 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Ângelo Rosa Ribeiro
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1.989.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do Processo nº 5497388, resolve, nos termos do art. 16, item II, da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, nomear ANDREIA MARIA MACHADO, ANNE CHRISTINNE LIMA FRANÇA, CLEITON CARVALHO, CHESTER ANTÔNIO VAZ, ISABEL CRISTINA SOARES LEAL, LUCILIA MARTINS BATISTA, LUIZA DE MARILAC RIBEIRO CARDOSO, LOURIVAL FERREIRA BERNARDE, LUIZ DE GONZAGA ADÃO CÂMARA, PAULO ROBERTO MIRANDA, RUBENS VAZ, SILVIA DEUSA NUNES PEREIRA, SILVIO SILVA RAMOS, VANISE CÉSAR MATEUCCI, VALDIR GERALDO DIAS, VANDA MARIA SANTOS DE AZEVEDO e VERÔNICA RIBEIRO DUARTE DE FARIA para, em comissão e a partir de 10 de abril de 1989, exercerem o cargo de Assessor "C", CAS-4, da Secretaria do Desporto e Lazer.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, Goiânia, 08 de agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Paulo Serrano Borges
Eles Alves Nogueira

DECRETO DE 08 DE AGOSTO DE 1989

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais, tendo em vista o que consta dos processos nº 5498511 e 5512484 e nos termos do art. 16, item I, da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, em harmonia com o art. 8º, parágrafo único, da Lei nº 10.515, de 11 de maio do mesmo ano, resolve nomear o pessoal mencionado no Anexo Único que acompanha este decreto para exercer, em caráter efetivo, os cargos ali especificados, do Quadro Provisório da Secretaria da Educação, em virtude de haver sido habilitado em concurso público a que se submeteu na forma da lei.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, Goiânia, 08 de Agosto de 1989, 101ª da República.

HENRIQUE SANTILLO
Jônathas Silva
Eles Alves Nogueira





O Governador do Estado de Goiás

nomeia, nos termos do art. 11, item II, da Lei nº 9.990, de 31 de janeiro de 1986, combinado com o art. 4º do Decreto nº 1.800, de 15 de abril de 1980, JOSÉ CLÁUDIO PEREIRA CALDAS ROMERO para, a partir desta data, exercer o cargo de Chefe de Gabinete, da Superintendência Estadual do Meio Ambiente.- SEMA.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em
 Goiânia, 1 de abril de 1987, 999 da República.

Janio

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado.
 (Dec. Lei nº 2.148)
 Poder Judiciário
 2011 ★
 Senador Beneditino
 Correitor de Justiça
 AUTENTICAÇÃO
 Cyriac Costa Figueira Pereira
 Maria Tereza Rodrigues da Cunha
 03058727498

GC/MZ/DPC

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA
 JÁ AUTENTICADA
 Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado.
 Goiás 22 MAR 1987
 GO
 FONE: (62) 306-3000
 1º Tab. Notas
 ESCREVENTES
 SENADOR BENEDITINO
 Correitor de Justiça
 AUTENTICAÇÃO
 03058043366

[Handwritten signature and initials]

EM AGO

SES
Fls.: 4610
Rubrica
CICGSS

DECRETO DE 08 DE agosto DE 1989.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do processo nº 5510228, resolve, nos termos do art. 136, § 1º, item II, letra "a", da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, exonerar RENILSON AIRES CAVALCANTE e JOSE CLAUDIO PEREIRA CALDAS ROMEIRO dos cargos de Diretor Administrativo e Chefe de Gabinete da Superintendência Estadual do Meio Ambiente - SEMAGO, e, com base no art. 16, item II, do mencionado diploma legal, nomear JOSE CLAUDIO PEREIRA CALDAS ROMEIRO e JOSUE GONÇALVES FERREIRA para, em comissão, exercerem, respectivamente, os referidos cargos.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS,
Goiânia, 08 de agosto de 1989, 1019 da República.

HENRIQUE SARTILLO

Valterli Leite Guedes

Eles Alves Nogueira

CERTIDÃO

O senhor Governador assinou a primeira via deste Ato.

Chefe do Gabinete Civil

D.H.
11.08.89
Halef

CRISTALIZADO DE GOIÁS
conferir com o documento original nº 2.148
SECRETARIA DE GOVERNAMENTO
Cynthia Cristina Pereira Pessoa
03050927500

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA
JÁ AUTENTICADA
Certifico que este documento adre-se
Goiânia GO
FONE (62) 3226-4777
1º Tab. Notas
ESCREVENTES
SECRETARIA DE GOVERNAMENTO
03050927500

61/DC/CF.

SES
Fls.: 4611
Rubrica
CICGSS



DECRETO DE 30 DE *janeiro* DE 1995.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais e tendo em vista o que consta do Processo nº 11337389, resolve nomear / JOSÉ CLAUDIO PEREIRA CALDAS ROMERO, / EDUARDO SIDNEY DE CARVALHO, / NICE HELENA VILELA PATO, / MARIA APARECIDA BATISTA DA COSTA FÁRIA e / GILVA MOTTA para, em comissão e a partir de 1º de janeiro de 1995, exercerem, respectivamente, os quatro primeiros o cargo de Assessor I e a última o de Assessor II, da Secretaria de Governo e Justiça.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 30 de *janeiro* de 1995, 107ª da República.

[Handwritten signature]

LUIZ ALBERTO MAGUITO VILELA
Nelson Siqueira
Virmondes Borges Cruvinel
José Luiz Celestino de Oliveira

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA
JÁ AUTENTICADA
Certifico que esta cópia contém o documento após a autenticação.
Goiânia GO 2 MAR 1995
FONE: 62 3685-3222
1º Tab. Notas
ESCREVENTES
AUTENTICAÇÃO
0305022159

CONFERE COM O ORIGINAL
LEI Nº 2.148/91
GOIÁS
SECRETARIA DE GOVERNO E JUSTIÇA
LUIZ ALBERTO MAGUITO VILELA
Nelson Siqueira
Virmondes Borges Cruvinel
José Luiz Celestino de Oliveira

[Handwritten marks]



IDTECH
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO
idtech.org.br

PROPOSTA DE TRABALHO



**Experiência Profissional na Administração Pública
– Cargo de Direção e Assessoramento**

Prefeitura Municipal de Goiânia-GO

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO - IDTECH

Rua 01, Od 0-1, Lt 03/05 n° 69-Edreco, Setor Oeste, CEP 74 115-040 - Goiânia-Goiás - (NP) n° 07 965 540.0001-73
Fone/Fax (0**62) 3209.9708 - www.idtech.org.br - contato@idtech.org.br

SES
Fls.: 4613
Rubrica
CICGSS



PREFEITURA DE GOIÂNIA
ESTADO DE GOIÁS
GABINETE DO PREFEITO

DDF
30/12

DECRETO Nº 1574, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1992.

O PREFEITO DE GOIÂNIA, no uso de suas atribuições legais, RESOLVE exonerar, a pedido, JOSÉ CLÁUDIO PEREIRA CALDAS ROMERO do cargo, em comissão, de Chefe de Gabinete, símbolo CC-1, 1ª categoria, do Instituto de Planejamento Municipal de Goiânia - IPLAN, a partir de 18 de dezembro de 1992.

GABINETE DO PREFEITO DE GOIÂNIA, aos 28 dias do mês de dezembro de 1992.

Nion Albernaz
PREFEITO DE GOIÂNIA

Certifico que a primeira via foi servida pelo Protocolo de Goiás.
Servitor de Menezes Filho
SECRETÁRIO DO GOVERNO MUNICIPAL
Sec. Governo Municipal

exonera

RECEBI
30.12.1992
Ariette

Autenticação de cópia já autenticada
Cemfiteco que documento apresentado como
Goiás
FONE/62/326-317
19. Tab. U
Notas - 0505043343
ESCREVENTES

[Handwritten signatures and initials]

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO EM CRÉDITO

SISTEMA DE PAGAMENTOS: **SES 4014**

DE DO ORGÃO	DEP.	MUNIC.	UNI	NUM. EMISSÃO	NUM. FICHA
IPLAN-INST. PLANEJ-DO MUNIC. GOIANIA	01	001	010	5	1 DE 1
FUNCIONÁRIO			ÓRGÃO	ORDEM	MÊS DE REFERÊNCIA
JOSE CLAUDIO PEREIRA CALDAS ROMERO			641	6607748	MAI / 91

Rubrica
CICGSS

DESCRIÇÃO	PRAZO	FREQ/OTE	VALOR
SALARIO ESTATUT.			140.701,65
REPRESENTACAO-1.....			211.052,05
SAL. FAM. NOMEADO.....		1	241,78
PREVIDENCIA		800	28.140,30
IMP. DE RENDA R. FONTE		1	36.248,05

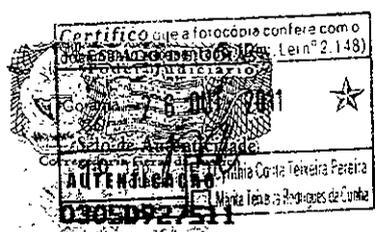
F 020 COMDATA

BANCO	PROVENTOS	DESCONTOS
CAIXA ECONOMICA FEDERAL	351.995,48	54.388,35
AGÊNCIA	NÚM. DA CONTA	LÍQUIDO
AGENCIA APINAJES	9999999	287.607,13

* DESCONTO NÃO EFETUADO POR FALTA DE FUNDOS

PAG - 04E

FELIZ E A NACAO DO DEUS E O SENHOR SL.144 V15



Handwritten signatures and initials.

SES
Fls.: 4615
Rubrica
CICGSS



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO - FUMDEC

CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO

PROCESSO N.º 20504528

NOME: JOSÉ CLÁUDIO PEREIRA CALDAS ROMERO	SERVIDOR <input type="checkbox"/> ATIVO <input checked="" type="checkbox"/> EX. SERVIDOR
CARGO OU EMPREGO: COORDENADOR DE PROMOÇÃO SOCIAL - CC-1	REGIME <input type="checkbox"/> C.L.T. <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO <input checked="" type="checkbox"/> COMISSIONADO

AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO JUNTO A PREF. MUN. DE GOIÂNIA

FONTE DE INFORMAÇÃO - ASSENTAMENTOS FUNCIONAIS E FINANCEIROS

ANO	TEMPO BRUTO	FALTA INJUST.	LICENÇA		DISCRIMINAÇÃO	TEMPO LIQ.
			NAT.	PRAZO		
1993	270				O servidor foi admitida no cargo de COORDENADOR DE PROMOÇÃO SOCIAL - CC-1 em 01/05/1993 à 01/02/1995 e foi contribuinte do INSS.	270
1994	360					360
1995	31					31
SOMA						661

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA
JÁ AUTENTICADA

Certifico que a fotocópia confere com o documento original.

Goiânia GO

FONE: (62) 326.3773

1º Tab. Notas

ESCREVENTES: **0305043361**

CERTIFICO: Em face do apurado que no período acima citado o tempo de serviço da referida interessada conta de efetivo exercício o tempo de 661 (seicentos e secenta um) dias.

Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado. (Dec. Leinº 2.148)

Goiânia GO

FONE: (62) 326.3773

1º Tab. Notas

ESCREVENTES: **03050927514**

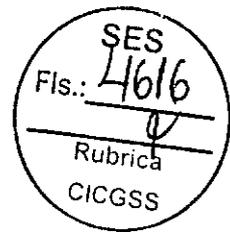
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado. (Dec. Leinº 2.148)

Goiânia GO 29 JUL 2002

1º Tab. Notas

João Teixeira Alvares
Damaris A. C. Teixeira

Escrevente Autorizado



**DR. RAFAEL
GOUVEIA
NAKAMURA**

A large, stylized handwritten signature or scribble in the bottom right corner of the page.

A small, handwritten mark or signature in the bottom right corner of the page.

A small, handwritten mark or signature in the bottom right corner of the page.



PREFEITURA MUNICIPAL
APARECIDA
UMA CIDADE PARA TODOS



SES
Fls.: 4617
Rubrica
CIGCSS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que o senhor RAFAEL GOUVEIA NAKAMURA matricula 22245 portador da C.I 3.635.150 SSP/GO e CPF nº 860.378.031-53 foi funcionário desta Prefeitura, iniciando suas atividades 01/01/2009 ocupando o cargo de COORDENADOR DE PLANEJAMENTO REGIONAL, CONTROLE DE AVALIAÇÃO E AUDITORIA onde no dia 28/12/2009 foi nomeado interinamente como SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE e que a partir do dia 07/06/2010 se tornou titular como SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE ate o dia 25/05/2011.

Era o que tínhamos a declarar.

Aparecida de Goiânia, 31 de Outubro de 2011.

Atenciosamente

Geoliano de Souza Lima
GEOLIANO DE SOUZA LIMA
Diretor de Recursos Humanos

Marcus Ernane Nunes Silva
Marcus Ernane Nunes Silva
Resp. Benefícios Previdenciário

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA	
Certifico que a fotocópia do documento apresentado é fiel e verdadeira.	
Goiânia GO	22 MAR 2011
FONE: (62) 3545-5900	
1º Tab. Notas	<input type="checkbox"/> Não
ESCREVENTES	<input type="checkbox"/> Não

01.005.727/0001-24

APARECIDA DE GOIÂNIA
PREFEITURA MUNICIPAL

Rua João Batista Toledo, nº 15 - Centro
CEP: 74900-000

APARECIDA DE GOIÂNIA-GO

Prefeitura Municipal de Aparecida de Goiânia - Rua João Batista de Toledo, 16 - Centro - Aparecida de Goiânia / GO - CEP: 74.980-000

Telefone: (62) 3545-5900 Site: <http://www.aparecida.go.gov.br>

Certifico que a fotocópia do documento apresentado é fiel e verdadeira.	
Goiânia GO	04 NOV 2011
1º Tab. Notas	<input type="checkbox"/> Não

0305D941155

DECRETO "P" Nº 1932 DE 28 DE DEZEMBRO DE 2009.

DISPÕE SOBRE CHANCELA
DE PODER E DÁ OUTRAS
PROVIDÊNCIAS.

**O PREFEITO MUNICIPAL DE APARECIDA DE
GOIÂNIA, no uso de suas atribuições constitucionais e legais,**

DECRETA

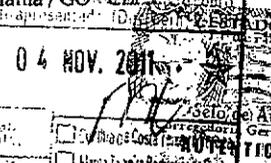
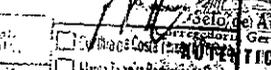
Art. 1º - Fica delegado o **PODER DE ASSINAR E RECEBER TODO E QUALQUER DOCUMENTO REFERENTE À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** ao Sr. **RAFAEL GOUVEIA NAKAMURA**, portador do **CPF: 860.378.031-53** e **RG: 3.635.150**, *interinamente* em substituição ao Sr. Dr. **CAIRO JOSE DE SOUZA LOUZADA**, Secretário Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia, visto que o mesmo encontra-se em tratamento de saúde.

Art. 2º - Este Decreto entrará em vigor em 28/12/2009 por tempo indeterminado.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL, de Aparecida de
Goiânia, aos 28 dias do mês de Dezembro de 2009.**


LUIZ ALBERTO MAGUITO VILELA
 Prefeito Municipal

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA	
Certifico que a fotocópia conferida com o documento apresentado. (ART. 646 CC)	
Goiânia 22 MAR. 2011	
FONE: (62) 3545-3111	
1º Tab. Notas	<input type="checkbox"/> Cópia da Carta de Apresentação <input type="checkbox"/> Nota de Autenticidade
ESCREVENTES	0305E043408 AUTENTICAÇÃO

Goiânia / GO - CEP: 74.980-000	
DOCUMENTO APRESENTADO: ID: 0305E043408	
Goiânia 04 NOV. 2011	
GC	
1º Tab. Notas	<input type="checkbox"/> Cópia da Carta de Apresentação <input type="checkbox"/> Nota de Autenticidade
ESCREVENTES	0305E043408 AUTENTICAÇÃO

DECRETO "P" Nº 490 DE 07 DE JUNHO DE 2010.

DISPÕE SOBRE NOMEAÇÃO
 DE SERVIDOR (A) PARA
 OCUPAR CARGO
 COMISSIONADO E DÁ
 OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

SES
 Fls.: 4619
 Rubrica
 CIGCSS

O PREFEITO MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA, no uso de suas atribuições legais,

DECRETA

Art. 1º - Fica nomeado (a) o (a) senhor (a) **RAFAEL GOUVEIA NAKAMURA**, para ocupar em comissão o cargo de **SECRETÁRIO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, constante do quadro de pessoal da Administração Municipal, com vencimento nível DS-1.

Art. 2º - Este decreto entrará em vigor em 07/06/2010 e terá término em 31/12/2012, revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA, aos 07 dias do mês de Junho de 2010.

[Handwritten Signature]

LUIZ ALBERTO MAGUITO VILELA
PREFEITO MUNICIPAL

[Handwritten Signature]

RAFAEL GOUVEIA NAKAMURA
NOMEADO

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA
JÁ AUTENTICADA
 Certifico que a fotocópia apresentada é fiel e verdadeira em relação ao original.
 Goiânia GO 22 JUN 2010
 FONE: (61) 3526-3777
 1º Tab. Notas
 ESCRIVENTES

Certifico que a fotocópia apresentada é fiel e verdadeira em relação ao original. (Dec. Lei nº 2.148)
 Goiânia GO 04 JUN 2011
 FONE: (61) 3526-3777
 1º Tab. Notas
 ESCRIVENTES



DECLARAÇÃO

*O Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG, sediado á Avenida Anhanguera nº 6479, Setor Oeste, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0007-42, neste ato representado pelo seu Diretor Clínico, Dr. Antonio Carlos Ximenes, **declara** para os devidos fins de direito, que o Sr. **Rafael Gouveia Nakamura**, brasileiro, médico, inscrita no CPF sob o nº 860.378.031-53, é o responsável pela Diretoria Técnica do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG, desde 1º de Julho de 2013 até a presente data.*

DIRETORIA CLÍNICA DO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA DR. ALBERTO RASSI – HGG, aos, 06 dias do mês de Fevereiro de 2018.



ANTONIO CARLOS XIMENES
Diretor Clínico

Endereço: Avenida Anhanguera nº 4.579, Setor Oeste, Goiânia/GO, CEP nº 74125.01,

Telefone (62) 3209-9800



Associação Médica Brasileira



Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

conferem o

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

ao

Dr. Rafael Gouveia Nakamura

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.



São Paulo, 10 de janeiro de 2008

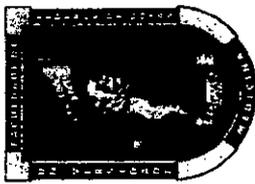
[Signature]
Dr. Florentino de Araujo Cardoso Filho
Presidente da AMB

[Signature]
Dr. Albenir Humberto Soares
Secretário Geral da AMB

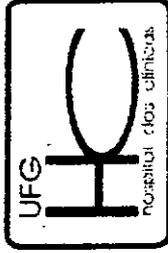
[Signature]
Dr. Osandre Luiz Canfield Lech
Presidente da SBOT

[Signature]
Dr. Jorge dos Santos Silva
Secretário Geral da SBOT

SES
Fis.: 41621
RUBRICA



Ministério da Educação
 Universidade Federal de Goiás
 Faculdade de Medicina
 Hospital das Clínicas



Programa Credenciado pelo CNRM/MEC - Parecer N° 19/99 de 29/04/1999

Certificado de Residência Médica

Certificamos que o (a) Dr. (a) Robael Yuxieia Nakamura,
 CRM n° 9844 - UFG CPF 860.378.031-53 concluiu Residência
 Médica na especialidade de Ortopedia e Traumatologia cursada no
 período de 10/03/2005 a 09/03/2008, a quem conferimos o título
 de especialista, de acordo com a lei 6.932, publicada no no Diário Oficial da União
 em 09/07/81.

Soânia, 12 de Maio de 2008.

