



Juiz de fora, 13 de novembro de 2024.

À
COMISSÃO INTERNA DE CHAMAMENTO PÚBLICO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
GOIÁS – SES/GO

Ref.: Chamamento Público nº 02/2024 – SES/GO
Processo: PROCESSO: 202300010063743

O HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, entidade filantrópica inscrita no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, em Juiz de Fora, MG (CEP: 36025-140), endereço eletrônico: juridicoelicitacao@hmtj.org.br, carlamachado@hmtj.org.br e marianabarbosa@hmtj.org.br, por seus representantes legais infra-assinados, Dra. **Carla Machado dos Santos**, brasileira, solteira, advogada regularmente inscrita na OAB/RJ sob o número 80.192 e CPF 023.420.807-43, Dr. **Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba**, brasileiro, divorciado, contador, portador da carteira de identidade MG- 6649396 SSP MG, inscrito no CPF sob o nº 261.429.297-49 e Dr. **Marco Antônio Guimaraes de Almeida**, brasileiro, casado, contador e Advogado, portador da Carteira de Identidade M3040499 expedida pelo SSP MG e CPF 485.399.966-34, todos com endereço profissional na Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, em Juiz de Fora, MG (CEP: 36025-140), com base no item 9, do edital, vem, pela presente, interpor **RECURSO ADMINISTRATIVO** contra a decisão da Comissão Julgadora, pelos fatos e fundamentos seguintes:

DO EFEITO SUSPENSIVO

Requer a RECORRENTE, sejam recebidas as presentes razões e encaminhadas à autoridade competente para sua apreciação e julgamento, concedendo efeito suspensivo ao presente recurso até julgamento final da via administrativa.

DOS FATOS

Após uma análise da documentação apresentada pela **ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE- AGIR**, é possível observar que a vencedora não cumpriu regras estabelecidas no edital assim como desatendeu critérios técnicos, conforme será apresentado abaixo e ainda, apresentou proposta financeira inexecutável.

O Princípio da vinculação ao instrumento convocatório impõe-se aos proponentes, e de igual forma impõe-se a Administração Pública a observância das normas contidas no Edital, de forma objetiva e a segurança jurídica e a legítima expectativa dos licitantes ao determinar previamente, quais regras regerão o certame e o comportamento da Administração Pública.

Segundo Lucas Rocha Furtado, Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União, o instrumento convocatório:

“É a lei do caso, aquela que irá regular a atuação tanto da administração pública quanto dos licitantes. Esse princípio é mencionado no art. 3º da Lei de Licitações, e enfatizado pelo art. 41 da mesma lei que dispõe que “a Administração não pode descumprir as normas e condições do edital, ao qual se acha estritamente vinculada”. (FURTADO, Lucas Rocha. Curso de Direito Administrativo, 2007, p.416). Grifos nossos

A respeito da previsão da aplicação da vinculação ao edital, o qual norteia todo o procedimento licitatório, entende o STJ:

DIREITO ADMINISTRATIVO. LICITAÇÃO. EDITAL COMO INSTRUMENTO VINCULATORIO DAS PARTES. ALTERAÇÃO COM DESCUMPRIMENTO DA LEI. SEGURANÇA CONCEDIDA. É entendimento correntio na doutrina, como na jurisprudência, que o "edital", no procedimento licitatório, constitui lei entre as partes e instrumento de validade dos atos praticados no curso da licitação. Ao descumprir normas editalícias, a administração frustra a própria razão de ser da licitação e viola os princípios que direcionam a atividade administrativa, tais como: o da legalidade, da moralidade e da isonomia. A Administração, segundo os ditames da lei, pode, no curso do procedimento, alterar as condições inseridas no instrumento convocatório, desde que, se houver reflexos nas propostas já formuladas, renove a publicação (do edital) com igual prazo daquele inicialmente estabelecido, desservindo, para tal fim, meros avisos internos informadores da modificação. Se o edital dispensou as empresas recém-criadas da apresentação do "balanço de abertura", defeso era à Administração valer-se de meras irregularidades desse documento para inabilitar a proponente (impetrante que, antes, preenchia os requisitos da Página - 10 - de 13 lei). Em face da lei brasileira, a elaboração e assinatura do balanço e atribuição de contador habilitado, dispensada a assinatura do diretor da empresa respectiva. Segurança concedida. Decisão unanime. (STJ - MS: 5597 DF 1998/0002044-6, Relator: Ministro DEMÓCRITO REINALDO, Data de Julgamento: 13/05/1998, S1 - PRIMEIRA SEÇÃO, Data de Publicação: DJ 01.06.1998 p. 25 LEXSTJ vol. 110 p. 60) [grifos nossos].

O ordenamento jurídico pátrio estabelece que a Administração Pública, em matéria de licitação, dentre outros princípios, encontra-se adstrita aos da seleção mais vantajosa para administração e da vinculação ao instrumento convocatório.

DA NÃO APRESENTAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA PELA AGIR

De acordo com o edital de chamamento, em sua página 80, é obrigatória a apresentação da declaração de validade jurídica da proposta, conforme modelo expresso na página 86 do edital, tanto no envelope 1 (proposta técnica) quanto no envelope 2 (documentos de habilitação):

ANEXO II DO EDITAL **MODELOS DE DECLARAÇÕES**

MODELO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA (deve ser juntada também ao Envelope II - PROPOSTA DE TRABALHO)

Ref.: Chamamento Público nº 02/2024

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei na **Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho - Goiás**, localizada na Avenida Nossa Senhora Aparecida, Fazenda Três Palmeiras (antiga estrada vicinal) - Goiás - GO, todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 02/2024.

Declaro que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção.

Informo, 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.

Em _____, _____ de _____ de _____.

Edital 63234604 SEI 202300010063743 / pg. 86

A falta de entrega de documentos exigidos no edital de licitação, no caso a Declaração de Validade Jurídica da Proposta, impede a continuidade de participação da Proponente Agir, haja vista que representa descumprimento das normas e condições do edital. Com base no Princípio da Vinculação do Edital, a Administração Pública deve respeitar as regras previamente estabelecidas no instrumento convocatório que rege o chamamento.

A exigência de documentos previstos expressamente no edital não configura formalismo excessivo, mas sim observância aos Princípios da Legalidade e da Vinculação ao Instrumento Convocatório.

A falta de apresentação da referida declaração pela **ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE- AGIR** trata-se de **erro substancial**, não sendo sequer possível o saneamento por meio de diligências, **impedindo assim a aplicação do princípio do formalismo moderado**.

Ora, através da declaração de validade jurídica, as proponentes declaram: (1) a validade temporal da proposta de 120 dias, (2) declaram expressamente que conhece as leis e normas que respaldam a parceria (3) declaram que respeitará o caráter público da unidade.

A decisão da comissão em aceitar proposta orçamentária desacompanhada da declaração de validade jurídica da proposta constitui clara afronta às disposições do edital e, mais uma vez, prejudica a lisura e equidade do certame.

Ao deixar de apresentar dita declaração, conforme exigido na página 80 do edital, a **Proponente Agir se desobriga do cumprimento de preceitos fundamentais, que são lícitos que se exija.**

Convém ressaltar que a finalidade do certame é satisfazer o interesse público e buscar a proposta mais vantajosa, desde que cumpridas as exigências estabelecidas no instrumento convocatório, que faz lei entre as partes, como também respeitar os princípios constitucionais e administrativos.

Portanto considerando que a proposta técnica apresentada pela ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE- AGIR não declara que conhecimento das leis e normas que respaldam a parceria e que respeitará o caráter público da unidade e considerando que a proposta técnica apresentada pela ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE- AGIR não declara que o prazo de validade da proposta é de 120 dias, requer a Recorrente a desclassificação da proposta técnica apresentada pela ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE- AGIR.

DA INEXEQUIBILIDADE DA PROPOSTA FINANCEIRA

Pelo que se depreende da proposta financeira apresentada pela AGIR, a mesma se manifesta inexecutável, e não guardou coerência com as exigências definidas no edital e com a realidade da PRRV.

Como restará demonstrado, não há o que se falar em erro formal ou material na proposta financeira apresentada pela AGIR, trata-se de evidente erro substancial, insanável, que altera toda proposta financeira apresentada pela OSS para gestão da PRRV, o que impactará o interesse público para a saúde dos usuários.

A prevalecer tal erro, restarão descumpridos princípios básicos do Direito Administrativo, tais como da isonomia, da vinculação ao instrumento convocatório, da legalidade, da segurança jurídica, dentre outros.

DO VALOR IRRISÓRIO ATRIBUÍDO PELA AGIR PARA PAGAMENTO DE ENCARGOS SOCIAIS E CONTRIBUIÇÕES

Em uma simples análise da proposta financeira apresentada pela AGIR anexada na página 817 é possível observar que foi atribuído valor irrisório para pagamento de encargos sociais e contribuições, o que comprometerá a execução das atividades, pois não reflete

adequadamente os custos reais associados às obrigações trabalhistas, previdenciários e fiscais.

A proposta financeira apresentou a despesa de R\$ 733.270,65 para despesas com remuneração de pessoal e o valor de R\$ 167.185,71 para encargos sociais e contribuições, ou seja, 22,80%, o que não se coaduna com a realidade e em desconformidade com a legislação vigente em relação aos percentuais de encargos sociais e tributos.

Chama POLICLÍNICA EST			
ITENS DE DESPESAS	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3
1. Pessoal	1.662.018,36	1.662.018,36	1.662.018,36
1.1. Remuneração de Pessoal	733.270,65	733.270,65	733.270,65
1.2. Encargos Sociais e Contribuições	167.185,71	167.185,71	167.185,71
1.3. Benefícios	4.212,00	4.212,00	4.212,00
1.4. Outras Formas de Contratação	757.350,00	757.350,00	757.350,00
2. Materiais e Medicamentos de uso no Paciente	25.437,52	25.437,52	25.437,52
2.1. Medicamentos	12.210,01	12.210,01	12.210,01
2.2. Materiais Médicos Hospitalares e Odontológicos	9.666,26	9.666,26	9.666,26
2.3. Medicamentos Gases Medicinais	3.561,25	3.561,25	3.561,25
3. Materiais de Consumo Geral	9.103,95	9.103,95	9.103,95
3.1. Combustíveis e Lubrificantes	554,43	554,43	554,43
3.2. Gases Industriais	593,58	593,58	593,58
3.3. Gêneros Alimentícios (Coletivo)	645,47	645,47	645,47
3.4. Materiais de E.P.I.	508,91	508,91	508,91
3.5. Materiais Descartáveis	233,97	233,97	233,97
3.6. Materiais de Escritório, Impressos e de Informática	696,45	696,45	696,45
3.7. Materiais de Higiene e Limpeza	2.296,93	2.296,93	2.296,93
3.8. Materiais de Esterilização	532,58	532,58	532,58
3.9. Peças e Materiais de Manutenção - Equipamentos	591,76	591,76	591,76
3.10. Peças e Materiais de Manutenção - Predial	1.439,34	1.439,34	1.439,34
3.11. Outros Materiais de Consumo	1.010,54	1.010,54	1.010,54
4. Prestação de serviços	653.244,81	653.244,81	653.244,81
4.1. Serviços de Lavanderia	18.869,09	18.869,09	18.869,09
4.2. Serviços de Nutrição	24.537,11	24.537,11	24.537,11
4.3. Serviços de Limpeza	19.139,00	19.139,00	19.139,00
4.4. Serviços de Resíduos	1.282,05	1.282,05	1.282,05
4.5. Serviços de Vigilância	22.592,44	22.592,44	22.592,44
4.6. Serviços de Informática	2.766,53	2.766,53	2.766,53
4.7. Serviços de Manutenção Outros	14.170,04	14.170,04	14.170,04
4.8. Serviços de Manutenção de Equipe. Eletromédicos	12.955,46	12.955,46	12.955,46
4.9. Serviços de Consultoria e Auditoria	8.029,69	8.029,69	8.029,69
4.10. Serviço Médico - P.J - Variáveis	42.933,86	42.933,86	42.933,86
4.11. Serviços de Diagnóstico por Imagem	58.697,04	58.697,04	58.697,04
4.12. Serviços Laboratoriais	26.788,12	26.788,12	26.788,12
4.13. Serviço de Banco de Dados e Hospedagem em Nuvem	7.017,54	7.017,54	7.017,54
4.14. Serviço de Certificação Digital	8.906,88	8.906,88	8.906,88
4.15. Serviços de Transporte	98.276,63	98.276,63	98.276,63
4.16. Serviços de Hemodiálise	280.296,83	280.296,83	280.296,83
4.17. Serviços de Esterilização	3.711,20	3.711,20	3.711,20
4.18. Serviço de Dedetização	2.275,30	2.275,30	2.275,30
5. GERAIS	116.647,08	116.647,08	116.647,08
5.1. Impostos, Taxas, Contribuições e Desp. Legais (dir.)	19,28	19,28	19,28
5.2. Seguros (veículos / fiança / equiptos)	216,89	216,89	216,89
5.3. Água e Esgoto (ind.)	5.923,46	5.923,46	5.923,46
5.4. Energia Elétrica (ind.)	12.483,51	12.483,51	12.483,51
5.5. Internet (ind)	320,51	320,51	320,51

O percentual de encargos sociais e contribuições apresentado (22,80%) foi subestimado em relação aos custos reais envolvidos na gestão do hospital, especialmente considerando a natureza das obrigações trabalhistas e fiscais exigidas para o setor da saúde.

É importante destacar que os encargos sociais e as contribuições obrigatórias previstos em legislação são substancialmente mais elevados do que o percentual apresentado pela AGIR em sua proposta.

Encargos e contribuições obrigatórias previstos em legislação trabalhista:

Encargos Sociais e Provisões (13º Salário e Férias)	
Descrição	Alíquota Mensal
Fundo de Garantia por Tempo de Serviço	8,00%
13º Salário	8,33%
Encargos FGTS sobre 13º salário	0,67%
Férias	8,33%
Abono de férias	2,78%
Encargos FGTS sobre férias	0,89%
PIS s/remuneração paga ou creditada	1,00%
Aviso-Prévio	8,33%
Indenização Compensatória (50%) dos Depósitos do FGTS	4,00%
TOTAL GERAL	42,33%

A proposta apresentada não reflete de forma precisa o valor necessário para cumprir com as obrigações trabalhistas e fiscais de forma plena, conforme a legislação vigente, comprometendo a viabilidade econômica e financeira do projeto e a qualidade da gestão hospitalar da PRRV.

Dessa forma requer a Recorrente a desclassificação da OSS AGIR.

DA INEXEQUIBILIDADE DA PROPOSTA PARA SERVIÇOS DE LABORATÓRIO NA PROPOSTA APRESENTADA PELA LICITANTE AGIR

A Organização social AGIR apresentou valor para serviços laboratoriais manifestamente inexequíveis.

Os custos necessários a estruturação e operacionalização do serviço são incompatíveis com a proposta financeira de R\$ 26.788,12 para serviço laboratorial apresentado pela AGIR, o que enseja, por conseguinte, a desclassificação da proposta pela inexequibilidade.

agir

Cham:
POLICLÍNICA EST

ITENS DE DESPESAS	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3
1. Pessoal	1.662.018,36	1.662.018,36	1.662.018,36
1.1. Remuneração de Pessoal	733.270,65	733.270,65	733.270,65
1.2. Encargos Sociais e Contribuições	167.185,71	167.185,71	167.185,71
1.3. Benefícios	4.212,00	4.212,00	4.212,00
1.4. Outras Formas de Contratação	757.350,00	757.350,00	757.350,00
2. Materiais e Medicamentos de uso no Paciente	25.437,52	25.437,52	25.437,52
2.1. Medicamentos	12.210,01	12.210,01	12.210,01
2.2. Materiais Médicos Hospitalares e Odontológicos	9.666,26	9.666,26	9.666,26
2.3. Medicamentos Gases Medicinais	3.561,25	3.561,25	3.561,25
3. Materiais de Consumo Geral	9.103,95	9.103,95	9.103,95
3.1. Combustíveis e Lubrificantes	554,43	554,43	554,43
3.2. Gases Industriais	593,58	593,58	593,58
3.3. Gêneros Alimentícios (Coletivo)	645,47	645,47	645,47
3.4. Materiais de E.P.I.	508,91	508,91	508,91
3.5. Materiais Descartáveis	233,97	233,97	233,97
3.6. Materiais de Escritório, Impressos e de Informática	696,45	696,45	696,45
3.7. Materiais de Higiene e Limpeza	2.296,93	2.296,93	2.296,93
3.8. Materiais de Esterilização	532,58	532,58	532,58
3.9. Peças e Materiais de Manutenção - Equipamentos	591,76	591,76	591,76
3.10. Peças e Materiais de Manutenção - Predial	1.439,34	1.439,34	1.439,34
3.11. Outros Materiais de Consumo	1.010,54	1.010,54	1.010,54
4. Prestação de serviços	653.244,81	653.244,81	653.244,81
4.1. Serviços de Lavanderia	18.869,09	18.869,09	18.869,09
4.2. Serviços de Nutrição	24.537,11	24.537,11	24.537,11
4.3. Serviços de Limpeza	19.139,00	19.139,00	19.139,00
4.4. Serviços de Resíduos	1.282,05	1.282,05	1.282,05
4.5. Serviços de Vigilância	22.592,44	22.592,44	22.592,44
4.6. Serviços de Informática	2.766,53	2.766,53	2.766,53
4.7. Serviços de Manutenção Outros	14.170,04	14.170,04	14.170,04
4.8. Serviços de Manutenção de Equipe. Eletromédicos	12.955,46	12.955,46	12.955,46
4.9. Serviços de Consultoria e Auditoria	8.029,69	8.029,69	8.029,69
4.10. Serviço Médico - PJ - Variáveis	42.933,86	42.933,86	42.933,86
4.11. Serviços de Diagnóstico por Imagem	58.697,04	58.697,04	58.697,04
4.12. Serviços Laboratoriais	26.788,12	26.788,12	26.788,12
4.13. Serviço de Banco de Dados e Hospedagem em Nuvem	7.017,54	7.017,54	7.017,54
4.14. Serviço de Certificação Digital	8.906,88	8.906,88	8.906,88
4.15. Serviços de Transporte	98.276,63	98.276,63	98.276,63
4.16. Serviços de Hemodiálise	280.296,83	280.296,83	280.296,83
4.17. Serviços de Esterilização	3.711,20	3.711,20	3.711,20
4.18. Serviço de Dedetização	2.275,30	2.275,30	2.275,30
5. GERAIS	116.647,08	116.647,08	116.647,08
5.1. Impostos, Taxas, Contribuições e Desp. Legais (dir.)	19,28	19,28	19,28
5.2. Seguros (veículos / fiança / equiptos)	216,89	216,89	216,89
5.3. Água e Esgoto (ind.)	5.923,46	5.923,46	5.923,46
5.4. Energia Elétrica (ind.)	12.483,51	12.483,51	12.483,51
5.5. Internet (Indt)	320,51	320,51	320,51

Atualmente a PRRV tem despesa aproximada de R\$ 153.824,39 com serviços laboratoriais, o que reflete um quantitativo aproximado de 7.673 exames/mês, sendo possível observar que o ticket médio de preço praticado pela unidade atualmente para os serviços laboratoriais é de R\$ 20,04.

Nessa linha, o valor apresentando na proposta da AGIR de R\$ 26.788,12 para serviços laboratoriais reflete quantitativo aproximado de 1.336 exames/mês, o que é inexecuível para a demanda da PRRV.

A proposta orçamentária subestima de forma significativa os custos reais para a realização dos exames laboratoriais previstos para a PRRV, de forma a garantir a qualidade e a confiabilidade dos resultados.

A análise detalhada da quantidade de exames a serem realizados, juntamente com os custos unitários de cada procedimento realizado, levando em conta o ticket médio, revela que o valor proposto não é suficiente para cobrir os custos operacionais atuais.

Esse desajuste comprometerá a qualidade dos exames, o quantitativo ofertado e a sustentabilidade financeira do contrato.

Diante do exposto, outra saída não comporta a não ser a desclassificação da AGIR pela inexecuibilidade de sua proposta.

DA INEXEQUIBILIDADE DA PROPOSTA PARA SERVIÇOS DE IMAGEM NA PROPOSTA APRESENTADA PELA LICITANTE AGIR

A Organização social AGIR apresentou valor para serviços de imagem manifestamente inexecuíveis.

Os custos necessários a estruturação e operacionalização do serviço são incompatíveis com a proposta financeira apresentado na proposta da AGIR, o que enseja, por conseguinte, a desclassificação da proposta pela inexecuibilidade.

Em análise detalhada, observa-se que a proposta apresentada pela AGIR para serviço de imagem no valor de R\$ 58.697,04 está em desacordo com as exigências técnicas e financeiras do edital.

Atualmente a PRRV tem despesa aproximada de R\$ R\$ 119.072,50 com serviços de imagem, o que reflete um quantitativo aproximado de 1.668 exames/mês, sendo possível observar que o ticket médio de preço do serviço de R\$ 71,39.

A análise detalhada da quantidade de exames a serem realizados, juntamente com os custos unitários de cada procedimento realizado, levando em conta o ticket médio, revela que o valor proposto não é suficiente para cobrir os custos operacionais atuais.

Esse desajuste comprometerá a qualidade dos exames, o quantitativo ofertado e a sustentabilidade financeira do contrato.

Denota-se que o edital previu o quantitativo abaixo:

POLICLÍNICA: GOIÁS		
DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	QUANTIDADE
2. SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)		
2.1 Análises Clínicas	Exame	2.702
2.2 Anatomia patológica	Exame	183
2.3 Audiometria	Exame	10
2.4 Cistoscopia	Exame	10
2.5 Colonoscopia	Exame	55
2.6 Colposcopia	Exame	40
2.7 Densitometria Óssea	Exame	64
2.8 Doppler Vascular	Exame	44
2.9 Ecocardiografia	Exame	51
2.10 Eletrocardiografia	Exame	86
2.11 Eletroencefalografia	Exame	10
2.12 Eletroneuromiografia	Exame	10
2.13 Emissões Otoacústicas	Exame	10
2.14 Endoscopia	Exame	111
2.15 Espirometria	Exame	19
2.16 Holter	Exame	33
2.17 Mamografia	Exame	39
2.18 MAPA	Exame	31
2.19 Nasofibrosocopia	Exame	10
2.20 Punção aspirativa PAAF	Exame	10
2.21 Punção aspirativa por agulha grossa	Exame	10
2.22 Radiologia	Exame	248
2.23 Teste ergométrico	Exame	42
2.24 Tomografia	Exame	394
2.25 Ultrassonografia	Exame	303
2.26 Urodinâmica	Exame	10
2.27 Videolaringoscopia	Exame	10
TOTAL	Exame	4.545

Nessa linha, o valor apresentando na proposta da AGIR de R\$ 58.697,04 para serviços de imagem reflete quantitativo aproximado de 822 exames/mês, o que é inexecutável para a demanda da PRRV.

A proposta orçamentária subestima de forma significativa os custos reais para a realização dos exames previstos para a PRRV, de forma a garantir a qualidade e a confiabilidade dos resultados.

A análise detalhada da quantidade de exames a serem realizados, juntamente com os custos unitários de cada procedimento realizado, levando em conta o ticket médio, revela que o valor proposto não é suficiente para cobrir os custos operacionais atuais.

Esse desajuste comprometerá a qualidade dos exames, o quantitativo ofertado e a sustentabilidade financeira do contrato.

A aceitação da proposta representa um risco iminente de descumprimento das obrigações contratuais, já que não reflete a realidade dos custos operacionais.

Esse desajuste comprometerá a qualidade dos exames, o quantitativo ofertado e a sustentabilidade financeira do contrato.

Diante do exposto, outra saída não comporta a não ser a desclassificação da AGIR pela inexecutabilidade de sua proposta.

DA NECESSÁRIA DESCLASSIFICAÇÃO DA AGIR POR MANIFESTA INEXEQUIBILIDADE DE SUA PROPOSTA

O item 8.7 prevê expressamente que serão desclassificadas as entidades cujas propostas de trabalho contiverem estimativa de despesas para custeio e para Metas de Produção das atividades do hospital com valores manifestamente inexequíveis:

8.6. A classificação, bem como a escolha da entidade será definida por meio da maior Nota Técnica - NT obtida.

8.6.1. Em caso de empate, será considerada a melhor proposta aquela que houver alcançado maior pontuação no fator capacidade operacional; persistindo o fato, será considerada a melhor proposta aquela que houver alcançado maior pontuação no fator experiência; persistindo, ainda, será considerada a melhor proposta aquela que houver alcançado maior pontuação no fator grau de adequação. Permanecendo o empate, será realizado sorteio.

8.7. Serão desclassificadas as entidades cujas propostas de trabalho:

a) Não atendam às especificações técnicas constantes no presente Edital e seus Anexos;

b) Não atingirem uma pontuação total mínima de 50 (cinquenta) pontos e/ou que não alcancem 50% (cinquenta por cento) do total possível de pontos em cada um dos critérios - F.1. Proposta de Modelo Gerencial Assistencial; F.2. Proposta de Ações voltadas a qualidade e F.3. Qualificação Técnica;

c) Contiverem estimativa de despesas para custeio e para Metas de Produção das atividades do hospital com valores manifestamente inexequíveis;

8.8. Será obrigatoriamente justificada a seleção de proposta que não for a mais adequada ao valor de referência constante do Chamamento Público.

Nesse sentido, Marçal Justen Filho alerta sobre os cuidados e possíveis implicações negativas da admissão de propostas com valores inviáveis (Justen Filho, 2010, p. 654):

“ADMITIR GENERALIZADAMENTE A VALIDADE DE PROPOSTAS DE VALOR INSUFICIENTE PODE SIGNIFICAR UM INCENTIVO A PRÁTICAS REPROVÁVEIS. O licitante vendedor procurará alternativas para obter resultado econômico satisfatório. ISSO ENVOLVERÁ A REDUÇÃO DA QUALIDADE DA PRESTAÇÃO, A AUSÊNCIA DE PAGAMENTO DOS

TRIBUTOS E ENCARGOS DEVIDOS, A FORMULAÇÃO DE PLEITOS PERANTE A ADMINISTRAÇÃO E ASSIM POR DIANTE.” (Grifou-se)

O Estado de Goiás ao estabelecer as regras declinadas no edital para gestão e operacionalização da PRRV atuou dentro dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e de acordo com o interesse e conveniência facultado à Administração Pública, conforme art. 37 da CF.

O edital estipulou todas as condições e obrigações da futura gestora, e, não obstante não constar do edital planilha de custos para elaboração da proposta financeira, era imperioso as proponentes a estrita observância aos termos e exigências do edital.

O edital de chamamento público, como sabido, é a normatização a ser estritamente observada tanto pela comissão como pelos proponentes, de modo a atender ao princípio da isonomia entre os demais proponentes.

Segundo Lucas Rocha Furtado, Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União, o instrumento convocatório “é a lei do caso, aquela que irá regular a atuação tanto da administração pública quanto dos licitantes. Esse princípio é mencionado no art. 3º da Lei de Licitações, e enfatizado pelo art. 41 da mesma lei que dispõe que “a Administração **não pode descumprir as normas e condições do edital**, ao qual se acha estritamente vinculada”. (Curso de Direito Administrativo, 2007, p.416)

Nesta linha, aceitar a proposta financeira da AGIR com previsão orçamentária manifestamente inexecutável **é privilegiar um proponente em detrimento de outros, o que fere o princípio da igualdade entre os licitantes.**

Desta forma, imperiosa a desclassificação da AGIR, haja vista o erro substancial apresentado em sua proposta financeira.

MENÇÃO DE EDITAL DIFERENTE DO OBJETO DO CERTAME EM PROPOSTA FINANCEIRA

A Concorrente, ao submeter sua Proposta Financeira, conforme documentos anexados às Fls. 817, 819 e 821, apresenta um erro que compromete a execução do projeto, uma vez que faz referência ao Edital 04/2024, relativo ao Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos.

Chamamento Público nº 04/2024 SES/GO, Processo: 202309010063743
POLICLÍNICA ESTADUAL BRASIL BRUNO DE BASTOS NETO REGIÃO RIO VERMELHO - GOIÁS
ANEXO IV AO TERMO DE COLABORAÇÃO

MÊS 25 MÊS 26 MÊS 27 MÊS 28 MÊS 29 MÊS 30 MÊS 31 MÊS 32 MÊS 33 MÊS 34 MÊS 35

Considerando as especificações e as condições diferentes daquelas exigidas pelo Edital 02/2024- correto, o erro pode afetar a viabilidade da proposta apresentada pela concorrente, uma vez representa riscos essenciais do projeto que realmente precisa ser executado, demonstra-se ainda, que claramente, a proposta financeira não foi preparada de acordo com as exigências do edital correto da licitação em questão.