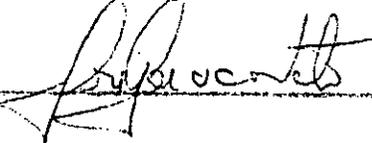
[Assinatura]

Prof. Dr. José Garcia Neto
 Diretor Geral do Hospital das Clínicas/UFG

Prof. José Reinaldo do Amaral
 Coordenador da Comissão de Residência
 Médica/FM/HC/UFG

[Assinatura]
 Médica Residente

SES
 Fls.: 4622
 Rubrica
 CIGSS

ESTE CERTIFICADO FOI REGISTRADO NA COMISSÃO NACIONAL DE
RESIDÊNCIA MÉDICA (CONCREM/SES/ANECS)
Goiania, 24 de maio de 2009
Nº DO REGISTRO 10709-1


Prof. Ms. José Garcia Neto
Diretor Geral do HCUFG

CONCREM
Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás
A especialidade do requerente foi registrada no Livro 016, às folhas 25,
sob o nº 6526.
Goiania, 26/01/2009
Nº 005337 Dr. Fernando Paceli Neves de Siqueira
Secretário

MEC

- UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Diploma registrado sob nº 15748 Processo nº 009393/02-14

Em 09 de dezembro de 2002

Silvane Regina Cantans
Chefe da SERD/DRA/DAA

Confere: *Landes Gonçalves Rodrigues*
Diretora da Divisão de Registro Acadêmico

VISTO: *Maria Helena Melo Cunha Santos*
Diretor do Departamento de Assuntos Acadêmicos

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE GOIÁS

O requerente foi inscrito sob o nº 9844

às páginas 03 do livro nº 029

Goiânia, 10 de Dezembro, 2002

Dr. Erso Guimarães
Presidente

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA
JÁ AUTENTICADA

Certifico que a fotocópia confere com o
documento apresentado. (ART. 646, CAN. CGJ-GO)

Goiânia
GO

FOFEX 02/0326-3777

1º Tab. Notas

ESCREVENTES

0305E043426

Certifico que a fotocópia confere com o
documento apresentado. (ART. 646, CAN. CGJ-GO)

Goiânia
GO

22 MAR 2002

1º Tab. Notas

ESCREVENTES

0305E113459



**DR. MARCELO
FOUAD RABAHI**

Handwritten marks at the bottom right of the page, including a signature and several scribbles.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

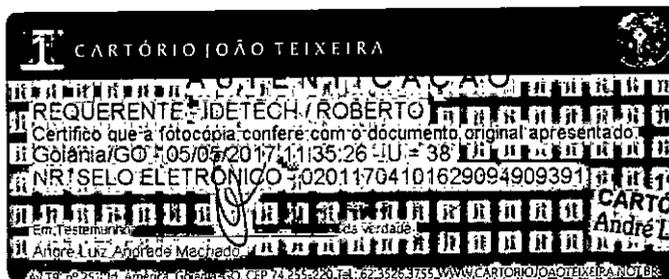
PORTARIA Nº 2701 DE 29 DE AGOSTO DE 2011

O VICE-REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, no exercício da Reitoria, no uso das atribuições que lhe confere o disposto no art. 46 do Regimento Geral, tendo em vista o que consta do Processo nº 23070.000032/2011-48 e Memorando nº 117/FM, de 18/07/2011, RESOLVE:

Reconduzir MARCELO FOUAD RABAHI, Matrícula nº 1514697/SIAPE, Professor Adjunto, JOFFRE REZENDE FILHO, Matrícula nº 3127530/SIAPE, Professor Adjunto, para exercerem os encargos de Chefe e Sub-Chefe, respectivamente, do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina, por um mandato de dois anos, no período de 15/07/2011 a 14/07/2013.

Eriberto Francisco Beviláqua Marin

Prof. Eriberto Francisco Beviláqua Marin



TABELIO: JATO
CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
André Luiz Andrade Machado
Escrevente

[Handwritten signature]

JÁ AUTENTICADA
 Certifico que a foto do documento apresentado.
 Goiânia 22 MAR 2012
 GO
 FONE: (62) 3528-3777
 1º Tab. Notas
 ESCREVENTES

AUTENTICADO
 043420



AUTENTICADO
 03050941198
 Paulo Cesar Leite

3º Registro Civil e Tabelionato de Notas
 Rua 7a, 2369 - Centro
 Fone: 225-1647 - Goiânia-GO
 14 JUN 2006
AUTENTICADO
 Confere com o Original

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

O Reitor da UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de MEDICINA, em 12/07/1990, conferi o título de MÉDICO a

MARCELO FOUAD RABAH

cédula de identidade nº 08932414-9 (órgão expedidor) IIFP. RJ
 nascido(a) a 08 DE ABRIL DE 1967 natural GOIÁS

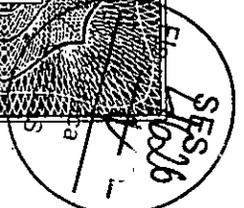
e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Rio de Janeiro, 02 de agosto de 19 90

Umberto N. Mendes
 DIRETOR

Ismael Faria Passol
 DIPLOMADO

Paulo Cesar Leite
 REITOR



APOSTILA

O DIRETOR DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFRJ, a fim do que o presente diploma possa produzir efeitos legais, declara: O curso médico ministrado neste estabelecimento de ensino superior, da atual Universidade Federal do Rio de Janeiro, teve seu reconhecimento através do Decreto de n.º 14.343, de 07/09/20, publicado no D.O. em 10/09/20.

Rio de Janeiro, 02 de agosto de 1990

DIRETOR

Prof.ª Vera Lucia S. M. Malfoun

Directora - Faculdade

UFRJ — Centro de Ciências da Saúde
Faculdade de Medicina

O Sr. Joacucio Louad Rabahi

concluiu o curso médico em 12 de Junho de 1990

Seção de Ensino,

02 de agosto de 1990

UFRJ — Centro de Ciências da Saúde
Faculdade de Medicina

Registro n.º 842313049

em 02 de agosto de 1990

PATRÍCIO ERIT... LEITE

Presidente do Conselho

Reg. 2103758

CREMEGO

Conselho Regional de Medicina

do Estado de Goiás

Registrado sob nº 5850

à fl. 00037 do livro n.º 012

em 08 de dezembro de 1984

Presidente CRM/GO

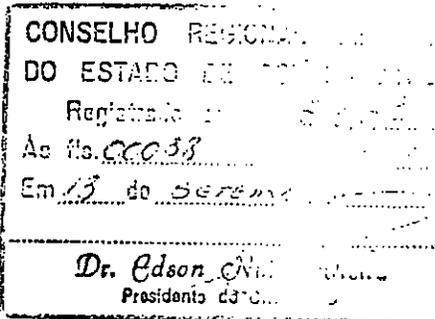
Dr. Nelcione Soares de Melo



1º Tab. Notas	<input type="checkbox"/> Condições de Matrícula
2º Tab. Notas	<input type="checkbox"/> Paulo Cesar Leite

Prof.ª Vera Lucia S. M. Malfoun
por...
capa...
n.º 71

VISTO



DR. LAERTE ANDRADE VAZ DE MELO
CRM RJ 18.538-1
Presidente



SÉRIE B Nº 000806



Guia de Identificação
 FONE 0305E04340

ESTADO DE GOIÁS
 GOIÁS
 GO 0305D941180

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Programa Credenciado pela CNRM/MEC Parecer nº 14/89
 de 26-09-89

CERTIFICADO

Certificamos que o Dr. Marcelo Fouad Nabahi
 CRM nº 52-54031-5 (UF) RJ concluiu Residência Médica na área básica de
Clinica Médica no período de 01 março/1992 a 28 fevereiro/1992
 e na área de concentração Pneumologia no período de 01 março/1992 a 28 fevereiro/1994,
 a quem conferimos o título de especialista, de acordo com a Lei 6.932, publicada no Diário Oficial em 09/07/81.

(CIDADE) Rio de Janeiro (DATA) 01 de março de 1994

Marcelo Fouad Nabahi
 MÉDICO RESIDENTE

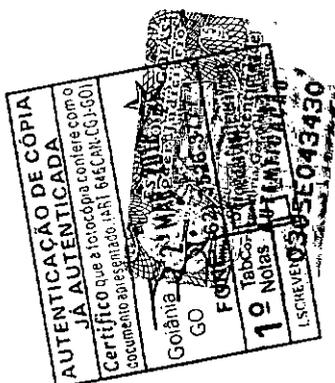
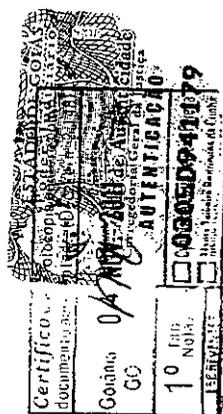
Roberto Figueira
 COORDENADOR DO PROGRAMA
 DIRETOR

Roberto Figueira
 REITOR

Handwritten notes and stamps in the bottom right corner.

PROGRAMAÇÃO CUMPRIDA PELO MÉDICO-RESIDENTE:

1 - Área Básica (Clínica Médica).....	2.820 horas
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ	
2 - Área de concentração (Pneumologia)	
Instituto de Tisiologia e Pneumologia - UFRJ	
2.1 - Treinamento em Serviço.....	5.040 horas
2.2 - Atividades Teórico-Práticas.....	600 horas
	<u>5.640 horas</u>
CARGA HORÁRIA TOTAL.....	8.460 horas



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
 Secretaria de Educação Superior
 Comissão Nacional de Residência Médica
 Certificado de Registro sob o nº 042.610
 no livro nº 56 Folha 010079
 Brasília, 06 de março de 1995

Lotimilda Diniz Guaberto
 Secretária Executiva da CNE/S

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 SUPERINTENDÊNCIA GERAL DE ENSINO DE
 GRADUAÇÃO E CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO
 DIVISÃO DE DIPLOMAS

O PRESENTE CERTIFICADO FOI REGISTRADO A
 FL. 219 DO LIVRO 05 em 20/7/1994.
 SEÇÃO DE EXPEDIENTE E ARQUIVAMENTO DE DIPLOMAS

Tracya Glória Rodrigues
 Sobreja
 Chf. de Exp. e Arq. - Exp. e Arq. - D.D. - 804
 e Registro - 0044-11-4

Associação Médica Brasileira



Associação Médica Brasileira

Sociedade Brasileira de Endoscopia Peroral



JÁ AUTENTICADO

Certifico que a cópia do documento apresentado é verdadeira e fiel ao original.

Goiania GO 22 MAR 2007

FONE: (62) 3526-3050/43417

1º Tab. Notas

ESCREVENTES

Cipriano Costa Teixeira Pereira

Maria Teixeira Rodrigues da Cunha

conferem o

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ENDOSCOPIA PERORAL

ao

Dr. Marcelo Fouad Rabahi



por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de Endoscopia Peroral.

Certifico que o obtido em documento apresentado é verdadeiro e fiel ao original.

Goiania GO 04 NOV 2007

FONE: (62) 3526-3050/43417

1º Tab. Notas

ESCREVENTES

Cipriano Costa Teixeira Pereira

Maria Teixeira Rodrigues da Cunha

São Paulo, 10 de setembro de 1994

Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Presidente da AMB

Dr. Edmund Chaba Baryscel
Secretário Geral da AMB

Dr. Evaldo Dacheux de Macedo Filho
Presidente da SBEP

Dr. Fábio Marioni
Secretário Geral da SBEP

Fis.: 7628
SES

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

ENTRADA OFÍCIO 20, 04, 07
 SOLICITAÇÃO CONFEÇÃO 27, 04, 07
 SAÍDA P/ SOCIEDADE 27, 03, 07
 RETORNO DA SOCIEDADE 20, 08, 07
 CADASTRAMENTO 21, 08, 07
 SAÍDA P/ FEDERADA 27, 09, 07
 REGISTRO 094834

Katia D'Amico
 SECRETARIA DE TÍTULOS DE ESPECIALISTA

(ASSINAR AM O PRESIDENTE E O SECRETÁRIO GERAL EM EXERCÍCIO NA DATA DO REGISTRO)

Sociedade Brasileira de Endoscopia Peroral
 (Fundada em 1952)

Título de Especialista em
 Endoscopia Peroral

Habilitação em:

ENDOSCOPIA DAS
 VIAS AÉREAS

Aprovação em 1994

Aprovação em

PRESIDENTE
 EM EXERCÍCIO

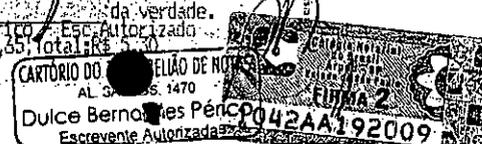
SECRETÁRIO GERAL
 EM EXERCÍCIO



CARTÓRIO DO 12º TABELIÃO DE NOTAS
 Alameda Santos, 1.470 - São Paulo - SP - Cep 01418-100
 BEL HOMERO SANTI - TABELIÃO - Tel. (11) 3288-6277 - Fax (11) 3284-6362

Reconheço por semelhança as firmas: JOSE LUIZ GOMES DO AMARAL, EDMUNDO CHADA BARACAT, as quais conferem com os padrões depositados em Cartório.
 São Paulo, 22 de Agosto de 2007

Em testemunho da verdade.
 Dulce Bernades Perillo - Esc. Autorizada
 0708221156255 - Firma: R\$ 2,35, total: R\$ 2,35





Associação Médica Brasileira



Associação de Medicina Intensiva Brasileira

conferem o

TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA INTENSIVA

ao

Dr. Marcelo Fouad Rabahi

por ter obtido aprovação em concurso realizado segundo as normas estabelecidas pela Associação Médica Brasileira e a Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

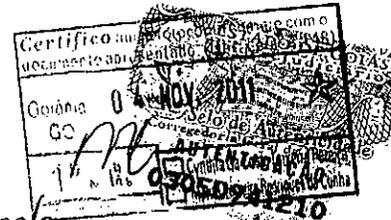
São Paulo, 17 de outubro de 1993

Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Presidente da AMB

Dr. Edmundo Chada Baptista
Secretário Geral da AMB

Dr. José Maria da Costa Orlando
Presidente da AMIB

Dr. Marcelo Mook
Secretário Geral da AMIB



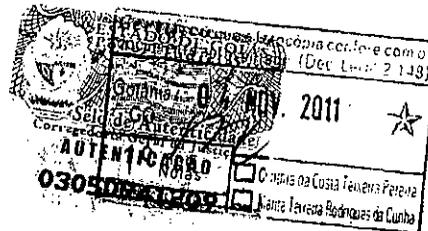
Fis. 1630
SES 90

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

ENTRADA OFÍCIO 20/02/07
 SOLICITAÇÃO CONFEÇÃO 27/02/07
 SAÍDA P/ SOCIEDADE 27/03/07
 RETORNO DA SOCIEDADE 08/04/07
 CADASTRAMENTO 05/04/07
 SAÍDA P/ FEDERADA 16/04/07
 REGISTRO 7562

Rotina D'Amico
 SECRETARIA DE TÍTULOS DE ESPECIALISTA

(ASSINARAM O PRESIDENTE E O SECRETÁRIO GERAL EM EXERCÍCIO NA DATA DO REGISTRO)



CARTÓRIO DO 12º TABELIÃO DE NOTAS
 Alameda Santos, 1.470 - São Paulo - SP - Cep 01418-100
 BEL HOMERO SANTI - TABELIÃO - Tel. (11) 3288-6277 - Fax (11) 3284-9362

Reconheço por semelhança as firmas: JOSE LUIZ GOMES DO A MARAL, EDMUND CHADA BARACAT, as quais conferem com os padrões depositados em Cartório.

São Paulo, 11 de Abril de 2007

Em testemunho da verdade.
 Dulce Bernardes Perigo - Esc. Autorizado

0704111139565; Firmas: R\$ 2,65; Total: R\$ 5,30



MEC - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Diploma registrado sob o nº 53592 Livro 22 fls. 296 em 28/8/2007
Processo nº. 23079. 016114/07-59 por delegação de competência do
Ministério da Educação e Cultura nos termos da portaria MEC /DAU nº 71-
de 21 /10/1977.

Divisão de Diplomas 28/8/2007

[Handwritten Signature]

FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL
Marcos Pereira Guimarães
Aux. Adm. - DD/SAPE 0360465
Pró-Reitoria de Graduação/UFRJ

Visto *[Handwritten Signature]*
Prof. Alma Rodrigues Diniz - SIAPE 0367285
Diretora da Divisão de Diplomas/PR1/UFRJ

CARTÓRIO
FRANCISCO TAVIRA
REGISTRADOR DE TABELA DE IMÓVEIS
Av. Tanguá, 244 Centro, Goiânia - GO
GOIÂNIA, 24 NOV 2010
A presente cópia CONFERE SEM o original
Márcio Luiz Augusto Felício
Município de Goiânia - Goiás

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA
JÁ AUTENTICADA
Certifico que a cópia do documento adiante
Goiânia GO
FONE: (62) 3526-3117
1º Tab. Notas
ESCRIVENTES

AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA
JÁ AUTENTICADA
Certifico que a cópia do documento adiante
Goiânia GO
FONE: (62) 3526-3117
1º Tab. Notas
ESCRIVENTES

Angela Uller
Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa
RG/UFRJ 0361092

Antonio José Ledo Alves da Cunha
Faculdade de Medicina / UFRJ
Diretor
SIAPE 7360966



**SRA. NATALIE
ALVES
ANDRASHCKO**

Two handwritten signatures in the bottom right corner. One is a large, stylized signature, and the other is a smaller, more compact signature.



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO
DE GOIÁS



DECLARAÇÃO

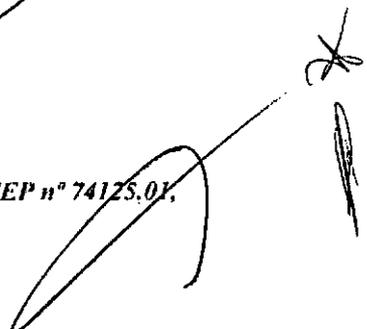
O Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG, sediado á Avenida Anhanguera nº 6479, Setor Oeste, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0007-42, neste ato representado pelo seu Diretor Clínico, Dr. Antonio Carlos Ximenes, declara para os devidos fins de direito, que a Sra. Natalie Alves Andraschko, brasileira, enfermeira, inscrita no COREN sob o nº 244.656 portadora do RG nº 4547870, DGPC/GO, CPF nº 024.086.861-98, é a responsável pela Diretoria de Enfermagem do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG, desde Agosto de 2012 até a presente data.

DIRETORIA CLÍNICA DO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA DR. ALBERTO RASSI – HGG, aos, 06 dias do mês de Fevereiro de 2018.


ANTONIO CARLOS XIMENES
Diretor Clínico

Endereço: Avenida Anhanguera nº 4.579, Setor Oeste, Goiânia/GO, CEP nº 74125.01.

Telefone (62) 3209-9800



Universidade Paulista



UNIP
UNIVERSIDADE PAULISTA

☉ Reitor da Universidade Paulista, no uso de suas atribuições e tendo em vista a colação de grau no Curso de Enfermagem, em 25 de janeiro de 2010, confere o título de **Bacharel em Enfermagem** a

Marcia Alves Andraschko

brasileira, natural do Estado de Goiás, nascida a 25 de março de 1988
R.G. n.º 4547870 - GO

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 25 de janeiro de 2010

Reitor

Secretário Geral

Diplomado



CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA

REQUERENTE: DTECH / FERNANDO

Certifico que a fotocópia confere com o documento original apresentado.

Goiânia/GO - 04/05/2017 17:00:22 - D - 54

NR SELO ELETRÔNICO - 02011704101629094909063

Em Testemunha: João Paulo Pereira Leite Barreto

Cartório João Teixeira
João Paulo Pereira Leite Barreto
Especialista
@cartoriojoaoteixeira.net.br



2º Seminário Internacional
de Segurança do Paciente
e Acreditação em Saúde

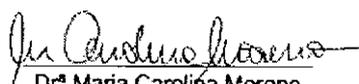
INSTITUTO DE GESTÃO DE SAÚDE

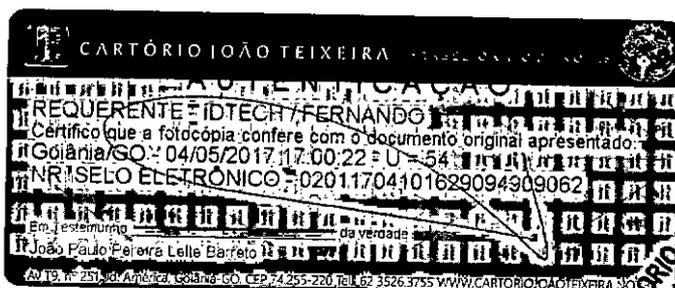
Certificamos que

NATÁLIE ALVES ANDRASCHKO

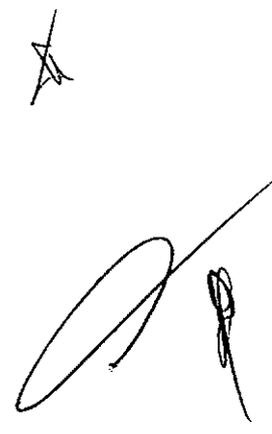
Participou do 2º Seminário Internacional de Segurança do
Paciente e Acreditação em Saúde, realizado em 2 e 3 de
setembro, em São Paulo/SP.

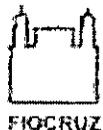
Carga Horária: 16h00


Drª Maria Carolina Moreno
Superintendente da ONA



CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escritório
joapaulo@cartoriojoaoiteixeira.ng.br

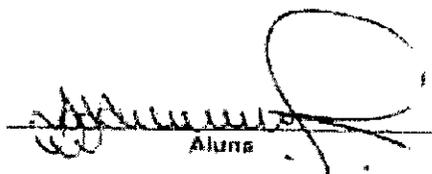


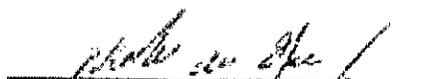


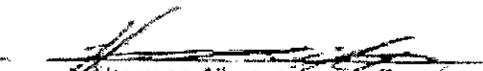
CERTIFICADO

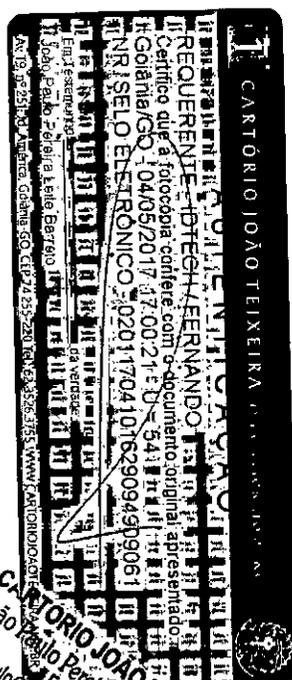
O Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, no uso de suas atribuições regimentais, confere o presente certificado a **NATÁLIE ALVES ANDRASCHKO**, cédula de identidade nº 5893350/001-0 - MTE-GO, nascida em 25 de março de 1988, nacionalidade Brasileira, natural de Goiás, por haver concluído, no ano de 2015, o *Curso de Especialização Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente*.

Rio de Janeiro, 28 de junho de 2016

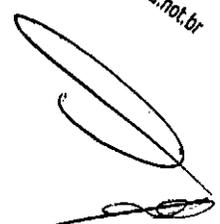

Aluna


Walferr Viura Mendes Júnior
Coordenador do Curso

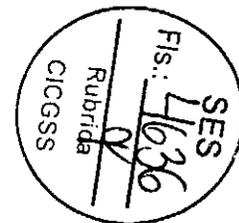

Flaminio Albuquerque de Castro
Diretor da ENSP



CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escritor
inapaaulo@cartoriojoaoteixeira.net.br







APOSTILA

O Curso de Especialização Interdisciplinar de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, de pós-graduação lato sensu, coordenado pelos Profs. Drs. Walter Vieira Mendes Junior e Paulo Jorge dos Santos Sousa, foi realizado no período de 20 de setembro de 2014 a 11 de novembro de 2015, totalizando 408 horas.

O presente curso cumpre o dispositivo da Resolução Nº 1, de 8 de junho de 2007, do Conselho Nacional de Educação, do Ministério da Educação e estando de acordo as normas da Lei nº 5.394, de 26 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação), estando enquadrado na área de conhecimento Saúde Pública.

A partir de 05 de setembro de 2005, a Escola Nacional de Saúde Pública passou a denominar-se Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Portaria da Presidência da FIOCRUZ de nº 212/2005).

Rio de Janeiro, 28 de junho de 2016

Sus Franco Moutinho Pinheiro
Serviço de Gestão Acadêmica Lato Sensu
e Qualificação Profissional

MINISTERIO DA SAUDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAUDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA

Certificado registrado sob o nº 02572,
no Livro nº 2-C, fls. 0378, em 28/06/2016,
de acordo disposto no art. 1º da Lei nº 5.019/66,
Registrado por Tania Ambrósio

Serviço de Gestão Acadêmica, 28/06/2016

Visto

Sus Franco Moutinho Pinheiro
Serviço de Gestão Acadêmica Lato Sensu
e Qualificação Profissional

Intermediado por: Consórcio Lati
Coordenado por: Sus Franco Moutinho Pinheiro

CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA

REQUERENTE: JOTÉCH/FERNANDO

Certifico que a fotocópia confere com o documento original apresentado.

Goiania/GO - 04/05/2017 17:00:27 - U = 544

Nº INSCRIÇÃO ELETRÔNICO: 020117041016290949090

Em 16 de setembro de 2016

João Paulo Pereira Leite Barreto

joaopaulo@cartoriojoaoarteira.net.br

SES
Fis.: 41632
Rubrica
CICGSS

SES
Fls.: 4638
Rubrica
CICGSS

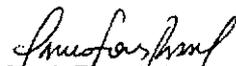
Certificado



Hospital
Alberto Rassi
HGG

Certificamos que **Natálie Alves Andraschko** participou da oficina **Análise de Indicadores**, ministrado pela consultora de qualidade, Vivian Borim, no dia 15 de março de 2016, no Hospital Alberto Rassi – HGG.

Goiânia, 22 de março de 2016


Marcelo Fouad Rabahi
Diretoria de Ensino e Pesquisa


Rogéria Cassiano
Diretoria de Serviços Multidisciplinares

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE
GOIÁS



CARTÓRIO JOÃO TEIXEIRA
João Paulo Pereira Leite Barreto
Escritor
joaopaulo@cartoriojoaoteixeira.net.br

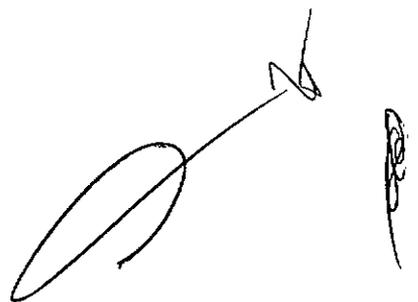
OFICINA: ANÁLISE DE INDICADORES

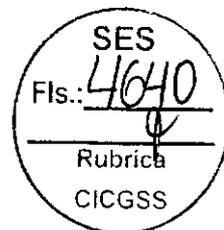
Palestrante: Vivian Borim

Carga horária: 04 horas

Programação do curso:

- Identificação do contexto dos Indicadores;
- Identificação da questão Raiz e Interpretação das medições.





**DR. EDER CASSIO
ROCHA RIBEIRO**

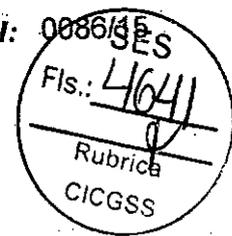
A handwritten signature in the bottom right corner of the page, consisting of a large, stylized initial 'E' followed by a long horizontal stroke and a vertical flourish.

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO, PLANEJAMENTO E FINANÇAS
GERÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS
FICHA DE LOTAÇÃO

Nº CI: 0086/15 ES

ORIGEM : GERÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DESTINO : HEMOCENTRO DE CATALAO



SERVIÇO :

DADOS DO SERVIDOR

Nome: EDER CASSIO ROCHA RIBEIRO
 Cargo: DIRETOR GERAL DE UNIDADE DE SAUDE PORTE "3" Referência: CDI-5
 Função: DIRETOR GERAL Matrícula: _____
 Vínculo: NOMEADO EM COMISSAO Data da Posse: 11/02/15

Capacitação Profissional:

Cursos Realizados: _____

Experiência Profissional: _____

Em Estágio Probatório?
 Sim Não
 Início: _____
 Término: _____

Possui outro vínculo?
 Sim Não
 Qual? _____
 Carga Horária: _____

Carga Horária Semanal?
 20 Horas 30 Horas 40 Horas

Horário de Trabalho: Escala: _____
 Dia: _____
 Início: _____
 Término: _____
 Complem. Carga Horaria: _____

Substituição do Servidor:

Data de início das atividades: _____ Assessoria de Recursos Humanos

Capacitação dos Ingressantes Concursados:

Etapa 1		Etapa 2	
Data: _____	Turma: _____	Data: _____	Turma: _____
Horário: _____		Local: _____	Horário: _____



AUTENTICAÇÃO
 A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé. 0141
 GJ189/J-513/2018-B
 Goiânia, 07 de fevereiro de 2018.
 Nathalia Maria de Oliveira Neres
 escrevente
 Selo: 02001801041805094906121
 Consulte em <http://extrajudicial.tjgo.jus.br>



09 DE SETEMBRO DE 2011.

Goiânia, 11 de fevereiro de 2015.

Coord. de Planejamento e Org. do Trabalho

Ciente do Servidor

SES
 Fls.: 4642
 Rubrica
 CIGSS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
 GRUPO DE IDENTIDADE DE MÉDICO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS


 NOME: **EDER CASSIO ROCHA RIBEIRO**
 CRM Nº: **7766** DATA DE INSCRIÇÃO: **15/08/2001**
 VIA: DATA DE NASCIMENTO: **10/09/1970**
 ASSINATURA DO PORTADOR: *Eder Cassio Rocha Ribeiro*

RELACIONADO

JOSE ARCANJO RIBEIRO
MARINALVA ROCHA RIBEIRO

NATURALIDADE: **RONDONÓPOLIS - MT**

REGISTRO: **702.158/SSP-MT**

DATA DE EXPEDIÇÃO: **08/09/1987** TÍTULO DE ELEITOR: **12639971848** SEÇÃO: **167** ZONA: **DOS BARRIOS**
 CPE: **48349941120** LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO: **GOIÂNIA - GO, 15/03/2010**
 ASSINATURA DO PRESIDENTE: *Nathalia Maria de Oliveira Nepes*
 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA


FRANCISCO TAVEIRA
 Av. Tocantins, 250 - Centro
 CEP 74015-010 - Goiânia - GO
 Telefone: 32.2212.1839

AUTENTICAÇÃO
 A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé. 0141
 *G4X459E3111039183
 Goiânia, 07 de fevereiro de 2018.

Nathalia Maria de Oliveira Nepes
 escrevente
 Selo: 02001801041805094906120
 Consulte em <http://extrajudicial.tknolus.br>


FRANCISCO TAVEIRA
 481
 REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTARIAS
 GOIÂNIA - GO

Handwritten signature

FIN BRANCO

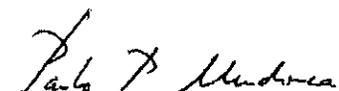
11/11/11

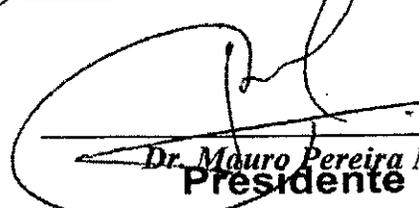
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO
ESTADO DE GOIÁS

Certificado

© Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás - CRMGO, de acordo com a Resolução CFM N° 1288/89, certifica que registrou no livro N° 13 às folhas 4269 sob o N° 4269 a qualificação do(a) médico(a) Eder Cássio Rocha Ribeiro CRM 7766, na especialidade de Neurologia

Goiânia, 17 de Setembro de 2001.


Dr. Luez Amorim Canedo
1º Secretário


Dr. Mauro Pereira Machado
Presidente



FRANCISCO TANIBERA

AUTENTICAÇÃO

A presente cópia CONFERE com o original apresentado em 07 de Setembro de 2018.

Goiânia, 07 de Setembro de 2018.

Nathalia Maria de Oliveira Neres

escrevente

Selo: 02001801041805094906123

Consulte em <http://portal.cfmgo.com.br>

SES
4643
Fis.:
Ribeiro
CRMGOSS

STAMP: CIVIL BRANCO

1/1/12

DECLARAÇÃO

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO

DECLARAMOS PARA OS FINS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS QUE,

DR. ÉDER CÁSSIO ROCHA RIBEIRO

PARTICIPOU DO TREINAMENTO: RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO HEMOCENTRO REGIONAL
MUNICÍPIO DE CATALÃO, REALIZADO NO HEMOCENTRO DE GOIÁS, NO DIA 13/03/12, COM
HORÁRIA DE 08 (OITO) HORAS PRESENCIAIS E 08 (OITO) HORAS À DISTÂNCIA.

FRANCISCO TAVEIRA
CARTÓRIO
FRANCISCO TAVEIRA
PRESBITERIAL E TABELAMENTO DE NOTAS

Av. Tocantins, 208 - Centro
CEP 74015-410 - Goiânia - GO
Telefone: 32.3212-1030

AUTENTICAÇÃO

A presente cópia CONFERE com o original apresentado. **FRANCISCO TAVEIRA**

*G4X3Y9.4-5130ZF-1

Goiânia, 07 de fevereiro de 2018.

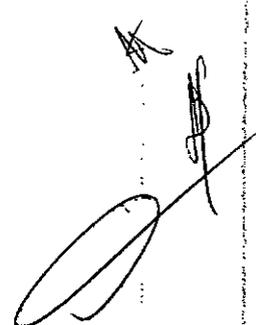
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente

Selo: 02001801041805094906117
Consulte em <http://extrajudicial.tjgo.jus.br>



GOIÂNIA-GO, 20 DE MARÇO DE 2018.


Dr^a Camila Lorena N. Seabra de O. Moreira
Diretora Geral



EM BRANCO

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO, PLANEJAMENTO E FINANÇAS
GERÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS
FICHA DE LOTAÇÃO

Nº CI: 0086/15
FIS: 4045
Rubrica
CICGSS

ORIGEM : GERÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DESTINO : HEMOCENTRO DE CATALAO

SERVIÇO :

DADOS DO SERVIDOR

Nome: EDER CASSIO ROCHA RIBEIRO
Cargo: DIRETOR GERAL DE UNIDADE DE SAUDE PORTE "3" Referência: CDI-5
Função: DIRETOR GERAL Matrícula:
Vinculo: NOMEADO EM COMISSAO Data da Posse: 11/02/15

Capacitação Profissional:

Cursos Realizados:

Experiência Profissional:

Em Estágio Probatório?
 Sim Não
Início:
Término:

Possui outro vínculo?
 Sim Não
Qual?:
Carga Horária:

Carga Horária Semanal?
 20 Horas 30 Horas 40 Horas

Horário de Trabalho: Escala:
Início: Dia:
Termino: Complem. Carga Horaria:

Substituição do Servidor:
Data de início das atividades: Assessoria de Recursos Humanos

Capacitação dos Ingressantes Concursados:
Etapa 1 Data Turma
Etapa 2 Data Turma
Local Horário

FRANCISCO TAVEIRA
AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou fé.
Goiania, 07 de fevereiro de 2015.
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094906112
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br

FRANCISCO TAVEIRA
4º
REGISTRO CIVIL E MELHORADO DE NOTAS
GOIÂNIA - GO

11 DE SETEMBRO DE 2011.

Goiania, 11 de fevereiro de 2015.

Coord. de Planejamento e Org. do Trabalho

Ciente do Servidor

Handwritten text

FIM BRANCO

RECEBIMOS DE VOS

DECLARAÇÃO

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO

DECLARAMOS PARA OS FINS QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS QUE,

DR. ÉDER CÁSSIO ROCHA RIBEIRO

PARTICIPOU DO TREINAMENTO: RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO HEMOCENTRO REGIONAL DO MUNICÍPIO DE CATALÃO, REALIZADO NO HEMOCENTRO DE GOIÁS, NO DIA 13/03/12, COM CARGA HORÁRIA DE 08 (OITO) HORAS PRESENCIAIS E 08 (OITO) HORAS À DISTÂNCIA.

CARTÓRIO
FRANCISCO TAVEIRA
REGISTRO CIVIL E NOTARIAL DE GOIÁS

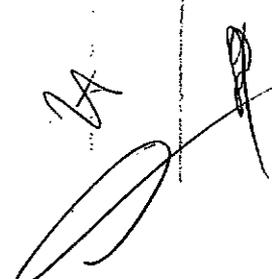
Av. Tocantins, 283 - Centro
CEP 74015-010 - Goiânia - GO
Tel/Fax: 62 - 3212 1059

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé. 0141
*G4X3LL E: 71107393.
Goiânia, 07 de Fevereiro de 2018.
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094906122
Consulte em <http://extrajudicial.tjgo.jus.br>

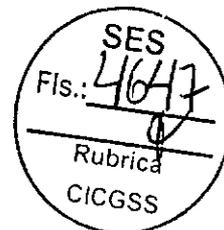


GOIÂNIA-GO, 20 DE MARÇO DE 2012.


Dr.ª Camila Lorena N. Seabra de O. Moreira
Diretora Geral



EM BRANCO



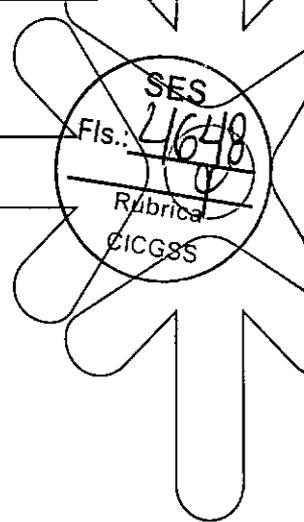
**SR. ALESSANDRO
PURCINO ANDRADE**

A handwritten signature in the bottom right corner, consisting of a large, stylized loop followed by a vertical line with a small hook at the top and a horizontal crossbar.



IDTECH[®]
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO

IDTECH.ORG.BR

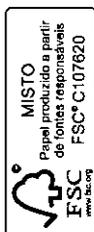


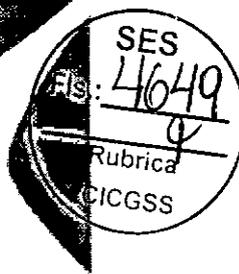
DECLARAÇÃO

O INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO – IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, associação civil, sem fins lucrativos, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05, n.º 60, Setor Oeste, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ sob o nº 07.966.540/0001-73, neste ato representado pelo seu Coordenador Administrativo e Financeiro, Sr. Lúcio Dias Nascimento, **declara para os devidos fins de direito, que o Sr. Alessandro Purcino Andrade**, brasileiro, administrador e advogado, portadora da OAB/GO 26.536 e Cédula de identidade nº 1062892, SPTC/ES, exerce a função de Diretor Administrativo do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG, desde 29 de Junho de 2012 até a presente data.

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO IDTECH, aos, 02 dias do mês de Fevereiro de 2018.


LÚCIO DIAS NASCIMENTO
Coordenador Administrativo e Financeiro - COAF





Castro PR, 28 de Junho de 2017.

DECLARAÇÃO

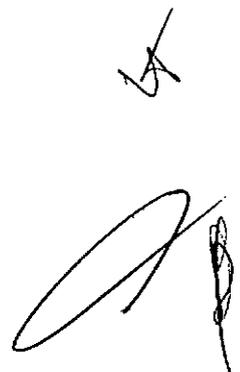
Declaramos para os devidos fins que, o Sr. Alessandro Purcino Andrade administrou a unidade da Beneficência Camiliana do Sul, o Hospital Anna Fiorillo Menarim, em Castro PR, de 14 de dezembro de 2010 a 29 de fevereiro de 2012.

Atenciosamente,


Wilson E. Ascencio
Administrador
CRA/SC 12.099

▷ BCS Hospital Anna Fiorillo Menarim
Rua Dr. Otávio Novaes Júnior, 190 - Jardim Arapongas
84174-270 Castro PR
Tel / Fax 42 3233-8000
administracao@bcshalm.com.br
CNPJ 83.506.030/0010-92

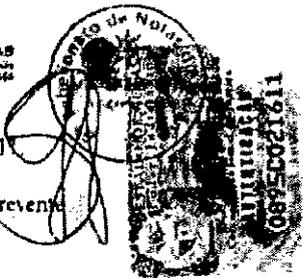




EM BRANCO
REPRODUÇÃO INTERNA

AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original
Goiânia-GO, 16 de setembro de 2018

Generaldo Garcia dos Santos Júnior - Escrevente



Faculdades Integradas São Camilo

O Diretor Geral das Faculdades Integradas São Camilo, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração em 19 de dezembro de 1995, confere o título de **Bacharel** a

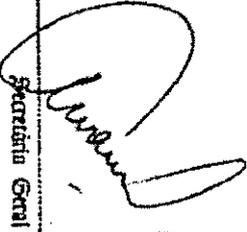
Alessandro Percino Andrade

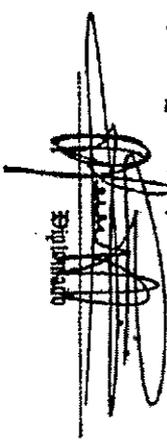
brasileiro, natural do Estado de Minas Gerais, nascido a 31 de agosto de 1972,

R.G. n.º 1.062.892 - ES,

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 19 de dezembro de 1995

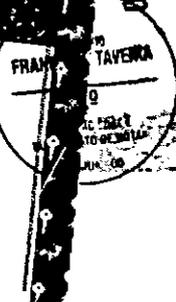

Secretaria Geral


Diretor Geral


Diretor Geral

FRANCISCO TAVEIRA
A. Escrivão 286 - Casa:
SEP 146 - 301 - Goiânia, GO
Fone: (61) 3212-1029

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé, 0141
*G4X42XSE-1730-0-00
Goiânia, 07 de fevereiro de 2018.
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094906119
Consulte em <http://extrajudicial.tjgo.br>



SES
Fis.: 4650
Rubrica
CICGSS



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



**Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças – SGPF/SES
Gerência de Execução, Orçamentária e Financeira**

PROCESSO: 201400010010501

INTERESSADO:GEA/SGPF/SES-GO

ASSUNTO: CONTRATO

DESPACHO Nº 0712/2017 – DEOF/GEROF/SGPF

Solicitamos prioridade aos autos a Superintendência Central de Controle Interno, concernente a validação da Nota de Empenho 2017.2850.027.00105 fls.7175/7176, referente a Manutenção, Reparos e conservação de Bens Imóveis, conforme DESPACHO Nº 0800/2017-SCI fls.7177..