Considerando a indicação equivocada, revela-se que a proposta financeira foi elaborada com base no edital errado, o que se sugere uma estimativa inadequada de custos ou recursos, impactando diretamente a execução do projeto. Isso pode resultar em subestimação de despesas ou na falta de recursos necessários para concluir as atividades propostas. Nesse sentido, a referência errada a outro edital pode indicar um desalinhamento com o objeto do contrato, ou seja, as especificações do projeto podem não estar sendo atendidas corretamente, o que pode gerar problemas no desenvolvimento das atividades ou até mesmo no fornecimento de materiais e serviços.

Ainda, uma vez, a proposta aceita por essa comissão com base em um edital incorreto, pode ser necessário realizar ajustes ou modificações no projeto depois de sua execução começar. Isso pode acarretar custos adicionais, prazos mais longos e até riscos de falhas na execução devido à falta de alinhamento entre o planejado e o que realmente é necessário.

Devendo, portanto, ser desconsiderada e desclassificada, por não apresentar proposta financeira aplicável, ou adequada ao Edital 02/2024.

Item 26.1.3. do edital: Critério FA.3

Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas afins:

O critério FA.3 identifica capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem sucedidas e a experiência da Diretoria para gestão da unidade de saúde. Nesse sentido, o item 3, na página 26, define a necessidade de apresentação de documentos de forma a permitir a avaliação pela comissão, da **capacidade gerencial do corpo diretivo quanto a administrar uma unidade de saúde com viés ambulatorial e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe nas áreas que se propõe assistir.**

DO CRITÉRIO EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE

O subitem que trata da “Estrutura e experiência da Diretoria” pág. 35 do edital exige a comprovação de experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) **de Unidade Hospitalar** da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular.

Porém a AGIR não seguiu todas as instruções normativas descritas no edital na medida em que não comprova de modo cabal e cristalina a experiência da diretoria na gestão de unidade hospitalar e tampouco informa o nome da unidade.

Das irregularidades dos comprovantes de experiência dos diretores:

Sra. Viviane Tavares Ferreira (Fls. 951-955 da proposta da AGIR)

Sr. Ciro Bruno Silveira Costa (Fls. 965-970 da proposta da AGIR)

Sra. Priscilla Martins Pereira (Fls. 993-994 da proposta da AGIR)
 Sr. Eduardo Martins Carneiro (Fls. 1003-1004 da proposta da AGIR)
 Sr. Washington Bernardes dos Santos (Fls. 1013-1014 da proposta da AGIR)

A r. comissão atribuiu pontuação decorrente de apresentação de declaração de experiência dos diretores Sra. Viviane Tavares Ferreira (Fls. 951-955 da proposta da AGIR), Sr. Ciro Bruno Silveira Costa (Fls. 965-970 da proposta da AGIR), Sra. Priscilla Martins Pereira (Fls. 993-994 da proposta da AGIR), Sr. Eduardo Martins Carneiro (Fls. 1003-1004 da proposta da AGIR) e Sr. Washington Bernardes dos Santos (Fls. 1013-1014 da proposta da AGIR), **todavia a comprovação a declaração apresentada para comprovar a experiência não atende ao disciplinado no edital e, com toda vênia, fere a transparência e integridade do certame, uma vez que a declaração foi emitida pela própria Proponente Agir.**

AS DECLARAÇÕES DE EXPERIÊNCIA ASSINADAS PELA PRÓPRIA PROPONENTE CONFIGURAM EVIDENTE CONFLITO DE INTERESSES.

A própria parte interessada declarou a experiência para comprovação da capacidade gerencial do corpo diretivo quanto a administrar um hospital e **foi assinada pela própria proponente, configurando um claro conflito de interesses**, não garantindo a imparcialidade, o que compromete a veracidade e confiabilidade na informação prestada.

Tal situação torna a documentação apresentada nula de pleno direito, pois não houve sequer uma instância externa para atestar a veracidade e nem ao menos foi anexado comprovante de vínculo (contrato de trabalho, contrato de prestação de serviços, ou outro) capaz de comprovar tal assertiva.

De acordo com os Princípios da Administração Pública e a busca pela transparência e integridade nas licitações, é imprescindível que tais informações sejam validadas por entidades independentes.

A legitimidade da comprovação documental pressupõe a imparcialidade e ausência de conflitos de interesses do emissor do documento, inclusive os tribunais de contas têm se posicionado no sentido de que documentos assinados exclusivamente pela parte interessada não possuem credibilidade necessária para sustentar a análise de qualificação técnica e jurídica, colocando em risco a isonomia dos licitantes.

Nesse sentido são as considerações do TCU sobre a matéria:

Único atestado de capacitação técnica fundado em declaração do próprio interessado. Questionamento quanto à aptidão do atestado para comprovar capacidade técnica-operacional para execução do objeto.
 [...].
 Uma situação é o destinatário do serviço, aquele que vai usufruir da sua utilidade, arriscando uma troca definitiva de dinheiro por bens e serviços, declarar que sua expectativa foi atendida, isto é, que recebeu aquilo esperava pelo que pagou. Outra circunstância é o executante declarar que aquilo que forneceu era o que se esperava que fosse fornecido. (TCU, Acórdão 608/2005, Plenário, rel. Min. Guilherme Palmeira, grifou-se).

O caso concreto em análise difere daqueles elencados pela fundação, de forma que a argumentação trazida não é aplicável à situação verificada, qual seja, **a existência de vínculo entre empresa licitante e empresa atestadora dos serviços da primeira. Embora não haja uma vedação expressa que proíba esse tipo de ocorrência, há um evidente conflito de interesse**, uma vez que o fato de a empresa [X] apresentar em seu quadro societário a mesma pessoa que também é representante da empresa [Y], para a qual foi emitido o atestado, equivale, na prática, a uma **autodeclaração** de capacidade técnica. (TCU, Acórdão 602/2018, Plenário, rel. Min. Vital do Rêgo, grifou-se).

A comissão de licitação, ao aceitar propostas carregadas com autodeclarações de experiência, compromete a integridade do processo e cria um ambiente de desigualdade entre os licitantes, uma vez que **a vencedora foi beneficiada pela não observância das regras estabelecidas, enquanto os demais seguiram todas as exigências estipuladas.**

Outro ponto que merece destaque e desqualifica as autodeclarações para comprovação de experiência dos diretores Sra. Viviane Tavares Ferreira (Fls. 951-955 da proposta da AGIR), Sr. Ciro Bruno Silveira Costa (Fls. 965-970 da proposta da AGIR), Sra. Priscilla Martins Pereira (Fls. 993-994 da proposta da AGIR), Sr. Eduardo Martins Carneiro (Fls. 1003-1004 da proposta da AGIR) e Sr. Washington Bernardes dos Santos (Fls. 1013-1014 da proposta da AGIR), **reside no fato de que as mesmas não especificam que referidas pessoas exerceram o cargo em hospital, informando o nome da unidade hospitalar**, em dissonância com o estabelecido no edital, que exige a comprovação de experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar.

HASH TOTVS: 8F-66-8A-22-48-B3-23-13-62-F0-89-05-43-4E-4F-5E-31-E8-34-E4



HECAD
Hospital Estadual
da Criança e do
Adolescente
de Goiás

SES
Secretaria de
Estado de
Saúde



DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0009-53, atesta para os devidos fins que o Sra. **VIVIANE TAVARES FERREIRA**, inscrita no CPF sob o nº **818.184.751-20**, trabalha nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de **DIRETORA**, realizando as seguintes atividades de Gestão:

HASH TOTVS: 2A-02-58-38-4A-95-51-EA-8F-F2-CD-BC-19-1B-FA-EB-FF-F3-CB-05



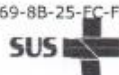
Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária Colônia Santa Marta



DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0004-49, atesta para os devidos fins que o Sra. **VIVIANE TAVARES FERREIRA**, inscrito no CPF sob o nº **818.184.751-20**, trabalhou nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de **DIRETORA**, em unidade de saúde de atenção secundária, a saber, **HDS**, realizando as seguintes atividades de Gestão:

HASH TOTVS: CD-C8-42-0E-95-0F-C0-FD-A2-BD-88-63-69-8B-25-FC-F3-D7-60-B1



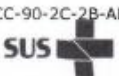
SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0001-04, atesta para os devidos fins que o Sr. **CIRO BRUNO SILVEIRA COSTA**, inscrito no CPF sob o nº **894.681.631-72**, trabalha nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de **DIRETOR TÉCNICO**, realizando as seguintes atividades de Gestão:

HASH TOTVS: EA-14-38-EC-FD-BD-3F-8C-E8-A9-08-CA-CC-90-2C-2B-AD-80-DD-52



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0001-04, atesta para os devidos fins que o Sra. **PRISCILA MARTINS PEREIRA**, inscrita no CPF sob o nº **714.012.961-49**, trabalhou nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de **GERENTE**, realizando as seguintes atividades de Gestão:

HASH TOTVS: 9C-62-8C-24-88-03-4C-03-B0-97-9B-7D-87-CF-11-84-5C-7C-E1-72



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0001-04, atesta para os devidos fins que o Sr. **EDUARDO MARTINS CARNEIRO**, inscrito no CPF sob o nº **873.570.201-00**, trabalha nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de **GERENTE**, realizando as seguintes atividades de Gestão:

HASH TOTVS: D8-78-97-88-27-4B-D5-7C-AF-12-BF-91-D9-AA-7C-ED-64-6B-DB-64

HUGOL+
 HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS
 DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÁS
 GOVERNADOR OTÁVIO LAGE
 DE SIQUEIRA

SES
 Secretaria de
 Estado de
 Saúde

**ESTADO
DE GOIÁS**

DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0003-68, atesta para os devidos fins que o Sr. **WASHINGTON BERNARDES DOS SANTOS**, inscrito no CPF sob o nº **989.168.581-00**, trabalhou nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de **GERENTE**, realizando as seguintes atividades de Gestão:

Ressalta-se que a OSS HMTJ no mesmo critério no julgamento do Chamamento Público Nº 04/2024-SES/GO - PROCESSO: 202300010063746 apresentou a carteira de trabalho do Dr. Agnaldo Rodrigues, em atenção a um item de mesma natureza, comprovando que o mesmo exerceu cargo de diretor no Instituto Gennesis, sem informar em qual unidade, mesmo se tratando de profissional diretor médico de unidade da própria SES Goiás e foi despontuada pelo fato da CTPS não especificar a unidade em que o Dr. Agnaldo laborou por mais de 1 ano como diretor:

Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (Direção) da unidade hospitalar da Diretoria ou Gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular (Cada Diretor ou Gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)	03 pontos	2,5	1087 a 1511	RESOLUÇÃO CFM nº 2.187/2016 - Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefes de serviço em ambientes médicos	Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefes de serviço em ambientes médicos	<p>IGOR VITÓI apresentou ATESTADO de DIRETOR CLÍNICO HMTJ = 0,50; VÍCTOR VITÓI apresentou ATESTADO de DIRETOR TÉCNICO HMTJ = 0,50; MARCO ANTONIO GUIMARAES apresentou ATESTADO de DIRETOR PRESIDENTE HMTJ = 0,50; BENEDITO ZULMIRO apresentou ATESTADO de DIRETOR FINANCEIRO HMTJ = 0,50; AGNALDO RODRIGUES apresentou CTT DIGITAL com cargo de DIRETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO INSTITUTO GENESIS, MAS NÃO COMPROVOU A UNIDADE DE SAÚDE, POR ISSO NÃO PONTUOU; RAIMUNDO MONATO DINIZ apresentou ATESTADO de DIRETOR DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS HOSPITAL DO CORAÇÃO ANIS RASSI = 0,50</p>
				Apresentação de documentação, conforme edital.		

ORA, DATA MAXIMA VENIA, É INCONCEBÍVEL QUE HAJA POR PARTE DA COMISSÃO TRATAMENTO DIFERENCIADO NA PONTUAÇÃO PARA DOIS PROPONENTES, FERINDO O PRINCÍPIO DA ISONOMIA.

Portanto as autodeclarações para comprovação de experiência dos diretores Sra. Viviane Tavares Ferreira (Fls. 951-955 da proposta da AGIR), Sr. Ciro Bruno Silveira Costa (Fls. 965-970 da proposta da AGIR), Sra. Priscilla Martins Pereira (Fls. 993-994 da proposta da AGIR), Sr. Eduardo Martins Carneiro (Fls. 1003-1004 da proposta da AGIR) e Sr. Washington Bernardes dos Santos (Fls. 1013-1014 da proposta da AGIR), **não devem ser considerados como válidos, e, como consequência, a redução de 3 pontos na pontuação do critério FA.3 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA, estabelecido no item 26.1.3. do edital, no subitem que trata da “Estrutura e experiência da Diretoria” pág. 35 do edital, que exige a comprovação de experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular.**

26.1 do edital: : AREA DE ATIVIDADE

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Carla Machado Dos Santos.

Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Carla Machado Dos Santos. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.

1 – Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade (pág. 29)

O critério FA.1 Avalia a adequação da proposta de organização dos serviços (15 pontos) e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Unidade Hospitalar. Também avalia a capacidade de incremento de atividade assistencial (05 pontos).

Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)

FLUXO ROUPARIA

Em análise à proposta apresentada pela AGIR, especialmente no que se refere ao item "fluxo unidirecional para rouparia" a partir das fls. 99, foi observado que a mesma não se adequa às características e necessidades específicas da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto, localizada na Região do Rio Vermelho – Goiás, conforme o objeto do chamamento público.

A Policlínica em questão, como já mencionado, realiza apenas exames de baixa complexidade, não realizando procedimentos que demandem o uso de roupas reutilizáveis ou serviços de lavanderia, uma vez que os exames são realizados com materiais descartáveis. A Unidade, portanto, não dispõe de processos ou infraestrutura relacionados ao uso, armazenamento e limpeza de vestuários, visto que não há internações, atendimentos de maior complexidade ou utilização de roupas para pacientes.

1.1.1.3.2 Fluxo unidirecional para roupas

O gerenciamento de roupas de serviços de saúde da Policlínica Regional - Unidade Goiás tem como finalidade coletar, separar, pesar, encaminhar para lavagem, processar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde.

É considerado um serviço de apoio, que exerce uma atividade especializada, devendo garantir o atendimento da demanda e a continuidade da assistência.

O processamento da roupa da Policlínica Regional - Unidade Goiás deverá abranger as seguintes atividades:

- Retirada da roupa suja da unidade geradora;
- Coleta e transporte da roupa suja até a sala de armazenamento temporário;
- Separação, pesagem e encaminhamento para a lavanderia (externa);
- Recebimento da roupa limpa;
- Separação, dobra e embalagem da roupa limpa;
- Preparo de pacotes de roupas para esterilização;
- Armazenamento, transporte e distribuição da roupa limpa.

Além disso, caberá à unidade:

- Utilizar técnicas e produtos adequados;

B

agir

CUIDAR DE VIDAS

99

Dessa forma, a proposta apresentada, ao sugerir o estabelecimento de um fluxo unidirecional para roupa, demonstra uma falta de observância das especificidades e da real necessidade da unidade, o que implica em um possível desajuste na elaboração da proposta frente à realidade da Policlínica, não merecendo portanto a pontuação atribuída pela comissão, de 1,5 pontos.

Portanto, a proposta da AGIR não atende a essa exigência e, como consequência, deverá ser reduzida a pontuação atribuída de 1,5 pela comissão no critério.

FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SERVIÇO SAÚDE

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS é um documento que aponta e descreve ações relativas ao manejo de resíduos sólidos, no âmbito dos hospitais, que dispõe de ações relativas à proteção à saúde pública e ao meio ambiente, contemplando, ainda, aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final. É um **documento** essencial para a correta gestão dos resíduos gerados em estabelecimentos de saúde. O PGRSS tem como objetivo estabelecer diretrizes e procedimentos para o manejo adequado dos resíduos, desde a geração até a **destinação** final, garantindo a proteção à **saúde pública** e ao meio ambiente.

A Proponente Agir em sua proposta descreve de forma genérica o Plano de Gerenciamento Integrado de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRIRSS) e desprovida de itens obrigatórios e outros em clara infração a legislação ambiental.

Denota-se que não foi contemplado no PGRSS da Proponente Agir o fluxo de acidente com resíduos biológicos, controle de vetores e imunização.

Outro ponto importantíssimo e que fere a norma regulamentar reside no fato de que a AGIR apresenta no PGRSS a junção do grupo B (produtos químicos, etc), perfurocortantes (que deveriam ser classificados como grupo E) e classe I (resíduos infectantes) em afronta a Norma Regulamentar.

Grupo perfurocortante classe I	<p>Ampolas em vidro de medicamentos como antimicrobiano, antirretrovirais, quimioterápicos devem ser acondicionados em caixa resistente a punctura e ruptura, devidamente adesivada em caveirinha, respeitando o limite de 2/3 da caixa (até a linha pontilhada).</p> <p>Ampolas em vidro de medicamentos com metais pesados, amálgamas da odontologia, pilhas, baterias, lâmpadas e qualquer resíduo contaminado com metais pesados devem ser armazenados, quando livres, em recipiente com selo d'água - como amálgama por exemplo - e destinado para aterro sanitário industrial.</p>
--------------------------------------	--

Denota-se que a AGIR define em seu PGRSS como grupo B perfurocortante e classe I, os resíduos que deveriam ser classificados como **Grupo E, que** são resíduos perfurocortantes ou escarificastes, com a presença de agente biológico ou seja, que tem risco de infecção.

Segundo a RDC nº222/2018, são eles: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, fios ortodônticos cortados, próteses bucais metálicas inutilizadas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório. Tais resíduos deveriam ser alocados em Caixa amarela com simbologia de infectante e destinados a tratamento autoclave

Já os resíduos de serviços de saúde do Grupo B: resíduos contendo produtos químicos que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade deveriam ser alocados em caixa ou saco de cor laranja com simbologia de toxica/ ou químico e destinados a tratamento incineração


Classe 1- Resíduos perigosos, pilhas e baterias, deveriam ter tratamento de acordo com fabricante.

Grupo B resíduos	Frascos de álcool 70%, frasco de soro sem antimicrobiano, frasco de água bidestilada, frascos de saneantes, bem como demais frascos de produtos de baixo risco ambiental e humano, conforme FDS- Ficha de Dados de Segurança, podem ser estimulados a coleta seletiva, devendo estes materiais serem armazenados em contêiner vermelho.
------------------	---

Grupo D resíduos (recicláveis)	Garrafas pets, frasco de álcool, frascos de saneantes plásticos de produtos não tóxicos, álcool degermante, frasco de clorexidina, ampolas plásticas de medicamentos, caixas tetra pak, potes de vidro, latinhas de alumínio, tão quanto qualquer material passível de reciclagem, como papelão e papel, devem ser segregados em contêiner próprio para coleta seletiva. Neste caso, contêiner vermelho para plásticos e para papel, com lixeiras e sacos azuis. Caso tenha materiais explantados, seguirá a recomendação da RDC 15/2012
--------------------------------	--

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

§ 2º As **embalagens primárias vazias de produtos químicos** com algum tipo de periculosidade, submetidas à limpeza com técnicas validadas ou reconhecidas, são consideradas rejeitos e devem ser encaminhadas para disposição final ambientalmente adequada. Mesmo que essas embalagens sejam lavadas, de acordo com o texto do parágrafo, estas embalagens não podem ser destinadas para reciclagem, reutilização externa ao serviço gerador ou outro fim que não seja o encaminhamento para o aterro sanitário.

	<p>Os rejeitos comuns similares ao doméstico, não sendo recicláveis, devem ser descartados em saco preto, respeitando-se o limite de 2/3 do mesmo, sendo que estes sacos não precisam ser identificados e devem ser coletados das lixeiras a cada 48 horas ou a cada 24 horas, quando houver descarte de rejeitos putrefáveis.</p>	<p>Caso o resíduo seja papel ou plástico originado da assistência que não ofereça risco químico ou biológico, como frascos de álcool 70%, hipoclorito, clorexidina, entre outros, é orientado o armazenamento em contêiner vermelho para reciclagem. Ressalta-se que frascos que contenham informações como "Proibido reutilizar" estão aptos a reciclar, já que reciclar envolve caracterização de material.</p>
---	--	---

Frasco de Hipoclorito e agressivo ao meio ambiente, não é resíduo comum.

Grupo D: Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. - papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, gorros e máscaras descartáveis, resto alimentar de paciente, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises, luvas de procedimentos que não entraram em contato com sangue ou líquidos corpóreos, equipo de soro, abaixadores de língua e outros similares não classificados como A1;

- sobras de alimentos e do preparo de alimentos; - resto alimentar de refeitório; - resíduos provenientes das áreas administrativas; - resíduos de varrição, flores, podas e jardins; - resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde; - forrações de animais de biotérios sem risco biológico associado. - resíduos recicláveis sem contaminação biológica, química e radiológica associada. - pelos de animais.

Em outras palavras, a junção dos resíduos dos grupos B, resíduos perfurocortantes (grupo E) e resíduos do grupo classe 1 jamais poderia ocorrer no PGRSS, em clara afronta a Norma Regulamentar.

O gerenciamento de resíduos de saúde é fundamental para minimizar os riscos de contaminação e disseminação de doenças, tanto para os trabalhadores da saúde quanto para a população em geral. Além disso, a correta segregação, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos são essenciais para garantir a segurança e a saúde de todos os envolvidos.

Dessa forma, considerando a classificação errônea dos resíduos hospitalares descritos pela AGIR em seu PGRSS, não atendendo a essa exigência da RDC ANVISA Nº222/18, RESOLUÇÃO CONAMA Nº 358/05 e LEI Nº 12.305/2010, deverá ser reduzido 1,3 pontos na pontuação do critério.

26.1.3 do edital:**: QUALIDADE TÉCNICA****1 – Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade (pág. 29)**

O critério FA.3 Identifica capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem sucedidas na gestão de unidades de saúde com serviços de natureza semelhante ao objeto do edital (19 pontos); apresenta a estrutura e a experiência da Diretoria (09 pontos); a implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar (11 pontos); a implantação e funcionamento de outros serviços (09 pontos); apresenta política de recursos humanos (10 pontos) e a metodologia de projetos (02 pontos).

PROTOSCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA SERVIÇOS COMPATÍVEL COM O PERFIL DA UNIDADE LICITADA.

Ao analisar a documentação apresentada pela concorrente AGIR, em Fls. 450 e 451 em completo desacordo com as exigências mínimas de apresentação do Edital.

Conforme demonstrado a seguir, o documento é apresentado sem características mínimas exigidas para protocolos, sem referência bibliográfica, sem data de elaboração, sem data de aprovação e sem data para revisão.

Na estruturação de um protocolo, apresentados pela AGIR não foi verificado aspectos como a finalidade, público-alvo, as linhas de cuidado prioritárias, evidências científicas e os princípios éticos e legais que o norteiam. Esses fatores podem afetar a qualidade dos processos e a tomada de decisão dentro da organização.

A ausência de dados dessa natureza compromete a transparência, a rastreabilidade e a validade dos mesmos. Em um contexto profissional ou institucional, é crucial que os documentos sigam normas e padrões específicos para garantir credibilidade e confiabilidade, uma vez que a ausência de elementos como referência bibliográfica, datas e assinatura sugere dúvidas sobre a origem e a veracidade das informações, tornando os documentos menos confiáveis.

Além disso, sem data de elaboração, aprovação ou revisão, fica impossível acompanhar a evolução do conteúdo ou saber quando um documento foi validado. Isso dificulta o controle sobre os processos, contribuindo para a tomada de decisões baseadas em informações desatualizadas, posto que não se sabe quando o mesmo foi atualizado pela última vez, e atrelado à falta de referência bibliográfica, não se pode saber com base em que instrução também, levando a prejudicar a conformidade e responsabilidade, uma vez que não é possível saber se atende a normas regulamentares vigentes.

A título de exemplo, a seguir duas páginas com as informações apresentantes:

Cistos/doença Policística Renal	Suspeita de doença policística renal	Sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outros achados relevantes); Resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização se houver; Resultado de exame de creatinina sérica, com data; Idade e sexo; Resultado EAS/urina tipo 1, com data; Presença de história familiar Doença policística renal (sim ou não) Condições clínicas pregressas e alterações atuais como: dor lombar, hematúria, EAS, hemograma, uréia e creatinina alterados e Ultra sonografia retroperitoneal (se possível).
--	--------------------------------------	---



450

CUIDAR DE VIDAS

Diabetes mellitus	Pacientes com taxa de filtração glomerular <30 /min/1,73 m2 (estágio 4 e 5).	creatinina sérica, com data;
	Idade e sexo;	Resultado de microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e período de seis meses, com data;
Perda rápida da função renal	uma.	Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes;
	- TFG < 60 /min/1,73 m2, confirmado em dois exames).	Encaminhamento descritivo contendo dados pessoais, histórico familiar;
Suspeita de nefropatia por outras causas.	Condições clínicas pregressas e alterações atuais como:	Alterações dos exames laboratoriais e de imagens (se possível);
	Diagnóstico de DM há > de 5 anos,	Relatório das medicações em uso.
Proteinúria; TFG < 60ml/min.	Alteração de fundo de olho.	



CUIDAR DE VIDAS

451

Portanto, não deve ser considerado para fins de pontuação, uma vez que esse item foi inteiramente não atendido pela AGIR, reformando a nota atribuída por essa comissão de 1,5 para 0 pontos.

DA NECESSÁRIA REVISÃO DA PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA AO HMTJ EM SUA PROPOSTA TÉCNICA

A comissão atribuiu incorretamente uma nota parcial nos quesitos abaixo:

B) EXPERIÊNCIA PRÉVIA EM DIREÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA SIMILAR À UNIDADE DESTE CHAMAMENTO. (POLICLÍNICAS/AME/CLÍNICAS ESPECIALIZADAS, ETC).

De acordo com a comissão de licitação:

“...Experiência unidade atenção secundária não apresentou”.

Diferentemente do apontado, as experiências prévias em direção de unidade de saúde de atenção similar à Unidade deste Chamamento (Policlinica/AME/Clinicas especializadas, etc), foram devidamente apresentadas, através das fls. 1904, sendo:

Breno Augusto Cerutti – Atenção primária à saúde indígena (Fls. 1905 – 1906 Proposta HMTJ)

Claudio Cesar Monteiro dos Santos – UBS Parque Industrial e Ambulatório de Especialidades Sul (Fls. 1908-1909 Proposta HMTJ)

João Paulo Pinto Magalhães – Ambulatório de Especialidades Sul (Fls. 1911-1912 Proposta HMTJ)

Lucas Fadel Monteiro dos Santos - – Ambulatório de Especialidades Sul (Fls. 1914-1915 Proposta HMTJ)

E, demonstrado a seguir:



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena - Porto Velho

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o Sr. BRENO AUGUSTO CERUTTI MATTOS, CPF 117.150.116-01, é Diretor de Saúde Indígena, pelo Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus desde o ano de 2019 até a presente data. Trata-se de profissional capacitado que vem atuando de forma competente junto à assistência em Saúde da população indígena, atuando em caráter complementar, executando ações de vigilância e assistência à saúde aos povos indígenas, através da implementação da Atenção Primária à Saúde nos territórios, com vasta experiência e habilidade de organização e liderança para supervisionar funcionários e garantir a conformidade com as Políticas e com os Regulamentos.

Porto Velho/RO, 11 de Setembro de 2024.

Atenciosamente,

ISAC ISRAEL GOMES DE OLIVEIRA:03351037236
Assinado de forma digital por ISAC ISRAEL GOMES DE OLIVEIRA:03351037236
Dados: 2024.09.11 16:22:54 -04'00'


ISAC ISRAEL GOMES DE OLIVEIRA
Coordenador Distrital de Saúde Indígena

1905

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o **Dr. Claudio Cesar Monteiro dos Santos**, CRM SP 57712, faz parte do Corpo Técnico do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, atuando como Diretor Regional Médico do Estado de São Paulo, atuando na gestão do **Ambulatório de Especialidades Sul, Hospital de Clinicas Sul, Unidade Básica de Saúde Parque Industrial e UPA Putim, na Cidade de São José dos Campos – SP, desde agosto de 2023 até a presente data**. Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência no gerenciamento e administração de Unidade Hospitalares, tendo por atribuição, dentre outras, dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Instituição, supervisionar a execução das atividades de assistência médica, organização da escala de plantonistas, zelando para que não existam lacunas durante o período de funcionamento, estimulando e orientando os colaboradores para o atendimento humanizado aos usuários da Unidade.

Juiz de Fora, 04 de Setembro de 2024.


José Fábio Gimenez Moraes Rodrigues
Chefe de Contratos
Secretaria de Saúde de São José dos Campos

Prefeitura de São José dos Campos

1908

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o **Dr. João Paulo Pinto Magalhães**, CRM SP 172633, faz parte do Corpo Técnico do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, atuando como Diretor Técnico do **Ambulatório de Especialidades Sul na Cidade de São José dos Campos – SP, desde agosto de 2023 até a presente data**. Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência na área médica, administração e gestão, sendo responsável pelos processos assistenciais médicos e não médicos, assim como a garantia das condições técnicas de atendimento na Instituição.

Juiz de Fora, 04 de Setembro de 2024.



José Fábio Gimenez Moraes Rodrigues

Chefe de Contratos

Secretaria de Saúde de São José dos Campos

Prefeitura de São José dos Campos

1911

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o **Dr. Lucas Fadel Monteiro dos Santos**, CRM SP 134213, faz parte do Corpo Técnico do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, atuando como Diretor Geral do **Ambulatório de Especialidades Sul na Cidade de São José dos Campos – SP, desde agosto de 2023 até a presente data** Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência no gerenciamento e administração de Unidade Hospitalares, tendo por atribuição, dentre outras, dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Instituição, supervisionar a execução das atividades de assistência médica, organização da escala de plantonistas, zelando para que não existam lacunas durante o período de funcionamento, estimulando e orientando os colaboradores para o atendimento humanizado aos usuários da Unidade.

Juiz de Fora, 04 de Setembro de 2024.



José Fábio Gimenez Moraes Rodrigues

Chefe de Contratos

Secretaria de Saúde de São José dos Campos

Prefeitura de São José dos Campos

1914

Considerando portanto o equívoco na análise por esta comissão, deverá esta, atribuir a pontuação de 2,0 pontos, 0,5 para cada comprovação apresentada, conforme previsão no edital:

TOTAL DE PONTOS:	60
<u>(*) Será considerada apenas uma experiência com relação à leitos, de modo que a pontuação será atribuída apenas para um dos critérios:</u>	
I -	<u>para quantidade igual ou superior a 200 leitos; ou</u>
II -	<u>igual ou superior a 100 e inferior a 200 leitos; ou</u>
III -	<u>igual ou superior a 50 e inferior a 100 leitos.</u>
<u>(**) Para efeito de cálculo, será pontuado apenas a Acreditação de maior nível apresentada por uma mesma interessada.</u>	
	<u>ONA 3 - 4,5 pontos;</u>
	<u>ONA 2 - 3,0 pontos;</u>
	<u>ONA 1 - 1,5 pontos.</u>
<u>(***) Cada profissional poderá obter no máximo 0,5 pontos; até o limite máximo de 3 pontos.</u>	
<u>(****) Cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto; até o limite máximo de 2 pontos.</u>	
<u>(*****) Cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 ponto; até o limite máximo de 2 pontos.</u>	

PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS

De acordo com a comissão de licitação:

“...OSS nas páginas 2644 apresenta um procedimento para o plano de cargos, salários, remuneração e benefícios. Apresenta a tabela de cargos e salários pág. 2985e 2988. Descreve o supracitado pop com a definição dos critérios de promoção, progressão, gratificação benefícios e etc. Cujo valores estão apresentados também na tabela da pág. 2985. A OSS não apresentou no trem plano de cargos e a descrição de suas atribuições, competências e habilidades para exerce-lo.”

Todavia, diferentemente do que foi pontuado, através das fls. 2658-2938 da proposta, foram apresentados todas as P.E.C – Perfil Estruturado por Competência, de todos os cargos proposto, além, da apresentação da gestão por competência, descrevendo detalhadamente cada um dos itens.

A seguir demonstrado a primeira e última folha, afim de elucidar o exposto acima:



Versão: 001/2024
Alterado em: 12/08/2024

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ANALISTA ADMINISTRATIVO JUNIOR / ADMINISTRAÇÃO LOCAL / POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4110-10

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

- 1) Elaborar e enviar as medições para as empresas prestadoras de serviços para que sejam anexadas as notas fiscais;
- 2) Receber, conferir, efetuar e arquivar os lançamentos de Notas Fiscais de fornecedores e outros documentos quando necessário;
- 3) Fazer lançamentos e conferência de caixas; fazer relatórios de valores pagos e de valores faturados, quando necessário;
- 4) Desenvolver relatórios gerenciais de acordo com a demanda interna;
- 5) Organizar a rotina de serviços e realizar entrada e transmissão de dados, operando microcomputadores; registrar e transcrever informações no relatório de custo;
- 6) Preparar relatórios e planilhas; executar serviços gerais de escritórios;
- 7) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade;
- 8) Fazer lançamento das notas de serviços no sistema TOTVS para pagamento;
- 9) Solicitar contratos e aditivos no sistema Fluig, de acordo com a demanda definida pela coordenação administrativa.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

- 1) Executar suas tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;
- 2) Fazer bom uso dos recursos (equipamentos, materiais e instalações) da instituição, comunicando qualquer problema ou alteração imediatamente ao seu superior;
- 3) Cumprir integralmente o Manual do Colaborador;
- 4) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Incompleto - Curso: Administração; Ciências Contábeis; Gestão de RH e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração; Ciências Contábeis; Gestão de RH e áreas afins	Experiência	Desejável de 06 meses a 1 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	Sexo: Ambos Idade acima de: 18	Informática	- Conhecimentos informáticos; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - SALUS;

GCPEC é marca registrada FATOR RH

Acesse pelo site www.fatorrh.com.br

Fone: (11) 3884-8161

11/08/2024 14:05:54

Hospital e Mater. Therszinha de Jesus

Pág. 1 de 1

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Carla Machado Dos Santos. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.



Versão: 003/2024
Alterado em: 12/06/2024

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

TERAPEUTA OCUPACIONAL / TERAPIA OCUPACIONAL / POLICLINICA ESTADUAL DA REGIÃO RIO VERMELH

COMPETÊNCIA TÉCNICA	INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.	<ul style="list-style-type: none"> • Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. (A180, E) • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). (A180, E) • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. (A180, E) 	ESSENCIAL

Nome do ocupante

Assinatura

GCPEC é marca registrada FATOR RH

Acesse pelo site www.fstorrh.com.br

Fone: (11) 3884-8161

11/09/2024 14:05:54

Hospital e Mater. Teresinha de Jesus

Pág. 164 de 165

Portanto, deverá essa comissão, reformar a pontuação atribuída considerando que foi atendido todo o exigido, adicionando 0,5 ponto, somando totais à esse item 3,0 pontos.

PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS E ESTIMULAR PRODUÇÃO.

De acordo com a comissão de licitação:

“Por meio de pop sistemático da pág. 2886 a 2909 a OSS apresenta como realiza o recrutamento, seleção, admissão e demissão de pessoal. A Oss propõe a gestão por competências e o descreve em OP nas pafinas 2909 a 2938, como metodologia de avaliação do colaborador a OSS na pág. 2940 apresenta pop que demonstra os processos de gestão de pessoas de pessoas (dop dpt de pessoal demonstrando como estabelece a gestão da seleção de pessoal. Não conseguimos evidenciar a sugestão de normas para combater o abasteismo dos profissionais e estimular a produção.”

Todavia, diferentemente do que foi pontuado, através das fls. 2879-2880 da proposta, foram apresentou as ações quanto ao aumento da demanda, absenteísmo e turnover:

6. **Aumento de demanda, absenteísmo e Turnover (dificuldade no recrutamento e Seleção para composição do quadro de profissionais do setor):** Nos casos de aumento de demanda da entidade, ausência de profissionais na escala por motivo de falta (justificada ou injustificada) ou dificuldade de candidatos devida a especificidades do perfil para o cargo ou admissões que não possam ser feitas devido estarem fora do prazo e período de cálculo para fechamento da folha de pagamento pelo DP, orientamos as lideranças que estas façam redivisão de suas equipes de trabalho visando redistribuir as tarefas do setor, priorizando as de maior gravidade e impacto na instituição e/ ou clientes (segurança e grau de dependência); remanejamento de colaboradores de outras áreas para esta cobertura (desde que obedecidas os parâmetros da atuação profissional contidos no PEC/ CBO além de análise de produtividade nos casos administrativos e de ocupação/

Proibido Reproduzir

Página 28 de 34

2879

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	
POLÍTICA INSTITUCIONAL	
Título: Política de Gestão de Pessoas	
Código: PLT HMTJ 001	Revisão: 10
Data: 14/08/2024	

atendimentos nos casos assistenciais); verificação com a Direção e do orçamento financeiro praticado na unidade além da verificação de permissão do contrato/ contratante conveniado e por último a opção de pagamento de hora extra visando manter quantitativo mínimo para funcionamento do setor, desde que obedecidas as legislações trabalhistas seja de banco de horas, seja de descanso intra jornada ou carga máxima de trabalho.

E, através das fls. 2884 e seguintes, apresentou indicadores de efetividade, dentre eles o de ateísmo Global, afim de mensurar a aplicabilidade das ações empenhadas demonstradas acima:

VI. Indicadores – Efetividade

ESTRATÉGICO	APLICAÇÃO	META
Turnover Global	Mensal	2,00%
Absenteísmo Global	Mensal	2,00%
% Colaboradores Capacitados Global	Mensal	80%

Portanto, deverá essa r.comissão, reformar a pontuação atribuída, adicionando 0,5 ao item, posto que ele foi atendido integralmente, somando 3,0 pontos.

PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS DENTRO DO CUSTEIO PREVISTO PARA A UNIDADE

De acordo com a análise da comissão:

“Apresentou 11 Projetos: 1. O que importa pra você, 2. Doação de roupas, agasalho e kits de higiene, 3. Pode contar comigo. 4. visita pet, 5. Oração nos setores; 5. Qualidade de vida, 7. Ginastica laboral. 8. Doutores do amor, 9. Meu dia de beleza, 10. Núcleo de terapias integrativas complementares e 11. Projeto reciclar na policlínica. Todos os projetos apresentam: objetivo, contextualização para todos os projetos; os custos foram informados como dentro do custeio previsto no edital. Não foi apresentado cronograma para a maioria dos projetos, não foi possível verificar um levantamento das necessidades/perfil epidemiológico da cidade/comunidade para os projetos apresentados, considerando a carta de serviços e o perfil dos usuários da unidade pretendida, exceto para os projetos 10 e 11. Alguns projetos descrevem os termos "longa permanência" e "internação", inseridos na contextualização do projeto, sendo que a unidade pretendida é uma policlínica.

Esclarecemos que a OSSHMTJ, buscou a Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais voltados tanto para atendimento a necessidades levantadas por profissionais de saúde quanto para a implantação de ações em humanização.

Não foi realizado o levantamento das necessidades/perfil epidemiológico da cidade/comunidade para os projetos apresentados o detalhamento de público em todos os projetos pois entendemos que à medida que conhecemos o público envolvido/atendido, os membros dos projetos conseguem obter informações e amadurecimento no processo de abordagem e priorização da implementação dos projetos.

O público atendido na Policlínica geralmente é renovado, e difícil generalização, pois a busca pelo serviço é realizada de acordo com demanda e disponibilidade de vagas para todas regiões pela qual a Unidade é territorializada. Sendo, portanto, alguns projetos direcionados de acordo com a prevalência de atendimento e setores também envolvidos, sendo aplicados

em alguns casos para faixas etárias diferentes, e ou gênero sendo usuários do serviço masculino e ou feminino.

Outro ponto mencionado e após avaliação dos requisitos, não foi observada a descrição de forma objetiva quando se refere a exigência de elaboração dos projetos que descreva com clareza a necessidade de inclusão em todos os projetos sociais sugeridos a apresentação de cronograma conforme mencionado no corpo da avaliação da SES. Outro ponto a declarar se refere as sazonalidades de realização de ações que envolvem datas comemorativas baseadas no calendário.

Destaca-se que o edital não previu a apresentação de cronograma dos projetos muito menos a análise do perfil epidemiológico, como é possível observar na pág. 22 do edital:

Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais	Implantação de gestão	Serviço de Enfermagem	01 ponto	5 pontos
		Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	01 ponto	
		Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	
		Proposta de manual de protocolos assistenciais	01 ponto	
	Implantação de Processos	Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos	01 ponto	4 pontos
		Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	01 ponto	
		Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira	01 ponto	
Proposição de Projetos				
Edital 63234604 SEI 202300010063743 / pg. 30				
Incrementos de Atividades	Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	05 pontos	5 pontos	
TOTAL DE PONTOS:			20 pontos	

Outro ponto mencionado e após avaliação dos requisitos do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2024-SES/GO -PROCESSO: 202300010063743, não foi observada a descrição de forma objetiva quando se refere a exigência de elaboração dos projetos que descreva com clareza

a necessidade de inclusão em todos os projetos sociais sugeridos a apresentação de **cronograma** conforme mencionado no corpo da avaliação. Outro ponto a declarar se refere as sazonalidades de realização de ações que envolvem datas comemorativas baseadas no calendário.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista, atribuir a pontuação suprimida de 2,0 pontos e atingir a pontuação com grau máximo de 5 pontos. A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para composição de nota”.

A Referida proposta de Implantação da Comissão de Ética Médica para a Policlínica Estadual da Região Rio Vermelho traz no 2º (segundo) parágrafo conforme resolução do Conselho Federal de Medicina N° 2.152/2016 as funções da comissão em questão que estão descritas como: funções investigatórias, educativas e fiscalizatórias do desempenho ético da medicina no âmbito das unidades geridas pelo HMTJ.

Afim de tornar mais explicitas as finalidades desta comissão, a OSS HMTJ traz uma subdivisão intitulada de “Das Finalidades” onde descreve as competências da Comissão de Ética Médica. O item consta de forma clara na página 1104. Esta subdivisão trás 7 (sete) finalidades descritas:

DAS FINALIDADES

Art. 4º Compete à Comissão de Ética Médica:

- I. Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade de atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
- II. Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
- III. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
- IV. Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- V. Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
- VI. Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
- VII. Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

1104

Como conseguinte, na página 1105 da mesma proposta, seguimos para a subdivisão intitulada “Da Composição” onde no 1º (primeiro) parágrafo, Art. 5º do regimento trás:

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A Comissão de Ética Médica será composta por 03 (três) membros titulares e 03 (três) suplentes, eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas dispostas neste Regimento, podendo ser reeleitos.

Art. 6º A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário eleito dentre os membros efetivos.

DO MANDATO

Art. 7º A escolha dos membros da Comissão de Ética Médica será realizada mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico da instituição, conforme previsto no regimento interno do Corpo Clínico.

Art. 8º Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos na direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam adimplentes com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 9º São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica do HMT1, os médicos que não estiverem adimplentes com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenas eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo Único. Considerando a existência de penas privadas, o Conselho Regional de Medicina da Paraíba deverá apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 10. O mandato da Comissão de Ética Médica tem duração de 02 (dois) anos, podendo ocorrer à reeleição de seus membros.

1105

Em vista disso, a proposta segue para a subdivisão intitulada “Do Mandato” onde trás o processo eleitoral para compor a comissão, além dos requisitos para candidatura aos cargos da comissão. É descrito de forma explícita a transparência e seriedade de todo processo eleitoral junto ao Conselho Regional de Medicina de Goiás além de todas as informações pertinentes quanto ao mandato como; duração, reeleição, divulgação, recurso, homologação e resultado e ato de nomeação. Encontra-se descrito desta forma na documentação oficial na página 1105, 1106 e 1107.

DO MANDATO

Art. 7º A escolha dos membros da Comissão de Ética Médica será realizada mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico da instituição, conforme previsto no regimento interno do Corpo Clínico.

Art. 8º Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos na direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam adimplentes com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 9º São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica do HMTJ, os médicos que não estiverem adimplentes com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo Único. Considerando a existência de penas privadas, o Conselho Regional de Medicina da Paraíba deverá apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 10. O mandato da Comissão de Ética Médica tem duração de 02 (dois) anos, podendo ocorrer à reeleição de seus membros.

Parágrafo Único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Art. 11. O diretor clínico da Unidade designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina de Goiás.

Parágrafo Único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 12. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a listados votantes do corpo clínico.

Parágrafo Único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 13. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3º da Resolução CFM No 2.152/2016 e no artigo 4º deste regimento.

§ 1º. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõe a chapa.

Art. 14. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 15. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita a chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 16. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás para homologação e registro.

Art. 17. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 18. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado em local visível ao público.

Art. 19. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CRM/GO.

§ 1º. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao CRM/GO.

§ 2º. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo CRM/GO.

Art. 20. Em casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que nova eleição oficial seja realizada, que poderá ter candidatura individual.

1107

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação no grau máximo de 1,0 pontos, atribuindo os 0,5 pontos devidos, posto que a documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL

De acordo com análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.”

A referida proposta de Implantação da Comissão de Ética Multiprofissional (CEM) para a Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho, tem como objetivo principal garantir que todas as ações da equipe sejam realizadas em conformidade com os princípios éticos e legais, proporcionando um ambiente de trabalho seguro e um atendimento de excelência aos usuários. A CEM, composta por representantes de todas as áreas, desempenhará um papel crucial na análise de situações, na orientação dos profissionais e na promoção de uma cultura ética sólida na instituição.

A fim de garantir a organização e a clareza na apresentação das informações, a OSS HMTJ destinou seções específicas nas páginas 1116 a 1118 de sua documentação oficial para detalhar os objetivos, a nomenclatura e a composição da comissão.

Finalidades

A Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho tem como finalidade principal:

Promover a ética: Fortalecer os princípios éticos nas práticas profissionais de todos os membros da instituição.

Proteger os direitos: Garantir a proteção dos direitos dos usuários, colaboradores e da própria instituição.

Resolver conflitos: Analisar e resolver conflitos de natureza ética que possam surgir no âmbito das atividades institucionais.

Orientar profissionais: Oferecer orientação aos profissionais sobre questões éticas relacionadas à prática profissional.

Promover a educação em ética: Desenvolver ações de educação em ética para todos os membros da instituição.

Proibido Reproduzir

Página 2 de 11

1116

A Comissão de Ética Multiprofissional tem como objetivo principal garantir a excelência da assistência à saúde, por meio das seguintes ações:

Melhoria contínua: Promover encontros regulares para aprimorar os processos e rotinas assistenciais na instituição.

Implementação de normas e protocolos: Assegurar a adesão às normas e protocolos institucionais nas unidades assistenciais.

Suporte técnico: Oferecer suporte técnico aos profissionais da área, visando otimizar a qualidade e a quantidade da assistência prestada.

Alinhamento estratégico: Definir as diretrizes da assistência em consonância com as políticas de gestão do cuidado.

Avaliação da assistência: Realizar diagnósticos situacionais para identificar oportunidades de melhoria.

Promoção do trabalho em equipe: Fortalecendo o relacionamento entre os profissionais da saúde.

Transparência e comunicação: Produzir relatórios e disponibilizar informações relevantes sobre as atividades da equipe.

Gestão de recursos humanos: Validar as escalas de trabalho em conjunto com os responsáveis técnicos de cada profissão.

Colaboração interdisciplinar: Estabelecer parcerias com os gestores das unidades onde a equipe atua.

Princípios

A Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho fundamenta-se nos seguintes princípios:

Integralidade: Oferecer cuidado integral e personalizado aos usuários, considerando suas necessidades biopsicossociais e a complexidade de suas demandas.

Interdisciplinaridade: Promover a colaboração entre profissionais de diferentes áreas, integrando saberes e práticas para otimizar a assistência, constituindo equipes multiprofissionais para oferecer uma abordagem holística e complementar ao cuidado.

Humanização: Garantir um atendimento humanizado, pautado no respeito, na empatia e no acolhimento dos usuários.

Ética: Atuar em conformidade com os princípios éticos das profissões envolvidas, assegurando a qualidade e a segurança do cuidado.

Denominações

Art. 1º A Comissão de Ética Multiprofissional, tem como objetivo promover, fomentar e zelar pela conduta ética dos profissionais de saúde da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho, atuando de forma educativa, preventiva e fiscalizadora.

Proibido Reproduzir

Página 3 de 11

Art. 2º A Comissão de Ética Multiprofissional será composta por profissionais de psicologia, nutrição, fisioterapia, enfermagem, serviço social e demais áreas da saúde, devidamente registrados em seus respectivos conselhos profissionais e atuantes na Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho.

§ 1º Os membros da CEM serão indicados pelas chefias das respectivas áreas e terão mandato de 1 (um) ano, podendo ser reconduzidos por mais um mandato.

§ 2º A primeira composição da CEM será indicada pelas chefias das áreas e homologada pelo Diretor Técnico e ou Administrativo.

§ 3º A partir da segunda gestão, os membros da CEM serão eleitos pelos profissionais de cada área, por meio de votação, dentre os candidatos inscritos.

§ 4º O coordenador da CEM será eleito dentre os membros da Comissão, em votação, e terá mandato de 1 (um) ano.

Composição

A Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho será composta por representantes de diferentes categorias profissionais da instituição, tais como:

- Presidente,
- Secretário,
- Um profissional da área da Enfermagem,
- Um profissional da área da Fisioterapia,
- Um profissional da área da Psicologia,
- Um profissional da área da Nutrição,
- Um profissional da Farmácia,
- Um profissional da área do Serviço Social.

A quantidade de membros será definida de acordo com a necessidade da instituição e a complexidade de suas atividades.

Atribuições

Art. 3º São atribuições da Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho:

- I. Supervisionar e orientar o exercício profissional, assegurando que as atividades sejam realizadas em conformidade com os princípios éticos e legais, garantindo a qualidade do atendimento aos usuários e a segurança das condições de trabalho.

Proibido Reproduzir	Página 4 de 11
---------------------	----------------

1118

Considerando a completude das informações contidas na documentação, a análise e pontuação anteriormente atribuídas, atribuindo a pontuação suprimida de 0,5, afim de obter pontuação máxima de 1,0 pontos.

COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA COM CRONOGRAMA

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para composição de nota”

A Referida proposta de Implantação da Comissão de Biossegurança para a Policlínica Estadual da Região Rio Vermelho traz na página 1129 no 1º (primeiro) parágrafo conforme o objetivo e finalidade principal da comissão em questão. Vemos dessa forma na documentação oficial:

INTRODUÇÃO

A Comissão de Biossegurança tem como objetivo conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo essa Comissão específica para atuação dentro da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho – Goiás.

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Art. 1º Compete à Comissão:

- I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;
- II. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;
- III. Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º A composição mínima da Comissão de Biossegurança deverá ser composta por membros de diferentes setores e função na instituição, contendo no mínimo um membro da Segurança do Paciente e três enfermeiros, entretanto, conforme a necessidade da Instituição, este número poderá ser maior.

A depender da direção do hospital, poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos:

1129

Afim de expor de forma explícita as finalidades desta comissão, a OSS HMTJ traz ainda na página 1129 a 2ª (segunda) subdivisão intitulada de “Das competências da comissão”

onde vemos 1 (um) artigo com 3 (três) parágrafo discorrendo sobre a finalidade desta comissão. O Art. 1º menciona como imagem anexo acima.

Além disso, o Regimento Interno da referida Comissão traz na página 1129 e 1130, na 3ª (terceira) subdivisão intitulada de “Da composição”. Este capítulo aparece na documentação oficial da seguinte forma:

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º A composição mínima da Comissão de Biossegurança deverá ser composta por membros de diferentes setores e função na instituição, contendo no mínimo um membro da Segurança do Paciente e três enfermeiros, entretanto, conforme a necessidade da Instituição, este número poderá ser maior.

A depender da direção do hospital, poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos:

1129

- I. Pronto atendimento;
- II. Serviço de terapia intensiva;
- III. Serviço de clínica médica;
- IV. Serviço de pediatria;
- V. Serviço de cirurgia geral;
- VI. Serviço de neurologia;
- VII. Serviço de oncologia;
- VIII. Serviço de obstetria;
- IX. Serviço de saúde mental;
- X. Serviço de laboratório;
- XI. Serviço de CME.

Art. 3º Para a realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser dispensados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela diretoria. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da unidade.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º O mandato desta Comissão de Biossegurança será indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo quando direção achar conveniente, ou por justificativa pertinente.

§ 1º As atribuições da Comissão são de promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

§ 2º O Presidente, Vice-Presidente e o secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão.

Art. 5º As atribuições da Comissão de Biossegurança são:

- I. Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos a biossegurança que lhe forem enviados;
- II. Sugerir normas para melhorias na biossegurança;
- III. Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;
- IV. Normatizar e fiscalizar as ações de biossegurança;
- V. Monitorar por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente). como a Comissão

1130

Ademais, no cronograma de implantação é mencionado que no primeiro mês de atividades será instaurada a comissão. No campo intitulado de “Como Será Feito?” desceve que a metodologia será através de eleição de membros atuante no serviço pelo SESMT.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação. A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo. A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota, devendo essa r.comissão, a atribuição dos 0,5 pontos suprimindo, somando 1,0 pontos.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.”

A referida proposta de Implantação da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Saúde (CCIRAS) para a Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho, é um órgão criado, conforme portaria Nº 196 do Ministério da Saúde que institui a implantação das comissões de controle de infecção em todo país, independentemente de sua natureza jurídica. A implantação da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) em instituições de saúde, representa um passo fundamental para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos pacientes.

A fim de garantir a organização e a clareza na apresentação das informações, a OSS HMTJ dedicou os capítulos II e III de sua documentação oficial, nas páginas 1138 e 1139, para detalhar as finalidades e a composição da comissão.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I: DAS DENOMINAÇÕES

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho – Goiás, é um órgão criado, conforme portaria Nº 196 do Ministério da Saúde que institui a implantação das comissões de controle de infecção em todo país, independentemente de sua natureza jurídica.

CAPÍTULO II: DAS FINALIDADES

Art. 2º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão normativo de caráter permanente e tem por finalidade a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Art. 3º A CCIH executa o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) que é o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas a redução máxima possível da incidência e da gravidade das IRAS.

Art. 4º A CCIRAS destina-se ao assessoramento da direção.

CAPÍTULO III: DA CONSTITUIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 4º A CCIRAS é composta por membros consultores e executores.

§ 1º Os membros consultores são representantes dos seguintes serviços:

I – Médico.

II – Enfermagem.

III – Farmácia.

IV - Laboratório.

V – Administração.

VI - Serviço de higienização e gestão de resíduos.

§ 1º Os membros executores representam a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) e são encarregados da execução das ações programadas de Controle de Infecção.

É constituída pelos seguintes profissionais:

I - Diretor Técnico.

II – Enfermeiros.

III - Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Art. 5º Os membros têm um mandato pelo período de 4 anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 6º O coordenador da CCIRAS será qualquer um dos membros consultores e executores, indicado pela superintendência da instituição.

CAPÍTULO IV: DAS DESIGNAÇÕES

Art. 7º Os membros da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) serão designados pelo Diretor da instituição através de portaria.

CAPÍTULO V: DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 8º São atribuições da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS):

I - Elaborar, implementar, manter e avaliar o PCIH, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

II - Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS, de acordo com o Anexo III, da Portaria 2616/98 MS.

III - Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle de IRAS.

IV - Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

V - Avaliar, periodicamente e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores do CCIRAS.

VI - Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle, e notificar o Serviço de Vigilância Epidemiológica do organismo de gestão do SUS.

VII - Elaborar e divulgar, regularmente relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias dos setores da instituição, a situação do controle de IRAS, promovendo seu amplo debate.

VIII - Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na instituição, por meio de medidas de precaução e de isolamento.

1139

Considerando a completude das informações contidas na documentação, a análise e pontuação anteriormente atribuídas devem ser reconsideradas, atribuindo a pontuação de 0,5 suprimida afim de atingir a pontuação máxima de 1,0 pontos.

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

De acordo com análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para composição de nota”.

A Referida proposta de Implantação da Comissão de Revisão de Prontuários para a Policlínica Estadual da Região Rio Vermelho trás no 1º (primeiro) parágrafo conforme resolução do Conselho Federal de Medicina N° 1.638/2002 a obrigatoriedade da criação desta comissão nos estabelecimentos de saúde onde se presta assistência médica.

Afim de expor as finalidades desta comissão, a OSS HMTJ traz na página 1152 a 1ª (primeira) subdivisão intitulada de “Capítulo 1 Da natureza e finalidade” onde descreve a vinculação da comissão à Direção da Policlínica e sua finalidade. O Art. 3º menciona:

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) é um órgão criado para atender a resolução do CFM 1638/2002, que torna obrigatória a criação dessa Comissão nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 2º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) é vinculada à Direção da Policlínica, e deverá ser criada a partir de portaria emitida pela mesma, com caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Policlínica.