Gerência de Execução, Orçamentária e Financeira aos 03 dias do mês de Julho de 2017.

Lucas Araújo Garces
Gerente de Execução Orçamentária e Financeira

Coordenador: Christian de Paul de Barchifontaine
Coordenador Geral: Carlos Eduardo Campos Camargo

Curso de Administração

Reconhecido pela Portaria Ministerial
604 de 15-12-83 — D.O.U. de 15-12-88

APOSTILA

Faculdades Integradas "São Camillo"
diplomado concluiu nesta Faculdade a
Habilitação em:
Administração Hospitalar

Paulo, 19 de Junho de 1995

Pe. Christian de Paul de Barchifontaine
Coordenador Geral

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Anotada a Apostila
de Paulo, 19 de Junho de 1995
Seção de Registro de Diplomas

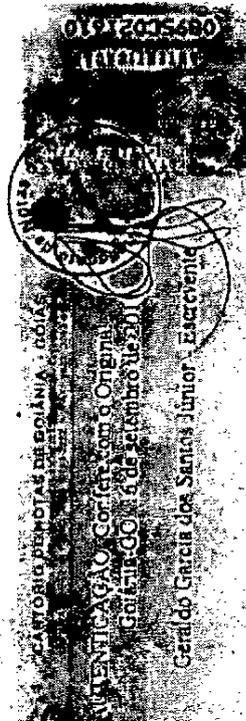
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Diploma registrado sob n.º 1107692
Processo n.º 96.1.15984.1.3
Em 27 de Junho de 1996
Por Delegação de Competência do Ministério da Educação
• Cultura (Portarias N.ºs 726/77, 71/77, 30/79 e 31/80)

CONFERE
Em 28/06/1996
W. Ribeiro Filho
Seção de Registro

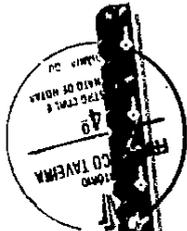
DIPLOMA REGISTRADO NA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO, POR DELEGAÇÃO DE
COMPETÊNCIA DO MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO E CULTURA.

São Paulo, 28 JUN 1996

Profa. Dra. LOR CURY
Secretaria Geral



CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO
GOIÁS E TOCANTINS
Diploma Registrado nos termos do Regulamento da
Lei 4759/85, Resolução CEA Nº. 156/83 e 177/86.
Sob o Nº. 3539 Proc. 9952/98
Livre C12, de 095, em 11/02/99
Goiânia, 11 de Junho de 1999
Adm. Serv. Adm. Albertina
Presidente



FRANCISCO TAVIERA
CPF: 02001801041805094906118
At. Táviera - Rua...
A presente cópia CONFERE com o
original apresentado. Pou Fê. C14
Goiânia, 07 de Fevereiro de 2018.
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094906118
Consulte em http://extrajudicial.tigo.jus.br

SES
Fls. 4651
Rubrica
CIGCSS



UCAM
UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

A Pró-Reitoria da Universidade Candido Mendes, no uso de suas atribuições, confere o presente Certificado de Pós Graduação Lato Sensu a **ALESSANDRO PURCINO ANDRADE**, nascido (a) em 31 de agosto de 1972, natural da Cidade de Aimores - MG, cédula de identidade nº 1.062.892, emitida por SPIC/ES, que concluiu o Curso de Especialização intitulado DIREITO PÚBLICO, com carga horária de 383 horas realizado período de 29 de janeiro de 2007 a 29 de janeiro de 2008, estando autorizado (a) a gozar de todos os direitos e prerrogativas legais, na forma da resolução CNE/CES nº 1 de 03 de Abril de 2001.

Feito em janeiro, 11 de junho de 2009

Aurelio Wander Bastos
Diretor dos Campi Externos - DACEX

Maria Isabel Mendes de Almeida
Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa



FRANCISCO TAVEIRA
Autenticação /
A presente cópia CONFERE COM o original apresentado. Dou Fé em sua veracidade.
Colônia, 07 de fevereiro de 2018.

Maria de Oliveira Neres
escrevente
0001801041805094906088
Site: www.ucam.br
E-mail: contato@ucam.br

EM BRANCO



HISTÓRICO ESCOLAR

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO "LATO SENSU" EM CONVÊNIO COM O INSTITUTO PRAETORIUM

Período de realização: 29 de janeiro de 2007 a 29 de janeiro de 2008
 De acordo com a Resolução nº 01 de 3/04/2001 - CNE (Conselho Nacional de Educação).
 Carga Horária: 383 horas/aula
 Graduação: DIREITO conclusão 2006/2

Nome: ALESSANDRO PURCINO ANDRADE
 CPF: 974.487.616-68
 Nacionalidade: Brasileiro
 Filiação: JADIR PURCINO E EDNA ANDRADE PURCINO

Disciplinas Obrigatórias	Carga/h	Média Final	Situação Final	Nome e Titulação do Corpo Docente
Administrativo	21 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Dra. Daniela Mello
Constitucional	42 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Márcio Luis
Civil	24 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Dr. Cristiano Chaves
Processo civil	15 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Esp. Gustavo Nogueira
Empresarial	9 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Dr. Vinícius Gonfijo
Tributário	45 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Pedro Barrêto
Consumidor	15 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Luciano Sotero
Previdenciário	15 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Esp. Sônia Mol
Leis Penais Especiais	15 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Esp. Gabriel Habib
Processo Penal	15 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Marcos Paulo Dutra
Processo Civil Coletivo	12 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Esp. Rodrigo Mazzel
Econômico	15 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Paolo Zuppo Mazucato
Eleitoral	9 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Márcio Luis
Internacional	18 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Márcio Luis
Ambiental	9 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Leandro Eustáquio
Módulo de Direito Constitucional	80 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Márcio Luis
Metodologia e Didática do Ensino Superior	24 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Dr. Thiago de Souza Bittencourt Rodrigues
Monografia: O ICMS e a imunidade tributária das entidades filantrópicas				
Conceito: Aprovado				Frequência Total: 100%

Orientador(a): Luciana Batista

Centro FRANCISCO TAVEIRA Av. Tocantins, 283 - Centro CE 72115-010 - Goiânia - GO Fone: (62) 3212-1029

AUTENTICAÇÃO
 A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé.
 Goiânia, 07 de Janeiro de 2018.
 Nathalia Maria de Oliveira Neres
 escrevente
 Selo: 02001801041805094906087
 Consulte em <http://extrajudicial.tao.jus.br>

SES
 Fls.: 4653
 Rubrica
 CIGSS

UCAM
 DADDEX
 11/10/2019

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
 PROPELTONA
 Pós-Graduação em Direito
 UCA 18

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
 PROPELTONA
 Pós-Graduação em Direito
 10
 24 de junho de 2009
 Fls. 10

Certificação
 1º Trimestre
 03-06-2007
 Assinatura
 17

EM BRANCO
FABRIL DE PAPELARIA
S.A.

SES
Fls.: 4694
Rubrica
CICGSS



UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA

Reconhecida pela Portaria nº 1288, de 08/09/1993, do Ministério da Educação e do Desporto, publicada no Diário Oficial da União de 09/09/1993. Mantida pela Associação Salgado de Oliveira de Educação e Cultura.

A Reitora da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de **DIREITO** no 2º semestre de 2006, confere o título de **BACHAREL** a

Alexsandro Maurício Andrade

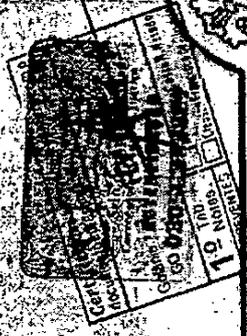
brasileiro, natural de Minas Gerais, nascido em 31 de agosto de 1972, cédula de identidade nº 1.062.892-ES - Superintendência de Polícia Técnico-Científica - ES e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Gonçalo, 28 de março de 2007

[Signature]
Mariana Salgado de Oliveira
Reitora

[Signature]
Vanina de Sousa Martins
Secretária Geral

[Signature]
Alexsandro Maurício Andrade
Diplomado



FRANCISCO TAVEIRA
CARRIÃO
FRANCISCO TAVEIRA
PROFESSOR DE DIREITO
A. Telex: 203 - Cel. 1
CEP: 015 016 - São Paulo - SP
Tel. 011 - 5072-1000

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé. 0147
CS0W0002-20066-6

Goiânia, 07 de fevereiro de 2018

Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094906086
Consulte em <http://extrajudicial.tpoa.lis.br>

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA (UNIVERSO)

Diploma registrado sob o nº 2008.04.015/9959, de acordo com o artigo 48, §1º, da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

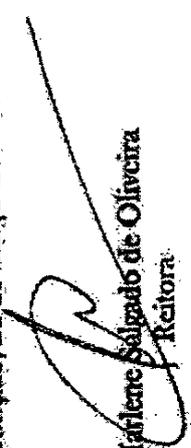
S.R.D., 0710/2008


Vânia da Costa Martins
Diretora do S.R.D. da UNIVRSO


Vânia da Costa Martins
Secretária Geral da UNIVRSO

CURSO DE DIREITO
Reconhecido pela Portaria Ministerial nº 1816, de 17/12/1999,
publicada no Diário Oficial da União em 20/12/1999.

São Gonçalo, 28 de março de 2007

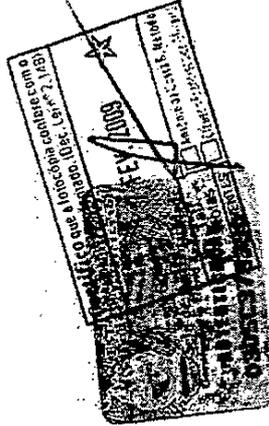

Márcia Salgado de Oliveira
Reitora

FRANCISCO TAVERA
Cartório
Av. Ipiranga, 233 - Centro
CEP 74050-08 - Goiânia - GO
FONE: (61) 3212.1000

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé, 0141
Cópia em 05/05/2008
Goiânia, 05 de fevereiro de 2018.

Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094906085
Consulte em <http://extrajudicial.tioo.lis.br>

Diploma expedido de acordo com a
Portaria Ministerial Nº 2.413, de 07/07/2005,
publicada no DOU de 08/07/2005.



SES
Fls.: 4655
Rubrica
CICGSS



UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

UCAM

DACEX

Diretoria Acadêmica dos Campi Externos

A Pró-Reitora da Universidade Candido Mendes, no uso de suas atribuições, confere o presente Certificado de Pós Graduação-Lato Sensu

a **ALESSANDRO PURCINO ANDRADE**, nascido (a) em _____, natural da Cidade _____

de Aimores - MG, cédula de identidade nº. 1.062.892, inscrita por _____ SPTC/ES, que concluiu o Curso de Especialização

intitulado **DIREITO PÚBLICO**, com carga horária de **383** horas realizado

período de **29 de janeiro de 2007** a **29 de janeiro de 2008**, estando autorizado (a) a gozar de todos os direitos e prerrogativas legais,

na forma da resolução CNE/CES nº 1 de 03 de Abril de 2001.

Rua de janeiro, nº de número de 2009

[Handwritten Signature]

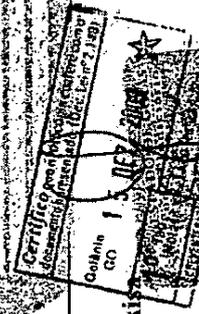
Maria Isabel Mendes de Almeida
Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa

[Handwritten Signature]
Aurelio Wander Bastos
Diretor dos Campi Externos - DACEX



FRANCISCO TAVEIRA
CPF: 02001801041805094906116
Av. Taveira, 203 - Centro
16099-02 - JARDIM DE JANEIRO - SP

AUTENTICAÇÃO
SSGC - presente cópia CONFERRA com o original apresentado em 07 de fevereiro de 2008.
Goiania, 07 de fevereiro de 2008.
Natalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094906116
Consulte em http://extrajudicial.tao.br



0305075724

[Handwritten mark]



EM BRANCO

HISTÓRICO ESCOLAR

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO "LAIO SENSU" EM CONVÊNIO COM O INSTITUTO PRAETORIUM

Período de realização: 29 de janeiro de 2007 a 29 de janeiro de 2008

Carga Horária: 383 horas/aula

De acordo com a Resolução nº 01 de 3/04/2001 - CNE (Conselho Nacional de Educação).

Nome: ALESSANDRO PURCINO ANDRADE

CPF: 974.487.616-68

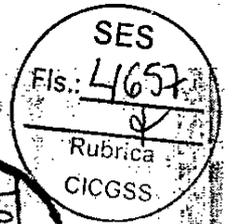
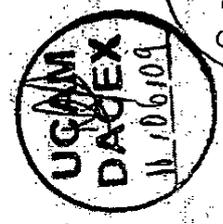
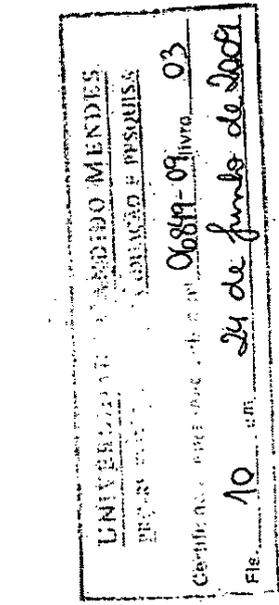
Graduação: DIREITO conclusão 2006/2

Nacionalidade: Brasileira

Filiação: JADER PURCINO E EDNA ANDRADE PURCINO

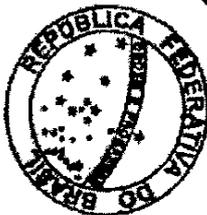
Disciplinas Obrigatórias	Carga/h	Média Final	Situação Final	Nome e Titulação do Corpo Docente
Administrativo	21 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Dra. Daniela Meilo
Constitucional	42 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Márcio Luis
Civil	24 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Dr. Cristiano Chaves
Processo civil	15 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Esp. Gustavo Nogueira
Empresarial	9 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Dr. Vinicius Gonjijo
Tributário	45 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Pedro Barreiro
Consumidor	15 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Luciano Sotero
Previdenciário	15 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Esp. Sônia Moli
Leis Penais Especiais	15 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Esp. Gabriel Habib
Processo Penal	15 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Marcos Paulo Dutra
Processo Civil Coletivo	12 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Esp. Rodrigo Mazzel
Econômico	15 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Paulo Zuppo Mazucato
Eleitoral	9 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Márcio Luis
Internacional	18 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Márcio Luis
Ambiental	9 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Leandro Eustáquio
Módulo de Direito Constitucional	80 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Ms. Márcio Luis
Metodologia e Didática do Ensino Superior	24 h/aula	10	APROVADO	Prof(a): Dr. Thiago de Souza Bittencourt Rodrigues
Monografia: O ICMS e a imunidade tributária das entidades filantrópicas			Conceito: Aprovado	Frequência Total: 100%

Orientador(a): Luciana Batista



INSTITUTO PRAETORIUM
 Rua Francisco Taveira, 110 - Centro - Goiânia, GO - CEP: 74.010-000
 Fone: (61) 3212-1000
 E-mail: praetorium@praetorium.com.br
 Original apresentado. Dou Fir. 0141
 *2026VIRJUI-5130254
 Goiânia, 07 de fevereiro de 2018
 Nathalia Maria de Oliveira Neves
 escrevente
 Selo: 02001801041805094906115
 Consulte em http://extrajudicial.tipo.jus.br

STAMPED: 1954
FEB 12 1954
ST. BRANCO



UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA

Reconhecida pela Portaria nº 1.283, de 08/09/1993, do Ministério da Educação e do Desporto, publicada no Diário Oficial da União de 09/09/1993, Mantida pela Associação Salgado de Oliveira de Educação e Cultura.

A Reitora da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de **DIREITO**

no 2º semestre de 2006, confere o título de **BACHAREL** a:

Alessandra Jurcina Andrade

brasileira, natural de Minas Gerais, nascido em 31 de agosto de 1979,

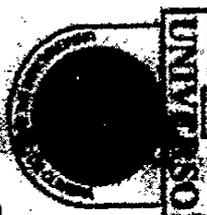
cédula de identidade nº 1.062.892-ES - Superintendência de Polícia Técnico-Científica - ES, e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Gonçalo, 28 de março de 2007.

Mariana Salgado de Oliveira
Reitora

Alexandre Puntido Andrade
Diplomado

Vania de Costa Martins
Secretaria Geral



AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé. 0141
*G4X3RSLP-512063-8
GoIânia, 07 de fevereiro de 2018.
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 020100181041805094906114
Consulta em <http://extrajudicial.tjgo.br>



SES
Fis.: 4658
GSS

100

MEMBRANCO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA (UNIVERSO)

Diploma registrado sob o nº 2008.04.015/9959, de acordo com o artigo 48, §1º, da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

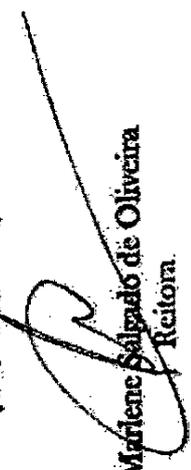
S.R.D. 0710/2008


Vânia da Costa Martins
Diretora do S.R.D. da UNIVERSO


Vânia da Costa Martins
Secretária Geral da UNIVERSO

CURSO DE DIREITO
Reconhecido pela Portaria Ministerial nº 1816, de 17/12/1999,
publicada no Diário Oficial da União em 20/12/1999.

São Gonçalo, 28 de março de 2007


Mariene Salgado de Oliveira
Reitora

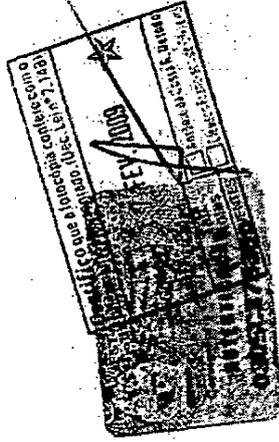
FRANCISCO TAVERA
CNPJ nº 07.701.610/0001-00
R. TAVARES, 223 - Centro
Maceió - Alagoas - 55010-000
Tel: (32) 3212-1030

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
UNIVERSO

Original apresentado. Dev. Fe. 1941
A presente cópia CONFERE com o
original apresentado. Dev. Fe. 1941
*GAXINHO 51306392
Goiânia, 07 de fevereiro de 2008

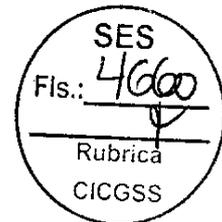
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094906113
Consulte em <http://extrajudicial.tjgo.jus.br>

Diploma expedido de acordo com a
Portaria Ministerial Nº 2.413, de 07/07/2008,
publicada no DOU de 08/07/2008.



SES
Fls.: 4659
Rubrica
CICGS

BRANCO



SR. LÚCIO DIAS

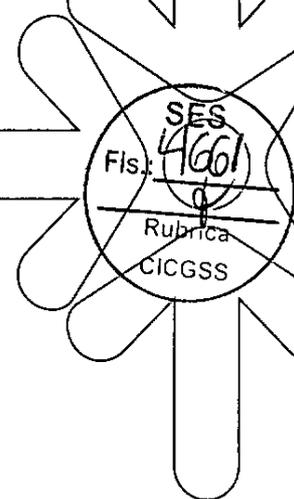
NASCIMENTO

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.