Art. 3º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) da Policlínica tem por finalidade dispor de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade das informações da assistência no registro dos cuidados prestados, bem como a segurança legal e jurídica da informação registrada no prontuário do paciente.

Art. 4º Define-se prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 5º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que a compõem.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 6º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) tem os seguintes objetivos:

I - Revisar o prontuário do paciente.

II - Identificar as não conformidades nos registros e regularizá-las.

III - Comunicar aos responsáveis os registros não conformes encontrados.

IV - Garantir a qualidade das informações registradas no Prontuário do Paciente, durante a internação, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde.

1152

Com o fim de tornar explícitas os objetivos da implantação da referida comissão, ainda na página 1152 o Capítulo 2 intitulado de “Dos objetivos” lista quatro finalidades além da mencionada anteriormente. Encontramos exposto desta forma na documentação oficial:

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 6º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) tem os seguintes objetivos:

I - Revisar o prontuário do paciente.

II - Identificar as não conformidades nos registros e regularizá-las.

III - Comunicar aos responsáveis os registros não conformes encontrados.

IV - Garantir a qualidade das informações registradas no Prontuário do Paciente, durante a internação, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde.

1152

Como conseguinte, encontramos na página 1153 o Capítulo 3, intitulado de “Da composição e Organização” onde são mencionados 7 (sete) artigos que descrevem sobre a composição desta comissão, sobre a disponibilidade para execução das atividades da comissão, o mandato, o acesoramento da comissão, a designação do presidente e vice presidente além do vínculo com a Comissão de Ética Médica. Na documentação oficial essa subdivisão é encontrada desta forma:

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 7º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) da Policlínica será composto por profissionais do corpo clínico, da área assistencial e da área administrativa.

Art. 8º Os membros da comissão deverão ser disponibilizados de suas atividades para atendimento às demandas da CRP em comum acordo entre as chefias da Policlínica e a Diretoria Técnica.

Art. 9º O mandato será por período indeterminado podendo ser alterada conforme definição da Direção.

Art. 10 A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria expedida pela Direção, em Boletim de Serviço, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 11 O presidente e o vice-presidente da comissão serão designados pela Direção.

Art. 12 A Comissão será assessorada pela Unidade de Apoio Corporativo/direção e usufruirá de sua infraestrutura administrativa.

Art. 13 A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 14 A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) compete:

I - Realizar o diagnóstico situacional da qualidade dos prontuários, com a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário, em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

- a) identificação do paciente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
- b) anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- c) evolução diária do paciente, com data e hora, com prescrição médica, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais

1153

Objetivando a robustez do Regimento Interno desta Comissão, percorremos ainda na página 1153 o Capítulo 4 intitulado “Das competências” onde menciona todos os processos competentes a esta comissão reafirmando a atuação e finalidade dela na Instituição.

Haja visto, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista, atribuindo a pontuação de 0,5 pontos afim de pontuação total de 1,0 pontos. A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para a definição de nota.

COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos |para a composição de nota”.

A referida proposta de elaboração da “Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)” para a Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho está em conformidade mediante ao requisito do edital.

Sendo relatada pela comissão de avaliação” mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade)”. Podemos identificar na página 1161 conforme imagem abaixo, que a proposta de elaboração da Comissão de Acidentes com Material Biológico proposta para a Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho, contempla o requisito relatado na comissão de Avaliação contendo em seu capítulo I- A Finalidade da comissão.

COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)**REGIMENTO INTERNO****Capítulo I: Da finalidade**

- I. Compilar e analisar os dados estatísticos dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes na instituição;
- II. Analisar os acidentes de trabalho ocorridos e as situações de risco com materiais perfuro cortantes durante a prática diária assistencial;
- III. Buscar medidas de controle para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes incluindo;
- IV. Propor sugestões ou estratégias para reduzir os acidentes de trabalho que envolve a utilização de materiais perfurocortantes e expõe o colaborador ao risco biológico;
- V. Colaborar e participar da seleção e padronização dos materiais perfuro cortantes com dispositivos de segurança;
- VI. Dar suporte técnico quando da realização de testes nos materiais com dispositivos de segurança e ou solicitar que fornecedores executem capacitação antes de padronizar novos materiais ;
- VII. Garantir que os trabalhadores sejam capacitados antes da adoção de qualquer medida de controle e de forma continuada para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;
- VIII. Elaborar, implementar e atualizar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais perfuro cortantes.

Art. 1º O presente Regimento Interno tem por objetivo reger a composição, as atribuições, a estrutura, as competências e o funcionamento da Comissão de Biossegurança em Saúde;

Art. 2º A Comissão de Biossegurança em Saúde será composta pelo número de representantes definido pelo Hospital.

§ 1º Cada representante titular terá um suplente.

§ 2º Os membros titulares e suplentes da Comissão de Biossegurança em Saúde serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde e designados pelo Ministro da Saúde.

1161

Quanto ao questionamento da ausência de membros, A OSSHMTJ, entende que a comissão de Acidentes de material biológico se trata de uma comissão que atua com grupos de trabalhos(pág 1162-63) conforme imagens abaixo, sendo distintos com foco na discussão de casos de acidentes com colaboradores/usuários em serviço ou atendimento, que requer uma discussão das possíveis causas de forma abrangente, sendo portanto essa comissão um braço da Comissão de Biossegurança já proposta neste Edital, sendo esta com definição de seus membros mais estruturadas. As reuniões para discussão dos casos são proposta segundo cronograma pelo SESMT.

Art. 4º Para cumprimento de suas finalidades, definidas neste Regimento Interno, a Comissão de Biossegurança em Saúde terá a seguinte estrutura:

- Coordenação;
- Apoio Administrativo;
- Grupos de Trabalho.

Seção I - Da Coordenação

Art. 5º O primeiro representante indicado pela Instituição, exercerá a Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde.

Subseção I - Do Apoio Administrativo

Art. 6º O Apoio Administrativo será prestado por servidores da Hospital à qual estiver vinculada a Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde e proverá o suporte necessário ao desenvolvimento de suas atividades.

Subseção II - Dos Grupos de Trabalho

Art. 7º Quando houver necessidade, serão constituídos, no âmbito da Comissão, Grupos de Trabalho com a atribuição de discutir e analisar questões referentes à biossegurança em saúde, além de elaborar documentos técnicos para subsidiar os membros da Comissão de Biossegurança em Saúde.

Art. 8º Os Grupos de Trabalho serão compostos por representantes dos setores, e das

entidades integrantes da Comissão de Biossegurança em Saúde.

§ 1º A Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde proverá o apoio administrativo necessário ao desenvolvimento das atividades dos Grupos de Trabalho e atenderá às solicitações de suas Coordenações.

§ 2º A participação dos integrantes dos Grupos de Trabalho, inclusive de suas Coordenações, fica vinculada à conclusão das metas definidas quando de sua criação e ao seu mandato na Comissão de Biossegurança em Saúde.

§ 3º Os Consultores de que trata o artigo seguinte poderão ser convidados a assessorar os Grupos de Trabalho.

Capítulo III - Das competências e das atribuições

Art. 9º Compete à Coordenação:

- convocar as reuniões da Comissão de Biossegurança em Saúde;
- dirigir as sessões da Comissão de Biossegurança em Saúde;
- submeter à Comissão de Biossegurança em Saúde todos os assuntos constantes da pauta de reunião;
- assinar os atos destinados a formalizar e documentar as decisões da Comissão de Biossegurança em Saúde;
- convidar a participar das reuniões, após consulta e aprovação da Comissão de Biossegurança em Saúde, consultores para auxiliar na discussão de casos específicos;
- convocar reuniões extraordinárias;
- distribuir aos membros da Comissão de Biossegurança em Saúde matérias para seu exame e parecer;
- zelar pelo cumprimento das normas deste Regimento e resolver as questões de ordem;
- representar ou indicar representante da Comissão de Biossegurança em Saúde nos atos que se fizerem necessários, respeitada a natureza de suas atribuições.

Art. 10º Compete ao Apoio Administrativo:

- apoiar administrativamente a Comissão de Biossegurança em Saúde;
- manter arquivos e registros de documentos e atividades relacionadas à Comissão de Biossegurança em Saúde;
- elaborar atas e memórias das reuniões;
- manter grupo eletrônico de discussão no âmbito da Comissão de Biossegurança em Saúde;
- divulgar, em âmbito nacional, as atividades da Comissão de Biossegurança em Saúde, por sua determinação;
- encaminhar documentos produzidos ou solicitados pelos membros;

1163

Visando garantir a padronização e a qualidade do atendimento na Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho, a proposta apresentou metodologia adequada para condução dos casos de acidente com Material Biológico na Policlínica visando atender aos normas de biossegurança e proporcionar ao colaborador ambiente

seguro com recursos com qualidade ideal à sua prática assistencial, bem como segurança baseado em procedimentos de boa prática e também adaptados à realidade local em sua completude.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista, e aplicada a pontuação suprimida de 0,5 pontos, afim de obter pontuação máxima, posto que a documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES CIPA

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidades), também exigidos para a composição de nota. ”

A proposta de Implantação **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes CIPA** foi apresentada de forma clara e concisa, incluindo sua composição, atribuição /finalidades como pode ser verificado abaixo:

REGIMENTO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

DO OBJETIVO

5.1 A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA - tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

DA CONSTITUIÇÃO

5.2 Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

5.3 As disposições contidas nesta NR aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

5.4 As empresas instaladas em centro comercial ou industrial estabelecerão, através de membros de CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo, podendo contar com a participação da administração do mesmo.

DA ORGANIZAÇÃO

5.6 A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

5.6.1 Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

5.6.2 Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

5.6.3 O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

5.6.4 Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro I, a empresa designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

5.7 O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

5.8 É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

5.9 Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

5.10 O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

5.11 O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

5.12 Os membros da CIPA, eleitos e designados serão, empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

5.13 Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.

5.14 A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego. (Alterado pela Portaria SITn.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.14.1 A documentação indicada no item 5.14 deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria, quando solicitada. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

1170

GRUPOS	Nº de Empregados no Estabelecimento Nº de Membros da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
C-1	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	3	4	7	9	12	2
C-1a	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	8	9	12	2
C-2	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	7	10	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	7	9	1
C-3	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	10	10	2
C-3a	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	8	8	2
	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-4	Efetivos			1	1	1	1	1	2	2	2	3	5	6	1
	Suplentes			1	1	1	1	1	2	2	2	3	4	4	1
C-5	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	4	6	9	9	11	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	4	4	5	7	7	9	2
C-5a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	6	7	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-6	Efetivos		1	1	2	3	3	4	5	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	4	4	4	6	8	10	2
GRUPOS	Nº de Empregados no Estabelecimento Nº de Membros da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
C-7	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	1
C-7a	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	8	2
C-8	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	4	6	7	8	10	1
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	4	5	6	8	1
C-9	Efetivos				1	1	1	2	2	2	3	5	6	7	1
	Suplentes				1	1	1	2	2	2	3	4	4	5	1
C-10	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	4	5	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	4	6	7	8	2
C-11	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	5	6	9	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	4	7	8	10	2
C-12	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	5	7	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	6	6	7	8	2
C-13	Efetivos		1	1	3	3	3	5	4	5	6	9	11	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-14	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	9	11	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	7	8	8	2
C-14a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	1
C-15	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	4	6	8	10	2
C-16	Efetivos		1	1	2	3	3	3	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	4	6	7	9	2
C-17	Efetivos		1	1	2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-18	Efetivos				2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2

1178

Considerando a completude das informações contidas na documentação, a análise e pontuação anteriormente atribuídas devem ser reconsideradas, atribuindo a pontuação suprimida de 0,35 pontos, afim de atingir a pontuação máxima de 0,75.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Carla Machado Dos Santos.

Para verificar as assinaturas vá ao site <https://verifsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Carla Machado Dos Santos. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://verifsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO -SESMT

De acordo com a análise da comissão:

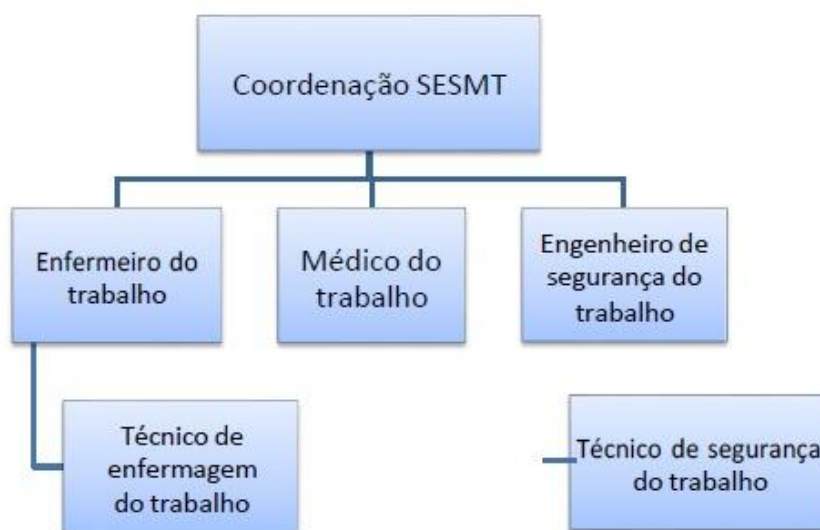
“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidades), também exigidos para a composição de nota. ”

A proposta de Implantação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho –SESMT foi apresentada de forma clara e concisa as finalidades e a composição da comissão, incluindo inclusive o organograma desta comissão, competência e formação de cada um dos membros a suas atribuições.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Carla Machado Dos Santos.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.

Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI SESMT 001	Revisão: 00	Data: 13/07/2024
--------------------------------------	----------------------	-------------	------------------

Estrutura Organizacional



Formação especializada dos profissionais do SESMT:

- 1) **Enfermeiro do trabalho** - enfermeiro portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Enfermagem do Trabalho, em nível de pós-graduação, ministrado por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em enfermagem;
- 2) **Engenheiro de segurança do trabalho** - engenheiro ou arquiteto portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho, em nível de pósgraduação;
- 3) **médico do trabalho** - médico portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, ou portador de certificado de residência médica em área de concentração em saúde do trabalhador ou denominação equivalente, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, ambos ministrados por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em Medicina;

Proibido Reproduzir	Página 2 de 07
---------------------	----------------

1254

Título: Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI SESMT 001	Revisão: 00	Data: 13/07/2024

Introdução

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado em conformidade com a norma regulamentadora 04 (NR 04) portaria de número 3214, de 8 de junho de 1978, que regulamentou a Lei N 6514 de dezembro de 1977, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT

OBJETIVOS

O regulamento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do trabalho tem como objetivo promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho para que isto seja possível é desenvolvido documentos e atividades descritas no documento abaixo:

A norma regulamentadora 04 (NR 04) da portaria de nº 3214, de 8 de junho de 1978, que regulamentou a Lei nº 6514 de dezembro de 1977, instituiu o SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho. O SESMT, agindo de forma preventiva, educativa e por vezes atuando na melhoria dos processos, o que proporciona aos trabalhadores um ambiente de trabalho mais seguro e saudável.

Aplicação

Enfermeiro do trabalho, Engenheiro de segurança do trabalho, Médico do trabalho, Técnico de enfermagem do trabalho e Técnico de segurança do trabalho.

Responsabilidades

É de responsabilidade dos profissionais que compõem o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, observar o conteúdo deste regulamento interno.

Proibido Reproduzir	Página 1 de 07
---------------------	----------------

1253

jamento e a organização do trabalho de forma segura para o trabalhador;

DIMENSIONAMENTO SESMT

Este deverá seguir o anexo II da Norma Regulamentadora 4, que leva em consideração o grau de risco da instituição e o número de colaboradores.

*Norma em anexo

DISPOSIÇÕES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. Através no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistemático de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Proibido Reproduzir

Página 9 de 07

1261

Considerando a completude das informações contidas na documentação, a análise e pontuação anteriormente atribuídas devem ser reconsideradas a pontuação de 0,2 suprimidas, de forma atingir a pontuação máxima de 0,5 pontos.

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA

De acordo com a análise de comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para composição de nota”.

A Referida proposta de Implantação da Comissão de Ética em Pesquisa para a Policlínica Estadual da Região Rio Vermelho traz na página 1127, no 2º (segundo) parágrafo intitulado de “capítulo 2 – Do objetivo” os objetivos e finalidades principais da comissão em questão. Vemos dessa forma na documentação oficial:

CAPITULO II – DO OBJETO

Artigo 2º – O CEP-Policlínica é um Comitê com os seguintes objetivos:

- I – orientar as pesquisas que se realizarão na Unidade, quanto às normas e quanto aos princípios éticos exigidos pelo Ministério de Saúde;
- II – observar o cumprimento dos princípios éticos no que se refere à técnica do uso de seres humanos;
- III – organizar sistema de avaliação e acompanhamento das atividades do CEP da Unidade.
- IV – prestar as informações aos órgãos do Ministério de Saúde no que se refere ao andamento dos trabalhos analisados;
- V – normatizar seus procedimentos operacionais internos, visando ao efetivo controle sanitário dos produtos objeto de pesquisa clínica;
- VI – controlar o bom andamento das pesquisas e sua atualização continuamente;
- VII – orientar e fazer cumprir as responsabilidades do pesquisador, segundo as normas vigentes nas regulamentações da Secretaria de Saúde.

1227

Afim de expor de forma explícita as finalidades desta comissão, a OSS HMTJ traz na página 1128 na subdivisão intitulada de “Capítulo 3 – Das Finalidades” onde vemos 1 (um) artigo discorrendo sobre a finalidade desta comissão. O Capítulo menciona:

CAPÍTULO III - DAS FINALIDADES

Artigo 3º – O CEP tem por finalidade orientar, conduzir, avaliar, estimular e facilitar a realização de projetos de pesquisa em seres humanos na Unidade, dentro das Normas dos Regulamentos emitidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP- GO).

CAPÍTULO IV – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º – O CEP da policlínica é composto por um colegiado com número superior a sete membros, tendo como representantes profissionais das áreas: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Biologia, Ciências Biomédicas e um Representante dos Usuários.

I – os componentes serão referendados pela Direção da Policlínica, a partir de indicação realizada pelos Membros que compõem o CEP, podendo haver também indicação pelos Setores e outras coordenações da unidade. A indicação de qualquer membro novo deverá ser submetida à aprovação em plenária, caso seja nomeado novo representante de usuário e/ou membro o CEP solicitará as devidas alterações dos dados via formulário específico encaminhado à CONEP;

II – os Membros não possuem Suplentes;

III – os Coordenadores (1º e 2º Coordenador) serão eleitos pelos Membros nomeados;

Parágrafo Único – O 1º Coordenador será substituído nos casos de impedimento ou vacância pelo 2º Coordenador;

IV- Nos casos de impedimento ou vacância dos Coordenadores exercerá a coordenação do Comitê o membro lotado na Unidade disponível;

V – o mandato será de 3 (três) anos, com direito de recondução conforme previsto na Resolução CNS nº 370/2007;

VI – A renovação da composição do CEP se dará a cada 3 (três) anos de acordo com a vigência do registro do CEP, junto à CONEP, mantendo-se pelo menos um terço de seus membros;

Como conseguinte, o Regimento Interno da referida Comissão traz nas páginas 1128 e 1129, subdivisão intitulada de “Capítulo 4 – Da Composição” os membros que compõem esta comissão. Este capítulo aparece na documentação oficial da seguinte forma:

CAPÍTULO IV – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º – O CEP da policlínica é composto por um colegiado com número superior a sete membros, tendo como representantes profissionais das áreas: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Biologia, Ciências Biomédicas e um Representante dos Usuários.

I – os componentes serão referendados pela Direção da Policlínica, a partir de indicação realizada pelos Membros que compõem o CEP, podendo haver também indicação pelos Setores e outras coordenações da unidade. A indicação de qualquer membro novo deverá ser submetida à aprovação em plenária, caso seja nomeado novo representante de usuário e/ou membro o CEP solicitará as devidas alterações dos dados via formulário específico encaminhado à CONEP;

II – os Membros não possuem Suplentes;

III – os Coordenadores (1º e 2º Coordenador) serão eleitos pelos Membros nomeados;

Parágrafo Único – O 1º Coordenador será substituído nos casos de impedimento ou vacância pelo 2º Coordenador;

IV- Nos casos de impedimento ou vacância dos Coordenadores exercerá a coordenação do Comitê o membro lotado na Unidade disponível;

V – o mandato será de 3 (três) anos, com direito de recondução conforme previsto na Resolução CNS nº 370/2007;

VI – A renovação da composição do CEP se dará a cada 3 (três) anos de acordo com a vigência do registro do CEP, junto à CONEP, mantendo-se pelo menos um terço de seus membros;

1228

- VII – o número mínimo para constituir o colegiado será de 7 (sete) membros;
- VIII – o CEP será multidisciplinar e transdisciplinar, e não poderá haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos;
- IX – os membros do CEP não serão remunerados pelo desempenho de suas tarefas, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação, também serão dispensados, nos horários de seu trabalho no Comitê, de suas obrigações em suas instituições, dado o caráter de relevância pública da função;
- X – o CEP poderá contar com consultores “ad hoc”, pessoas pertencentes ou não à Instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos;
- XI – Na impossibilidade do membro concluir o mandato, a solicitação de desligamento do Comitê deverá ser feita por escrito e o CEP deverá indicar outra pessoa para a complementação do mandato.

CAPITULO V – DA CAPACITAÇÃO DOS MEMBROS E COMUNIDADE ACADÊMICA

Artigo 5º – Na indicação de novo membro haverá uma apresentação do mesmo em reunião do Comitê, sendo orientado sobre a documentação e normas do Sistema CEP/CONEP e este Regulamento; haverá anualmente um plano de capacitação dos membros do CEP, envolvendo a comunidade acadêmica e científica da Instituição a fim de promover a educação em ética em pesquisa envolvendo seres humanos, em cumprimento a Norma Operacional nº 001/13.

CAPITULO VI – DO APOIO ADMINISTRATIVO

Artigo 6º – O CEP contará com um funcionário administrativo para a função de Secretário do Comitê, designado e exclusivo especificamente para as atividades do Comitê.

1229

Além da composição da comissão, fica evidente o método de definição dos membros que serão referenciados pela Direção da Policlínica.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação. A documentação referida traz com

completude todas as informações necessárias para definição de nota, devendo ser reformada a nota atribuída à Entidade, atingindo a pontuação máxima de 0,5 pontos.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo. A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA COM CRONOGRAMA

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para composição de nota”.

A Referida proposta de Implantação da Comissão de Radioproteção para a Policlínica Estadual Região Rio Vermelho traz no 1º (primeiro) parágrafo intitulado de “capítulo 1 – Da missão” o objetivo e finalidade principal da comissão em questão. Vemos dessa forma na documentação oficial:

CAPÍTULO I - DA MISSÃO

Art 1º - A Comissão de Radioproteção tem como objetivo propor e aplicar critérios de radioproteção para os funcionários que trabalham com radiação ionizante, à população usuária dos serviços que a utilizam e também a segurança e integridade das instalações.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Art 2º - A Comissão de Radioproteção será constituída por um grupo multifuncional (profissionais de nível superior e técnico), tendo por finalidade:

- A) Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica;
- B) Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na instituição.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art 3º - À Comissão de Radioproteção compete.

- a) Avaliar os registros de dosimetrias individuais e ambientais;
- b) Implementar cronograma de manutenções preventivas e preditivas;
- c) Acompanhar o gerenciamento da monitoração individual das pessoas ocupacionalmente expostas às radiações ionizantes;

1197

Além disso, o Regimento Interno da referida Comissão traz na página 1199 na subdivisão intitulada de “Capítulo 5 - Dos membros” a composição desta comissão. Este capítulo aparece na documentação oficial da seguinte forma:

CAPÍTULO V – DOS MEMBROS

Art 7º - Esta comissão é multidisciplinar e multiprofissional.

Art 8º - Os membros da Comissão de Radioproteção distribuem-se na seguinte representação.

- a) Técnico em Segurança do Trabalho;
- b) Coordenação de Enfermagem;
- c) Apoio Administrativo;
- d) Representante do serviço de Imagiologia Ltda;
- e) Representante técnico em Radiologia;
- f) Membro do SESMT.

Sua representatividade deverá ser:

- a) Presidente;
- b) Vice-Presidente;
- c) Secretário (a);
- d) Membros Efetivos.


CAPÍTULO VI - DAS FUNÇÕES

Art 8º - Ao Presidente compete:

- a) Presidir e coordenar as atividades da Comissão;
- b) Determinar datas, horários e locais, bem como coordenar as reuniões ordinárias da Comissão,
- c) Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;
- d) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
- e) Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades;
- f) Nomear ou exonerar os membros da Comissão, através de resoluções;
- g) Revogar e anular resoluções.

1199

Ademais, no cronograma de implantação encontrado na página 1202 é mencionado que no primeiro mês de atividades será instaurada a comissão. No campo intitulado de “Como Será Feito?” desceve que a metodologia será através de convite a membros da equipe multiprofissional pela Diretoria Técnica.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ		 <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL E MATERNIDADE TERESOLINA DE JFPE</small>
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA		
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Proteção Radiológica		

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe multiprofissional	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias	Apresentar perfil de exames realizados. Atualização de técnicas utilizadas, Atendimento humanizado durante a realização de exames. Produção mensal e planejamento das ações no serviço de imagem.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que o serviço em relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação de segurança durante a realização de exames baseados em cuidados na exposição radiológica.	A partir de recomendação do Conselho de radiologia e boas práticas.	Membros da comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias	Apresentar perfil de exames realizados. Atualização de técnicas utilizadas, Atendimento humanizado durante a realização de exames. Produção	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que o serviço em relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 6
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ					

1202

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída de 0,2 pontos, suprimidos por esta r.comissão a esta documentação devendo ser revista e obter a pontuação total de 0,5 pontos. A documentação referida traz com completeude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE COM CRONOGRAMA

De acordo com a análise de comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para composição de nota”.

A Referida proposta de Implantação da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde para a Policlínica Estadual da Região Rio Vermelho trás no 1º (primeiro) parágrafo conforme a Resolução CONAMA n° 358/2005 e RDC n° 222/2018, que determina normas de gerenciamento dos resíduos em estabelecimentos de assistência à saúde.

Afim de expor as finalidades desta comissão, a OSS HMTJ traz na página 1182 a 2ª (segunda) subdivisão intitulada de “Capítulo 2 Das finalidades” onde esta subdivisão traz 1 (um) parágrafo discorrendo sobre a finalidade desta comissão. O Art. 2º menciona:

CAPÍTULO I JUSTIFICATIVAS LEGAIS

Artigo 1º – A comissão foi criada em atendimento a Resolução CONAMA nº 358/2005 e RDC nº 222/2018, que determina normas de gerenciamento dos resíduos em estabelecimentos de assistência à saúde.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Artigo 2º – Estabelecer e discutir diretrizes de funcionamento e de planejamento junto aos membros da comissão para com a entidade. Com finalidades em minimizar a geração de resíduos na fonte, reduzir o volume e toxicidade na geração dos resíduos no meio – ambiente, adequar a segregação na origem, contribuir para o controle dos riscos de acidentes de trabalho, controlar e reduzir riscos ao meio ambiente, controlar e reduzir riscos para a saúde pública, contribuir para a qualidade da higiene em unidades de saúde, com enfoque no controle de infecção hospitalar, assegurar a manutenção e a operação dos resíduos, buscando a melhoria contínua do PGRSS e promover a educação ambiental.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – A comissão será gerenciada por um presidente e um secretário, indicados pela entidade e ou pelos componentes da comissão. Todos os componentes da gestão em vigor poderão continuar nas próximas gestões, caso demonstre qualificações e comprometimento, além de ser vontade própria do membro.

- I. Presidente;
- II. Secretário;
- III. Membros:
 - 01 Representante da administração;
 - 01 Representante do Setor de Higiene e Limpeza;

1182

Com o fim de tornar explícitos os objetivos e finalidades da implantação da referida comissão, a página 1184 no Capítulo 6 intitulado de “Da Competência” discorre sobre as competências desta comissão além das mencionada anteriormente. Destaca-se dentre as competências o Art. 11º que descreve:

CAPÍTULO VI DA COMPETÊNCIA

Artigo 9º – Compete ao presidente da comissão:

- I. Presidir as reuniões ordinárias;
- II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;
- III. Representar oficialmente a comissão;
- IV. Prestar contas de atividades realizadas e ou pendentes.