IDTECH[®]
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO

IDTECH.ORG.BR



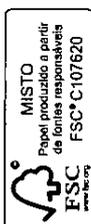
DECLARAÇÃO

O INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO – IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, associação civil, sem fins lucrativos, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05, n.º 60, Setor Oeste, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ sob o nº 07.966.540/0001-73, neste ato representado pela sua Presidente, Sra. Rosana Carvalho Cardoso Ferreira Leite, *declara para os devidos fins de direito, que o Sr. Lúcio Dias Nascimento*, brasileiro, gestor público, portador da Cédula de identidade nº 3742298, DGPC/GO, foi o responsável pela Coordenação Administrativa e Financeira do PRÓ REG – Planejamento, Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria, na execução do contrato de gestão nº 003/2009, firmado entre este IDTECH e a Prefeitura Municipal de Aparecida de Goiânia/GO, através da Secretaria Municipal de Saúde, no período de Outubro/2009 a Setembro/2011.

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO IDTECH, aos, 02 dias do mês de Fevereiro de 2018.

ROSANA CARVALHO CARDOSO FERREIRA LEITE

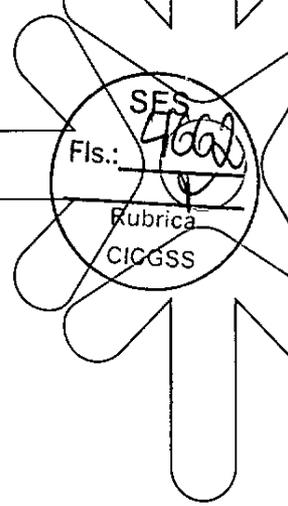
Coordenador Administrativo e Financeiro - COAF





IDTECH[®]
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO

IDTECH.ORG.BR



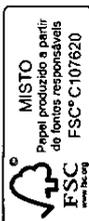
DECLARAÇÃO

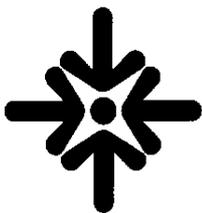
O INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO – **IDTECH**, pessoa jurídica de direito privado, associação civil, sem fins lucrativos, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05, n.º 60, Setor Oeste, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ sob o nº 07.966.540/0001-73, neste ato representado pela sua Presidente, Sra. Rosana Carvalho Cardoso Ferreira Leite, **declara para os devidos fins de direito, que o Sr. Lúcio Dias Nascimento**, brasileiro, gestor público, portador da Cédula de identidade nº 3742298, DGPC/GO, foi o responsável pela Coordenação Administrativa e Financeira do Ambulatório Medico Especializado – AME, na execução do contrato de gestão nº 001/2009, firmado entre este IDTECH e a Prefeitura Municipal de Aparecida de Goiânia/GO, através da Secretaria Municipal de Saúde, no período de Outubro/2009 a Outubro/2011.

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO IDTECH, aos, 02 dias do mês de Fevereiro de 2018.


ROSANA CARVALHO CARDOSO FERREIRA LEITE

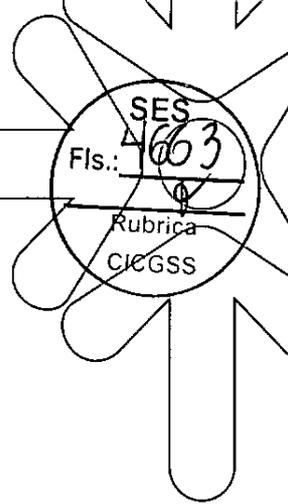
Coordenador Administrativo e Financeiro - COAF





IDTECH[®]
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO

IDTECH.ORG.BR



DECLARAÇÃO

O INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO - IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, associação civil, sem fins lucrativos, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05, n.º 60, Setor Oeste, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ sob o n.º 07.966.540/0001-73, neste ato representado pela sua Presidente, Sra. Rosana Carvalho Cardoso Ferreira Leite, **declara** para os devidos fins de direito, que o Sr. **Lúcio Dias Nascimento**, brasileiro, gestor público, portador da Cédula de identidade n.º 3742298, DGPC/GO, é o responsável pela Coordenação Administrativa e Financeira no Projeto de Acolhimento dos Usuários do SUS no CIAMs Novo Horizonte de Goiânia/GO, na execução do contrato de gestão n.º 002/2007, 9º Termo Aditivo, firmado entre este IDTECH e a Prefeitura Municipal de Aparecida de Goiânia/GO, através da Secretaria Municipal de Saúde, no período de Agosto/2013 até a presente data.

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO IDTECH, aos, 02 dias do mês de Fevereiro de 2018.


ROSANA CARVALHO CARDOSO FERREIRA LEITE

Coordenador Administrativo e Financeiro - COAF





IDTECH[®]
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO

IDTECH.ORG.BR

SES
Fls.: 4664
Rubrica
CICGSS

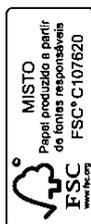
DECLARAÇÃO

O INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO - IDTECH, pessoa jurídica de direito privado, associação civil, sem fins lucrativos, sediado na Rua 01, Qd. B-1, Lt. 03/05, n.º 60, Setor Oeste, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ sob o nº 07.966.540/0001-73, neste ato representado pela sua Presidente, Sra. Rosana Carvalho Cardoso Ferreira Leite, declara para os devidos fins de direito, que o Sr. Lúcio Dias Nascimento, brasileiro, gestor público, portador da Cédula de identidade nº 3742298, DGPC/GO, é o responsável por parte de nossa Instituição pela Coordenação Administrativa e Financeira da Central de Atendimento ao Cidadão - TELECONSULTA, na execução do contrato de gestão nº 002/2006, firmado entre este IDTECH e a Prefeitura de Goiânia, através da Secretaria Municipal de Saúde, desde 06 de Setembro/2006 até a presente data.

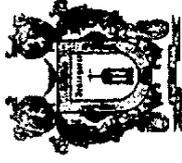
COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO IDTECH, aos, 02 dias do mês de Fevereiro de 2018.


ROSANA CARVALHO CARDOSO FERREIRA LEITE

Coordenador Administrativo e Financeiro - COAF



República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
Centro Universitário de Goiás – Uni-Anhangüera



Reitor do Centro Universitário de Goiás – Uni-Anhangüera no uso de suas atribuições, certifica que

Lúcio Dias Nascimento

brasileiro, nascido aos 05 de dezembro de 1976 em Piracanjuba - GO, cédula de identidade n. 3742298 – DGPC/GO, concluiu o CURSO SUPERIOR SEQUENCIAL DE COMPLEMENTAÇÃO DE ESTUDOS COM DESTINAÇÃO COLETIVA EM GESTÃO DE NEGÓCIOS DO TERCEIRO SETOR, vinculado ao campo do saber de Empreendedorismo, Marketing e Recursos Humanos, em dezembro de 2005, com carga horária cumprida de 384 horas/aula e outorga-lhe o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 04 de julho de 2008.

Prof. Joveny Sebastião Cândido de Oliveira JM, JD
Reitor

Prof. Esp. Romilda Moreira da Paz
Secretária Geral

Lúcio Dias Nascimento
Concluinte

SES
Fls.: 4665
Rubrica
CICGSS



REGISTRO CIVIL E
INCLAMAZO DE NOTAS
49
SOLINA - GO

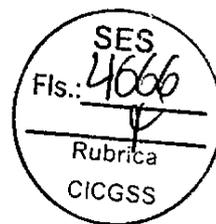
FRANCISCO TAVEIRA
AUTENTICAÇÃO
presente cópia CONFERE com o original apresentado. Pou Fé. 0141
*G9DL7490
Goiânia, 07 de fevereiro de 2018.
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094905943
Consulte em <http://extrajudicial.tjgo.jus.br>

EMERSON
BRAND
MADE IN U.S.A.

100-10000

100-10000

100-10000



**SRA. DENYSE SILVA
GOULART**

Handwritten mark

DECLARAÇÃO

O Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG, sediado à Avenida Anhanguera nº 6479, Setor Oeste, inscrita no CNPJ nº 02.529.964.0007/42, neste ato representado pelo seu Diretor Administrativo, Dr. Alessandro Purcino Andrade, **declara** para os devidos fins de direito, que a Sra. Denyse Silva Goulart, brasileira, enfermeira, portadora da Cédula de Identidade nº 5628470, SSP/GO, é responsável pela Gerência da Clínica Cirúrgica do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG, desde 09 de Agosto de 2016 até a presente data.

DIRETORIA ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA DR. ALBERTO RASSI – HGG, aos, 06 dias do mês de Fevereiro de 2018.


ALESSANDRO PURCINO ANDRADE
Diretor Administrativo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

O Reitor da Universidade Federal de Goiás confere o grau de

Bacharel e Licenciada em Enfermagem

a

Denyze Silva Goulart

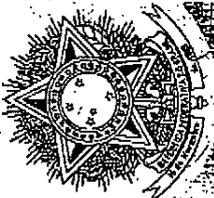
brasileira, nascida em Colinas do Tocantins - Tocantins, no dia 30 de agosto de 1985, documento de identificação: nº 5628470/GC tendo em vista a conclusão do curso de Enfermagem, Bacharelado e Licenciatura, no 2º semestre de 2011, com colação de grau em de janeiro de 2012 e lhe expede o presente diploma a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais

Edward Madureira Brasil
 Prof. Dr Edward Madureira Brasil
 Reitor

Goiânia, 4 de janeiro de 2012.

Valquiria da Rocha Santos Veloso
 Prof.ª Valquiria da Rocha Santos Veloso
 Diretora do CGA

Denyze Silva Goulart
 Denyze Silva Goulart
 Diplomada



FRANCISCO TAVEIRA
 Av. Tocantins, 293 - Centro
 CEP 74315-910 - Goiânia - GO
 Telefone: 02 - 3012 1000

AUTENTICAÇÃO

A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Cpu Fé. 0141

*G54Q30BP (30303)

Goiânia, 07 de fevereiro de 2018.

Nathalia Maria de Oliveira Neres
 escrevente
 Selo: 02001801041805094905952

4 consulte em: <http://extrajudicial.tjgo.jus.br>

REGISTRO CIVIL E
 INDEBENTIMENTO DE NOTAS
 GOIÂNIA - GO

SES
 4668
 Rubrica
 CIGSS

EMERSON
EMERSON
EMERSON

EMERSON

Conteúdo Programático

LOCAL DE TREINAMENTO: Sala de Reunião/Pátio da Empresa

Grau de risco: Médio
Período: 08 e 09/05/13

AÇÕES E ORIENTAÇÕES TEÓRICAS

- Prevenção Contra Incêndio (educativa, fiscalizadora, repressiva);
- Teoria do Fogo (classes, identificação, propagação);
- Identificação de Áreas de Risco;
- Identificação dos Tipos de Extintores;
- Normas de Armazenamento;
- Noções Básicas de Controle de Pânico;
- Noções Básicas de Salvaramento e Proteção;
- Noções Básicas de Evacuação
- Obrigações do Brigadista
- Primeiros Socorros
- NT-17 do CBMGO.

AÇÕES E ORIENTAÇÕES PRÁTICAS

- Uso de Extintores;
- Treinamento com Sistema Preventivo Móvel
- Treinamento com Sistema Preventivo Fixo
- Primeiros Socorros (normas básicas de abordagem de vítimas);
- Identificação das funções na brigada
- Improvisação de Transporte de Acidentado
- Código de Emergência: AMPA, RQ-103

SIMULADO

- Utilização de EPI's diversos
- Improvisação em Geral

INSTRUTOR

- Washington Luiz Vaz - Cap. BM/RR


BIRETORIA

Alessandra Alyes P. dos Santos
Técnico de Segurança do Trabalho
Registro Profissional: 51130

Washington Luiz Vaz - Cap. BM/RR
Instrutor Coordenador

ATENÇÃO TREINAMENTO - CNPJ: 17.140.698/0001-54 - PALMEIRAS DE GOIÁS-GO
CERTIFICADO DE CREDENCIAMENTO PROTOCOLADO COM Nº 113448/12 - 1ª CIBM

SES
Fls.: 4669
Rubrica
CICGSS

 **FRANCISCO TAVEIRA**
REGISTRO CIVIL E TABELADO DE NOTAS

Av. Tocantins, 283 - Centro
CEP: 74015-010 - Goiânia - GO
Tabela nº 52 - 3212-1000

AUTENTICAÇÃO

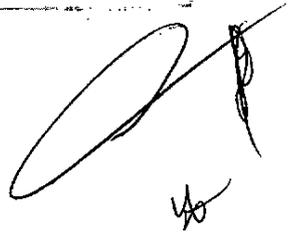
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Ou Fé. 0141

Goiania, 07 de fevereiro de 2018.

Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente

Selo: 02001801041805094905951
Consulte em <http://extrajudicial.tao.us.br>


FRANCISCO TAVEIRA
49
REGISTRO CIVIL E TABELADO DE NOTAS
Tabela nº 52 - 3212-1000



EMBRANCO
TELEFONO: 114214

114214



**DRA. VIVIANE
CRISTIANE SILVA
AIRES**

Handwritten signature and initials in the bottom right corner. The signature is a large, stylized loop. Below it are the initials "RA".

DECLARAÇÃO

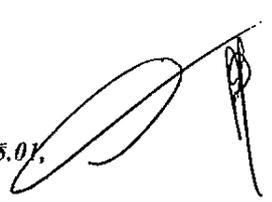
*O Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, sediado á Avenida Anhanguera n° 6479, Setor Oeste, inscrita no CNPJ n° 02.529.964/0007-42, neste ato representado pelo seu Diretor Administrativo, Sr. Alessandro Purcino Andrade, **declara** para os devidos fins de direito, que a Sra. Viviane Cristiane Silva Aires, brasileira, enfermeira, portadora da Cédula de Identidade n° 4346834, DGPC/GO, é responsável pela Gerência do Ambulatório de Medicina Avançada - AMA do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi - HGG, desde 1° de Fevereiro de 2017 até a presente data.*

DIRETORIA ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA DR. ALBERTO RASSI - HGG, aos, 06 dias do mês de Fevereiro de 2018.


ALESSANDRO PURCINO ANDRADE
Diretor Administrativo

Endereço: Avenida Anhanguera n° 4.579, Setor Oeste, Goiânia/GO, CEP n° 74125.01,

Telefone (62) 3209-9800




DECLARAÇÃO.

Clinica Cirúrgica e Maternidade Amparo Ltda., empresa sediada nesta Capital à Av. T 12 n.º 280 setor Bueno, inscrita no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas) sob o n.º 26.618.074/000180, declara para os devidos fins que Dra. VIVIANE CRISTIANE SILVA AIRES, brasileira, maior, enfermeira, residente e domiciliada nesta Capital, inscrita no COREN-GO (Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás) sob o n.º 005031 e no CIC (Cartão de Identificação do Contribuinte) sob o n.º 936.528.441,49, trabalhou nesta entidade hospitalar no período de AGOSTO DE 2010 A JANEIRO DE 2016, exercendo a função de GERENTE DE ENFERMAGEM.

Pôr ser verdade, firmo a presente em duas (02) vias de igual teor e para um só efeito.

Goiania, 05 de fevereiro de 2018
[Handwritten Signature]
José Maria de Silva
Adm. Hospitalar

CARTÃO
FRANCISCO TAVEIRA
Av. Tocantins, 280 - Centro
CEP 74015-910 - Goiânia - GO
Fone: 02-3212-1030

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé. 0141
*G4K4UL5961300-23

Goiania, 07 de fevereiro de 2018.
4ª Nathalia Maria de Silveira Neres
escrevente
REGISTRO CIVIL E
TA REGISTRO DE BENS
02001801041805094905955
www.tao.br - Consulte em <http://extrajudicial.tao.br>

AV. T-12 Nº 280 - SETOR BUENO - FONE/FAX

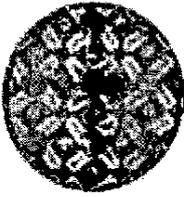
GOIÂNIA-GO - CEP 74223-080

[Handwritten Signature]
[Handwritten Initials]

EMERSON
BRAND
CC

EMERSON BRAND
CC

Universidade Paulista



O Rector da Universidade Paulista, no uso de suas atribuições e tendo em vista a colação de grau no Curso de Enfermagem, em 26 de janeiro de 2008, confere o título de

Enfermeira a

Viviane Cristiane Silva Aires

brasileira, natural do Estado de Goiás, nascida a 04 de maio de 1981

R.G. n.º 4346834 - GO

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais. São Paulo, 26 de janeiro de 2008.

Secretário Geral

Viviane C. S. Aires
Diplomado

Francisco Taveira
Rector



CARTÃO
FRANCISCO TAVEIRA
Av. Tocantins, 280 - Centro
CEP 74015-610 - Goiânia - GO
Tel/Fax: 62-3272-1030

AUTENTICAÇÃO

A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou fé. 0141

Goiânia, 07 de fevereiro de 2018.

Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente

Selo: 02001801041805094905938
Consulte em <http://extrajudicial.tjgo.br>



SES
Fls.: 4673
Rubrica
CICGSS

FIL BRANCO
MILANO ITALIA

1955

Reitor: Dr. João Carlos Di Genio
Vice-Reitor de Graduação: Dr. Yugo Okida
Secretário Geral: Prof. Afonso Celso Fraga Sampaio Amaral
Secretário Geral Adjunto: Prof. Edison Fernandes

Universidade Paulista

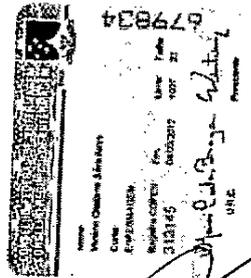
Reconhecida pela Portaria MEC n.º 550
de 14-11-2001 - D.O.U. de 09-11-1988

Curso de Enfermagem

Reconhecida pela Portaria MEC n.º 2.445
de 14-11-2001 - D.O.U. de 16-11-2001

Apostila-se o presente diploma, a fim de
declarar que o titular deste, concluiu o
seu curso superior em Goiânia, sendo
todavia, seu diploma registrado em São
Paulo, sede da Universidade Paulista,
Goiânia, em 24 de março de 2009.

DIRETOR DA UNIDADE UNIVERSITÁRIA

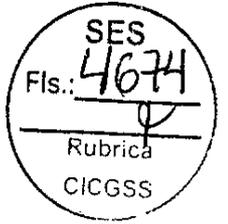
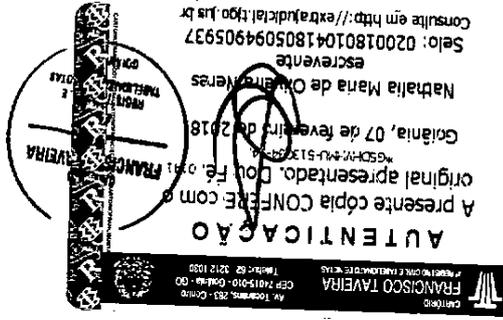


UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP
Secretaria Geral
Departamento de Registros de Diplomas

Diploma registrado sob n.º 1396f1
Processo n.º 2009.1.133833
nos termos do Artigo 48 §1º da Lei-9394/96.
São Paulo, 24 de março de 2009

De acordo.

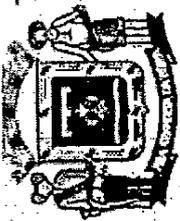
Prof. Edison Fernandes
Secretário Geral Adjunto



1987

FM BRAND
CO





PREFEITURA DE GOIÂNIA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
 DIVISÃO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE - DPCISS

DEPARTAMENTO DE
 VIGILÂNCIA SANITÁRIA
 Goiânia - Goiás

DECLARAÇÃO

Declaramos que Nuemi Cristina Silva

participou da reunião sobre a IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DE GOIÂNIA-GO, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde/Diretoria de Vigilância em Saúde/Deptº de Vigilância Sanitária/ Divisão de Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde, no dia 20 de maio de 2014, perfazendo um total de 04 horas.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Departamento de Vigilância Sanitária
 Ziláh C. P. das Neves
 Rua Capitão Pedro Lobo, 200 - Setor de Saúde
 CEP: 74.212-100 - Goiânia - GO

Ziláh C. P. das Neves
 Chefe DPCISS

Geraldo Édson Rosa
 Diretor do Depto de Vigilância Sanitária

Flávia Pereira Amorim
 Diretora de Vigilância em Saúde

Goiânia, 20 de maio de 2014

Flávia Amorim
 Diretora de Vigilância em Saúde
 Goiânia - GO, 20/05/2014

CARTÓRIO
FRANCISCO TAVEIRA
 REGISTRO CIVIL E DELEGADO DE NOTAS
 Av. Tocantins, 283 - Centro
 CEP: 74215-010 - Goiânia, GO
 Tel/Fax: 52.3012.1000

AUTENTICAÇÃO
 A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Bou Fé. 0141
 164X3704510336
 Goiânia, 07 de maio de 2018.

Nathalia Maria de Oliveira Neres
 escrevente
 Celo: 02001801041805094905954
 Consulte em <http://extrajudicial.tao.br>

SES
 Fls.: 4675
 Rubrica
 CICGSS

[Handwritten signature]

EM BRANCO
ARQUIVAMENTO

Renovado o reconhecimento do curso de Enfermagem pela Portaria SESu/MEC nº 728, de 23/10/2008 - D.O.U. - 24/10/2008.

MEC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS -

(Curso reconhecido pela Portaria MEC nº 1225 de 18/12/1979 - D.O.U. 18/12/1979)

Diploma registrado por delegação de competência do MEC, nos termos do § 1º do Artigo 48 da Lei nº 9.394 de 20/12/1996. (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) - D.O.U. de 23/12/1996.

Registro nº 85854, em 04/01/2012 - Processo nº 23070.016479/2011-39.

Goiania, 4 de janeiro de 2012.

José Vitorino Vieira

Coordenador de Expedição e Registro de Diplomas

CGAU/FG

Código de controle do diploma: AD4D.122C.AF69.0AC5.

Nome		Denyse Silveira Goulart	
1.º ENDEREÇO		R. ...	
Telefone No.	Em	Local	Data
274113	10/02/2010	14	10
Assinatura: Denyse Silveira Goulart			
Cargo: Presidente			

587463

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado, Dou Fe. 0141
Goiania, 07 de Janeiro de 2018.
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094905953
FRANCISCO TAVERA
Cartório de Notas
Inclui em http://extrajudicial.tioo.kz.br



SES
Fls.: 4676
Rubrica
CICGSS
04598

APOSTILA DE SEGURANÇA
DENYSE SILVA GOULART
Documentó nº 56284701GO

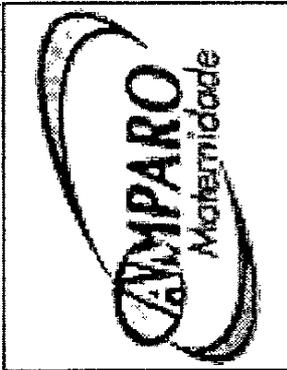
EMBRANCO
FABRIL DE PAPELARIA
S.A.





A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fe. 014
Françoise Taveria
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094905950
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br

SES
Fls.: 4677
Rubrica
CICGSS



CERTIFICADO

Conferido através

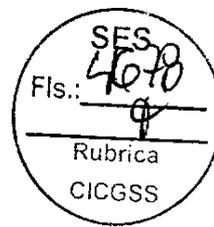
Da Diretoria desta Empresa, a

VIVIANE CRISTINE SILVA AIRES - ENFERMEIRA

Por ter Participado da formação de Brigada Eventual Contra Incêndio e Noções Básicas de Primeiros Socorros nas suas dependências no mês de Maio/13, em conformidade com a NR-23 da Portaria 3214 /MT e a Lei:15.802-Cod. Est. De Seg. Contra Incêndio Explosão, Pânico e Desastres e Normas Técnicas/CBMGO que institui a brigada de incêndio.

Goiânia-GO, 10 maio 2013
Assessoria Técnica
Resposta: Maria P. dos Santos
Coordenadora de Defesa Civil
Diretoria de Defesa Civil
Washington L. Vaz-cap. CBMGO/RR
ATERNO TREINAMENTO - CPT: 41.40.68/0001-54 - PALMEIRAS DE GOIÁS-GO
CERTIFICADO DE CREDENCIAMENTO PROTOCOLADO COM Nº 1334/0172 - 13ª CDBA





**SRA. JULIANA
CARVALHO DUARTE**

A large, stylized handwritten signature or scribble. Below it, there are two smaller handwritten marks that appear to be initials or a signature.

DECLARAÇÃO

*O Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG, sediado à Avenida Anhanguera nº 6479, Setor Oeste, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0007-42, neste ato representado pelo seu Diretor Administrativo, Sr. Alessandro Purcino Andrade, **declara** para os devidos fins de direito, que a Sra. **Juliana Carvalho Duarte**, brasileira, enfermeira, portadora da Cédula de Identidade nº 5663956, SSP/GO, é responsável pela Gerência da Central de Material Especializado - CME do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG, desde 1º de Novembro de 2013 até a presente data.*

DIRETORIA ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA DR. ALBERTO RASSI – HGG, aos, 06 dias do mês de Fevereiro de 2018.



ALESSANDRO PURCINO ANDRADE
Diretor Administrativo



UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA



Reconhecida pela Portaria n.º 1283, de 08/09/1993, do Ministério da Educação e do Desporto, publicada no Diário Oficial da União de 09/09/1993. Mantida pela Associação Salgado de Oliveira de Educação e Cultura.

A Reitora da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO),
no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de **ENFERMAGEM**
no 2º semestre de 2008, confere o título de
BACHAREL a

Juliana Carbalho Duarte

brasileira, natural de Goiás, nascida em 14 de abril de 1986,
cédula de identidade n.º 5663956 - Secretária de Segurança Pública - GO,
e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Gonçalo, 24 de abril de 2009

Marlene Salgado de Oliveira
Reitora

Vânia da Costa Martins
Secretária Geral

Juliana Carbalho Duarte
Diplomada

AUTENTICACAO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou. Fé. 0141
*GSM 390-51305031
Goiânia, 07 de fevereiro de 2008.
Nathalia Maria de Oliveira
escrevente
Selo: 02001801041805094905936
Consulte em http://extrajudicial.tjgo.jus.br

SES
Fls. 4680
Rubrica
CSICGSS

UNIVERSO
UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
UNIVERSO

FRANCISCO TAVIERA
CPF 7803010 - Goiás - GO
R. Formosa, 203 - Casa 02
Tel: 3511 2112 (100)
F. Registro em O.R. e Registro de Notas

FIN BRANCO
MILITARY SERVICE
MAY 1964

EMERSON
LIBRARY
1000 1/2 ST. N.W.

1000 1/2 ST. N.W.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA (UNIVERSO)

Diploma registrado sob o nº 3609.04.019/12.502, de acordo com o artigo 48, §1º, da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

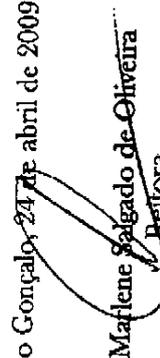
S.R.D. 17 / 08 / 2009


Vânia da Costa Martins
Diretora do S.R.D. da UNIVERSO


Vânia da Costa Martins
Secretária Geral da UNIVERSO

CURSO DE ENFERMAGEM
Reconhecido pela Portaria Ministerial nº 1248, de 21/06/2001,
publicada no Diário Oficial da União em 22/06/2001.

São Gonçalo, 24 de abril de 2009


Marlene Salgado de Oliveira
Reitora



Nome: Maria Luiza Duarte
Inscrição: 999985
Região: En. São Paulo
19904 1990500 16 04
Unidade: Universidade Salgado de Oliveira - Presidente Prudente

Diploma expedido de acordo com a
Portaria Ministerial Conjunta N.º 40, de 12/12/2007,
publicada no DOU de 13/12/2007.

CARIMBO
FRANCISCO TAVEIRA
CANTOR DO INSTITUTO DE NOTARIA

An. Inscrição: 21.31.0000
CEP: 74015-010 - Goiânia - GO
Tel: (62) 3213-1000

AUTENTICAÇÃO

A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé. 0141

Goiânia, 07 de fevereiro de 2018.

Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente

Selo: 02001801041805094905934
Consulte em <http://extrajudicial.tjgo.jus.br>

CANTOR
FRANCISCO TAVEIRA

INSCRIÇÃO DE
CANTOR

CANTOR
FRANCISCO TAVEIRA

1-00

SES
Fls.: 4682
Rubrica
CICGSS

32784 - 40000



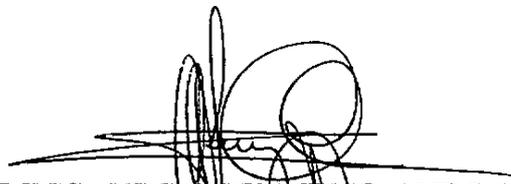
**SRA. PAULLYANE
PEREIRA DE LIMA**

Handwritten marks in the bottom right corner of the page. It includes a large, stylized signature or flourish, and below it, two smaller handwritten marks that appear to be initials or a signature.

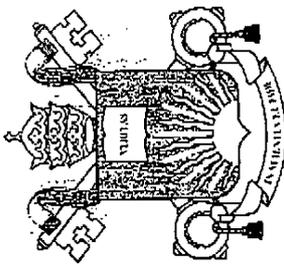
DECLARAÇÃO

*O Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG, sediado à Avenida Anhanguera nº 6479, Setor Oeste, inscrita no CNPJ nº 02.529.964/0007-42, neste ato representado pelo seu Diretor Administrativo, Sr. Alessandro Purcino Andrade, **declara** para os devidos fins de direito, que a Sra. **Paulyanne Pereira de Lima**, brasileira, enfermeira, portadora da Cédula de Identidade nº 5268155, SSP/GO, é responsável pela Gerência do Centro de Tratamento Intensivo - CTI do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG, desde 01 de Agosto de 2016 até a presente data.*

DIRETORIA ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA DR. ALBERTO RASSI – HGG, aos, 06 dias do mês de Fevereiro de 2018.



ALESSANDRO PURCINO ANDRADE
Diretor Administrativo



UNIVERSIDADE GOIÁS

CERTIFICADO

A Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa certifica que

Faubhyanne Pereira de Lima

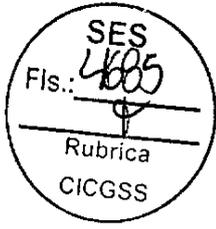
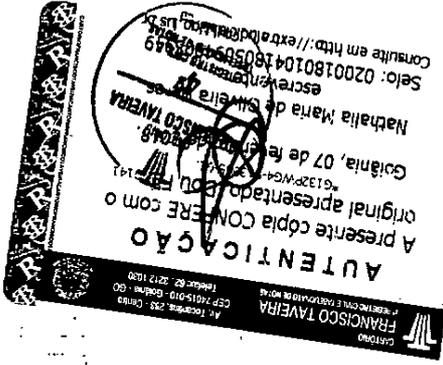
concluiu o Curso de **ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - ÁREA DE CONHECIMENTO: ENFERMAGEM**, promovido pela Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu, conforme a Resolução nº 01, de 08 de junho de 2007, do CNE/CES/MEC, no período de setembro de 2014 a novembro de 2015, com a carga horária de 480 horas.

Goiânia, 25 de setembro de 2017.

[Signature]
Profª Dra. Alícia Ferreira Pereira
Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa

[Signature]
Especialista

[Signature]
Prof. Ms. Bráulio José Ferreira Neto
Coordenador de Pós-Graduação Lato Sensu



112

CONFIDENTIAL
UNITED STATES GOVERNMENT





FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS



O Instituto de Desenvolvimento Educacional da Fundação Getúlio Vargas confere a

PAULLYANNE PEREIRA DE LIMA

Natural de GOIÂNIA-GO, nascido(a) em 26 de junho de 1990, identidade N: 5268155 - SPTC-GO

O Certificado do Curso

ANALISTA DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE

Nível Capacitação, com 120 horas-aula, oferecido pelo Programa FGV Management, concluído em 27 de agosto de 2015:

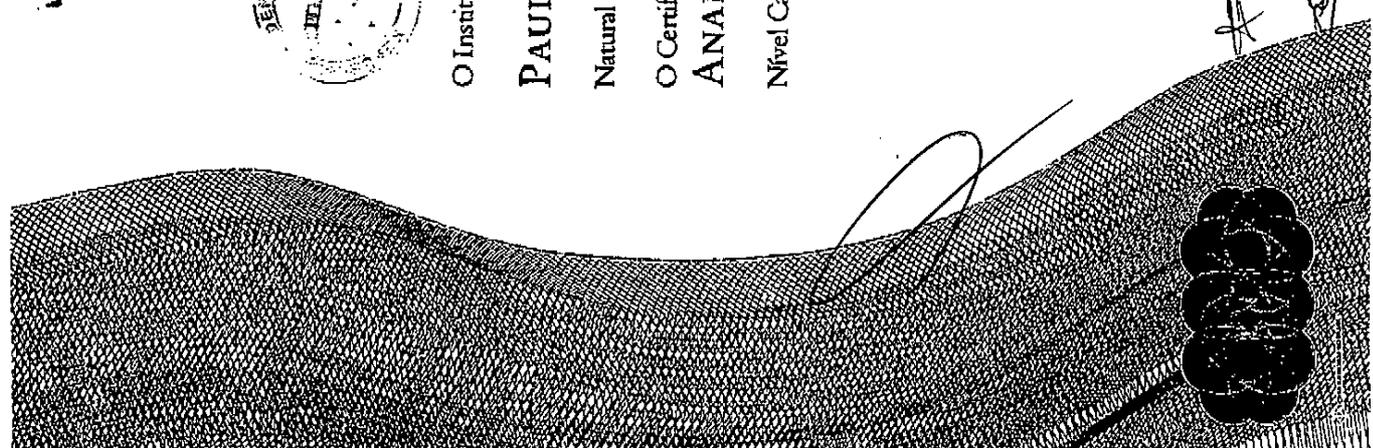
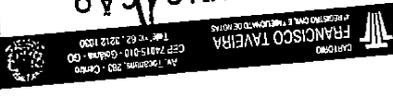
Rio de Janeiro, 19 de fevereiro de 2016

Silvío Roberto Badens de Gouvêa

Diretor da Rede FGV Management



AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado em 04/02/2016.
Goiania, 07 de fevereiro de 2018.
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094905948
Consulte em <http://extrajudicial.tico.lvs.br>



THE BRANCO
CORPORATION
NEW YORK, N.Y.



1980

EMERGENCY
SERVICES
UNIT



UNIP
UNIVERSIDADE PAULISTA

Universidade Paulista

© Reitor da Universidade Paulista, no uso de suas atribuições e tendo em vista a colação de grau no Curso de Enfermagem, em 23 de julho de 2013, confere o título de

Enfermeira a

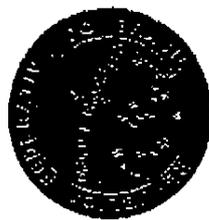
Paullyanne Pereira de Lima

brasileira, natural do Estado de Goiás, nascida a 29 de junho de 1990, R.B. nº 5268155-60

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais. São Paulo, 23 de julho de 2013

Paullyanne R. Lima
Diplomado

Albino da Silva
Secretário Geral



AUTENTICACAO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado, em 07 de fevereiro de 2013, em Goiânia, 07 de fevereiro de 2013.
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrivente
Selo: 02001801041805094905948
Consulte em <http://extrajudicial.tjgo.jus.br>
COPIA - 00

FRANCISCO TAVERA
CNPJ 07.415.010 - Goiânia, GO
Rua: Francisco 222 - Centro
Fone: (61) 3212.1000

SES
Fls.: 4688
Rubrica
CICGSS

[Signature]
Reitor

ELI BRANCO
UNIVERSITY OF CALIFORNIA
LIBRARY

1954

1954

INSCRIÇÃO - COREN-GO 384.116
ENFERMEIRO

Nome: PAULLYANNE PEREIRA DE LIMA

NACIONALIDADE / FP / NACIONALIDADE: GOIÂNIA

CO: BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 20/06/1990 DATA DE VALIDADE: 02/03/2018



Presidente

RG: 1763155

ORGÃO EMITIDOR: SPIC-GO

DATA DE EMISSÃO: 04/09/2013

TIPOLOGIA: DÓMI PEREIRA DA COSTA

MARIA SANTANA DE LIMA

CPF: 723.632.971-30

Paulllyanne Pereira de Lima
ASSINATURA DO PROFISSIONAL

VÁLIDA EM TODO O TERITÓRIO NACIONAL

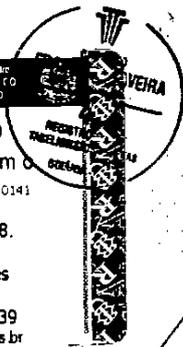
VÁLIDO COMO DOCUMENTO DE IDENTIDADE EM TERMO DE PUBLICAÇÃO DA LEI Nº 5.905 DE 12/07/73 E LEI Nº 68 DE 07/05/73

É PROIBIDO PLASTIFICAR

SES
Fls.: 4689
9
Rubrica
CICGSS

FRANCISCO TAVEIRA
Cartório
Av. Topolans, 283 - Centro
CEP 74215-010 - Goiânia - GO
Telef: (61) 3212-1100

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia COIFERE com o original apresentado. Ou Fé. 0141
*G4X3.LLCE-5-10-9-9-9
Goiânia, 07 de fevereiro de 2018.
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094905939
Consulte em <http://extrajudicial.tjgo.jus.br>



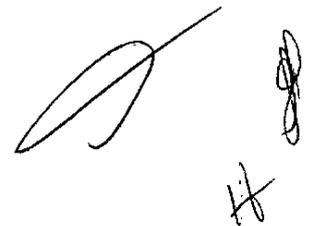
[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

EM BRANCO
REPRODUÇÃO EM BRANCO

100

**SRA. BRUNA VIEIRA
PAIXÃO**

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

DECLARAÇÃO

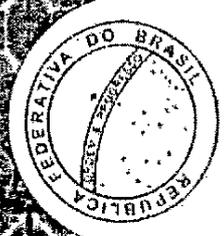
*O Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG, sediado á Avenida Anhanguera n° 6479, Setor Oeste, inscrita no CNPJ n° 02.529.964/0007-42, neste ato representado pelo seu Diretor Administrativo, Sr. Alessandro Purcino Andrade, **declara** para os devidos fins de direito, que a Sra. **Bruna Carneiro Vieira da Paixão**, brasileira, biomédica, portadora da Cédula de Identidade n° 4.300.450, DGPC/GO, é responsável pela Gerência do Laboratório de Análise Clínicas e Anatomia Patológica do Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi – HGG, desde 02 de Julho de 2012 até a presente data.*

DIRETORIA ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA DR. ALBERTO RASSI – HGG, aos, 06 dias do mês de Fevereiro de 2018.



ALESSANDRO PURCINO ANDRADE
Diretor Administrativo

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS



O Reitor da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS,
no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS – MODALIDADE MÉDICA

e a outorga do grau de BACHAREL, em 03 de março de 2006, a

Bruna Carneiro Vieira da Paixão,

brasileira, nascida em Goiânia – Estado de Goiás, em 08 de abril de 1983,

cédula de identidade n. 4.300.450-DGPC/GO,

confere-lhe o presente diploma.

Goiânia, 25 de agosto de 2006.

U.L. Silveira Almeida
Prof. Valmiria Thorndic Amado
Reitor

Olga Lyda Ronchi
Prof. Olga Lyda Ronchi
Pró-Reitora de Graduação

D. Paixão
Diplomada

SES
Fls.: 4692
Rubrica
CICGSS

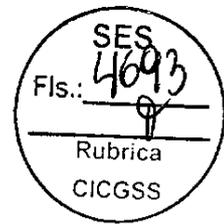


[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

EMERBRANCO
FABRIL DE PAPISELO TAVIRA
Lda

1000



IPOG INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO & GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

O Diretor de Pós-Graduação e Pesquisa do IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em MBA Gestão e Auditoria em Sistemas de Saúde, (Área de conhecimento Ciências da Saúde), com carga horária total de 408 horas/aula, consoante os termos da Resolução MEC/CNE/CES, Nº 1 de 08 de junho de 2007, e a Resolução CAS/IPOG nº 4 de 22 de maio de 2013, outorga o título de especialista a

BRUNA CARNEIRO VIEIRA DA PAIXÃO

nacionalidade brasileira, nascimento em 08 de abril de 1983, cédula de identidade nº 4300450 - GO, o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 21 de dezembro de 2015.