Artigo 10º – Compete ao secretário da comissão:

- I. Organizar atas e listas diversas;
- II. Responsabilizar-se pela guarda de livro, pastas e etc;
- III. Comunicar reuniões;
- IV. Organizar apoio logístico;
- V. Realizar anotações diversas das reuniões;
- VI. Anotar queixas ou reclamações;

Artigo 11º – Compete aos membros da comissão:

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

1184

Este parágrafo cita objetivos qualitativos que a comissão busca atingir com a finalidade de agregar melhores condutas e ações frente o manejo de resíduos além da gestão ambiental que impacta na saúde laboral.

Além disso, o Regimento Interno da referida Comissão traz na página 1182 e 1183 no Capítulo 3 intitulado de “Da composição”. Este capítulo aparece na documentação oficial da seguinte forma:

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – A comissão será gerenciada por um presidente e um secretário, indicados pela entidade e ou pelos componentes da comissão. Todos os componentes da gestão em vigor poderão continuar nas próximas gestões, caso demonstre qualificações e comprometimento, além de ser vontade própria do membro.

- I. Presidente;
- II. Secretário;
- III. Membros:
 - 01 Representante da administração;
 - 01 Representante do Setor de Higiene e Limpeza;

1182

- 01 Representante da Farmácia;
- 01 Representante da CIPA;
- 01 Representante do Setor de Assistência social;
- 01 Representante do Setor de Enfermagem;
- 01 Representante do Setor de Manutenção;
- 01 Representante do Setor de Segurança do Trabalho;
- 01 Representante do Setor da Recepção;
- 01 Representante do Setor de Controle de Infecção Hospitalar;
- 01 Representante dos médicos; e
- 01 Responsável Técnico (RT) pela elaboração e manutenção do PGRSS.

Parágrafo único: A comissão poderá convidar outros profissionais para participar de suas reuniões, quando julgar necessário.

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Artigo 4º – A duração do mandato da Comissão será de no máximo 2 anos, ou por tempo indeterminado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, sendo registrado em ata e atualizado o ato de nomeação.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO

Artigo 5º – Todos os componentes da comissão irá se reunir sistematicamente de forma trimestral, de acordo com data, hora e local pré - estabelecido no calendário anual de reuniões do PGRSS;


Artigo 6º – Todos os componentes são diretamente responsáveis pela implantação, adaptação e aplicação do PGRSS;

Artigo 7º – Todos os componentes serão treinados sobre quaisquer disposições do PGRSS.

1183

Ademais, no cronograma de implantação que se encontra na página 1186 é mencionado que no primeiro mês de atividades será instaurada a comissão. No campo intitulado de

“Como Será Feito?” desceve que a metodologia será através de designação dos membros pela Diretoria Técnica.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Resíduos De Serviços De Saúde	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão Resíduos de Serviços de Saúde	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Nomeação de membros Comissão Resíduos de Serviços de Saúde	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Elaboração de políticas e procedimentos para a segregação, acondicionamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos.	Será solicitado à comissão e representantes eleitos	A própria comissão	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a PGRSS de acordo com os perfis de classificação de resíduo de saúde por setor. Levantamento de quantidade de resíduo gerado por setor e global. Suporte aos setores quanto ao descarte adequado.	Divulgação e orientações aos setores quanto ao descarte adequado e consciente.	Membros da comissão	Mês 3
3	Realizar classificação de resíduos por áreas fornecedoras.	Para os setores tenham conhecimento e	Disponibilização de lixeiras d por setor de acordo com classificação de resíduos.	Membros da comissão	Mês 3

1186

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista a pontuação suprimida de 0,35 pontos afim de obter pontuação total de 0,75 pontos.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo. A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO – NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para composição de nota”.

A Referida proposta de Implantação da Comissão do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para a Policlínica Estadual da Região Rio Vermelho traz na página 1246, no 2º (segundo) parágrafo intitulado de “capítulo 1 – Do objetivo” o objetivo e finalidade principal da comissão em questão. Vemos dessa forma na documentação oficial.

CAPÍTULO I - DO OBJETIVO

Artigo 1º - A criação do Núcleo de Segurança do Paciente de acordo com a RDC nº. 36/2013, tem como objetivo promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco.

CAPÍTULO III – DIRETRIZES

- A melhoria contínua nos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- A garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

CAPITULO IV - DA ORGANIZAÇÃO DO NUCLEO

Artigo 2º - Os membros do núcleo deverão ser nomeados pela diretoria clínica.

Artigo 3º - Os membros do núcleo terão mandato de 02 (dois) anos, prorrogáveis por igual período. Caso necessário saída de algum membro, o mesmo deverá ser substituído por outro membro indicado pela direção clínica.

CAPITULO V - DA SUBORDINAÇÃO

Artigo 4º - Toda a equipe da NSP da policlínica estará subordinada à diretoria clínica.

CAPITULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS

Ao Núcleo de Segurança do Paciente é incumbido:

1246

Afim de expor de forma explícita as finalidades desta comissão, a OSS HMTJ traz ainda na página 1246, na subdivisão intitulada de “Capítulo 3 – Diretrizes” onde vemos 4 (quatro) tópicos percorrendo sobre a finalidade desta comissão. O Capítulo menciona:

CAPÍTULO III – DIRETRIZES

- A melhoria contínua nos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- A garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

CAPÍTULO IV - DA ORGANIZAÇÃO DO NÚCLEO

Artigo 2º - Os membros do núcleo deverão ser nomeados pela diretoria clínica.

Artigo 3º - Os membros do núcleo terão mandato de 02 (dois) anos, prorrogáveis por igual período. Caso necessário saída de algum membro, o mesmo deverá ser substituído por outro membro indicado pela direção clínica.

CAPÍTULO V - DA SUBORDINAÇÃO

Artigo 4º - Toda a equipe da NSP da policlínica estará subordinada à diretoria clínica.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS

Ao Núcleo de Segurança do Paciente é incumbido:

1246

Tratam-se de objetivos qualitativos atribuídos à implantação desta comissão, com a finalidade global de agregar qualidade e segurança à sistemática de gestão e assistência aos pacientes.

Como conseguinte, o Regimento Interno da referida Comissão traz na subdivisão intitulada de “Capítulo 7 – Da Composição” os membros que compõem esta comissão. Este capítulo aparece na documentação oficial da seguinte forma:

CAPÍTULO VII - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A composição do Núcleo de Segurança do Paciente será a seguinte:

- a) 01 representante da Farmácia Hospitalar;
- b) 01 representante do Corpo Clínico;
- c) 01 representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- d) 01 representante da Enfermagem;
- e) 01 representante da Engenharia Clínica;
- f) 01 representante da Agência Transfusional;
- g) 01 representante da Gestão de Qualidade;
- h) 01 secretário Administrativo.

Artigo 6º - Novos integrantes da comissão só serão nomeados em Ata de Nomeação após três reuniões consecutivas, ou em casos excepcionais será nomeado de imediato com aprovação de todos os membros integrantes da comissão, sendo registrado em ata.

Artigo 7º - Cada membro deverá seguir suas atribuições de acordo com as descrições feitas e discutir os casos em equipe para tomada de decisões.

CAPÍTULO VIII - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º - O NSP realizará reuniões quinzenais, podendo ser convocada extraordinariamente quando necessário.

Artigo 9º - As reuniões, bem como seus conteúdos serão registradas em ata constando o nome dos membros participantes, além de assinatura de lista de presença.

Artigo 10º - Todas as ausências e modificações do cronograma devem ser justificada na Ata de reunião.


Artigo 11º - As atividades da policlínica, também serão registradas em ata.

CAPÍTULO IX – DO PLANEJAMENTO

Artigo 12º - O NSP deverá apresentar no mês de dezembro o planejamento de suas atividades para o ano do seguinte, a ser avaliado e aprovado pela diretoria clínica da

1248

Ademais, no cronograma de implantação que se encontra na página 1250 é mencionado que no primeiro mês de atividades será instaurada a comissão. No campo intitulado de “Como Será Feito?” desceve que a metodologia será através de convite a membros do Serviço de Gestão da Qualidade pela Gerência de Enfermagem e Equipe da Qualidade.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	 <small>ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL - AUTÔNOMO TUBARÃO DE 2010</small>
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente - NQSP	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar NQSP	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros do Serviço de Gestão da Qualidade	Gerencia de enfermagem/Qualidade	Mês 1
2	Elaboração do regimento interno do NSP	Políticas de segurança e regimento do serviço, método de notificação de incidentes, matriz de riscos	Acompanhar implementação	Membros do NSP	1º e 2ºquinzena (Mês 1,2,3,4)
3	Protocolos de segurança do paciente	Definição e condutas padronizadas de acordo com protocolos clínicos	Acompanhar implementação	Membros do NSP	3º e 4ºquinzena (Mês 1,2,3,4)
4	Meta 1: Identificação Correta do Paciente	Definição e condutas padronizadas de identificação do paciente.	Acompanhar implementação	Membros do NSP	1º e 2ºquinzena (Mês 1,2,3,4)
5	Meta 2: Comunicação Efetiva	Padronizar comunicação efetiva durante na assistência gerada aos pacientes internados.	Acompanhar implementação	Membros do NSP	3º e 4ºquinzena (Mês 1,2,3,4)
6	Meta 3: Melhorar a Segurança dos Medicamentos	Seguir os protocolos de boas práticas na cadeia medicamentosa.	Acompanhar implementação	Membros do NSP	1º e 2ºquinzena (Mês 5,6,7,8)
6	Meta 4: Cirurgia Segura	Aplicação do Check list de Cirurgia	Acompanhar implementação	Membros do NSP	3º e 4ºquinzena (Mês 5,6,7,8)

1250

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista, atribuída a pontuação de 0,2 pontos afim de obter a pontuação total de 0,5 pontos. A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidades), também exigidos para a composição de nota.”

A referida proposta de Implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica para a Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho, é um órgão colegiado com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos e produtos para saúde. A CFT atua de forma consultiva, deliberativa e educativa, cujas ações estão voltadas para a assistência farmacêutica, sendo responsável pelo processo de seleção, utilização, acompanhamento e avaliação do uso racional dos medicamentos e produtos para saúde e pelo desenvolvimento de ações para garantir o seu uso seguro e racional.

A fim de garantir a organização e a clareza na apresentação das informações, a OSS HMTJ dedicou os capítulos I e III de sua documentação oficial, nas páginas 1190 e 1191, para detalhar as finalidades e a composição da comissão.

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I: DA DEFINIÇÃO

Da Natureza e do Objeto da Comissão:

Art. 1 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é um órgão colegiado com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos e produtos para saúde. A CFT atua de forma consultiva, deliberativa e educativa, cujas ações estão voltadas para a assistência farmacêutica, sendo responsável pelo processo de seleção, utilização, acompanhamento e avaliação do uso racional dos medicamentos e produtos para saúde e pelo desenvolvimento de ações para garantir o seu uso seguro e racional.

Art. 2 - A Comissão tem como objetivo principal assessorar a Coordenação de Assistência Farmacêutica nas seguintes atribuições:

- a) **Padronização:** Definir a lista de medicamentos a serem utilizados na instituição, considerando critérios de eficácia, segurança e custo-benefício.
- b) **Aquisição:** Estabelecer os critérios para a compra de medicamentos, garantindo a qualidade e a disponibilidade dos produtos.
- c) **Armazenamento:** Definir as condições adequadas para o armazenamento de medicamentos, visando garantir sua integridade.
- d) **Prescrição e Dispensação:** Estabelecer protocolos e normas para a prescrição e dispensação de medicamentos.
- e) **Farmacovigilância:** Implementar um sistema de monitoramento dos efeitos adversos dos medicamentos, visando à segurança dos pacientes e à geração de dados para a avaliação de riscos.

CAPÍTULO II: DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 3 - São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- a) Assessorar a coordenação de Assistência Farmacêutica nos assuntos referentes aos medicamentos padronizados ou não;
- b) Revisar sistematicamente a relação de padronização atualizando-a de acordo com as necessidades expressas por seus prescrições,
- c) Avaliar e emitir pareceres sobre as solicitações de inclusão, exclusão e avaliação dos medicamentos padronizados;
- d) Propor e elaborar projetos de educação permanente na área de abrangência da assistência farmacêutica.
- e) Organizar e manter atualizada a listagem padrão de fármacos e congêneres a serem utilizados pela instituição, tendo em vista a eficiência terapêutica;
- f) Adotar medidas visando evitar a desnecessária duplicação de substâncias básicas ou associações similares com nomes comerciais diferentes;

- g) Acompanhar estudos e pesquisas de fármacos, medicamentos ou congêneres, sob o ponto de vista clínico, químico, farmacocinético e farmacodinâmico sobre sua eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
- h) Manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre fármacos, medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, com programação especial, contendo:
 - I. listagem-padrão;
 - II. dados farmacológicos e clínicos;
 - III. reações adversas;
 - IV. ocorrências na ministração.
- i) Desempenhar papel consultivo e educativo divulgando, no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre fármacos e congêneres e utilização de substâncias potencialmente tóxicas;
- j) Colaborar nas atividades de ensino e pesquisa;
- k) Implementar ações referentes ao sistema de inspeção da qualidade dos fármacos e congêneres.

CAPÍTULO III: DA COMPOSIÇÃO

Art. - 4 - A composição da Comissão de Farmácia e Terapêutica será definida em ata da primeira reunião de implantação, com membros indicados pelo Conselho Diretor, e terá como componentes:

- a) Diretor Clínico,
- b) Diretor Administrativo.
- c) Farmacêutico RT
- d) Enfermeiro Coordenador de Setor.

Art. 5 - Fica estabelecido que a substituição de nomes desta comissão se dará em reunião imediatamente após o afastamento do mesmo.

Art. 6 - Será automaticamente substituído o membro desta comissão que faltar a 03 (três) reuniões sucessivas sem justificativa relevante, neste caso o setor representado deverá indicar novo membro.

CAPÍTULO IV: DO FUNCIONAMENTO

Art. 7 - A CFT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 8 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica da instituição terá como secretário executivo o farmacêutico RT que terá como responsabilidade a organização de pauta de reuniões elaboração da ata, devendo tornar público as decisões por elas tomadas.

Art. 9 - Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica terão também um mandato de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos. Entretanto perderá o mandato o membro de, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Art. 10 - Os representantes das áreas/unidades de que tratam do artigo 4º, serão indicados pelo Superintendente da instituição, após ouvir os diretores

Considerando a completude das informações contidas na documentação, a análise e pontuação suprimida de 0,2 pontos devem ser reconsideradas, aplicando a pontuação máxima de 05 pontos.

COMITE DE COMPLIANCE

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos na composição da nota”

Com toda vênia, diferentemente da conclusão da comissão, a proposta de regimento interno do comitê de compliance apresentada na proposta técnica do edital 02/2024 para gestão da PRRV contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A fim de apresentar de forma clara e concisa as finalidades e a composição da comissão, a OSS HMTJ destinou nos itens I e 2.1 da documentação oficial para descrever seus objetivos e sua composição, respectivamente.

REGIMENTO INTERNO – COMITÊ COMPLIANCE

I. Objetivos

Programas de Compliance têm por finalidade disseminar diretrizes voltadas para o atingimento do estado de conformidade e sustentabilidade dos negócios, possibilitando o aumento da prevenção de atos ilícitos, redução de perdas financeiras e de danos à reputação da instituição. É estar em conformidade com leis e regulamentos.

II. Abrangência

Todos os setores

II. Diretrizes

1) Compliance

Um programa de compliance determina uma variedade de regras e procedimentos necessários para as práticas realizadas em uma instituição. Posturas de ética, transparência e qualidade na gestão pautam as principais exigências estabelecidas.

Na busca pela melhor relação com pacientes, colaboradores e fornecedores trazem maior confiança aos processos, seja por meio do atendimento, de medicamentos aplicados ou de materiais adquiridos, por exemplo. Dessa forma, condutas inapropriadas e atuações que fogem dos valores da instituição são combatidas.

A Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus está altamente empenhado em atingir o nível de excelência em Compliance. Por isso desenvolveu um Programa de Compliance fundamentado em três pilares: prevenir, detectar e responder, cujo foco principal, obviamente, está na prevenção, com ações fortes em comunicação, treinamento e definição de políticas, entre outras. Seja somente um conjunto de regras, mas sim a questão de atitude e, como parte do programa, um dos mais importantes é o princípio anticorrupção em todas as áreas de atuação da instituição.

2) Aplicação de Compliance

O Programa é voltado a todos os colaboradores e aos terceiros que prestam serviços de natureza permanente, temporária, excepcional ou eventual ao Hospital, e a todas as unidades geridas pela OSS HMTJ.

1206

Está alinhado à Estratégia Corporativa, refletindo a Missão, Visão e Valores compartilhados entre as pessoas que fazem o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

2.1) Composição

O Comitê será formado por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos, eleitos em Ato de Nomeação pelo Diretor Presidente, sendo obrigatória a participação e de 1 (um) dos Diretores da Instituição.

O Comitê de Compliance é composto dos seguintes membros:

- Diretor Financeiro;
- Gerente de Controladoria;
- Representante dos Colaboradores;
- Representante Jurídico.

2.1.1) Os membros do Comitê elegerão 1 (um) Presidente pela maioria absoluta de votos, na primeira reunião que ocorrer após a posse de tais membros, ou sempre que ocorrer vacância naquele cargo ("Presidente").

2.2) Conheça bem a sua organização

Conhecer, monitorar e estudar o cotidiano da organização é a maneira mais eficiente de identificar setores que precisam de aprimoramento e intervenção de um líder, de modo a se adequarem às normas e procedimentos preestabelecidos

2.3) Envolve todos os seus colaboradores e parceiros

É necessário fomentar o respeito às regras em nossos colaboradores. Para isso, é fundamental envolver a todos no processo. As pessoas são o maior bem de uma instituição, mas uma equipe desmotivada e mal gerenciada pode ser um risco à imagem da organização. Quando a gestão de pessoas não é realizada adequadamente, isso abre espaço para o desenvolvimento de condutas que não contribuem para o crescimento e podem afetar a reputação do negócio. Por isso, é essencial envolver seus colaboradores em seu projeto de compliance.

Porém, para conquistar a compreensão e o apoio da equipe, é necessário investir em transparência e clareza quanto aos objetivos do procedimento e as vantagens que isso vai trazer à instituição e a todos que nela trabalham.

2.4) Estimule uma cultura organizacional ética

A cultura organizacional pode ser definida pelos padrões de comportamento dentro do Hospital. Dessa maneira, estimular nossos colaboradores a adotarem **1207**

Considerando a completude das informações contidas na documentação, a análise e pontuação anteriormente atribuídas devem ser reconsideradas, atribuindo a pontuação suprimida de 0,2 pontos, afim de atingir a pontuação máxima de 0,50..

OUTRAS COMISSÕES

De acordo com a análise da comissão:

“Trouxe na proposta apenas Comissão de humanização em saúde”

Avaliando os requisitos do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 02/2024-SES/GO PROCESSO: 202300010063743, não foi observada a descrição de forma objetiva quando se refere a exigência de elaboração do requisito “ Outras Comissões” que descreva com clareza a necessidade de inclusão de mais alguma comissão além das que reputamos pertinentes, após análise do contexto da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho - Goiás e análise da proposta de trabalho para implementação das comissões presentes neste mesmo chamamento, que contemplou comissões cruciais e de suma importância estando dentre elas:

Comissão de Ética Médica; Comissão de Ética Multiprofissional; Comissão de Biossegurança; Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS); Comissão de Análise e Revisão de Prontuários; Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB); Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA; Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Proteção Radiológica; Comitê de Compliance; Comitê de Ética em Pesquisa (CEP); Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP); Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT;

Ao analisarmos o contexto institucional, bem como as comissões apresentadas para este mesmo chamamento é evidenciado que não houve clareza na exigência de elaboração do requisito “ Outras Comissões”.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DAS ATIVIDADES ANUAIS

REGIMENTO INTERNO DO GTH – GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO

Da Definição

O grupo de trabalho de humanização (GTH) é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender ações pautadas nas diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) e resgate da humanização na assistência à saúde, visando tornar o ambiente mais acolhedor, humanizado e respeitoso para pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde.

Dos Objetivos

- Difundir a cultura de humanização em saúde;
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários de forma acolhedora e inclusiva;
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde promovendo ambiente saudável;
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes;
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nessa área para facilitar o processo de acolhimento e sensibilização;

Da Constituição

- O Grupo de Trabalho de Humanização, deverá ser constituído de maneira voluntária;
- O Grupo de Trabalho de Humanização será um instrumento deliberativo constituído por uma equipe multidisciplinar, com gestão participativa, tendo como competência:
- Apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário interno e externo;

Das Competências

O GTH terá as seguintes competências:

- a) estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os serviços mais humanizados;
- b) traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;
- c) examina propostas sobre assuntos pertinentes as relações interpessoais na instituição;
- d) liderar o processo de humanização;
- e) buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores;
- f) promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de Humanização a

1282

- h) avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos;
- i) estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil usuários nas ações de humanização dos serviços;
- j) Realizar deliberações que serão tomadas por maioria de votos dos membros presentes.

Da Estrutura Organizacional

O GTH será constituído por:

1. Coordenação geral
2. Vice-coordenação
3. Secretaria
4. Comissões

Ficando a critério do GTH a formação de comissões quando se fizerem necessárias entre os participantes;

Da Organização

O GTH será gerenciado por um coordenador (a) e um vice-coordenador (a).

Do Coordenador (a)

CABERÁ AO COORDENADOR (A)

- coordenar as atividades de promoção de humanização;
- convocar as reuniões do GTH dando execução às respectivas deliberações;
- representar oficialmente o GTH;
- Prestar contas das atividades do GTH a Gerencia Técnica Assistencial e Administrativa.

Do Vice – Coordenador (a)

COMPETE AO VICE – COORDENADOR (A):

- Assessorar ao Coordenador Geral;
- Assumir as funções do Coordenador Geral na sua ausência, por impedimento e ou afastamento temporário;
- Comparecer as reuniões do GTH.

Do Secretário (a)

1283

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de	de	0,5 pontos
-----------------------------------	---	----	------------

Edital 63234604

SEI 202300010063743 / pg. 32

Atividade Anual			
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	de	0,5 pontos
Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	de	0,5 pontos
Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual.	de	0,5 pontos

A comissão criada “Comissão de Humanização em Saúde” que contemplou Proposta da Constituição (membros e finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual, forneceu e supriu o requisito “Outras Comissões”.

Inclusive, vale ressaltar, em pleno atendimento do Edital, contendo proposta de membros e finalidade, conforme todas as demais apresentadas em proposta:

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo. A documentação referida traz com completeza todas as informações necessárias para definição de nota.

**PROPOSTA INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL
COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, DEFINIDAS
AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA.**

De acordo com a análise da comissão:

“A instrução para o funcionamento do serviço social deve ser um documento detalhado que estabelece diretrizes, estruturas e procedimentos para garantir a organização e a qualidade do serviço prestado. A proposta trouxe uma vasta instrução para o funcionamento do serviço social, porém não trouxe proposta de equipe mínima, item que faz parte da composição da nota.”

A referida proposta de Implantação do Regimento Interno do Serviço Social para a Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho traz um conjunto de normas e procedimentos que regulamenta o funcionamento de um determinado serviço. Ele estabelece os direitos e deveres dos profissionais, as relações de trabalho, as normas de conduta e outras questões relevantes para o funcionamento da instituição. A fim de garantir a atualização e adequação às novas demandas, o regimento interno do serviço social está sujeito a revisões anuais, podendo ser alterado por iniciativa da equipe ou em cumprimento a normativas externas.

A Organização Social de Saúde HMTJ dedicou os capítulos IV e VIII, páginas 2352 e 2358, de sua documentação oficial para detalhar o quadro de equipe mínima. Além disso, a proposta para o Chamamento Público nº 02/2024-SES/GO, processo 202300010063743, adota o orçamento base zero. Essa metodologia exige a justificativa de todos os gastos com pessoal a cada período orçamentário, promovendo a otimização de recursos e a melhoria da eficiência na alocação de pessoal.

CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A equipe que compõe o Serviço de Social está assim classificado:

I. Assistente Social. O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio. A descrição dos cargos, categorias profissionais e atribuições abaixo estão em conformidade com a legislação e as normas vigentes sendo Lei Nº 8.662/93 e Código de Ética do Assistente Social vigente.

Os requisitos para cada função ficam estabelecidos no Perfil Estruturado por Competências (PEC) de cada cargo pelos sistemas Gestão por Competências (GCPEC) e Gestão da qualidade (SIGQUALI) para consulta de todos os colaboradores.

normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.

CAPÍTULO VIII – DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 8º. O Serviço Social da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto – Região Rio Vermelho manterá atendimento em horário comercial, sendo:

I. Diarista:

a. 07:00h às 13:15h e 12:45h às 19:00h de segunda a sexta-feira, conforme estabelecido em escala mensal do serviço.

§ Ao colaborador será concedida na escala pausa de 15 minutos, conforme demanda de atividades.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art. 09. Dentre os deveres da equipe destacam-se:

- I.** Respeitar hierarquia;
- II.** Exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo;
- III.** Respeitar e cumprir as normas legais e regulamentares da instituição;
- IV.** Informar a chefia imediata às irregularidades que tomar ciência em razão do cargo;
- V.** Tratar com urbanidade as pessoas;
- VI.** Atender aos clientes/pacientes, comunidade e ao público em geral, prestando as informações requeridas, ressalva as de ordem médicas e as protegidas em sigilo;
- VII.** Guardar sigilo das informações obtidas no desenvolvimento de suas atribuições seja referente ao usuário ou da instituição;
- VIII.** Usar como traje de trabalho jaleco ou uniforme próprio oferecido pela unidade, roupas não transparentes, não apertadas, sapatos fechados, cabelos presos, unhas curtas com esmalte íntegro e não usar adornos, obedecendo a Norma Reguladora (NR) 32.
- IX.** Zelar pela economia do material e pela conservação do patrimônio público;
- X.** Manter conduta compatível com a moralidade administrativa;
- XI.** Ser pontual e assíduo, permanecendo no local de trabalho e cumprindo os horários pre-estabelecidos;
- XII.** Representar contra ilegalidade, omissão ou abuso de poder;
- XIII.** Registrar ponto de forma rigorosa;
- XIV.** Participar dos treinamentos propostos;
- XV.** Usar o crachá.

Proibido Reproduzir

Página 9 de 12

Conforme detalhado no Orçamento de Pessoal elaborado pela área de Recursos Humanos, é possível verificar o quadro mínimo de funcionários necessário para o funcionamento da organização.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Carla Machado Dos Santos.

Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Carla Machado Dos Santos. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.

2358

Recursos Humanos - Policlínica Regional Goiás - PRRV															
Cargo	Quantidade	Salário base	Dissídio	Gratificação	Assiduidade	Insalubridade	Adicional Noturno	Total Salários	Férias, 13º Salário e Encargos	Total Férias, 13º Salário e Encargos	Verbas Rescisórias	Total Verbas Rescisórias	Cesta Básica	Auxílio Creche	Total Benefícios
Gerente de Enfermagem - Dia - Diarista	2	4.968,00	298,08	2.980,80	-	282,40	-	17.058,56	2.466,24	4.932,48	1.051,92	2.103,83	440,00	-	880,00
Coordenador Administrativo - Policlínica - Dia - Diarista	1	7.692,31	615,38	-	-	-	-	8.307,69	2.402,17	2.402,17	1.024,59	1.024,59	440,00	-	440,00
Gestor de Cuidados - Dia - Diarista	1	4.280,00	342,40	1.750,00	-	282,40	-	6.654,80	1.924,24	1.924,24	820,74	820,74	440,00	-	440,00
Aprendiz em ocupações administrativas - Dia - Diarista	2	1.000,00	80,00	-	-	-	-	2.160,00	312,28	624,56	133,20	266,39	440,00	-	880,00
Analista de Indicadores - Dia - Diarista	1	2.650,00	212,00	-	-	-	-	2.862,00	827,55	827,55	352,97	352,97	440,00	-	440,00
Analista Administrativo Junior - Dia - Diarista	1	2.650,00	212,00	-	-	-	-	2.862,00	827,55	827,55	352,97	352,97	440,00	-	440,00
Enfermeiro Pleno - Dia - Diarista	1	3.745,00	224,70	-	-	282,40	-	4.252,10	1.229,49	1.229,49	524,41	524,41	440,00	-	440,00
Ouvidor - Dia - Diarista	1	3.999,38	319,95	-	-	-	-	4.319,33	1.248,93	1.248,93	532,70	532,70	440,00	-	440,00
Analista de Qualidade Pleno - Dia - Diarista	1	3.710,00	296,80	-	-	-	-	4.006,80	1.158,57	1.158,57	494,16	494,16	440,00	-	440,00
Assistente de Pessoal - Dia - Diarista	2	2.014,00	161,12	-	-	-	-	4.350,24	628,94	1.257,87	268,26	536,52	440,00	-	880,00
Assistente Administrativo Pleno - Dia - Diarista	2	1.833,80	146,70	-	-	-	-	3.961,01	572,66	1.145,33	244,26	488,51	440,00	-	880,00
Técnico em Segurança do Trabalho - Dia - Diarista	1	2.650,00	212,00	-	-	-	-	2.862,00	827,55	827,55	352,97	352,97	440,00	-	440,00
Técnico de Apoio ao Usuário TI - Dia - Diarista	1	2.288,00	183,04	-	-	-	-	2.471,04	714,50	714,50	304,75	304,75	440,00	-	440,00
Encarregado de Limpeza - Dia - Diarista	1	2.316,67	185,33	-	-	282,40	-	2.784,40	805,11	805,11	343,40	343,40	440,00	-	440,00
Auxiliar de Limpeza/ Serviços Gerais - Dia - Diarista	6	1.450,00	116,00	-	-	282,40	-	11.090,40	534,46	3.206,79	227,96	1.367,78	440,00	-	2.640,00
Supervisor de Manutenção - Dia - Diarista	1	4.500,00	360,00	-	-	-	-	4.860,00	1.405,27	1.405,27	599,38	599,38	440,00	-	440,00
eletricista - Dia - Diarista	1	2.500,00	200,00	-	-	1.080,00	-	3.780,00	1.092,99	1.092,99	466,19	466,19	440,00	-	440,00
Oficial de Manutenção - Dia - Diarista	3	2.250,60	180,05	-	-	564,80	-	8.986,34	866,13	2.598,40	369,43	1.108,29	440,00	-	1.320,00
Jardineiro - Dia - Diarista	1	1.769,20	141,54	-	-	282,40	-	2.193,14	634,15	634,15	270,48	270,48	440,00	-	440,00
Supervisor de Farmácia - Dia - Diarista	1	4.374,10	349,93	874,82	94,48	282,40	-	5.975,73	1.727,88	1.727,88	736,99	736,99	440,00	-	440,00
Farmacêutico - Dia - Diarista	1	4.374,10	349,93	-	94,48	282,40	-	5.100,91	1.474,93	1.474,93	629,10	629,10	440,00	-	440,00
Auxiliar de Estoque - Dia - Diarista	3	1.484,00	118,72	-	-	-	-	4.808,16	463,43	1.390,28	197,66	592,99	440,00	-	1.320,00
Assistente Administrativo Junior - Dia - Diarista	23	1.484,00	118,72	-	-	-	-	36.862,56	463,43	10.658,81	197,66	4.546,26	440,00	-	10.120,00
Supervisor NIR - Dia - Diarista	1	4.240,00	339,20	457,92	-	-	-	5.037,12	1.456,48	1.456,48	621,23	621,23	440,00	-	440,00
Atendente Call Center - Dia - Diarista	4	1.484,00	118,72	-	-	-	-	6.410,88	463,43	1.853,71	197,66	790,65	440,00	-	1.760,00
Psicólogo Clínico - Dia - Diarista	3	3.000,86	240,07	-	-	282,40	-	10.569,99	1.018,77	3.056,31	434,53	1.303,60	440,00	-	1.320,00
Nutricionista - Dia - Diarista	2	2.676,00	214,08	-	144,50	282,40	-	6.633,97	959,11	1.918,21	409,08	818,17	440,00	1.412,00	3.704,00
Nutricionista RT - Dia - Diarista	1	2.676,00	214,08	535,20	144,50	282,40	-	3.852,18	1.113,86	1.113,86	475,09	475,09	440,00	1.412,00	1.852,00
Fonoaudiólogo - Dia - Diarista	1	4.149,90	331,99	-	-	282,40	-	4.764,29	1.377,60	1.377,60	587,58	587,58	440,00	-	440,00
Assistente Social - Dia - Diarista	3	3.000,86	240,07	-	-	-	-	9.722,79	937,11	2.811,34	399,70	1.199,11	440,00	-	1.320,00
Fisioterapeuta - Dia - Diarista	2	2.496,00	199,68	-	-	282,40	-	5.956,16	861,11	1.722,22	367,29	734,57	440,00	-	880,00
Fisioterapeuta RT - Dia - Diarista	1	2.496,00	199,68	499,20	-	282,40	-	3.477,28	1.005,46	1.005,46	428,85	428,85	440,00	-	440,00
Terapia ocupacional - Dia - Diarista	1	2.496,00	199,68	-	-	282,40	-	2.978,08	861,11	861,11	367,29	367,29	440,00	-	440,00
Técnico em Radiologia - Dia - 24 h	3	3.027,78	242,22	-	-	1.308,00	-	13.734,01	1.323,73	3.971,19	564,61	1.693,82	440,00	-	1.320,00
Técnico em Radiologia RT - Dia - 24 h	1	3.027,78	242,22	1.455,57	-	1.308,00	-	6.033,57	1.744,61	1.744,61	744,12	744,12	440,00	636,30	1.076,30
Enfermeiro - Dia - Diarista	4	3.477,61	208,66	-	-	282,40	-	15.874,67	1.147,54	4.590,16	489,46	1.957,82	440,00	-	1.660,00
Técnico de Enfermagem - Dia - Diarista	2	2.200,00	176,00	-	-	282,40	-	7.176,80	68,68	20.754,26	327,86	8.852,23	440,00	-	11.380,00
Odontólogo - Dia - Diarista	2	4.800,00	384,00	-	-	282,40	-	10.932,80	1.580,61	3.161,22	674,17	1.348,34	440,00	-	1.880,00

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Carla Machado Dos Santos.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://verifsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.

Técnico de Saúde Bucal - Dia - Diarista	2	2.200,00	176,00	-	-	282,40	-	5.316,80	768,68	1.537,35	327,86	655,72	440,00	-	890,00
Motorista de automovel - Dia - Diarista	2	1.966,30	157,30	-	-	-	-	4.247,21	614,04	1.228,08	261,90	523,81	440,00	-	880,00
TOTAL	118							339.887,81		98.278,56		41.918,36			56.792,30

Juiz de Fora/MG, 20 de Setembro de 2024

Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
CPF 485.399.966-34
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Este documento foi assinado eletronicamente por Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.

Este documento foi assinado eletronicamente por Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código F74A-0140-5ECA-F2A4.

2985

Considerando a completude das informações contidas na documentação, a análise e pontuação anteriormente atribuídas devem ser reconsideradas, atribuindo a pontuação suprimida de 1,2 pontos, afim de atingir a pontuação máxima de 2,0 pontos.

PROPOSTA DE FORMAS DE ACOLHIMENTO PARA OS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES DURANTE O PERÍODO DE ATENDIMENTO NA UNIDADE, ESPECIALMENTE QUANDO RESIDENTES EM LOCALIDADE DIVERSA, ASSIM COMO PARA OS COLABORADORES

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe informações vastas sobre acolhimento, até já referenciadas em outros itens avaliados, porém este em específico, requer uma “proposta de acolhimento para usuários e acompanhantes, durante o período de atendimento na policlínica, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores”. Neste aspecto, deixou de trazer apontamentos personalizados para o item.”

A proposta apresenta um conjunto de ações estratégicas para promover o acolhimento e a humanização do atendimento, visando atender às necessidades de usuários, acompanhantes e colaboradores. O foco está em criar um ambiente mais agradável e eficiente, especialmente para aqueles que se deslocam de outras localidades.

A Organização Social de Saúde HMTJ dedicou as subseções (2,3 e 4), localizadas nas páginas 1349 a 1352, de sua documentação oficial para garantir a continuidade do cuidado e a resolutividade dos problemas.

2. Acolhimento Humanizado:

A humanização no trabalho em saúde beneficia tanto profissionais quanto usuários. Ao reconhecer a importância de cada indivíduo e promover o diálogo, a humanização cria um ambiente mais acolhedor e eficiente. Para os profissionais, isso significa valorização e reconhecimento; para os usuários, significa um atendimento mais humano e de qualidade.

O processo de Acolhimento é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais, com as seguintes atribuições:

2.1 Profissionais da Recepção:

- Acolher na porta a todos usuários que procuram a recepção, orientando-os e direcionando-os para o seu atendimento;
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento com agilidade e clareza nos dados;
- Registrar os atendimentos, encaminhamentos realizados na unidade.
- Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
- Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário.

2.2 Técnico de Enfermagem (Acolhimento):

- Acolhimento e Preparo: Receber e acomodar o paciente e acompanhante, garantindo o conforto e a segurança do usuário.
- Avaliação Inicial: Realizar a aferição dos sinais vitais e identificar qualquer alteração que necessite de atenção imediata.
- Direcionamento: Encaminhar o paciente para o atendimento médico conforme consulta previamente agendada e ou para a realização de exames;
- Orientação: Fornecer informações claras e precisas sobre os procedimentos e próximos passos.
- Vigilância: Monitorar o estado de saúde do paciente durante o período de espera e comunicar qualquer intercorrência à equipe.
- Encaminhamentos Específicos: Direcionar o paciente para os serviços de Psicologia ou Serviço Social, quando necessário.

2.3 Enfermeiro:

- Acolhimento e Orientação: Acolher os pacientes e acompanhantes, fornecendo informações claras sobre o fluxo de atendimento e o tempo de espera.
- Registro e Documentação: Registrar os dados da classificação nas fichas de atendimento, garantindo a precisão e a rastreabilidade das informações.
- Coordenação da Equipe: Supervisionar o trabalho do técnico de enfermagem, orientando-os sobre os procedimentos e as rotinas da unidade.
- Comunicação Interprofissional: Integrar-se com a equipe multiprofissional, buscando soluções eficazes para as demandas dos pacientes.
- Gestão de Ocorrências: Registrar as ocorrências do setor, identificando e solucionando problemas.

2.4 Serviço Social:

- Articulação em Rede: Estabelecer e manter parcerias com os serviços da rede de saúde e assistência social, garantindo a continuidade do cuidado.
- Análise da Demanda: Analisar as demandas dos usuários, identificando suas necessidades sociais e articulando os recursos disponíveis para atendê-las.

2.5 Serviço de Vigilância:

- Proteção de Pessoas e Bens: Garantir a segurança dos profissionais, pacientes e visitantes, bem como do patrimônio físico da unidade.
- Monitoramento Contínuo: Realizar rondas e monitoramento constante das áreas sob sua responsabilidade, identificando e prevenindo possíveis riscos.

- **Integração com a Equipe:** Colaborar com a equipe multiprofissional, informando sobre situações que possam comprometer a segurança da unidade.

2.6 Coordenação Médica e de Enfermagem:

- **Garantia da Qualidade:** Implementar e monitorar ações que visem à melhoria contínua da qualidade e segurança da assistência.
- **Centralidade no Paciente:** Promover uma cultura centrada no paciente, garantindo que suas necessidades e expectativas sejam atendidas.
- **Gestão de Pessoas:** Desenvolver e motivar a equipe, proporcionando um ambiente de trabalho colaborativo e seguro.
- **Capacitação da Equipe:** Oferecer oportunidades de capacitação e desenvolvimento profissional, visando a atualização dos conhecimentos e habilidades da equipe.

2.7 Atribuições Comuns a Toda Equipe:

- **Acolhimento:** Receber os pacientes com cordialidade, respeito e empatia, proporcionando um ambiente acolhedor e seguro.
- **Comunicação Eficaz:** Comunicar-se de forma clara, objetiva e respeitosa com os pacientes, familiares e demais membros da equipe, utilizando linguagem acessível e evitando jargões técnicos.
- **Orientação:** Oferecer informações claras e completas sobre os procedimentos, tratamentos e cuidados necessários, esclarecendo dúvidas e incentivando a participação ativa do paciente no seu processo de saúde.
- **Trabalho em Equipe:** Colaborar com os demais membros da equipe, promovendo a troca de informações e a construção de um ambiente de trabalho colaborativo e positivo.
- **Foco no Paciente:** Manter o foco nas necessidades e expectativas dos pacientes, buscando sempre oferecer o melhor atendimento possível.
- **Respeito à Diversidade:** Respeitar a diversidade cultural, religiosa e social dos pacientes, garantindo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa.
- **Confidencialidade:** Garantir a confidencialidade das informações dos pacientes, respeitando o Código de Ética profissional.
- **Melhoria Contínua:** Participar ativamente das ações de melhoria contínua, buscando sempre aprimorar os processos e a qualidade do atendimento.

3. Acolhimento do usuário/familiares na porta de entrada Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto – Região Rio Vermelho

Para oferecer um atendimento humanizado e ágil, a recepção dos pacientes segue os seguintes passos:

- Entrega de senha na portaria/ guarita da unidade como mecanismo de redução de filas internas e definição de prioridade no atendimento interno;
- Registro de entrada na unidade por meio do sistema MV Portaria.;
- Identificação dos pacientes e acompanhantes com etiqueta adesiva alto colante. Direito à acompanhante conforme legislações vigentes (Lei nº 13.466/2017, Lei nº 14.626/2023 e Lei nº 14.737/2023);

1351

- Redirecionamento para as recepções responsáveis pelo atendimento do paciente conforme agendamento prévio, seja, consultas médicas ou multiprofissionais, exames e / ou procedimentos;
- Cadastro e identificação do paciente no Prontuário Eletrônico. Identificação com pulseira com dados do paciente (Nome/nome social, data de nascimento e nome da mãe);
- Acolhimento individualizado pela equipe de enfermagem para aferição de sinais vitais e classificação de risco (queda e/ou alergia medicamentosa);
- Após a realização do exame, o paciente será acompanhado até a sala de espera, onde poderá aguardar seu acompanhante para receber alta e as orientações sobre a retirada do resultado. Pacientes que realizarem exames como colonoscopia ou endoscopia serão encaminhados para a sala de recuperação pós-anestésica para monitoramento e, em seguida, receberão alta após melhora e solicitação da presença do acompanhante.

4. Adequação da ambiência na Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto – Região Rio Vermelho

A Organização Social de Saúde – HMTJ busca constantemente aprimorar a qualidade dos seus serviços. Com foco na Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto – Região Rio Vermelho, a instituição visa a adequação da ambiência. As melhorias, que seguem as orientações do Ministério da Saúde, visam otimizar os processos de trabalho e oferecer um ambiente mais adequado para a realização de exames e consultas, garantindo um atendimento mais eficiente e seguro aos pacientes. Para garantir um ambiente acolhedor e eficiente, a policlínica deve:

- Espaços flexíveis: Criar áreas que permitam o acolhimento tanto do paciente quanto de seus acompanhantes, garantindo espaço para as crianças se divertirem enquanto aguardam por atendimento.
- Fluxo otimizado: Localizar a sala de atendimento próximo à equipe de acolhimento, facilitando a comunicação e a monitoração dos usuários.
- Conforto na espera: Oferecer salas de espera com número adequado de cadeiras, em ambiente agradável e tranquilo, especialmente para grupos de prioridade.
- Atendimento humanizado: Garantir bancadas baixas e acessíveis, sem barreiras, para facilitar a comunicação com os usuários.
- Serviços adicionais: Disponibilizar bebedouros, Máquina de Café, Biscoitos, TVs para maior comodidade.
- Conforto ambiental: Controlar a iluminação, temperatura e ruídos para criar um ambiente agradável e relaxante.
- Sinalização clara: Utilizar um sistema de sinalização visual intuitivo e acessível para orientar os usuários.
- Acessibilidade: Atender aos requisitos da NBR 9050 para garantir a acessibilidade de todos os usuários.

5. Orientações Gerais aos Acompanhantes

Para garantir um ambiente tranquilo e seguro para todos, solicitamos aos acompanhantes que:

- Estejam presentes: Permaneçam junto ao paciente, oferecendo apoio e conforto.

As demais especificidades do acolhimento encontram-se detalhadas em documentos como o 'Manual de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial', a 'Proposta de implantação do Acolhimento dos usuários', a 'Proposta de implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário', a 'Proposta de implantação da Ouvidoria SUS' e nos canais de comunicação institucionais. Esses recursos garantem que os usuários e seus acompanhantes tenham suas necessidades, dúvidas e sugestões devidamente atendidas.

números, nome de sua doença ou de forma genérica, desrespeitosa ou preconceituosa.

- c. Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível.
- d. Obter informações claras, objetivas, respeitadas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas, o que pode ocorrer delas, duração prevista dos tratamentos propostos, bem como os riscos de não realizá-los, se existe a necessidade ou não de utilização de anestesia, o tipo a ser aplicada e o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os riscos e consequências indesejáveis e duração esperada do procedimento.
- e. Ser prévia e expressamente informado, bem como consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, quando o tratamento proposto for, total ou parcialmente, experimental, ou fizer parte de protocolos de pesquisa.
- f. Receber do profissional adequado, presente no local, auxílio para melhoria do seu conforto e bem estar.
- g. Exigir que a unidade cumpra todas as normas de prevenção e controle de infecção hospitalar – conforme o regulamentado pelos órgãos competentes.
- h. **Ter seu prontuário elaborado de forma legível e de acesso ao conteúdo de acordo com a legislação vigente e as normas estabelecidas pela unidade. O prontuário deverá conter sua identificação pessoal, anamnese, exame físico, exames complementares com os respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, procedimentos ou tratamentos realizados, evolução e prescrição médica diária, bem como identificação clara de cada profissional prestador do cuidado.**
- i. Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, asseguradas em qualquer momento do atendimento, e na satisfação de suas necessidades fisiológicas, respeitando os seus valores éticos e culturais e a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e segurança do procedimento;
- j. Ter a gestante a presença do marido, companheiro ou outro acompanhante, por ela escolhido nos exames pré-natais e no parto;
- k. Receber informações sobre medicamentos que lhe serão administrados.
- l. Gestantes, idosos, crianças e adolescentes tem legalmente garantida prioridade de atendimento nos serviços de saúde, respeitadas as situações de urgência e emergência;
- m. **Em caso de menor, incapacidade ou impossibilidade de manifestação de consentimento, o mesmo poderá ser realizado por representante legalmente**

autorizado.

N. Ter livre acesso a qualquer procedimento diagnóstico e terapêutico disponível na Instituição, desde que indicado por médicos responsáveis.

O. Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, inclusive no que se refere a tratamentos, cuidados e procedimentos extraordinários para prolongamento da vida.

P. Ser o adolescente atendido, se desejar, sem acompanhante em consultas e outros atendimentos, com garantia de sua individualidade e confidencialidade e quanto ao acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. No entanto, frente a situações consideradas de risco e quando indicado qualquer procedimento de alguma complexidade, serão necessários a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.

Q. Ser informado sobre todos os direitos acima, sobre as normas e regulamentos da unidade e sobre os canais de comunicação institucionais para obtenção de informações, esclarecimento de dúvidas, podendo expressar suas preocupações e queixas para a direção da Instituição através do Serviço de Atendimento ao Cliente.

DEVERES:

- 01) O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas nas consultas sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.
- 02) Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.
- 03) Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde.
- 04) Assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde.
- 05) Indicar um familiar ou responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.
- 06) Ter em mãos seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames.

1305

- **Fluxo do atendimento:** Qual o caminho percorrido pelo usuário até ser atendido? Quais os obstáculos encontrados?
- **Definição das necessidades:** Quem define o que o usuário precisa? Como essa necessidade é identificada?
- **Demandas não atendidas:** Quais demandas não são atendidas e por quê?
- **Escuta ativa:** Como a equipe escuta e compreende as necessidades dos usuários?
- **Rede social:** Como a rede social do usuário é envolvida no processo de cuidado? Quais profissionais participam?

Atendimento de agravos:

- **Prioridades:** Quais agravos são atendidos imediatamente? O que define essa prioridade?
- **Tempo de espera:** Qual o tempo médio de espera para o atendimento de cada tipo de agravo?
- **Ordenação:** Existe uma ordem de atendimento? Se sim, como ela é definida?

Encaminhamentos:

- **Procedimentos:** Como são feitos os encaminhamentos para outros serviços?
- **Responsabilidade:** Quem é responsável por realizar os encaminhamentos?
- **Articulação com a rede:** Existe uma articulação com outros serviços de saúde? Como funciona o sistema de referência e contra-referência?
- **Participação do usuário:** O usuário participa das decisões sobre seu encaminhamento?

Relação entre profissional e usuário:

- **Composição das equipes:** Como são compostas as equipes de atendimento?
- **Trabalho em equipe:** Existe trabalho em equipe multiprofissional? Em quais setores?
- **Reuniões:** Há reuniões periódicas da equipe? Qual a frequência e os temas abordados?
- **Dificuldades:** Quais as principais dificuldades enfrentadas no trabalho em equipe?
- **Relação profissional-usuário:** Como é a relação entre os profissionais de saúde e os usuários?

Tomada de decisões:

- **Processo decisório:** Como as decisões são tomadas na unidade? Quem participa desse processo?
- **Prioridades:** Como são definidas as prioridades e as necessidades de mudança?
- **Conflitos:** Como são resolvidos os conflitos e as divergências?

Ambiente de trabalho:

- **Conforto e privacidade:** Como são as condições de conforto e privacidade do ambiente de trabalho?

3. Método e Materiais

Analizando o acesso do usuário à Policlínica:

Para compreender como os usuários acessam os serviços de saúde, é fundamental observar os seguintes aspectos:

- **Ponto de entrada:** Quem recebe o usuário ao chegar na unidade? Como é essa recepção?

1309

- **Informação e sinalização:** As informações estão claras e acessíveis? A sinalização é adequada?
- **Condições de trabalho:** As condições de trabalho são adequadas? As relações entre os profissionais são colaborativas?

Após análise das frentes propostas, segue a elaboração de estratégias para fundamentar o Acolhimento em todas as suas dimensões na Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho.

4. Estratégias:

Capacitação da equipe:

- A Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho, conta uma equipe multiprofissional capacitada para realizar o acolhimento, com profissionais de diferentes áreas como enfermagem, serviço social, psicologia e administração.
- A OSS HMTJ junto a Policlínica oferecerá treinamentos contínuos sobre acolhimento, comunicação eficaz, escuta ativa e resolução de conflitos. Visando promover a sensibilização da equipe para a importância do acolhimento na humanização do atendimento estimulando a participação em grupos de discussão e estudos sobre o tema.

Organização do espaço físico:

- A Policlínica Estadual da Região do Rio Vermelho dispõe de um espaço físico confortável e bem organizado para realizar o acolhimento, com cadeiras, sofás. Garantindo a privacidade dos usuários durante as consultas.
- A OSS HMTJ junto a Policlínica oferecerá materiais informativos sobre os serviços disponíveis e disponibilizar informações claras e objetivas sobre os serviços oferecidos pela policlínica, os procedimentos e os direitos dos usuários.

Implementação de ferramentas de acolhimento:

- A Policlínica utiliza ferramentas como a ficha de acolhimento para registrar as informações sobre o usuário e suas necessidades.
- Implementar e oferecer uma escuta qualificada como prática cotidiana, buscando compreender suas necessidades e expectativas.
- A OSS HMTJ junto à Policlínica implementar um sistema de triagem para classificar os usuários por ordem de gravidade e direcioná-los para o atendimento mais adequado.

Fortalecimento do trabalho em equipe:

- É promovida a interação entre os diferentes profissionais da equipe para a qualidade e a humanização do atendimento em saúde. Ao unir diferentes profissionais com habilidades e conhecimentos complementares, é possível oferecer um cuidado mais

1311

A Ouvidoria vem desenvolvendo seu papel dentro da unidade por meio dos atendimentos presenciais, e-mail e/ou telefone, frente ao tratamento e registro das manifestações. O setor conta com o atendimento integralizado, desde o acolhimento e tratamento das manifestações por meio do registro no sistema OuvidorSUS, até a aplicabilidade da Pesquisa de Satisfação em todos os setores da unidade, bem como a Busca Ativa e a oferta do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).

Funcionamento da Ouvidoria

A Ouvidoria desempenha um papel fundamental na promoção da transparência, da qualidade dos serviços e do fortalecimento do relacionamento entre a Instituição e os usuários dos serviços de saúde.

Atua ativamente no fortalecimento da comunicação e a interação entre a Instituição e os usuários dos serviços de saúde, proporcionando uma espécie de termômetro, em relação aos serviços prestados, permitindo identificar oportunidades de melhoria nos serviços de saúde oferecidos, por meio do feedback dos usuários e acompanhamento da resolução dos problemas relatados, garantindo a transparência e a efetividade das ações tomadas pela Instituição, além de realizar pesquisas de satisfação mensais para avaliar o nível de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestado pela Unidade.

O gradativo aumento observado dos números, quanto a avaliação dos usuários junto à satisfação dos mesmos, é uma demonstrativa dos esforços realizados por toda a unidade em prol da entrega e devolutiva de um trabalho de excelência e humanização dentro da saúde pública.

Conclusão

O setor de Ouvidoria, oferece subsídios para que cada dia, a comunicação entre gestão e paciente se estabeleça de forma mais clara, concisa e possa atender ambos os lados na construção de uma unidade preparada e com compromisso de sempre melhor atender e ofertar os serviços de saúde.

De modo, que para esta unidade, é de extrema importância mensurar a percepção tanto dos pacientes quanto dos colaboradores frente as políticas, práticas, ambiente interno e relações humanas. Orientar a priorização das ações de melhoria, bem como dos planos de ação oportunamente desenvolvidos visando o melhoramento contínuo das condições laborais e consequente melhoria do atendimento à população.

Proposta de Desenvolvimento das Ações da Ouvidoria Vinculada à Secretariade Saúde (SES) com Pesquisa de Satisfação

Nos serviços de saúde, pode ser percebido entre os profissionais e também entre os usuários que a resolutividade das demandas apresentadas por estes pode estar sendo comprometida pela subjetividade presente em cada caso, uma vez que há indícios de que a relação e a comunicação com eles não têm sido suficientes ou não se processam.

O documento-base do "HumanizaSus" para gestores e trabalhadores do SUS traz em seu bojo que a humanização é "a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores". Esta se fixa nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

A gestão social como inovação em política pública de saúde e o procedimento a ser aprendido constituem-se em uma nova modalidade de gerenciamento das políticas sociais, que exige modelos flexíveis e participativos que envolvam negociação e participação plural de uma variedade de interlocutores nas decisões e ações envolvidas nas diversas políticas. Assim, a gestão social é defendida como "um conjunto de instrumentos e estratégias para o encaminhamento de soluções mais eficazes e eficientes para as políticas sociais".

Nesta política, os sistemas de escuta qualificada funcionam como ferramenta de gestão para facilitar e institucionalizar o trabalho de transformação e a própria PNH, como estratégia de integralidade no tratamento conjunto de áreas de diferentes disciplinas da saúde que interferem no mesmo tipo de problema, ou seja, no modelo de atenção usuário.

É necessário identificar alguns procedimentos de gestão social na escuta qualificada de acordo com a PNH, como: ação da escuta e a produção de vínculo como atividade terapêutica; as maneiras de organização dos serviços de saúde; o uso ou não de saberes e afetos para a melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida; a humanização das relações em serviço; a adequação da ambiência e a compatibilização entre a oferta e demanda por ações de saúde; a governabilidade das equipes locais e as formas de gestão vigentes na unidade de saúde. Evidencia-se, portanto, que esses achados poderão engendrar, nos profissionais, reflexões que acionem um novo pensar e agir cotidianos.

Os resultados sinalizam também que a sistematização de procedimentos de gestão social na escuta qualificada são ferramentas imprescindíveis para a tomada de decisões em relação à definição de gestão social da clínica, na obtenção de investimentos institucionais,

Ampliação dos Canais de Comunicação:

A divulgação do canal será feita por meio de cartazes nas recepções, murais, e sítios eletrônicos, incentivando aos usuários a adesão do canal. Através da promoção de campanhas de divulgação com o objetivo de informar os usuários sobre a existência da Ouvidoria e os canais de comunicação disponíveis, será possível mensurar as necessidades, apresentadas nas manifestações, e como consequência promover análise de causa. Além de permitir que cada usuário escolha o meio mais conveniente para entrar em contato com a Ouvidoria, garantindo uma maior participação e engajamento dos usuários.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Carla Machado Dos Santos.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.

338

O principal objetivo das tratativas das ouvidorias será acolher as queixas, elogios, sugestões e demais consultas de informações advindas dos usuários dos serviços, que possam contribuir e fortalecer a assistência prestada pela unidade, procedendo com as análises e tratativas pertinentes e resposta aos munícipes.