Prof.º Dr. LEONARDO RODRIGUES DE MORAES
DIRETOR DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

JULIANA FERNANDES DUARTE
CANDIDO
SECRETÁRIA ACADÊMICA

Bruna Paixão
ESPECIALISTA



AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé. 0141
CARTÃO 07 de fevereiro de 2016.
Francisco Taveira
N.ª Maria de Oliveira Neres
escrevente
02001801041805094905956
em http://extrajudicial.tao.br

REGISTRO CIVIL E TABELAMENTO DE NOTAS
4º
CIVIL - GO

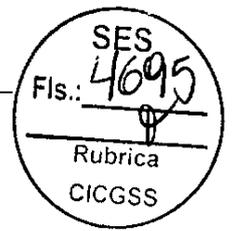
A

EM BRANCO
W. L. BRANCO, LITHO



**DR. ANTONIO
MANICARDI JUNIOR**

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner. There is a large, stylized signature, a smaller signature below it, and some initials at the very bottom.



CERTIDÃO

A Organização das Voluntárias de Goiás, pessoa jurídica, de direito privado, qualificada como Organização Social, sediada á Avenida T-14, nº 249, Setor Bueno, inscrita no CNPJ nº 02.106.664/0001-65, neste ato representada pelo seu Coordenador Geral, **Sr. Afreni Gonçalves Leite, brasileiro, separado judicialmente, administrador, portador da C.I. Nº 250910 SSP/GO e CPF 062.924.371-9, residente e domiciliado nesta capital, certifica para os devidos fins de direito, que o Dr. Antônio Manicardi Júnior, portador do Registro Geral nº 3239290-3, SSP/PR, CPF nº 424.766.239-20, graduado como Biomédico pela Universidade Católica de Goiás, residente e domiciliado nesta capital, foi investido no cargo de Titular do Departamento de Saúde Hospitalar desta organização, em 01/04/1996, salientando que a OVG foi responsável, em virtude de convênio firmado com a Secretaria Estadual de Saúde, no período de 1995 a 1998, pelo processo de gestão e municipalização dos Hospitais Regionais de Goiás, localizados nos municípios de Jaraguá, Morrinhos, Piracanjuba, Rio Verde, Santa Helena de Goiás, Goiatuba, Caldas Novas, Itaberáí, São Luís de Montes Belos, Pires do Rio, constituídos em média, à época, por 42 (quarenta e dois) leitos, Setor de Urgência e Emergência, Centro de Apoio – Diagnóstico, Ortopedia, Raio X, Sala de Gesso, Farmácia, Refeitório, Dormitórios, Ambulâncias, dentre outros.**

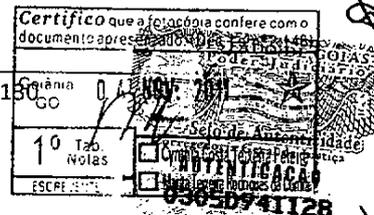
À oportunidade, e, na qualidade de coordenador geral da referida organização reafirmo ou saliento que não temos conhecimento de nenhuma ação ou atividade que desqualifique o Sr. Antônio Manicardi Júnior, como Titular do Departamento de Saúde Hospitalar e/ou como prestador de serviços ao estado de Goiás, no período certificado.

Goiânia, 03 de novembro de 2011.

AFRENI GONÇALVES LEITE
Coordenador Geral



Rua t-14 nº 249 – Setor Bueno, Goiânia-Goiás - CEP: 74230-150
Site: www.ovg.org.br / e-mail: ovg.coger@gmail.com



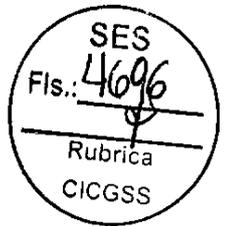
ORGANIZAÇÃO DAS VOLUNTÁRIAS DE GOIÁS

(ÓRGÃO DE AUXÍLIO A HOSPITAIS E ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL)

Registrada em 21-11-1947, com alterações averbadas no Livro A-1, do
Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, Títulos, Documentos e
Protestos, da 2.a Zona de Goiânia, em 27/novembro/1979.

Rua T-14 N.º 144 - Setor Bueno - Fones: 241-6100 - Diretoria 241-8844 - Goiânia
C.G.C. 02106664/0001.65 Inscrição Estadual 10086076/1

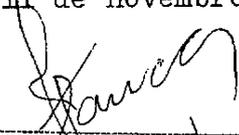
GOIÂNIA - GOIÁS



D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que ANTONIO MANICARDI JÚNIOR desempenhou com eficiência, no período de julho de 1985 a setembro de 1987, as funções de Coordenador Executivo da área de Saúde desta Organização (serviços médico-odontológicos e laboratorial).

Goiânia, 11 de novembro de 1987.



Maria de Sousa França
DIRETORA GERAL
ORGANIZAÇÃO DAS VOLUNTÁRIAS DE GOIÁS



AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA	
Certifico que a fotocópia confere com o documento apresentado.	
Goiânia GO	22 MAI 1987
FONE: (62) 367-3177	
1º Tab. Notas	<input type="checkbox"/> Cópia de Cédula de Matrícula
ESCREVENTES	<input type="checkbox"/> Nota de Matrícula de Turma

AUTENTICAÇÃO
0305043396

ORGANIZAÇÃO DAS VOLUNTÁRIAS DE GOIÁS

[Órgão de auxílio a hospitais e entidades de assistência social]
Registrada em 21-11-1947, com alterações averbadas no Livro A-1, do
Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, Títulos, Documentos e
Protestos, da 2.a Zona de Goiânia, em 27/novembro/1979.

Rua T-14 N.º 144 - Setor Bueno - Fones: 241-6100 - Diretoria 241-2053 - Goiânia
C.G.C. 02106664/0001-65 — Inscrição Estadual 10086076/1

GOIÂNIA - GOIÁS



D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, a pedido da parte interessada que o Jovem, ANTONIO MANICARDI JÚNIOR, Servidor contratado pela Secretaria do Desenvolvimento Social - Auxiliar Técnico Nível V, Biomédico, encontra-se à disposição desta Organização desde julho/85, prestando serviços como SUPERVISOR TÉCNICO, na área de Saúde, coordenando o Mutirão de Saúde que ora se desenvolve no interior e periferia de Goiânia, o primeiro, decorrente de Convênio firmado entre a FUNDAÇÃO LEGIONÁRIAS DO BEM-ESTAR SOCIAL/ORGANIZAÇÃO DAS VOLUNTÁRIAS DE GOIÁS e o GRUPO EXECUTIVO DAS TERRAS DO ARAGUAIA-TOCANTINS e, o segundo decorrente de Convênio celebrado entre a FUNDAÇÃO LEGIONÁRIAS DO BEM-ESTAR SOCIAL/ORGANIZAÇÃO DAS VOLUNTÁRIAS DE GOIÁS/FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO e, ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS, desempenhando com eficiência, dinamismo e presteza, todos os serviços que lhe forem confiados, e, até a presente data, nada consta que possa desaboná-lo.

Goiânia, 21 de outubro de 1985


HELENA BEATRIZ BRANDÃO DE ARAÚJO
Diretora Geral da OVG



AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA JÁ AUTENTICADA	
Certifico que a fotocópia apresentada é fiel e verdadeira em relação ao documento apresentado.	
Goiânia GO	
FONE: 62/3263977	SELO DE AUTENTICIDADE da Juiz de Direito
10 Tab. Notas	<input type="checkbox"/> Muito Interessante
ESCREVEMTES	<input type="checkbox"/> Muito Interessante

UNAERP

Universidade de Ribeirão Preto

Reconhecida pelo Governo Federal - Portaria Ministerial 980/85

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

CERTIFICADO DE ESPECIALIZAÇÃO

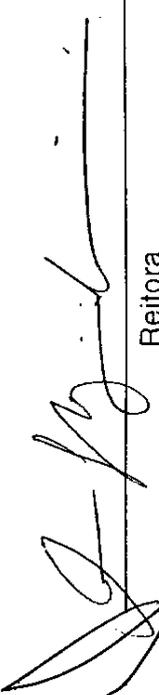


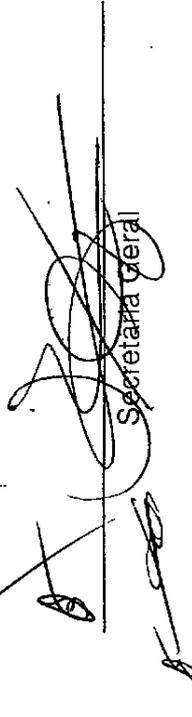
A Reitora da UNAERP, com os poderes conferidos pelo Regimento Geral desta Universidade, CERTIFICA que

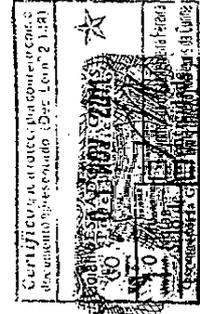
ANTONIO MANICARDI JÚNIOR

concluiu o Curso de **ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE** ministrado por esta Universidade em convênio com a **ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIÁS**, no período compreendido entre 04 de maio de 1996 e 14 de dezembro de 1996, com carga horária de 820 hs. (oitocentos e vinte horas), tendo cumprido todas as exigências regulamentares e obtido a nota **8,0** (oito inteiros).

Ribeirão Preto, 10 de abril de 1997


Reitora

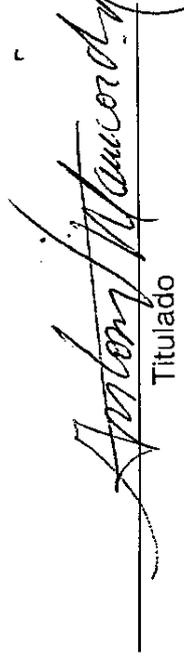

Secretária Geral





Diretor do Centro de Pós-Graduação




Titulado

CURRÍCULO DO CURSO

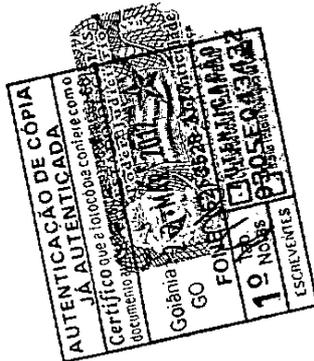
HORAS

DISCIPLINAS:	
A - SAÚDE PÚBLICA:	
Introdução à Saúde Pública	20
Metodologia da Pesquisa	20
Estudo de Problemas Brasileiros	20
Estatística em Saúde	30
Planejamento de Saúde	20
Recursos Humanos na Saúde	20
Administração Geral e da Saúde	60
Administração Financeira	20
Saneamento Ambiental	30
Epidemiologia das doenças transmissíveis, zoonoses e endemias parasitárias	50
Educação em Saúde Pública	30
Vigilância Sanitária e Epidemiológica	30
B - ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR:	
Planejamento Hospitalar	30
Organização e Administração Hospitalar	50
Serviços Técnicos do Hospital	40
Serviços Administrativos do Hospital	40
C - ATIVIDADES COMPLEMENTARES:	
Trabalho Multiprofissional	40
Trabalho Individual	20
Trabalho de Estatística	20
Projeto Hospitalar	20
Relatório de Visita a Unidade Ambulatorial	20
Relatório de Estágio em Hospital	40
Monografia de Campo	150
TOTAL GERAL	820

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
SETOR DE REGISTRO

Certificado registrado sob nº 3185
Livro 10 de 10 de 1997
em 10 de 10 de 1997

SECRETARIA GERAL DA UNIAERP

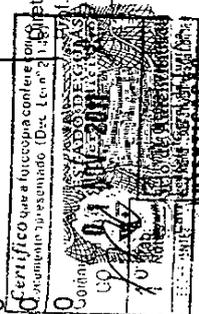


Assinaturas:

Reitora:
Profª Elmara Lúcia de O. Bonini Corauci

Secretária Geral:
Dra. Marly Fimenta Vecchi

Dr. Francisco J. G. T. Ovidio



0305D939931



INSTITUTO DE ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL E ACESSORAMENTO LTDA.

IAIPA INSTITUTO DE ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL CERTIFICADO

Certificamos que **ANTONIO MANICARDI JUNIOR**
filho(a) de **ANTONIO MANICARDI e**
MARIA CAROLINA MANICARDI

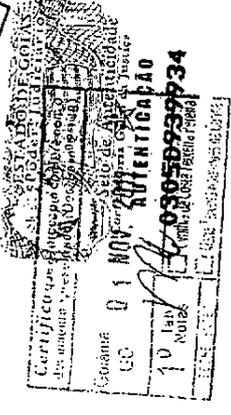
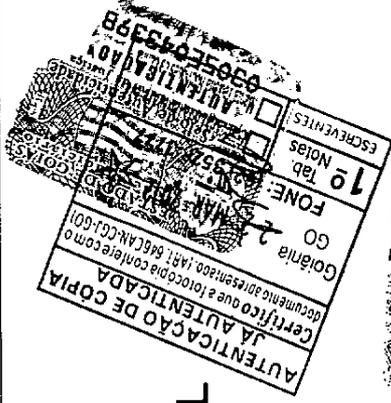
concluiu o curso de **ESPECIALIZAÇÃO EM SAUDE PUBLICA (Lato Sensu)**
no periodo de 15/09/88 a 31/07/89 correspondente a 440 horas-aulas teóricas e 360
horas-aulas práticas, obtendo o aproveitamento regimental.

GOIANIA, 07 de AGOSTO de 1989

Antonio Manicardi
ALUNO
ANTONIO MANICARDI JUNIOR

Carlos Roberto de Carvalho
DIRETOR
CARLOS ROBERTO DE CARVALHO

Leny Aparecida Poastri Vieira
COORDENADOR
LENY APARECIDA POASTRI VIEIRA



SES
47209

HISTORICO ESCOLAR

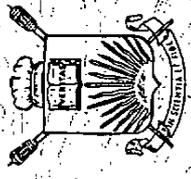
000112

N. CADASTRO	ALUNO	
221	ANTONIO MANICARDI JUNIOR	
TURNA	CURSO	CIDADE
GYN III	ESPECIALIZACAO EM SAUDE PUBLICA (LATO SENSU)	GOIANIA

COD. DISC.	DISCIPLINA	PROFESSOR	C. HOR.	NOTA
SP-101	ABERTURA: ALMA-ATA	A.C.C. / C.H.C. / LENY A.P.VIEIRA	20 h	8,5
SP-102	ADMINISTRACAO GERAL	ANTONIO CARLOS DE CARVALHO	20 h	9,0
SP-103	ADMINISTRACAO PUBLICA I	ANTONIO CARLOS DE CARVALHO	20 h	10,0
SP-104	ADMINISTRACAO PUBLICA II	ANTONIO CARLOS DE CARVALHO	20 h	7,0
SP-105	ADMINISTRACAO SANITARIA	LENY APARECIDA POLASTRI VIEIRA	40 h	9,0
SP-108	PLANEJAMENTO	LENY APARECIDA POLASTRI VIEIRA	20 h	9,0
SP-109	TRABALHO DO MODULO DE ADMINISTRACAO	ANTONIO CARLOS DE CARVALHO	40 h	8,75
SP-201	ESTADISTICA VITAL	CARLOS HENRIQUE DE CARVALHO	20 h	8,0
SP-202	DENOGRAFIA	CARLOS HENRIQUE DE CARVALHO	20 h	8,0
SP-203	BIOESTADISTICA	CARLOS HENRIQUE DE CARVALHO	20 h	9,0
SP-204	EPIDEMIOLOGIA GERAL	RENATO MAURICIO DE OLIVEIRA	20 h	9,0
SP-205	EPIDEM. DAS DOENCAS TRANSMISSIVEIS	GELCIO SISTEROLI DE CARVALHO	20 h	9,0
SP-206	VIGILANCIA SANITARIA	RENATO PEDROSA	20 h	8,0
SP-207	EPIDEMIOLOGIA DAS INUNDO PREVINIVEIS	SIMONNE ALMEIDA E SILVA	20 h	9,0
SP-208	EPIDEMIOLOGIA DAS GRANDES ENDEMIAS	DILERNANDO FAZITO REZENDE	20 h	8,1
SP-209	TRAB. MOD. ESTADISTICA/EPIDEMIOLOGIA	CARLOS HENRIQUE DE CARVALHO	40 h	8,5
SP-301	SOCIOLOGIA I	ELNA VALERIA LOPES	20 h	8,0
SP-302	SOCIOLOGIA II	ELNA VALERIA LOPES	20 h	7,5
SP-303	METODOLOGIA DA PESQUISA	LILIAN P. SANTOS	20 h	7,5
SP-304	PRATICA DE METODOLOGIA DA PESQUISA	LILIAN P. SANTOS	20 h	7,0
SP-309	TRABALHO MODULO CIENCIAS SOCIAIS	LENY APARECIDA POLASTRI VIEIRA	40 h	7,5
SP-401	NUTRICAO	ESTELANARIS TRONCO MONEGO	20 h	8,0
SP-402	SANEAMENTO DO MEIO	EDUARDO J. SOUZA	20 h	7,0
SP-403	ECOLOGIA	JADSON DE ARAUJO PIRES	20 h	8,5
SP-406	ODONTOLOGIA SOCIAL	ANTONIO TAVARES BUENO JUNIOR	20 h	9,5
SP-407	SAUDE DA MULHER/CRIANCA	ROSA DE FATIMA MENDES DA SILVA BASSI	20 h	10,0
SP-901	ESTAGIO EM UNIDADE SANITARIA	LENY APARECIDA POLASTRI VIEIRA	40 h	10,0
SP-905	EDUCACAO EM SAUDE	JEANETE COSTA DIAS	20 h	9,5
SP-909	TRABALHO DE CAMPO	LENY APARECIDA POLASTRI VIEIRA	140 h	9,3
//////	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	/// /	//////
//////	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	/// /	//////
//////	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	/// /	//////
TOTAL DE HORAS-AULA			800 h	//////
M E D I A				8,3

DOCUMENTOS	REGISTROS
CART. ID.: 3.239.298 SSP-GO C. P. F.: 424.766.239-28 T. ELEITOR: RESERVISTA:	PUBLICADO NO DIARIO OFICIAL DO ESTADO DE GOIAS. DE 10 DE AGOSTO DE 1989. REGISTRADO SOB O N. 00112 NO LIVRO N. 01 FOLHA N. 038 DE ACORDO COM A PORTARIA DO NEC N. 949 ART. 6o. DE 27/09/79.

AUTENTICACAO
 JA AUTENTICADA
 Certificado que a forcc
 Confere o
 FONE: 621-3576-3-9905-043402
 1º Tab. Notas
 Escriturvenis Medo Repara Nologos do Ocho



UNIVERSIDADE CATOLICA DE GOIÁS

O REITOR DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES, TENDO PRESENTE O TERMO DE COLAÇÃO DE GRAU DE BACHAREL CONFERIDO EM 25 DE JULHO DE 1985 A ANTONIO MANICARDI JUNIOR FILHO DE ANTONIO MANICARDI MARIA CAROLINA MANICARDI NATURAL DE CIANORTE - ESTADO DO PARANÁ - BRASIL - C.I. Nº 3.239.290.3 - SSP/PR NASCIDO A 17 DE FEVEREIRO DE 1962 POR TER CONCLUÍDO O CURSO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS - MODALIDADE MÉDICA - RECONHECIDO PELA PORTARIA Nº 369 DE 03/06/1980 EXPEDE-LHE O PRESENTE DIPLOMA PARA QUE POSSA GOZAR DE TODAS AS PRERROGATIVAS E DIREITOS CONCEDIDOS A ESTE TÍTULO PELAS LEIS DA REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL.

Antonio Manicardi
 REITOR

GOIÂNIA, 30 DE SETEMBRO DE 1985

Antonio Manicardi
 - DIPLOMADO -

Antonio Manicardi
 VICE REITOR PY ASSUNTOS ACADÊMICOS

BE66E2Q50500
 UNIVERSIDADE CATOLICA DE GOIAS
 GOIÂNIA - GO
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
 Rua... nº...
 GOIÂNIA - GO

SE 100
 14
 Ca
 SS

Universidade Católica de Goiás
SECRETARIA GERAL

Registro nº. 320
Livro 56-02-H.N. Folha 66-0
Goiânia, 14 / 10 / 1985
Isabel R. Soares
Secretária Geral

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

SECRETARIA GERAL

APOSTILA

HABILITAÇÃO:

1. Laboratório Clínico
Registro nº. 320 Livro 56-2 Folha 66-0
Goiânia, 14 de Outubro de 1985
Isabel R. Soares
Secretária Geral

MEC - Universidade Federal de Goiás

DIPLOMA registrado por delegação de competência do Ministério da Educação e Cultura nos termos da Portaria MEC/DAU nº. 71 de 21-10-77, sob o nº. 469 Livro 2.09 Fls. 035-1
Processo 054627/85-05 de 1985
Em 03 de Outubro
Isabel R. Soares
Diretor do Departamento de Assuntos Acadêmicos

CONFERE

EM 13 de Outubro de 1985
Isabel R. Soares
Diretora do D.A.A. - D.A.A. - UFG

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA

MINISTÉRIO DO TRABALHO

CRBM 3.N.C. Oeste Seção Goiás
Diploma registrado sob o n.º 163
Fl. 22 Livro 001, de conformidade com o Decreto-Lei n.º 150 de 9/02/67 e da Portaria do C.F.B.M. 0001/84 - DOU de 27/08/84.