Além disso, será um canal de comunicação ativo com os usuários, prestando informações sobre o funcionamento da unidade, serviços oferecidos, bem como fluxos internos e da rede municipal.

Os resultados obtidos após avaliação da satisfação, serão discutidos mensalmente junto ao nível gerencial da unidade, com definição de planos de melhoria e encaminhados para a Secretaria de Saúde através das prestações de contas.

Será assegurada a liberdade de realização de pesquisas de satisfação por todos os usuários que manifestem tal desejo de preencher os formulários que ficarão disponíveis para acesso irrestrito de todos e em locais estratégicos da operação (recepções dos pronto socorros, alas de internação e corredores internos principais).

Estruturação da Ouvidoria:

Através de um profissional capacitado e dedicado para atuar na Ouvidoria, com conhecimento em gestão de ouvidorias e habilidades de comunicação e resolução de problemas, será estabelecido um fluxo de trabalho claro e eficiente para o registro, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações dos usuários, registradas pelo sistema oficial de ouvidoria do Sus, vinculado a Ouvidoria Geral do Estado, bem como as Ouvidorias e manifestações de satisfações registradas no SAU da Instituição.

Além de um profissional dedicado a esta demanda, a qualificação adequada para que esse possa lidar com diversos tipos de demandas e oferecer soluções adequadas, e em tempo hábil ágil, cordial e efetiva, fornecendo orientações e encaminhando as demandas aos setores competentes é de extrema importância.

A equipe observará as seguintes habilidades:

1. Ouvir e compreender: essa competência compreende, por exemplo, escutar com atenção e paciência, prevenir e mediar conflitos, orientar os

É fundamental garantir que os canais de comunicação estejam acessíveis e visíveis em todas as unidades de saúde, sites, redes sociais e materiais de divulgação do Hospital.

Para que os canais sejam amplamente divulgados, e que sua adesão possa apresentar resultados, será apresentada campanhas de divulgação e orientação sobre os canais de Ouvidoria, visando informar aos usuários sobre a existência desse canal de comunicação e como utilizá-lo adequadamente.

Registro e Tratamento das Manifestações:

Para garantir efetividade, qualidade e celeridade nas resoluções das demandas, bem como devida análise, através de um software de formulário, as manifestações feitas pela SES-GO, serão indexadas, afim de que sejam analisadas, identificada cada uma das situações, encaminhadas aos setores competentes tratadas mediante suas necessidades, e encaminhado retorno ao manifestante, com parecer.

A padronização desse fluxo, sendo um sistema de registro e tratamento das manifestações recebidas pela Ouvidoria, com prazos determinados, irá garantir a correta categorização, encaminhamento e acompanhamento das demandas e comunicação com os usuários durante todo o processo de resolução. Esse sistema permitirá uma gestão eficiente das manifestações, bem como a geração de relatórios periódicos para análise e tomada de decisões.

O recebimento das demandas, e análises iniciais feita por um profissional dedicado, permite um atendimento Personalizado e Resolutivo aos usuários, demonstrando empatia e comprometimento em atender suas demandas, e a integração através de uma ferramenta interna garante a este, o controle de todo o processo.

Ainda, a Lei Federal nº 13.460/2017 garante ao usuário de serviços públicos o direito de manifestar-se verbalmente, representando o maior percentual de meios de registros de Ouvidoria no Estado. Portanto, será destinado um espaço físico que acolha os manifestantes respeitando as normas de acessibilidade, próximo à porta de entrada do Hospital, devidamente sinalizado. Segundo o Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS no atendimento presencial:

- Espaço físico determinado;
- Boa localização, de fácil acesso e visibilidade do cidadão;
- Acessibilidade (rampa e banheiros adaptados);

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo, atribuindo mais 0,8 pontos, somando, 1,5, posto que a documentação referida traz informações necessárias para definição de nota.

MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES NA POLICLÍNICA.

De acordo com a análise da comissão:

“O manual tem o objetivo de fornecer diretrizes e procedimentos claros para a execução de atividades e garantir o cumprimento de normas e políticas internas, serve como um guia prático para assegurar a padronização de processos e a conformidade com as normas aplicáveis. Espera-se que a proposta seja adaptada às necessidades da Policlínica e sua natureza de atendimento com orientações para as formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial. A proposta traz um texto com significativas informações a respeito de acolhimento, mas faltou clareza e objetividade nos itens exigidos, além de não citar formas de notificação”. A proposta de “Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme classificação de risco” para o Hospital Estadual de Itumbiara está em conformidade com a própria referência utilizada para avaliação desta proposta sendo esta o “Manual Brasileiro de Acreditação”.

A referida proposta de “Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica” para a Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho está em conformidade com a própria referência utilizada para avaliação desta proposta sendo esta o “Manual Brasileiro de Acreditação” e leva em consideração que por se tratar de um serviço que não possui pronto atendimento, não realiza classificação de risco e que o mesmo possui um acolhimento com qualidade e de forma humanizada que possibilita orientação e apoio ao usuário e ao acompanhante.

A proposta apresentou metodologia para avaliação de pacientes que possam procurar o serviço, de forma a identificar as necessidades de saúde do paciente, bem como identificar casos emergentes, urgentes e de deterioração clínica. Pode-se observar a baixo de forma clara itens de avaliação física, anamnese e metodologia para realização deste atendimento, citados na página 1297 e 1298:

- Monitorizar o paciente, verificando temperatura (°C), pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), saturação de O₂ no sangue (SPO₂), frequência respiratória (FR), peso (Kg) e altura (cm) e preencher no MV-PEP no campo adequado para cada verificação;
- Selecionar a aba "AFERIÇÕES | SINAIS VITAIS" e depois selecionar "NOVO DOCUMENTO";
- Selecionar a aba "SALVAR e ASSINAR", para que o registro fique salvo no prontuário do paciente;

AFERIÇÕES SINAIS VITAIS	BOLEIM-PACIENTE	DATA
Aferições Sinais Vitais		
TEMPERATURA		
PRESSÃO ART. SISTÓLICA (MMHG)		
TEMPERATURA (°C)		
PRESSÃO ART. DIASTÓLICA (MMHG)		
FREQUÊNCIA DE PULSO (PMG)		
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (PMG)		
FREQUÊNCIA CARDÍACA		
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA		
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA		
PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA		
SATURACÃO OXIGÊNIO NO SANGUE		
PESO DE CORPO		
PRESSÃO VENOSA CENTRAL		
GLICOSEMI		
EMAGRECIAMENTO		
ESG		
PRO		
PRO		
PRO		
PRO		
PRO		
PRO		
PRO		

- Realizar escuta ativa, identificando as necessidades do paciente no momento, verificar alergias, e medicações em uso;
- Realizar Anotação de Enfermagem no prontuário do paciente, conforme legislação de enfermagem;

INCLUS - AMBULATÓRIO PLEGO - PSICOLOGIA

LO DE ENFERMAGEM RESIDÊNCIA ASSISTENCIAL

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Realizar a anotação de enfermagem e salvar e assinar digitalmente o documento;
- Inserir novas alergias na aba "ALERGIAS E EVENTOS" se for necessário;
- Após essas verificações, avaliar o paciente quanto ao risco de queda através da "Escala de Morse", clicando na aba de "AVALIAÇÕES | EVOLUÇÕES" e selecionar "NOVO DOCUMENTO";
- Digite no campo "indicador" a palavra "morse" e selecione a "escala de morse" e preencha os campos necessários, clique em salvar e assinar documento para ficar registrado no

1297

prontuário do paciente a nova avaliação;

- Finalize o atendimento e encaminhando o paciente para o setor desejado conforme mapa da unidade;
- Em caso de alterações de sinais vitais e/ou intercorrências encaminhar e acompanhar paciente para a sala de estabilização aos cuidados da enfermeira(o) do setor;

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

O atendimento prioritário é mais que uma obrigação legal; é uma questão de respeito e educação. O alcance visual limitado de pessoas em cadeiras de rodas e o esforço físico de quem usa muletas, bengalas, andadores, gestantes ou tem crianças de colo exigem um atendimento mais rápido

Um atendimento inclusivo começa pela acessibilidade física e se consolida com a qualificação dos profissionais. É preciso garantir que todos se sintam acolhidos e bem atendidos.

ORIENTAÇÃO E TREINAMENTO DA EQUIPE

Para garantir um atendimento humanizado, é preciso que todos os colaboradores sejam treinados e estejam empenhados em oferecer apoio e confiança aos pacientes.

É fundamental conscientizar toda a equipe sobre a importância da acessibilidade,

1298

Visando garantir a padronização e a qualidade do atendimento na Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho, a proposta de manual estabeleceu normas e procedimentos para a notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes.

A proposta contempla, de forma específica, o atendimento a pacientes vulneráveis, em consonância com a Lei Federal nº 10.048/2000. O referido “Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica” detalha orientações para que a equipe ofereça um atendimento humanizado a todos os usuários, com foco especial em grupos vulneráveis como idosos, crianças, adolescentes, gestantes, puérperas, pessoas com deficiência, em situação de rua, LGBTQIA+, privadas de liberdade, cegos ou com deficiência visual e surdos ou com deficiência auditiva.

Entendendo a importância da recepção/acolhimento correto do paciente bem como orientação social, quando se faz necessário, e o contexto da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho o “Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica” tratou de forma clara sobre o fluxo de acolhimento, atendimento na recepção e situações de acionamento do serviço social na unidade, estas informações podem ser encontradas na página 1302, como segue:

Ao chegar nas dependências da Policlínica após retirada de senha na portaria, o usuário será cadastrado pela equipe de recepção, tendo os seus dados pessoais registrados no sistema. A recepção deverá atender de forma clara e objetiva, solicitando um documento de identificação e os dados sobre residência, números de contato, responsáveis, entre outros. Caso o usuário não porte nenhum documento, a recepção deverá acionar o Serviço Social para que busque referências e informações sobre o paciente.

Após o cadastro, o sistema chamará o usuário, por meio de painel eletrônico, para o acolhimento e posterior direcionamento do mesmo para seu atendimento (o paciente será orientado a seguir orientação visual disponível no piso da unidade).

Horário de Funcionamento: O serviço funcionará 07:00 horas as 19:00 horas, de segunda a sexta-feira. **1302**

A subseção dedicada ao processo de comunicação e orientação aborda, de forma específica, as ações de apoio psicossocial e social a serem oferecidas aos familiares de pacientes em situações que podem ser recorrentes na Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho. As orientações foram elaboradas considerando o contexto e as particularidades do Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho. A seguir, conforme citado na página 1303 pode-se verificar o processo de comunicação e orientação aos usuários e familiares:

Processo de comunicação e orientação aos usuários e familiares

Além do paciente, o familiar presente também precisa de atenção. Eles vivenciam a mesma angústia e incerteza e, muitas vezes, não compreendem totalmente as ações dos profissionais de saúde. Uma comunicação clara e empática pode amenizar essa situação.

Os acompanhantes e familiares terão atendimento da psicologia quando acionado pelo Serviço Social com vistas a dar suporte psicossocial para o prognóstico, tratamento e desfecho de casos.

Nos casos de violência, caberá a equipe do Serviço Social e da Psicologia, realizar o acompanhamento da vítima e dos seus acompanhantes, acionando as entidades relacionadas (Conselho tutelar, Polícia Militar, entre outros), bem como realizar a notificação de violência como determinado pelo Ministério da Saúde.

No caso de usuário desacompanhados e 'desconhecidos', a busca por uma referência familiar ou social será realizada imediatamente com vistas a acionar o suporte familiar do usuário.

A OSSHMTJ entende que cada família é única em suas particularidades, reagindo às condições adversas de vida de maneiras totalmente distintas. Deve ser vista como coparticipante do processo terapêutico, sendo inserida no plano de cuidados pelos profissionais de saúde que atuam no serviço.

É necessário que os trabalhadores em saúde utilizem o relacionamento terapêutico como instrumento promotor de saúde mental ao trabalhar com a dor e com o sofrimento dessas famílias, considerando-as não somente como meros acompanhantes, mas como uma unidade intrínseca de cuidados e relações.

De acordo com a definição do Ministério da Saúde, acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Pensando nisso, a OSSHMTJ estabelece que os usuários que procurarão os serviços da Policlínica serão acolhidos conforme estabelecido no nosso Programa de Acolhimento, respeitando seus direitos e deveres, conforme definidos abaixo:

DIREITOS:

- a. Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.
- b. Ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, e não por códigos.

1303

O fluxo de Vigilância Epidemiológica bem como o das notificações estão descritos de forma clara nesta mesma proposta nos documentos “Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual” e “Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) - Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual” presentes nas páginas 1139 e 1247 conforme segue:

VI - Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle, e notificar o Serviço de Vigilância Epidemiológica do organismo de gestão do SUS.

VII - Elaborar e divulgar, regularmente relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias dos setores da instituição, a situação do controle de IRAS, promovendo seu amplo debate.

VIII - Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso na instituição, por meio de medidas de precaução e de isolamento.

1139

X - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII - manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

1247

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo, atribuindo mais 0,6 pontos, somando, 1,5, posto que a documentação referida traz informações necessárias para definição de nota.

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA SERVIÇOS COMPÁTIVEL COM A FINALIDADE

De acordo com a análise da comissão:

“Apresentou rotinas operacionais do ambulatório. Protocolos assistenciais médicos de várias especialidades compatível com o perfil da Unidade. Porem identificamos POP de alguns procedimentos não medico de outros profissionais não solicitado no item e duplicado de um protocolo (pág. 1977 e 1988)”

A referida proposta para a Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho está em conformidade mediante ao requisito do edital e sendo relatada pela própria comissão de avaliação “Apresentou rotinas operacionais do ambulatório. Protocolos assistenciais médicos de várias especialidades compatível com o perfil da Unidade.”

O fato de haver documentação excedida, não pode comprometer a avaliação, uma vez que foi apresentado documentação compatível, e suficiente com o objeto do edital, sendo que portanto, todo o documento contempla o requisito conforme proposto no Edital.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída, e reconsiderada a supressão dos 0,2 pontos, devendo esta documentação ser revista e obter nova pontuação em grau máximo de 3,0 pontos.

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO NÃO MÉDICA, POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, E ROTINAS OPERACIONAIS PARA SERVIÇOS COMPATÍVEL.

De acordo com a análise da comissão:

“Apresentou rotinas operacionais de atenção não médica e POPs de vários profissionais não médicos, como Equipe de enfermagem, Terapia ocupacional, Psicologia, Farmacêutico, Núcleo da segurança do paciente e Nutrição, sendo que esta última houve duplicação de POPS de nutrição nas (págs. 2191 e 2261; 2201 e 2271; 2212 e 2278; 2214 e 2252) dificultando a análise do item”.

A referida proposta de “PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO NÃO MÉDICA, POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, E ROTINAS OPERACIONAIS PARA SERVIÇOS COMPATÍVEL” para a Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho está em conformidade mediante ao requisito do edital e sendo relatada pela própria comissão de avaliação” Apresentou rotinas operacionais de atenção não médica e POPs de vários profissionais não médicos, como Equipe de enfermagem, Terapia ocupacional, Psicologia, Farmacêutico, Núcleo da segurança do paciente e Nutrição”. O fato de ter ocorrido a duplicação de documentos por uma possível falha na compilação dos mesmos, não justifica a retirada de pontos nesta devida proporção, uma vez que todo o documento contempla o requisito conforme proposto no Edital.

Visando garantir a padronização e a qualidade do atendimento na Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto Região Rio Vermelho, a proposta apresentou rotinas operacionais de atenção não médica e POPs de vários profissionais não médicos em vários momentos importantes de assistência ao usuário do serviço da Policlínica visando

atendê-lo com qualidade, equidade e segurança baseado em procedimentos de boa prática e também adaptados à realidade local em sua completude.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída, e reconsiderada a supressão dos 0,5 pontos, devendo esta documentação ser revista e obter nova pontuação em grau máximo de 3,0 pontos.

PROPOSTA PARA INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ESPECIFICAÇÕES DE NORMAS E ROTINAS, ÁREA DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

De acordo com a análise da comissão:

“O regimento item tem o objetivo de estabelecer normas, rotinas, áreas de abrangência, horários e equipe mínima necessária para garantir o funcionamento eficiente e integrado da equipe multiprofissional. A proposta trouxe informações importantes referentes às atividades de parte da equipe que é sugerida como profissionais mínimos integrantes da equipe multiprofissional, faltando o enfermeiro e farmacêutico, observa-se também a falta de número mínimo de profissionais em cada equipe. A proposta traz o Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), não exigido neste item.”

A referida proposta de Implantação para Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificações de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima para a Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho traz um conjunto de normas e procedimentos que regulamenta o funcionamento de um determinado serviço. Ele estabelece os direitos e deveres dos profissionais, as relações de trabalho, as normas de conduta e outras questões relevantes para o funcionamento da instituição. A fim de garantir a atualização e adequação às novas demandas, o regimento interno do serviço multiprofissional está sujeito a revisões anuais, podendo ser alterado por iniciativa da equipe multiprofissional ou em cumprimento a normativas externas.

Considerando a relevância da equipe de enfermagem para o funcionamento adequado de uma unidade de saúde, a OSS HMTJ elaborou um Regimento Interno específico para a categoria, detalhado nas páginas 202 a 221 de sua documentação oficial.

A especialidade Farmácia é abordada no 'Regimento Interno da Comissão de Farmácia Terapêutica', que define a composição, as atribuições, o funcionamento e as diretrizes da comissão.

A Organização Social de Saúde HMTJ dedicou os capítulos IV e VIII de sua documentação oficial para detalhar o quadro de equipe mínima. Além disso, a proposta para o Chamamento Público nº 02/2024-SES/GO, processo 202300010063743, adota o orçamento base zero, instituído por meio de legislação referente ao serviço de cada

categoria institucional, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio. Essa metodologia exige a justificativa de todos os gastos com pessoal a cada período orçamentário, promovendo a otimização de recursos e a melhoria da eficiência na alocação de pessoal.

CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A equipe que compõe o Serviço de Enfermagem está assim classificado:

- I. Enfermeiro Responsável Técnico;
- II. Enfermeiro Assistencial;
- III. Enfermeiro SCIA;
- IV. Técnicos de Enfermagem;

O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio.

A descrição dos cargos, categorias profissionais e atribuições abaixo estão em conformidade com a legislação e as normas vigentes, sendo estas a Lei nº 7.498/86, o Decreto Nº 94.406/87 e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem vigente.

Os requisitos para cada função ficam estabelecidos no Perfil Estruturado por Competências (PEC) de cada cargo pelos sistemas Gestão por Competências (GCPEC) e Gestão da qualidade (SIGQUALI) para consulta de todos os colaboradores.

Fica estabelecido a todos os Colaboradores do Serviço de Enfermagem as seguintes competências organizacionais bem como seus respectivos indicadores:

Proibido Reproduzir

Página 3 de 19

205

CAPÍTULO VIII – DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 13º. O Serviço de Enfermagem da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto – Região Rio Vermelho manterá atendimento em horário comercial completando 40 horas semanais e 220 horas mensais, sendo:

I. Das 07:00h às 19:00h de segunda-feira a sexta-feira, conforme estabelecido em escala mensal de serviço.

§ Ao colaborador será concedida na escala pausa de 1 hora e 12 minutos, para almoço.

§ Nos horários de almoço os colaboradores deverão se organizar de forma a não deixar o setor sozinho.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art.14º. Dentre os deveres da equipe de enfermagem destacam-se:

- I. Respeitar hierarquia;
- II. Exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo;
- III. Respeitar e cumprir as normas legais e regulamentares da instituição;
- IV. Informar a chefia imediata às irregularidades que tomar ciência em razão do cargo;
- V. Tratar com urbanidade as pessoas;
- VI. Atender aos clientes/pacientes, comunidade e ao público em geral, prestando as informações requeridas, ressalva as de ordem médicas e as protegidas em sigilo;
- VII. Guardar sigilo das informações obtidas no desenvolvimento de suas atribuições seja referente ao usuário ou da instituição;
- VIII. Realizar anotação de enfermagem com clareza, objetividade e que ofereçam condições legais para avaliação da qualidade e eficiência da assistência de enfermagem, de forma a facilitar a coordenação e continuidade do trabalho de enfermagem, e que sirvam como fonte de informação para pesquisa, estatística, educação e planejamento;
- IX. Usar como traje de trabalho jaleco ou uniforme próprio oferecido pela unidade, roupas não transparentes, não apertadas, sapatos fechados, cabelos presos, unhas curtas com esmalte íntegro e não usar adornos, obedecendo a NR 32;
- X. Zelar pela economia do material e pela conservação do patrimônio público;
- XI. Manter conduta compatível com a moralidade administrativa;

Proibido Reproduzir

Página 16 de 19

218

CAPÍTULO IV – Quadro Mínimo

Art. 3º A equipe que compõe o Serviço de Fisioterapia está assim classificado:

I. Fisioterapeuta;

II. Fisioterapeuta RT.

O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio.

A descrição dos cargos, categorias profissionais e atribuições abaixo estão em conformidade com a legislação e as normas vigentes sendo Decreto-Lei Nº 938/69 e Código de Ética do Serviço de Fisioterapia vigente.

Proibido Reproduzir

Página 3 de 11

2385

CAPÍTULO VIII – DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 8º. O Serviço de Fisioterapia da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto – Região Rio Vermelho manterá atendimento em horário comercial, sendo:

I. Diarista:

Proibido Reproduzir	Página 8 de 11
---------------------	----------------

2390

a. 07:00h às 13:15h e de 12:45 às 19:00h de segunda a sexta-feira, conforme estabelecido em escala mensal do serviço.

Realizam atendimentos regulados para: Reabilitação ortopédica, neurológica e pulmonar.

§ Ao colaborador será concedida na escala intervalo de 00:15 minutos, conforme demanda de atividades.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art. 09º. Dentre os deveres da equipe destacam-se:

- I.** Assumir responsabilidade técnica por serviço de Fisioterapia, em caráter de urgência, quando designado ou quando for o único profissional do setor, atendendo a Resolução específica;
- II.** Exercer sua atividade com zelo, probidade e decoro e obedecer aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições de sua profissão;
- III.** Utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los contínua e permanentemente, para promover a saúde e prevenir condições que impliquem em perda da qualidade da vida do ser humano;
- IV.** Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção, salvo situações previstas em lei;
- V.** Colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sem pleitear vantagem pessoal incompatível com o princípio de bioética de justiça;
- VI.** Oferecer ou divulgar seus serviços profissionais de forma compatível com a dignidade da profissão e a leal concorrência;
- VII.** Cumprir os Parâmetros Assistenciais e o Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos normatizados pelo COFFITO.
- VIII.** Cumprir e fazer cumprir os preceitos contidos neste Código, independente da função ou cargo que ocupa, e levar ao conhecimento do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional o ato atentatório a qualquer de seus dispositivos, salvo as situações previstas em legislação específica.

CAPÍTULO X - DAS DIPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10º. O colaborador Serviço de Fisioterapia não poderá receber de clientes/pacientes, familiares ou

Proibido Reproduzir	Página 9 de 11
---------------------	----------------

2391

CAPÍTULO IV – EQUIPE MÍNIMA

Art. 3º A equipe que compõe o Serviço de Fonoaudiologia está assim classificado:

I. Fonoaudiólogo (a);

II. Fonoaudiólogo (a) RT.

O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio.

A descrição dos cargos, categorias profissionais e atribuições abaixo estão em conformidade com a legislação e as normas vigentes sendo Lei Nº 6.965 e Código de Ética da Fonoaudiologia vigente.

Os requisitos para cada função ficam estabelecidos no Perfil Estruturado por Competências (PEC) de cada cargo pelos sistemas Gestão por Competências (GCPEC) e Gestão da qualidade (SIGQUALI) para consulta de todos os colaboradores.

Proibido Reproduzir	Página 3 de 13
---------------------	----------------

2417

CAPÍTULO VIII – EQUIPE MÍNIMA

Art. 8º. O Serviço de Fonoaudiologia da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto – Região Rio Vermelho manterá atendimento em horário comercial, sendo:

I. Celetista:

a. 07:00h às 18:12h de segunda a quarta-feira, conforme estabelecido em escala mensal do serviço.

§ Ao colaborador será concedida na escala intervalo de 01:12h, conforme demanda de atividades.

Ações realizadas em atendimento às regulações da rede: Deglutição, pega e amamentação, reabilitação pós-AVC, atraso na fala.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art. 09. Dentre os deveres da equipe destacam-se:

I. Conhecer, observar e cumprir a Lei no 6.965/1981, o Decreto no 87.218/1982, o Código de Ética, bem como as determinações e normas emanadas do Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia;

Proibido Reproduzir	Página 8 de 13
---------------------	----------------

2422

CAPÍTULO VIII – EQUIPE MÍNIMA

Art. 8º. O Serviço de Psicologia da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto – Região Rio Vermelho manterá atendimento em horário comercial, sendo:

I. Diarista:

a. 07:00h às 13:15h e de 12:45 às 19:00h de segunda a sexta-feira, conforme estabelecido em escala mensal do serviço.

§ Ao colaborador será concedida na escala intervalo de 00:15 minutos, conforme demanda de atividades.

Áreas de atuação do serviço de psicologia: demandas psicológicas voltadas para o processo de saúde-doença e encaminhamentos necessários.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art. 09. Dentre os deveres da equipe destacam-se:

Proibido Reproduzir	Página 9 de 11
---------------------	----------------

2438

CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A equipe que compõe o Serviço de Psicologia está assim classificado:

I. Psicólogo (a);

II. Psicólogo (a) RT.

O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio.

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado segundo as Normas do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Conselho Regional Psicologia (CRP), bem como normas, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o serviço da instituição.

Proibido Reproduzir	Página 3 de 11
---------------------	----------------

2432

CAPÍTULO IV – EQUIPE MÍNIMA

Art. 3º A equipe que compõe o Serviço de Nutrição está assim classificado:

Nutrição (07:00 às 13:12) 150h

Nutrição RT (12:45 às 19:00) 150h

Responsáveis pela elaboração e consultas por regulação de orientações quanto a Alimentação saudável e emagrecimento, adoecimentos que requerem alimentação adequada.

O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio.

A descrição dos cargos, categorias profissionais e atribuições abaixo está em conformidade com a legislação e as normas vigentes, sendo estas descritas na lista de legislação do setor de Recursos Humanos.

Os requisitos para cada função ficam estabelecidos no PEC de cada cargo pelos sistemas GCPEC e

Proibido Reproduzir	Página 3 de 11
---------------------	----------------

CAPÍTULO VIII – DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 8º. O Serviço de Nutricionista da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto – Região Rio Vermelho manterá atendimento em horário comercial, sendo:

I. Diarista:

a. 07:00h às 13:15h e de 12:45 às 19:00h de segunda a sexta-feira, conforme estabelecido em escala mensal do serviço.

§ Ao colaborador será concedida na escala intervalo de 00:15 minutos, conforme demanda de atividades.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art. 09. Dentre os deveres da equipe destacam-se:

I. Assumir responsabilidade técnica por serviço de Nutrição, em caráter de urgência, quando designado ou quando for o único profissional do setor, atendendo a Resolução específica;

II. Exercer sua atividade com zelo, probidade e decoro e obedecer aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições de sua profissão;

Proibido Reproduzir	Página 9 de 11
---------------------	----------------

Conforme detalhado no Orçamento de Pessoal elaborado pela área de Recursos Humanos, é possível verificar o quadro mínimo de funcionários necessário para o funcionamento da organização.

2457

Recursos Humanos - Policlínica Regional Goiás - PRRV															
Cargo	Quantidade	Salário base	Dissídio	Gratificação	Assiduidade	Insalubridade	Adicional Noturno	Total Salários	Férias, 13º Salário e Encargos	Total Férias, 13º Salário e Encargos	Verbas Rescisórias	Total Verbas Rescisórias	Cesta Básica	Auxílio Creche	Total Benefícios
Gerente de Enfermagem - Dia - Diarista	2	4.968,00	298,08	2.980,80	-	282,40	-	17.058,56	2.466,24	4.932,48	1.051,92	2.103,83	440,00	-	880,00
Coordenador Administrativo - Policlínica - Dia - Diarista	1	7.692,31	615,38	-	-	-	-	8.307,69	2.402,17	2.402,17	1.024,59	1.024,59	440,00	-	440,00
Gestor de Cuidados - Dia - Diarista	1	4.280,00	342,40	1.750,00	-	282,40	-	6.654,80	1.924,24	1.924,24	820,74	820,74	440,00	-	440,00
Aprendiz em ocupações administrativas - Dia - Diarista	2	1.000,00	80,00	-	-	-	-	2.160,00	312,28	624,56	133,20	266,39	440,00	-	880,00
Analista de Indicadores - Dia - Diarista	1	2.650,00	212,00	-	-	-	-	2.862,00	827,55	827,55	352,97	352,97	440,00	-	440,00
Analista Administrativo Junior - Dia - Diarista	1	2.650,00	212,00	-	-	-	-	2.862,00	827,55	827,55	352,97	352,97	440,00	-	440,00
Enfermeiro Pleno - Dia - Diarista	1	3.745,00	224,70	-	-	282,40	-	4.252,10	1.229,49	1.229,49	524,41	524,41	440,00	-	440,00
Ouvidor - Dia - Diarista	1	3.999,38	319,95	-	-	-	-	4.319,33	1.248,93	1.248,93	532,70	532,70	440,00	-	440,00
Analista de Qualidade Pleno - Dia - Diarista	1	3.710,00	296,80	-	-	-	-	4.006,80	1.158,57	1.158,57	494,16	494,16	440,00	-	440,00
Assistente de Pessoal - Dia - Diarista	2	2.014,00	161,12	-	-	-	-	4.350,24	628,94	1.257,87	268,26	536,52	440,00	-	880,00
Assistente Administrativo Pleno - Dia - Diarista	2	1.833,80	146,70	-	-	-	-	3.961,01	572,66	1.145,33	244,26	488,51	440,00	-	880,00
Técnico em Segurança do Trabalho - Dia - Diarista	1	2.650,00	212,00	-	-	-	-	2.862,00	827,55	827,55	352,97	352,97	440,00	-	440,00
Técnico de Apoio ao Usuário TI - Dia - Diarista	1	2.288,00	183,04	-	-	-	-	2.471,04	714,50	714,50	304,75	304,75	440,00	-	440,00
Encarregado de Limpeza - Dia - Diarista	1	2.316,67	185,33	-	-	282,40	-	2.784,40	805,11	805,11	343,40	343,40	440,00	-	440,00
Auxiliar de Limpeza/ Serviços Gerais - Dia - Diarista	6	1.450,00	116,00	-	-	282,40	-	11.090,40	534,46	3.206,79	227,96	1.367,78	440,00	-	2.640,00
Supervisor de Manutenção - Dia - Diarista	1	4.500,00	360,00	-	-	-	-	4.860,00	1.405,27	1.405,27	599,38	599,38	440,00	-	440,00
eletricista - Dia - Diarista	1	2.500,00	200,00	-	-	1.080,00	-	3.780,00	1.092,99	1.092,99	466,19	466,19	440,00	-	440,00
Oficial de Manutenção - Dia - Diarista	3	2.250,60	180,05	-	-	564,80	-	8.986,34	866,13	2.598,40	369,43	1.108,29	440,00	-	1.320,00
Jardineiro - Dia - Diarista	1	1.769,20	141,54	-	-	282,40	-	2.193,14	634,15	634,15	270,48	270,48	440,00	-	440,00
Supervisor de Farmácia - Dia - Diarista	1	4.374,10	349,93	874,82	94,48	282,40	-	5.975,73	1.727,88	1.727,88	736,99	736,99	440,00	-	440,00
Farmacêutico - Dia - Diarista	1	4.374,10	349,93	-	94,48	282,40	-	5.100,91	1.474,93	1.474,93	629,10	629,10	440,00	-	440,00
Auxiliar de Estoque - Dia - Diarista	3	1.484,00	118,72	-	-	-	-	4.808,16	463,43	1.390,28	197,66	592,99	440,00	-	1.320,00
Assistente Administrativo Junior - Dia - Diarista	23	1.484,00	118,72	-	-	-	-	36.862,56	463,43	10.658,81	197,66	4.546,26	440,00	-	10.120,00
Supervisor NIR - Dia - Diarista	1	4.240,00	339,20	457,92	-	-	-	5.037,12	1.456,48	1.456,48	621,23	621,23	440,00	-	440,00
Atendente Call Center - Dia - Diarista	4	1.484,00	118,72	-	-	-	-	6.410,88	463,43	1.853,71	197,66	790,65	440,00	-	1.760,00
Psicólogo Clínico - Dia - Diarista	3	3.000,86	240,07	-	-	282,40	-	10.569,99	1.018,77	3.056,31	434,53	1.303,60	440,00	-	1.320,00
Nutricionista - Dia - Diarista	2	2.676,00	214,08	-	144,50	282,40	-	6.633,97	959,11	1.918,21	409,08	818,17	440,00	1.412,00	3.704,00
Nutricionista RT - Dia - Diarista	1	2.676,00	214,08	535,20	144,50	282,40	-	3.852,18	1.113,86	1.113,86	475,09	475,09	440,00	1.412,00	1.852,00
Fonoaudiólogo - Dia - Diarista	1	4.149,90	331,99	-	-	282,40	-	4.764,29	1.377,60	1.377,60	587,58	587,58	440,00	-	440,00

Assistente Social - Dia - Diarista	3	3.000,86	240,07	-	-	-	-	9.722,79	937,11	2.811,34	399,70	1.199,11	440,00	-	1.320,00
Fisioterapeuta - Dia - Diarista	2	2.496,00	199,68	-	-	282,40	-	5.956,16	861,11	1.722,22	367,29	734,57	440,00	-	1.880,00
Fisioterapeuta RT - Dia - Diarista	1	2.496,00	199,68	499,20	-	282,40	-	3.477,28	1.005,46	1.005,46	428,85	428,85	440,00	-	1.440,00
Terapia ocupacional - Dia - Diarista	1	2.496,00	199,68	-	-	282,40	-	2.978,08	861,11	861,11	367,29	367,29	440,00	-	1.440,00
Técnico em Radiologia - Dia - 24 h	3	3.027,78	242,22	-	-	1.308,00	-	13.734,01	1.323,73	3.971,19	564,61	1.693,82	440,00	-	1.320,00
Técnico em Radiologia RT - Dia - 24 h	1	3.027,78	242,22	1.455,57	-	1.308,00	-	6.033,57	1.744,61	1.744,61	744,12	744,12	440,00	636,30	1.076,30
Enfermeiro - Dia - Diarista	4	3.477,61	208,66	-	-	282,40	-	15.874,67	1.147,54	4.590,16	489,46	1.957,82	440,00	-	1.760,00
Técnico de Enfermagem - Dia - Diarista	27	2.200,00	176,00	-	-	282,40	-	71.776,80	768,68	20.754,26	327,86	8.852,23	440,00	-	11.380,00
Odontologo - Dia - Diarista	2	4.800,00	384,00	-	-	282,40	-	10.932,80	1.580,61	3.161,22	674,17	1.348,34	440,00	-	1.880,00
Técnico de Saúde Bucal - Dia - Diarista	2	2.200,00	176,00	-	-	282,40	-	5.316,80	768,68	1.537,35	327,86	655,72	440,00	-	1.380,00
Motorista de automovel - Dia - Diarista	2	1.966,30	157,30	-	-	-	-	4.247,21	614,04	1.228,08	261,90	523,81	440,00	-	1.380,00
TOTAL	118							339.887,81		98.278,56		41.918,36			56.792,30

Juiz de Fora/MG, 20 de Setembro de 2024

Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
CPF 485.399.966-34
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

ndiroba e Marco Antonio Guimaraes De Almeida, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Carla Machado Dos Santos.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.

Este documento foi assinado eletronicamente por Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código F74A-0140-5ECA-F2A4.

2985

Este documento foi assinado eletronicamente por Benedito Zulmiro Ladeira Je
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com>

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista com acrescimo de 0,2 pontos afim de obter pontuação máxima 1,0 pontos.

APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL

De acordo com a análise da comissão:

“Descreve REGULAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE OBRAS, SERVIÇOS E COMPRAS como critério para contratação de terceiros. Apresentou descrição de critérios específicos, em unidade de saúde para o serviço de vigilância. Não descreve critérios específicos mínimos para contratação de serviços de limpeza (como uso de produtos de limpeza específicos) e manutenção predial (apresentação de capacitação e plano de manutenção preventiva).”

Ao analisar o apontamento, denota-se que a comissão pontuou parcialmente o critério sob a justificativa de que a Proponente OSS HMTJ não descreveu critérios específicos mínimos para contratação de serviços de limpeza (como uso de produtos de limpeza específicos) e manutenção predial (apresentação de capacitação e plano de manutenção preventiva).

Como se pode observar na proposta técnica apresentada, os serviços de limpeza e manutenção predial não serão terceirizados e sim primarizados. Portanto, a forma de contratação de pessoal seguirá os critérios do RH de Contratação.

oferecida para atuar nas instalações da Administração;

Serviço de Vigilância em unidades de saúde

A vigilância em unidades de saúde é essencial para que as pessoas que chegam ao local possam ter toda atenção na recuperação de sua saúde ou a um familiar que está recebendo cuidados médicos.

O serviço de vigilância é importante para a proteção e ordem nesses ambientes, onde há uma grande ocupação e transição contínua de pacientes, visitantes e funcionários.

A vigilância patrimonial é indispensável para manter a ordem em um ambiente de saúde.

As providências mais comuns são a proteção de entrada permitida e não permitida, o controle de acesso, o controle de acesso de veículos e de materiais.

Além dessas existem outras práticas, como:

- Supervisão e rondas 24 horas;
- Prevenção de roubos e furtos;
- Avaliação de risco e insegurança dos pacientes e funcionários do ambiente protegido;
- Controle de acessos (mercadorias, pedestres).

A segurança patrimonial em unidades de saúde visa proteger, combater ou diminuir as infrações que possam acontecer. Como o movimento dentro de uma unidade acontece a partir de um número grande de pessoas, o controle de acesso é uma medida que deve ser brevemente implantada, para uma maior segurança e tranquilidade entre médicos, enfermeiros, pacientes, acompanhantes e outros funcionários.

O monitoramento por imagens também é uma importante ação, com ele é possível minimizar ações de violência, furtos e roubos no ambiente hospitalar. Através da captação e gravação de imagens, é viável um conforto maior para a equipe que trabalha no hospital e para os pacientes.

Outro fator relevante é que o volume de mercadorias como remédios, equipamentos e materiais cirúrgicos nos hospitais também é grande, e é preciso que eles sejam armazenados de forma segura. A partir do controle de estoque com o auxílio da segurança é possível proteger esses materiais evitando roubos.

OBS 1: Para os serviços de Limpeza e Manutenção Predial não iremos terceirizar. Contratação será Primarizada via CLT. Seguirá os critérios do RH de Contratação.

Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus | Juiz de Fora / MG | CEP: 36025-140
Tel: 32-4009-2367

2592

Registra-se por oportuno que a forma de contratação está prevista no Regulamento de Compras e Contratações anexado na página 2784, o qual foi devidamente aprovado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás por meio do OFÍCIO Nº 57346/2024/SES Processo SEI nº 202300010076321, com a publicação no diário oficial de 20/09/2024:

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Carla Machado Dos Santos.

Para verificar as assinaturas vá ao site <https://verifsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.



REGULAMENTO INTERNO PARA A AQUISIÇÃO DE BENS, CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E PESSOAL FO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas e critérios para compras e contratação de obras, serviços e pessoal, bem como, aquisição de bens com emprego de recursos provenientes do Poder Público, repassados no âmbito de contratos de gestão celebrados entre o Hospital e Maternidade Teresinha de Jesus, doravante simplesmente “HMTJ” ou “OSS”, e o Poder Público.

Parágrafo único. Este Regulamento é de observância obrigatória para a celebração de negócios jurídicos com a utilização de repasses, recursos e bens públicos, no âmbito do cumprimento de obrigações assumidas em Contratos de Gestão firmados entre o HMTJ e o Poder Público

Art. 2º O cumprimento das normas do presente Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas, a mais vantajosa, técnica e financeiramente, para a OSS, no desempenho de suas atividades.

Art. 3º Todo o processo de compras, contratações de obras, serviços e pessoal, locações e demais despesas que se fizerem necessárias, deverá ser instruído e registrado na forma deste Regulamento, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização dos Contratos de Gestão.

Art. 4º As contratações e o processo de seleção de fornecedores, prestadores de serviços e pessoal reger-se-ão pelos princípios da moralidade e boa-fé, probidade administrativa, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade, plausibilidade e celeridade.

Art. 5º É garantido ao HMTJ, em qualquer fase do processo de seleção, desde que antes à celebração do contrato, o direito de revogar o procedimento de escolha, ou recusar-se a proceder à contratação do vencedor.

Parágrafo Único. O exercício do direito definido no *caput* não se condiciona a prévia motivação e não gera aos concorrentes qualquer espécie de direito de preferência ou à indenização.

Art. 6º Para os fins deste Regulamento, considera-se:

I - Serviço: o trabalho locado de qualquer natureza por pessoas físicas ou

2784

14/11/2024, 13:34

SEI/GOVERNADORIA - 64403365 - Ofício



OFÍCIO Nº 57346/2024/SES

Goiânia, 05 de setembro de 2024.

Ao Senhor
 Marco Antônio Guimarães de Almeida
 Diretor Presidente
Hospital Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ
 Rua Dr. Dirceu de Andrade nº 33, Bairro São Mateus,
 Juiz de Fora-MG, CEP 36.025-330

e-mail
juridicoelicitacao@hmtj.org.br

Assunto: Aprovação da Política de Gestão de Pessoas.

Senhor Diretor,

- 1 Trata-se de resposta ao Ofício nº 191/2024 (SEI nº 63688367), expedido pela Organização Social, Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ, atualmente responsável pelo gerenciamento do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos - HEI, Hospital Estadual de Jaraguá Dr Sandino de Amorim - HEJA e Policlínica Estadual Brasil Bruno de Bastos Neto - Região Rio Vermelho, em resposta ao Ofício nº 48561/2024 - SESGO (SEI nº 63056583), referente a análise das correções a serem sanadas no documento Regulamento de Contratação de Obras, Serviços e Compras da referida Organização Social.
- 2 Considerando o Parecer nº 328/2024 - PROCSET (SEI nº 59219201), em que aprovou as considerações feitas por esta superintendência no Despacho nº 290/2024 - GMAE-CG (SEI nº 57776290), no sentido de recusa ao regulamento apresentado e orientou a realização de adequações;
- 3 Considerando reanálise do Regulamento de Contratação de Obras, Serviços e Compras da Organização Social, contidos no Ofício nº 191/2024 - HMTJ (SEI nº 63889372), em que houve a finalização das correções dos apontamentos contidos no Ofício nº 27773/2024 - SES (SEI nº 59858652) e Ofício nº 48561/2024 - SES (SEI nº 63056583), referente ao despacho e parecer retromencionados;

4 Resolve:

\\C:\Users\0003907\Downloads\Oficio_64403365 (1).html

1/3

1/2024, 13:34

SEI/GOVERNADORIA - 64403365 - Ofício

5 Aprovar o Regulamento de Contratação de Obras, Serviços e Compras da Organização Social, Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ.

6 Posto isso, notifica-se a organização social, Hospital Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ, para que atenda a determinação contida no art. 33, caput da Lei nº 21.740/2022, que disciplina o regime jurídico das organizações sociais da saúde – OSSs no Estado de Goiás, a fim de publicar no Diário Oficial do Estado - DOEGO, o referido documento, impreterível e improrrogavelmente no prazo de 5 (cinco) dias úteis, considerando que os contratos emergenciais de gestão foram assinados a mais de 90 (noventa) dias, com a devida comprovação junto a essa Pasta.

7 Em resposta, favor mencionar o Processo SEI nº 202300010076321

8 Favor confirmar o recebimento deste no seguinte e-mail: protocolo.saude@goias.gov.br

Atenciosamente,

PEDRO DE AQUINO DE MORAIS JÚNIOR

Superintendente de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Carla Machado Dos Santos.

Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Carla Machado Dos Santos. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 2914-7C89-C8C4-DC90.

**REGULAMENTO INTERNO PARA A AQUISIÇÃO DE BENS,
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E PESSOAL FO HOSPITAL E
MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS****CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas e critérios para compras e contratação de obras, serviços e pessoal, bem como, aquisição de bens com emprego de recursos provenientes do Poder Público, repassados no âmbito de contratos de gestão celebrados entre o Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus, doravante simplesmente "HMTJ" ou "OSS", e o Poder Público.

Parágrafo único. Este Regulamento é de observância obrigatória para a celebração de negócios jurídicos com a utilização de repasses, recursos e bens públicos, no âmbito do cumprimento de obrigações assumidas em Contratos de Gestão firmados entre o HMTJ e o Poder Público.

Art. 2º O cumprimento das normas do presente Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas, a mais vantajosa, técnica e financeiramente, para a OSS, no desempenho de suas atividades.

Art. 3º Todo o processo de compras, contratações de obras, serviços e pessoal, locações e demais despesas que se fizerem necessárias, deverá ser instruído e registrado na forma deste Regulamento, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização dos Contratos de Gestão.

Art. 4º As contratações e o processo de seleção de fornecedores, prestadores de serviços e pessoal reger-se-ão pelos princípios da moralidade e boa-fé, probidade administrativa, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade, plausibilidade e celeridade.

Art. 5º É garantido ao HMTJ, em qualquer fase do processo de seleção, desde que antes da celebração do contrato, o direito de revogar o procedimento de escolha, ou recusar-se a proceder à contratação do vencedor.

Parágrafo Único. O exercício do direito definido no caput não se condiciona à prévia motivação e não gera aos concorrentes qualquer espécie de direito de preferência ou à indenização.

Art. 6º Para os fins deste Regulamento, considera-se:

- I - Serviço: o trabalho locado de qualquer natureza por pessoas físicas ou jurídicas, necessário ao funcionamento da OSS e ao cumprimento das obrigações assumidas nos Contratos de Gestão;
- II - Obra: os trabalhos de engenharia e de arquitetura destinados à construção, reparos e modificações de bens imóveis;
- III - Compra: toda aquisição remunerada de bens para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;
- IV - Contrato: instrumento que estabelece os deveres e as obrigações das partes contratantes;
- V - Elementos Técnicos: informações relativas a projetos, plantas, cálculos, memórias descritivas, especificações e normas técnicas, padrões de qualidade, durabilidade e desempenho, marcas ou modelos de componentes e equipamento;
- VI - Notória Especialização: título detido por profissional ou empresa cujo conceito, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica, se destaca no respectivo campo de atuação;
- VII - Edital de Seleção: ato destinado a dar publicidade ao processo seletivo do HMTJ, ao seu objeto, condições e regras;
- VIII - Seguro-Garantia: seguro a ser firmado pelo concorrente com instituição financeira de primeira linha, dentro de 15 dias a contar da celebração do contrato, destinado a assegurar o integral cumprimento das obrigações assumidas pelo contratado;
- IX - Sistema de Registro de Preços: conjunto de procedimentos para registro formal de preços relativos à prestação de serviços e aquisição de bens, para contratações futuras;
- X - Ata de Registro de Preços: documento vinculativo, obrigacional, com características de compromisso para futura contratação, em que se registram os preços, fornecedores e condições a serem praticadas, conforme as disposições contidas no instrumento convocatório e propostas apresentadas;
- XI - Pregão Eletrônico: modalidade de escolha para aquisição de bens ou serviços cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos, por meio de especificações

- XIII - Projeto executivo: conjunto de elementos necessários e suficientes à execução completa da obra, de acordo com as normas pertinentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT;
- XIV - Cronograma físico-financeiro: documento contendo a previsão de prazo de execução de cada etapa da obra e respectivo desembolso financeiro.

CAPÍTULO II – DO PROCEDIMENTO**Seção I – Da Fase Interna**

Art. 6º O procedimento interno para aquisição de bens e contratação de obras ou serviços será iniciado com a abertura de termo formalizado e numerado, pelo Departamento de Compras, contendo:

- I Solicitação com a indicação de seu objeto;
- II Autorização da despesa pelo responsável;
- III Relatório do Departamento de Compras; e
- IV Parecer do Departamento Financeiro.

Parágrafo único. Em todas as modalidades previstas neste Regulamento, a empresa vencedora deve comprovar sua regularidade jurídico-fiscal para prestação do objeto contratado.

Art. 7º Quando for necessário, a solicitação deverá conter elementos técnicos, projeto básico ou projeto executivo do objeto a ser contratado.

Art. 8º Considera-se autorizada a despesa com a manifestação positiva do Departamento Financeiro, contendo indicação do valor estimado para a futura operação.

Art. 9º O relatório que trata o Art. 6º, inciso III, deve ser aprovado pelo responsável do Departamento de Compras, indicando de maneira fundamentada:

- I o modelo de certame que melhor se coadune com o objeto, considerando os objetivos fundamentais e princípios norteadores deste Regulamento; ou
- II a Dispensa ou inexigibilidade de processo de seleção, nos termos do art. 10, deste Regulamento.

Art. 10 O Processo de Seleção poderá ser dispensado nos seguintes casos:

- I - Aquisição de bens ou contratação de serviços ou obras que envolvam valores estimados iguais ou inferiores a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), que deverão, necessariamente, ser adquiridos/contratados através de empresas mediante apresentação de Nota Fiscal;
- II - Nos casos de grave perturbação da ordem, calamidade pública, epidemias ou alertas emitidos pela Agência Nacional de Saúde;
- III - Quando a operação envolver concessionário de serviço público e o objeto do contrato for pertinente ao da concessão;
- IV - Para aquisição de hortifrutigranjeiros e gêneros perecíveis, com base no preço do dia;
- V - Para a compra de materiais, equipamentos ou gêneros padronizados, quando não for possível estabelecer critério objetivo para o julgamento das propostas;
- VI - Na aquisição de componentes ou peças necessárias à manutenção de equipamentos durante o período de vigência da garantia técnica, junto a fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição for indispensável para a vigência da garantia;
- VII - Para a locação de bem imóvel destinado à prestação de serviços do HMTJ, cujas características de instalação ou localização condicionem a sua escolha;
- VIII - Quando não acudirem interessados ao procedimento anterior, e esta não puder ser repetida sem prejuízo à OSS, mantidas, neste caso, as condições preestabelecidas; e
- IX - Nos casos de comprovada urgência/emergência, caracterizados pela necessidade imediata do bem a adquirir ou serviço a contratar, sob pena de descumprimento do contrato de gestão firmado com o Poder Público ou de prejuízo ao adequado atendimento dos pacientes.

Art. 11 É inexigível o Processo de Seleção quando houver inviabilidade de competição, em especial nos casos de:

- I - Aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo;
- II - Contratação de serviços técnicos, de natureza singular, a serem prestados por profissionais ou empresas de notória especialização, tais como:

Ademais, convém destacar que o critério em exame é apresentação de critérios para a contratação de terceiros “APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL” e não apresentação detalhada de protocolos relativos ao funcionamento dos serviços.

O edital não reza a necessidade de descrição nesse tópico dos planos de capacitação e manutenção preventiva (manutenção predial) e uso de produto de limpeza (serviços de limpeza).

Logo totalmente improcedete a decisão da comissão e pontuação atribuída a esta documentação, devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo. A documentação referida traz informações necessárias para definição de nota.

PROPOSTA DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COM VISTA AO CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE E MELHORIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

De acordo com a análise da comissão:

“A organização nas paginas 262 apresenta o item não na forma de projeto como solicitado, mas cita e discorre sobre os sistemas a serem utilizados na sua gestão da unidade: MV Soul, TOTVS RM, TOTVS Fluig, TOTVS Meu RH, SiqQuali e outros especificados detalhadamente, quais processos cada sistema irá demandar, compreendendo as diversas áreas: gestão, finanças, pessoas, indicadores, assistência, automatização de processos, GED, cadastro de colaboradores, etc. Deixou de apresentar itens como levantamento de riscos e custos do projeto uma vez que a implantação de todos estes sistemas ou do projeto como um todo, demanda a aquisição de softwares, hardware, licenças, servidores de dados, cabeamento, etc, ou seja, todo o plano terá um custo. O que também requer uma fase de levantamento dentro da nova unidade. Também não apresentou um cronograma de execução da implantação dos sistemas pretendidos.

Ao analisar o apontamento, denota-se que a comissão pontuou parcialmente o critério sob a justificativa de que a Proponente OSS HMTJ deixou de apresentar itens como levantamento de riscos e custos do projeto uma vez que a implantação de todos estes sistemas ou do projeto como um todo, demanda a aquisição de softwares, hardware, licenças, servidores de dados, cabeamento, etc, ou seja, todo o plano terá um custo. O que também requer uma fase de levantamento dentro da nova unidade. Também não apresentou um cronograma de execução da implantação dos sistemas pretendidos.

Ocorre que, os custos do projeto estão devidamente apresentados no orçamento, na proposta financeira, dentro da conta de “Rateio” e “Licença e Softwares”, quanto à fase de levantamento e cronograma de execução, a OSS HMTJ já é gestora da Policlínica Estadual Brasil Bruno de Batos Neto Região Rio Vermelho – Goiás por meio de Contrato de Gestão Emergencial 90/2023 desde 11 de novembro de 2023, desse modo, sangrando-se vencedora os processos continuaram em operação, por óbvio não há o que se falar em implantação dos sistemas pretendidos, que na realidade, já são executados na Unidade.

Deste modo, considerando a análise equivocada por parte dessa comissão, deverá a mesma atribuir a pontuação indevidamente suprimida, de 0,4 pontos, para que se possa atingir a pontuação máxima de 1 ponto.

Conclusão

Posto isto, a Recorrente espera seja recebido e provido o presente recurso para que seja reformada a decisão da comissão que declarou vencedora a proponente AGIR, em observância aos princípios da legalidade, moralidade e eficiência na condução do processo licitatório, requerendo:

- (1) A desclassificação da proposta técnica apresentada pela AGIR por deixar de anexar a declaração de validade jurídica da proposta, documento de juntada obrigatória de acordo com o edital 02/2024, comprometendo a regularidade de sua participação no certame
- (2) A desclassificação da proposta técnica apresentada pela AGIR em razão da inexecutabilidade da proposta financeira, configurando grave risco de descumprimento das obrigações contratuais
- (3) A revisão da pontuação atribuída ao plano de trabalho apresentado pela AGIR para que sejam suprimidos os pontos inadequadamente conferidos à sua proposta técnica para que passe a constar NT= 30,99 FA1- 15,60; FA2 -18,90; FA3- 51,60)
- (4) A revisão da pontuação atribuída ao plano de trabalho apresentado pela OSS HMTJ com atribuição de pontuação de NT= 34,96 (FA1- 19,50; FA2 -19,30; FA3- 58,30)

Caso não seja esse o entendimento da r. comissão, requer-se, em observância ao Princípio do Duplo Grau de Jurisdição, seja remetido para apreciação de autoridade superior.

P. deferimento.

Juiz de Fora, 12 de novembro de 2024.

Carla Machado dos Santos OAB/RJ 80.192

Coordenadora Departamento Jurídico - Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro HMTJ

Marco Antônio Guimaraes de Almeida
Diretor Presidente HMTJ

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/2914-7C89-C8C4-DC90> ou vá até o site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 2914-7C89-C8C4-DC90



Hash do Documento

A7B2681284250BD01597E4866E302A053FB90D50B75F2CAC76B05494E97ABBE3

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 14/11/2024 é(são) :

☒ Marco Antonio Guimaraes De Almeida - ***.399.966-** em 14/11/2024 16:42 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Thu Nov 14 2024 16:42:40 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -21.7782206 Longitude: -43.3593257 Accuracy: 100

IP 186.233.41.210

Identificação: Por email: MARCOANTONIO@HMTJ.ORG.BR

Assinatura:



Hash Evidências:

EF12E6258124BF614AE28FEBE20C99843FAE40DA8E743776C4548FA5BD60BFFA

☒ Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba - ***.429.297-** em 14/11/2024 16:19 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Thu Nov 14 2024 16:19:48 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -21.778298639647748 Longitude: -43.35996557122644 Accuracy: 27.402158571472953

IP 186.233.41.210

Identificação: Por email: JENDIROBA@HMTJ.ORG.BR

Assinatura:



Hash Evidências:

05EB677778995970724A41E1ACBA2BE507DEBED4A8405F868045F09300E095DC

☒ Carla Machado Dos Santos - ***.420.807-** em 14/11/2024 16:05 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Thu Nov 14 2024 16:04:54 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -21.77886961416415 Longitude: -43.36022411026455 Accuracy: 35

IP 186.233.41.210

Identificação: Por email: carlamachado@hmtj.org.br

Assinatura:



Hash Evidências:

8ECD316E04FD0082CE3A0E1A0408A05526BC0AC654B7E683B74BAB2C4575EF59