Data 13 / 02 / 86

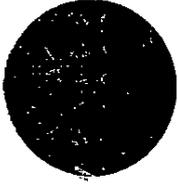
RESPONSÁVEL - C.F.B.M.

Dr. Sérgio Antonio Machado
Responsável Núcleo Centro-Oeste-CRBM-3

AUTENTICAÇÃO DE COPIA	
JÁ AUTENTICADO	GOIÁS
Certificado que contém documento apresentado (Doc. Lei nº 2.1-83)	GOIÂNIA
SECRETARIA GERAL DE BIOMEDICINA	SECRETARIA GERAL DE BIOMEDICINA
1º Tab. Nº 0001604349	1º Tab. Nº 0001604349
ESCREVERES	ESCREVERES

AUTENTICAÇÃO	
Certificado que contém documento apresentado (Doc. Lei nº 2.1-83)	
SECRETARIA GERAL DE BIOMEDICINA	
SECRETARIA GERAL DE BIOMEDICINA	
1º Tab. Nº 0001604349	
1º Tab. Nº 0001604349	
ESCREVERES	
ESCREVERES	

Universidade Paulista



⊕ Reitor da Universidade Paulista, no uso de suas atribuições e tendo em vista a colação de grau no Curso de Farmácia, em 29 de janeiro de 2010, confere o título de **Farmacêutico** a

Antonio Manicardi Junior

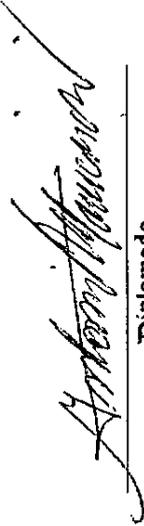
brasileiro, natural do Estado do Paraná, nascido a 17 de fevereiro de 1962, R.G. n.º 3.239.290 3 - PR

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

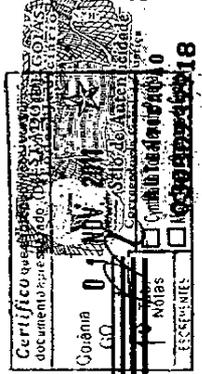
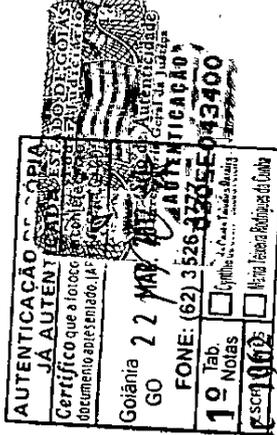
São Paulo, 29 de janeiro de 2010


Reitor

Reitor


Secretário Geral

Secretário Geral



SES
Fls.: 4701
Rubrica
CICGSS



**SR. HENRIQUE
ARAÚJO TORRES**

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Faculdade Ávila de Ciências Humanas e Exatas LTDA.

Faculdade Ávila
Curso reconhecido pela Portaria SESUMEC nº 323 - Publicação D.O.U. 05/07/2006

A DIRETORA GERAL DA FACULDADE ÁVILA, no uso de suas atribuições, tendo em vista o termo de colação de grau em 15 de fevereiro de 2008, e a conclusão no 2º semestre letivo de 2007, do curso de Administração, bacharelado com Habilitação em Gestão Ambiental, confere o grau de

BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO

a
Henrique Araújo Torres

nacionalidade brasileira, nascimento em 27 de junho de 1984,
natural de São Domingos do Prata-MG, cédula de identidade nº 4763482 - DGPC/GO,
outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiania, 10 de março de 2008

Henrique Araújo Torres
Dip(om_dota)

Hãmida Miranda de Oliveira
Secretária Geral

Dilma Ávila Pereira
Diretora Geral



FRANCISCO TAVEIRA
AUTENTICAÇÃO
A presente cópia (ORIGINAL) com o original apresentado, Dou Fé. 0141
4º
REGISTRO CIVIL E GOIÂNIA, 07 de fevereiro de 2018.
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094905861
Consulte em <http://extrajudicial.tjgo.jus.br>

EM BRANCO



INDUSTRIAL



FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS

SES
Fls.: 4704
Rubrica
CICGSS



O Programa de Educação Executiva do FGV Management confere a

HENRIQUE ARAÚJO TORRES

Certificado do Curso

GERENCIAMENTO DE PROJETOS

Nível/Atualização, com 24 horas-aula, realizado no período de 31 de maio de 2012 a 02 de junho de 2012.

Rio de Janeiro, 31 de agosto de 2012.

Fape ST. gf

Felipe da Silva Fernandes Gonçalves
Superintendente Adjunto do FGV Management



CARTÓRIO FRANCISCO TAVEIRA
Av. Tocantins, 263 - Centro
CEP 74055-010 - Goiânia - GO
Telefone: 32.3212-1030

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé. 0141
*GAX30XZJ-S13045-96.
Goiânia, 07 de fevereiro de 2013.

Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094905860
Consulte em <http://extrajudicial.tioo.tj.go.br>

[Handwritten signatures]

EMBRANCO





FRANCISCO TAVEIRA
AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Livro nº. 0141
*GSD-PPM-51304
Goiânia, 07 de fevereiro de 2016.
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094905859
consulte em <http://extrajudicial.tpoa.br>

CERTIFICADO

A Negócios Públicos Eventos certifica que

Henrique Araújo Jones

participou e concluiu o curso

“Gestão do Patrimônio Público”

realizado em Foz de Iguaçu-PR, dia 16 de Março de 2010.

[Signature]
Negócios Públicos Eventos
Coordenador

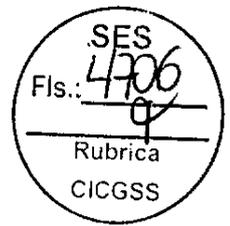
[Signature]
Instrutor

5781

Boletim nº
46
[Signature]

SES
Fls.: 4705
Rubrica
CICGSS

EM BRANCO
A TENDIDO TENDIDO



ESTADO DE GOIÁS
 PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO
 CENTRO DE ESTUDOS
 Praça Cívica nº 26, Centro - Goiânia - Goiás - Cep. 74.003-010
 Fone: (62)3201.6109 - Fax: (62) 3201.6192 - e-mail: cejur@pge.go.gov.br

CERTIFICADO

Conferido a HENRIQUE ARAÚJO TORRES pela participação no "CURSO DE CAPACITAÇÃO DE PREGOEIRO", realizado no período de 18 e 19 de maio de 2006, pelo Centro de Estudos - CEJUR da Procuradoria-Geral do Estado, na cidade de Goiânia - Goiás, ministrado pela Procuradora do Estado AMÉLIA AUGUSTA FLEURY TEIXEIRA.

Duração de 16 (dezesesseis) horas-aula.

Goiânia, 19 de maio de 2006.

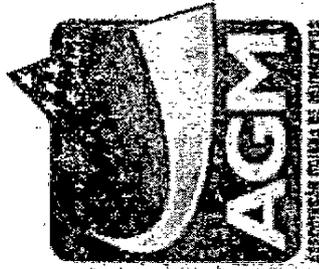
João Furtado de Mendonça Neto
 PROCURADOR-GERAL DO
 ESTADO DE GOIÁS

Amélia Augusta Fleury Teixeira
 PROCURADORA-CHEFE DO
 CENTRO DE ESTUDOS

ALVENIÇÃO
 A presente cópia CONFERE com o original apresentada. Dou Fe. 01:41
 "G4X3J9Q9-5130"
 Goiânia, 07 de fevereiro de 2016.
 Nathalia Maria de Oliveira Neres
 escrevente
 Selo: 02001801041805094905858
 Consulte em http://extrajudicial.tioo.tus.br

Handwritten signatures and initials

CERTIFICADO



Certificamos que

HENRIQUE ARAÚJO TORRES

Participou do Curso de Licitação, promovido pela Associação Goiana de Municípios - AGM, nos dias 24 e 25 de setembro de 2009, com carga horária de 16 horas.

Goiania, 25 de setembro de 2009.

Sergio Siqueira
Sergio Siqueira
Assessor Jurídico da AGM

Abelardo Vaz Filho
Abelardo Vaz Filho
Presidente da AGM



CARTÓRIO FRANCISCO TAVEIRA
PROTESTOS E TABELIÃO DE NOTAS
Av. Tocantins, 88 - Centro
CEP 74015-210 - Goiânia - GO
Fone: 3212-1836

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado, Vou Fé. 0141
GOIÂNIA, 07 de fevereiro de 2018.
Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094906092
Consulte em <http://extrajudicial.tao.br>

[Handwritten signature]

IX CONGRESSO GOIANO DE DIREITO ADMINISTRATIVO CERTIFICADO

38

Certificamos que

Henrique Araújo Torres

participou do IX CONGRESSO GOIANO DE DIREITO ADMINISTRATIVO, realizado de 16 a 18 de junho de 2010, no Centro de Convenções de Goiânia.

Carga horária: 30 horas

Goiânia, 18 de junho de 2010.

Fabrizio Duarte
Fabrizio Duarte
Presidente IDAIG



CANTÃO FRANCISCO TAVERA
4º
REGISTRO CIVIL E
DELEGADO DE NOTAS
020180104

FRANCISCO TAVERA
Av. Tocantins, 460 - Goiânia
DEP 74015-710 - Goiânia - GO
Fone: (62) 3212-1000

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé. 0141
*GSE/DF/AR/05/3047-97.
Goiânia, 07 de fevereiro de 2018.

Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094906091
Consulte em <http://extrajudicial.tjgo.br>

[Handwritten signature]

EMI BRANCO
→ EMISERVA EMISERVA

CERTIFICADO

A Negócios Públicos Eventos certifica que

Henrique Araújo Torres

participou e concluiu o curso

"Contratação Direta: dispensa e inexigibilidade"

realizado em Foz de Iguaçu-PR, dia 17 de Março de 2010.

[Signature]
Diretor

[Signature]
Supervisor de Recursos Humanos

[Stamp]

SES
Fls.: 4710
Rubrica
CICGSS

licitações e contratos

INSTITUTO DE ENSINO

OFICINA
FRANCISCO TAVEIRA
REGISTRO EM LÍQUIDAÇÃO DE CONTAS

Av. Tocantins, 283 - Centro
CEP: 74055-010 - Goiânia - GO
Fones: 32 212 1009

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé. 0141
G318AP2013042-7
Goiânia, 07 de fevereiro de 2018.

Nathalia Maria de Oliveira Neres
escrevente
Selo: 02001801041805094906089
Consulte em <http://extrajudicial.tao.15.br>



NEGOCIOS PUBLICOS

OFICINA
FRANCISCO TAVEIRA
REGISTRO CIVIL E
TRABALHO DE NOTAR
02/194 - 09

[Signature]



**SR. RODOLFO
PAULINO DA SILVA
VIEIRA**

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping loop followed by a vertical stroke and a small flourish.



ESTADO DO PARANÁ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

RECONHECIDA PELO DECRETO FEDERAL N.º 77.583 DE 11/06/1976, PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 12/05/1976

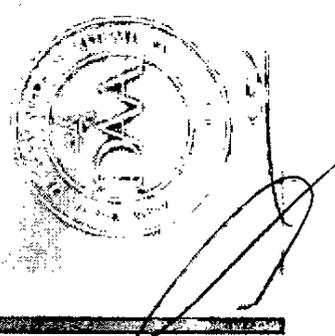
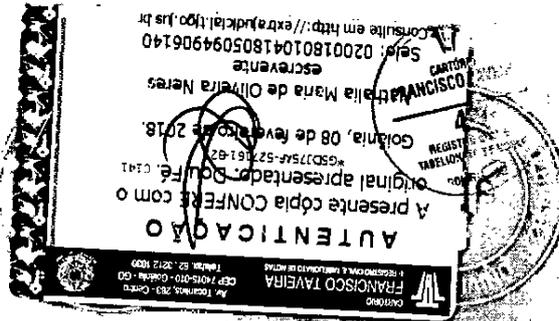
CERTIFICADO

concedido a *Rodolfo Paulino da Silva Vieira* por ter concluído em 30 de julho de 2015 o curso de Pós-Graduação em *Controladoria e Finanças em Saúde - Área de Concentração: Controladoria e Finanças*, em nível de *Especialização*, com 405 horas, aprovado pelo Departamento de Ciências Contábeis desta Universidade, através da Resolução Nº 146/12, de 04/12/2012.

Maringá, 23 de março de 2016.

Katia Abbas
Prof.ª Dra. Katia Abbas
Coordenadora

Prof. Dr. Ronaldo Augusto de Lara Gonçalves
Diretor de Assuntos Acadêmicos



FM BRANCO
CONFIDENTIAL

HISTÓRICO

Disciplina(s):	Teórico	Carga Horária Prática	Total	% Freq.	Nota	Situação Final
FATURAMENTO, AUDITORIA, CREDENCIAMENTO, GLOSAS Ministrante(s): Glaucia Piza Silva, Mestre em Saúde Coletiva	15	0	15	100	8,0	Aprovado(a)
GESTÃO CONTÁBIL Ministrante(s): Ademir Mascarenho Morbio, Mestre em Ciências Contábeis, Finanças e Administração	30	0	30	100	9,5	Aprovado(a)
GESTÃO CONTÁBIL II Ministrante(s): Cleudir Marques, Doutor em Ciências Contábeis	15	0	15	100	10,0	Aprovado(a)
GESTÃO DA QUALIDADE EM EMPRESAS DA ÁREA DA SAÚDE E ACREDITAÇÃO HOSPITALAR Ministrante(s): Luiz Carlos Bordin, Mestre em Enfermagem	30	0	30	100	9,5	Aprovado(a)
GESTÃO DAS OPERAÇÕES E GESTÃO ADMINISTRATIVA Ministrante(s): Eduardo Mandinho, Mestre em Administração	30	0	30	100	9,0	Aprovado(a)
GESTÃO DE CUSTOS EM EMPRESAS DA ÁREA DA SAÚDE Ministrante(s): Edalino Pacifico de Araujo, Mestre em Ciências Contábeis Kelly Cristina Maciel Marques, Doutora em Ciências	15	0	15	100	8,0	Aprovado(a)
GESTÃO DE PESSOAS Ministrante(s): Aparecida do Rocio Freitas, Doutora em Sociologia	30	0	30	100	8,9	Aprovado(a)
GESTÃO FINANCEIRA I Ministrante(s): Romildo do Oliveira Moraes, Doutor em Ciências Contábeis	30	0	30	100	8,8	Aprovado(a)
GESTÃO FINANCEIRA II Ministrante(s): Simone Leticia Raimundini Sanches, Doutora em Administração	15	0	15	100	9,5	Aprovado(a)
GESTÃO ORÇAMENTÁRIA EM EMPRESAS DA ÁREA DA SAÚDE Ministrante(s): Argelio Alves da Silva, Mestre em Ciências Contábeis	15	0	15	100	9,0	Aprovado(a)
LEGISLAÇÃO E ÉTICA EM EMPRESAS DA ÁREA DA SAÚDE Ministrante(s): Josemir Teixeira, Mestre em Direito	15	0	15	80	7,0	Aprovado(a)
LOGÍSTICA - COMPRAS, ESTOQUES E ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS EM EMPRESAS DA ÁREA DA SAÚDE Ministrante(s): Joyce Meneses de Feresca Torin, Mestre em Contabilidade	15	0	15	100	9,2	Aprovado(a)
MARKETING APLICADO ÀS EMPRESAS DA ÁREA DA SAÚDE Ministrante(s): Olga Maria Coutinho Peçoca, Doutora em Administração	30	0	30	100	7,5	Aprovado(a)
METODOLOGIA DA PESQUISA Ministrante(s): Neuzo Corde de Oliveira, Mestre em Administração	30	0	30	100	10,0	Aprovado(a)
MÉTODOS AVANÇADOS EM GESTÃO DE CUSTOS Ministrante(s): Reinaldo Rodrigues Camacho, Doutor em Contabilidade e Contabilidade	15	0	15	100	9,0	Aprovado(a)
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM EMPRESAS DA ÁREA DA SAÚDE Ministrante(s): Valter Afonso Vieira, Doutor em Administração	30	0	30	100	9,5	Aprovado(a)
SEMINÁRIOS AVANÇADOS EM CONTROLADORIA E FINANÇAS EM SAÚDE Ministrante(s): Roberto Rivalino Martins Ribeiro, Mestre em Contabilidade	15	0	15	100	8,0	Aprovado(a)
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO EM EMPRESAS DA ÁREA DA SAÚDE Ministrante(s): Gláucine Camilla Lepardini Lual, Doutora em Ciências						

Total da Carga Horária Curricular: 405

Nota: 7,0 Data: 30/07/2015 Resultado: Aprovado(a)

Trab. de Conc. de Curso: Reflexão sobre a implantação e tratamento das glosas na contabilidade hospitalar.

Orientador(a): Simone Leticia Raimundini Sanches, Doutora em Administração

CURSO PROMOVIDO POR ESTA UNIVERSIDADE NO PERÍODO DE 02 DE AGOSTO DE 2013 A 01 DE AGOSTO DE 2016.

A conclusão do curso pode ser antecipada pelo aluno mediante apresentação prévia do Trabalho de Conclusão de Curso junto à banca examinadora.

Este curso obedeceu a todas as disposições da Resolução n.º 001/2007 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Maringá, 23 de março de 2016.

Registro Nº: 157/2016-DAA
Livro: RPGE-66
Folhas: 67
Data do Registro: 23/03/2016

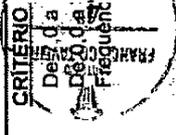
CURSO FRANCISCO TAWEIRA
Av. Domínio, 283 - Centro
CEP: 70100-000 - Maringá, GO
Tel: (61) 3619-1000

AUTENTICAÇÃO

Presente cópia CONFERE com o original apresentado. Pou F. 6141
*G50720-52
Maringá, GO, 08 de fevereiro de 2018.

Nathalia Maria de Oliveira Peres
escrevente
Selo: 02001801041805094906133
Consulte em http://extrajudicial.toc.br/GSS

ES 4713
Fis.:
Carica
GSS



[Handwritten signature]

CENTRO UNIVERSITÁRIO MOURA LACERDA

Credenciado pelo Decreto de 28/10/1967 - D.O.U. 30/10/1967, seção 01 - p. 245, 24, 42/7
Reconhecimento pela Portaria nº 2.587, de 29/07/2005 - D.O.U. de 02/08/2005
Rua Padre Eudélio, 885 - Ribeirão Preto - São Paulo
Av. Dr. Osório de Moura Lacerda, 1528 - Ribeirão Preto - São Paulo
Av. Amador Zardim, 55 - Jaboticabal - São Paulo



O Reitor do Centro Universitário Moura Lacerda, no uso de suas atribuições e tendo

em vista a conclusão, em 16 de dezembro de 2006, do Curso de Ciências Contábeis,

Reconhecido através do Decreto nº 70.078 de 31 de janeiro de 1972, D.O.U. de 1º de fevereiro de 1972

confere, o título de Bacharel em Ciências Contábeis a

RODOLFO PAULINO DA SILVA VIEIRA

nascido em 25 de novembro de 1983, natural de Ribeirão Preto - SP, nacionalidade brasileira,

cédula de identidade nº 34.280.257-4 SSP/SP, e outorga-lhe o presente diploma,

a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Ribeirão Preto, 27 de fevereiro de 2007

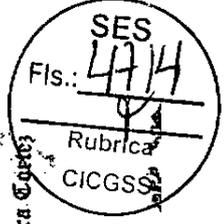
Fátima
Secretária Geral

Fátima Aparecida Projezam Batista
R.G. 11.665.355

Rodolfo Paulino da Silva Vieira
Diplomado

Rodolfo Paulino da Silva Vieira
Reitor

Prof. Dr. Glaucio Eduardo Pereira Lopes
R.G. 7.450.145



AUTENTICAÇÃO
A presente cópia CONFERE com o original apresentado. Dou Fé. CIA
*GSM/ALV-527161-10
Colônia, 08 de fevereiro de 2008
Nathalia Maria de Oliveira Moraes
escrevente
Selo: 02001801041805094906141
Consulte em <http://extrajudicial.tjro.jus.br>